

TESTİSİN SERTOLİ HÜCRELİ TÜMÖRLERİ

Dr. Sema ZERGEROĞLU (*), Dr. Muzaffer ÇAYDERE (*), Dr. Esgel TEKAKÇA (*),
Dr. Haluk PULAT (*), Doç. Dr. Hüseyin ÜSTÜN (*)

ÖZET: Sertoli hücreli tümörler testiste nadir görülen tümörlerdendir. Tüm testis tümörlerinin % 0,5'ini oluşturlar. Vakaların % 10'u maligndir. En önemli malignite kriteri metastazdır. Bu çalışmamızda Sertoli hücreli tümör tanısı alan biri malign 2 olgu sunulmuştur. Majör şikayetleri kasık ağrısı olan olgulardan biri 42, diğeri 60 yaşında ki hastaların orşiektomi spesmenlerine rutin histolojik yöntemler dışında ayırıcı tanı için immün-histokimyasal tetkikler uygulanmıştır. Olgularımız sitokeratin ve vimentin ile pozitif boyanırken CEA ve EMA ile negatif boyanma göstermiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: Sertoli hücreli tümörler, testis.

SUMMARY: Sertoli cell tumors of testis are rare neