

## OVARIAN STEROİD HÜCRELİ TÜMÖR: DÖRT OLGUNUN SUNUMU

Sevgi KOÇ<sup>1</sup>, Yusuf Aytaç TOHMA<sup>1</sup>, Asude ÖZGÜL<sup>1</sup>, Alper KARALÖK<sup>1</sup>, Işın ÜREYEN<sup>1</sup>, Taner TURAN<sup>1</sup>,  
Dilek BÜLBÜL<sup>2</sup>, Gökhan TULUNAY<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup> Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara

### ÖZET

*Steroid hücreli tümörler, ovarian malignitelerin %0.1'inden azını oluşturan, androjen veya östrojen sekresyon artışına neden olan tümörlerdir. Çoğunlukla postmenopozal dönemde görülmektedir. Bu makalede, postmenopozal dönemde ovarian kitle nedeniyle opere edilen, histopatolojik değerlendirmede steroid hücreli tümör tanısı alan ve farklı klinik tablo ile prezente olan dört ovarian steroid hücreli tümör olgusu sunuldu. İki olguda kliniğe yansımış hormonal aktivite artışı saptanmadı. Diğer iki olgu ise, postmenopozal vajinal kanama yakınmasıyla başvurdu ve bu olgularda östrojenik aktivite artışı düşünüldü.*

**Anahtar kelimeler:** over, postmenopozal vajinal kanama, steroid hücreli tümör

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Cilt: 10, Sayı: 4, Sayfa: 267- 71**

### OVARIAN STEROİD CELL TUMOR: REPORT OF FOUR CASES

#### SUMMARY

*Steroid cell tumors of the ovary constitute less than 0.1 % of all ovarian tumors and cause increase in secretion of androgen or estrogen. Steroid cell tumors usually occur in post-menopausal women. In this study, we reported four cases which were diagnosed as steroid cell tumor histopathologically following operation for postmenopausal ovarian mass. There were no signs or symptoms of increased hormonal activity in the two of these cases. But the other two cases presented with postmenopausal vaginal bleeding and increased estrogenic activity was considered in these cases. The goal of this manuscript is the presentation of four cases having ovarian steroid cell tumor with different clinical manifestations.*

**Key words:** ovary, postmenopausal vaginal bleeding, steroid cell tumor

**Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Vol: 10, Issue: 4, Pages: 267- 71**

---

**Yazışma adresi:** Dr. Yusuf Aytaç Tohma, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik onkoloji Kliniği, Ankara  
Tel: (0555) 564 03 15  
e-posta: aytactohma@hotmail.com

Alındığı tarih: 23.10.2012, revizyon sonrası alınma: 24.05.2013, kabul tarihi: 26.05.2013, online yayın tarihi: 28.05.2013

## GİRİŞ

Steroid hücreli tümör nadir bir seks kord stromal tümör olup tüm over tümörlerinin % 0.1'inden azını oluşturmaktadır<sup>(1)</sup>. Bu tümör daha önceden "lipid veya lipoid hücreli tümör" olarak da adlandırılmıştır<sup>(2)</sup>. Ancak bunların % 25'inde lipid yoktur veya minimaldir. Bu nedenle 1979 yılında Scully ilk kez "overin steroid hücreli tümörü" terimini kullanmıştır<sup>(2)</sup>. Steroid hücreli tümörler her yaşta görülebilmekle birlikte, insidansı özellikle 5-6. dekadlarda artmaktadır<sup>(3,4)</sup>.

Steroid hücreli tümörler stromal luteoma, leydig hücreli tümör (hilar/non hilar) ve sınıflandırılmayan steroid hücreli tümörler (not otherwise specified, NOS) şeklinde gruplandırılmaktadır<sup>(5)</sup>. En sık görülen grup sınıflandırılmayan gruptur.

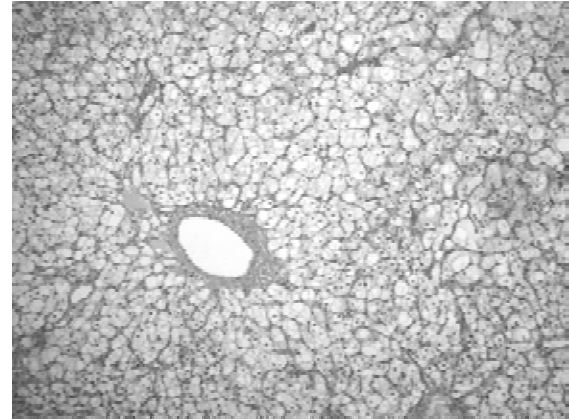
Leydig, lutein ve adrenal kortikal hücreler gibi steroid hormon sentezi yapan hücrelerden oluşmakta olan bu tümörlerde klinik prezantasyon olguların çoğunluğunda hiperandrojenizme bağlı olarak gelişir<sup>(6,7)</sup>. % 6 - 23 olguda ise artmış östrojenik aktiviteye bağlı klinik bulgular ön plandadır<sup>(8)</sup>. Buna karşın olguların % 25'inde hormonal aktivite söz konusu değildir<sup>(9)</sup>.

Bu çalışmada, kliniğimizde steroid hücreli tümör tanısı alan dört olgunun sunulması amaçlandı.

### Olgu 1

77 yaşında postmenopozal dönemde olan olgu hastanemize idrar kaçırma yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın rutin laboratuvar bulguları normal sınırlar içindeydi. Olgunun fizik muayenesinde virilizasyon bulguları gözlenmedi. Jinekolojik muayenede sağ adneksiyal alanda yaklaşık 6cm'lik kitle tespit edildi. Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) endometrial kalınlık 9 mm olarak ölçüldü ve sağ over lojunda etrafında serbest sıvı bulunan yaklaşık 72 mm boyutunda solid-kistik yapıda kitle saptandı. Preoperatif CA-125 değeri 69 IU/ml'yd. Pelvik kitle tanısı ile opere edilen hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi ve infrakolik omentektomi yapıldı. İntraoperatif patolojik değerlendirme "steroid hücreli tümör olabilir" olarak rapor edildi. Parafin blok sağ overde uzun çapı 8 cm olan ve 10'luk büyük büyütme alanında 1 - 2 mitozun saptandığı (1 - 2 mitoz/10 BBA), hemorajinin gözlemlendiği ve grade 2 nükleer atipinin olduğu steroid hücreli over tümör olarak rapor edildi. Bu histopatolojik bulgularla olgunun klinik olarak malign potansiyeli

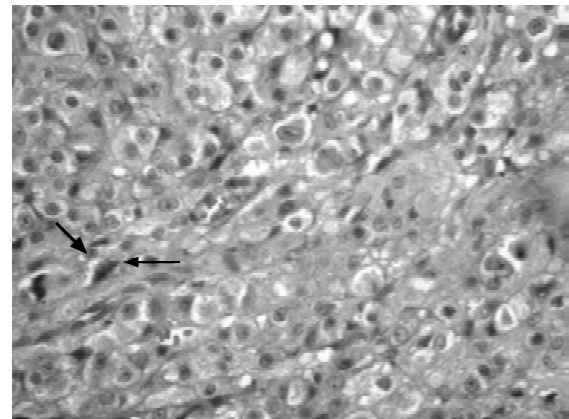
olabileceği düşünüldü. Postoperatif dönemde adjuvan tedavinin verilmemesine karar verildi. Hasta operasyon sonrası takiplere gelmedi.



Resim 1: 1'ci olgunun postoperatif parafin blok kesiti.

### Olgu 2

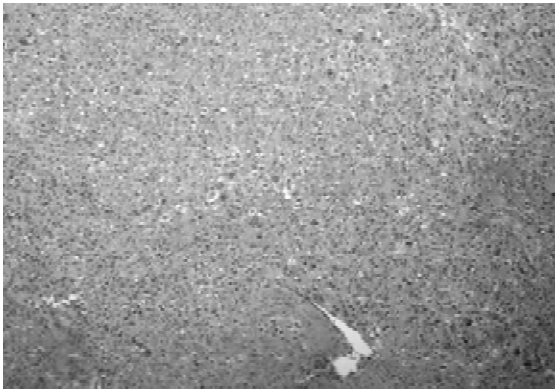
52 yaşında ve aktif yakınması olmayan olguda, menopoz kliniğindeki rutin kontrolleri sırasında yapılan TVUSG'de sağ over kaynaklı 66 x 35 mm çapında dermoid kist olması muhtemel kitle saptandı. Fizik muayenesinde, özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Jinekolojik muayenesinde sağ adneksiyal alanda yaklaşık 6 cm'lik kitle palpe edilen olgunun CA-125 değeri 9.07 IU/ml'yd. Hastaya pelvik kitle ön tanısıyla laparoskopik sağ salpingo-ooforektomi yapıldı. İntraoperatif patolojik inceleme "malignite izlenmedi" olarak rapor edildi. Parafin blok; sağ over kaynaklı en büyük çapı 8 cm olup kapsülü rüptüre görünümünde, 1 mitoz/10 BBA bulunan, fokal hafif atipi ve fokal hemoraji içeren ancak nekroz bulunmayan, sağ over kaynaklı steroid hücreli tümör olarak rapor edildi. Bu bulgularla malign potansiyelinin düşük olduğuna karar verildi. Postoperatif dönemde adjuvan tedavi düşünülmeydi. Hasta operasyon sonrası takiplere gelmedi.



Resim 2: 2'ci olgunun postoperatif parafin blok kesiti.

**Olgu 3**

64 yaşında postmenopozal dönemde olan olgu hastanemize vajinal kanama yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın rutin laboratuvar bulguları normal sınırlar içindeydi. Olgunun fizik muayenesinde virilizasyon ve artmış hormonal aktivite bulguları gözlenmedi. Postmenopozal vajinal kanamasının ise hiperöstrojenik ortama bağlı olabileceği düşünüldü. Jinekolojik muayenede uterus ve sağ overden sınırları net ayrılamayan Douglas boşluğunu dolduran mobil 10 cm çapında kitle tespit edildi. TVUSG'de endometrium kalınlığı 16 mm olarak ölçülen hastada sağ over lojunda içinde 45 x 30 mm ve 20 x 18 mm çapında papillomatöz vejetasyonların bulunduğu multiloküle 120 x 60 mm boyutunda kistik kitle saptandı. Preoperatif CA-125 değeri 8.04 IU/ml'ydü. Endometrial örnekleme sonucu kompleks atipisiz hiperplazi olarak rapor edildi. Pelvik kitle ön tanısıyla total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi yapıldı. İntraoperatif patoloji incelemede değerlendirilmenin parafin bloğa bırakılmasına karar verildi. Parafin blok; 10 - 12 mitoz/10 BBA bulunan ve orta derece atipi hücreler içeren steroid hücreli over tümörü olarak rapor edildi ve immüno-histokimyasal çalışma önerildi. Endometriumda basit atipisiz hiperplastik değişiklikler rapor edildi. EMA, inhibin ve kalretinin ile yapılan immunohistokimyasal boyamada, dokunun kalretinin ve inhibin ile yaygın pozitif, EMA ile negatif boyandığı saptandı. Ek olarak, tümörde hafif-orta derecede pleomorfizm ve odakal nekroz alanlarının görüldüğü, çoğunlukla 1 - 2 mitoz/10 BBA saptandığı ancak bazı odaklarda bunun 6 - 7 mitoz/kadar çıktığı belirlendi. Bu histopatolojik bulgularla olgunun klinik olarak malign potansiyeli olabileceği düşünüldü. Hastanın adjuvan tedavi verilmeden izlenmesine karar verildi. Hastanın 60. aydaki takibinde sorun saptanmadı.



**Resim 3:** 3'cü olgunun postoperatif parafin blok kesiti.

**Olgu 4**

52 yaşında ve 5 yıldır menopozda olan hasta kliniğimize postmenapozal kanama yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın rutin laboratuvar bulguları normal sınırlar içindeydi. Olgunun fizik muayenesinde virilizasyon bulguları gözlenmedi. Jinekolojik muayenede patoloji saptanmadı. TVUSG'de endometrial kalınlığın 12 mm olduğu, bilateral tubalar ve overlerin normal olduğu görüldü. Olguya endometrial hiperplazi şüphesiyle endometrial örnekleme yapıldı ve sonuç kompleks atipili hiperplazi olarak rapor edildi. Hastaya bu tanıyla total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi yapıldı. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu basit atipisiz endometrial hiperplazi olarak rapor edildi. Sağ over kaynaklı 2 cm çapında ve düzgün sınırlı materyal steroid hücreli tümörle uyumlu olarak rapor edildi. Belirgin nükleer atipi ve artmış mitotik aktivite mevcuttu. Bu histopatolojik bulgularla olgunun klinik olarak malign potansiyeli olabileceği düşünüldü. Hastaya adjuvan tedavi verilmeden izlenmesine karar verildi. Hastanın 60. aydaki takibinde sorun saptanmadı.

**TARTIŞMA**

Overin steroid hücreli tümörleri; leydig, lutein ve adrenal kortikal hücreler gibi steroid hormon sentezi yapan hücrelere benzer hücrelerden oluşan heterojen yapıda bir grup tümördür<sup>(6)</sup>. Steroid hücreli tümörlerde olguların büyük bir kısmında klinik prezantasyon hiperandrojenizme bağlı virilizasyon ve hirsutizm ile birliktelik gösterir. Hiperandrojenizm olguların çoğunluğunda görülmektedir<sup>(7)</sup>. Bu tümörde ses kalınlaşması, meme atrofisi, kas kitlesinde artış, kliteromegali, libido artışı gibi virilizasyon bulguları saptanabilmektedir. Olguların % 6 - 23'ü ise artmış östrojenik aktiviteye bağlı menoreji ve postmenopozal kanama ile prezante olur<sup>(4,7,8)</sup>. Ayrıca hormonal aktiviteden dolayı Cushing sendromu, konjenital adrenal hiperplazi ve isoseksüel puberte prekokslu olgular da bildirilmiştir<sup>(10,11)</sup>. Steroid hücreli tümörlerin ise %25'inde hormonal aktivite söz konusu değildir<sup>(9)</sup>. Sunulan dört olguda ise farklı olarak artmış androjenik aktiviteyi gösterecek klinik bulgu görülmemiştir. İlk iki olguda kliniğe yansımış artmış hormonal aktivite artışı düşünülmüdü. Diğer iki olguya kliniğe yansımış

artmış hormonal aktivite nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bu iki olguda postmenapozal kanama yakınması mevcuttu. Üçüncü olguda endometrial kalınlığın 16 mm olduğu gözlemlendi ve endometrial örnekleme sonucu kompleks atipisiz hiperplaziydi. Dördüncü olguda ise endometrial kalınlık 12 mm ölçüldü ve endometrial örnekleme sonucu kompleks atipik hiperplazi olarak rapor edildi. Bu olgulardaki postmenopozal kanamanın ve endometrial hiperplazinin artmış östrojenik aktiviteye bağlı olduğu düşünüldü.

Steroid hücrelerin histopatolojik değerlendirmesi sırasında >10 mitoz/10 BBA % 92, nekroz varlığı % 86, tümör çapının >7 cm olması % 78 ve hemoraji varlığı % 77, grade 2 ve 3 nükleer atipi % 64 malignite lehine yorumlanmaktadır. İlk olgunun histopatolojik değerlendirmesi, sağ over kaynaklı 1-2 mitoz/10 BBA ve grade 2 nükleer atipi hücreler içeren 8cm'lik steroid hücreli over tümörü olarak rapor edildi. Bu bulgularla olgu malign potansiyeli olabileceği şeklinde yorumlandı. İkinci olgunun histopatolojik değerlendirmesi ise, sağ over kaynaklı en büyük çapı 8cm olup kapsülü rüptüre görünümde 1 mitoz/10 BBA bulunan, fokal hafif atipi ve fokal hemoraji içeren ancak nekroz bulunmamakta şeklinde rapor edildi. Bu bulgularla olgunun malign potansiyelinin düşük olduğuna karar verildi. Üçüncü ve dördüncü olgunun histopatolojik değerlendirmesi ise belirgin nükleer atipi ve artmış mitotik aktivite olarak rapor edildi, bu nedenle malign potansiyelleri olabileceği düşünüldü. Sunulan dört olguda, olguların malignite kriterlerini tam olarak karşılamamaları nedeniyle adjuvan tedavi düşünülmedi ve tedavisiz izlem kararı alındı.

Steroid hücreli tümörlerin insidansı özellikle 5.-6. dekadlarda artmaktadır<sup>(4)</sup>. Sunulan olgularda literatürle uyumlu olarak, ilk olgu 77 yaşında, üçüncü olgu 64, diğer iki olgu ise 52 yaşındaydı ve dört hastada postmenopozal dönemdeydi.

Steroid hücreli tümörlerde tedavinin ilk basamağı cerrahidir. Reprodüktif dönemde fertilitate koruyucu cerrahi bir seçenek olarak sunulmalıdır. Bu tümörlerin bilateral görülme oranı % 6 olduğundan bu hastalarda unilateral salpingo-ooforektomi yeterli olacaktır<sup>(12)</sup>. Postmenopozal veya fertilitate isteği olmayan hastalardaysa total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi ve malignite kriterlerini taşıyanlarda evreleyici cerrahi yapılmalıdır.

Steroid hücreli tümörlerin yaklaşık % 25 - 43'ü maligndir<sup>(13,14)</sup>. Malign tümörlerde cerrahi sonrası

adjuvan kemoterapi gerekmektedir. Ancak bu ovarian tümörlere çoğunlukla erken evrede tanı konulduğundan ve rekürrensi çok sık olmadığından, kemoterapinin veya radyoterapinin gerekliliği ve uygulanması gereken terapötik dozu hakkında yeterli bilgi yoktur.

## SONUÇ

Steroid hücreli tümör, nadir bir seks kord stromal tümör olup tüm over tümörlerinin % 0.1 - 0.2'sini oluşturan, genelde benign ve unilateral olan, çoğunlukla postmenopozal dönemde hiperandrojenizm bulguları ile ortaya çıkan over tümörleridir. Sunulan üç olguda hiperandrojenizm bulguları gelişmemiştir. Ancak bir olguda hiperöstrojenizm bulguları görülmüştür. Steroid hücreli tümörleri tedavisi bizim olgularımızda olduğu gibi genelde cerrahi tedavi ile sınırlıdır.

## KAYNAKLAR

1. Boyraz G, Selcuk I, Yusufi Z, Usubutun A, Gunalp S. Steroid cell tumor of the ovary in an adolescent: A rare case report. *Case Rep Med.* 2013;2013:527698.
2. Scully RE. Tumors of the ovary and maldeveloped gonads. *Atlas of tumor pathology. Second series. Fascicle 16.* Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1979 p. 246-62.
3. Young R.H and Shully R.E. Steroid cell tumors of the ovary in *Obstetric & Gynecological Pathology*, H. Fox and M. Wells, eds. Churchill Livingstone, Edinburgh, Spain, 2003 p. 845-56.
4. Hayes MC, Find all citations by this author (default) Or filter your current search Scully RE. Stromal luteoma of the ovary: a clinicopathological analysis of 25 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1987;6(4):313-21.
5. Young R, Clement PB, Scully RE. Sex cord stromal, steroid cell and germ cell tumours of ovary. In: Mills SE, Carter D, Greenson JK, Reuter VE, Stoler MH *Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology. Vol. 2 5th edition.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 2592- 95.
6. Hayes MC, Find all citations by this author (default) Or filter your current search Scully RE. Ovarian steroid cell tumors (not otherwise specified). A clinicopathological analysis of 63 cases. *Am J Surg Pathol* 1987 Nov;11(11):835-45.
7. Powell J.L, Dulaney D.P, Shiro B.C. Androgen-secreting steroid cell tumor of the ovary. *Southern Medical Journal* 2000 Dec;93(12):1201-4.

8. Elhadd TA, Connolly V, Cruickshank D, Kelly WF. An ovarian lipid cell tumour causing virilization and Cushing's syndrome. *Clin Endocrinol* 1996 Jun;44(6):723- 5.
9. Ulukuş Ç, Koyuncuoğlu M, Özen E, Erten O. Steroid hücreli tümör: Olgu sunumu. *Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2003; 13(4): 322- 4.
10. Young RH, Scully RE. Sex cord-stromal, steroid cell and other ovarian tumors with endocrine, paraendocrine and paraneoplastic manifestation. In: Kurman RJ (ed). *Blaustein's pathology of the female genital tract*, 4th ed. Springer, Berlin Heidelberg New York. 1994 p. 818-24.
11. Baş F, Saka N, Darendeliler F, Tuzlali S, İlhan R, Bundak R, Günöz H. Bilateral ovarian steroid cell tumor in congenital adrenal hyperplasia due to classic 11beta-hydroxylase deficiency. *J Pediatr Endocrinol Metabol* 2000 Jun;13(6):663-7.
12. Kim YT, Kim SW, Yoon BS, Kim SH, Kim JH, Kim JW et al. An ovarian steroid cell tumor causing virilization and massive ascites. *Yonsei Med J* 2007 Feb 28;48(1):142- 6.
13. Wang PH, Chao HT, Lee RC, Lai CR, Lee WL, Kwok CF et al. Steroid cell tumors of the ovary: clinical, ultrasonic, and MRI diagnosis: a case report. *Eur J Radiol* 1998 Feb;26(3): 269-73.
14. Duncan T.J, Lee S, Acheson A.G, and Hammond R.H. An ovarian stromal tumor with luteinized cells: an unusual recurrence of an unusual tumor. *Int J Gynecol Cancer* 2008 Jan-Feb;18(1):172-5.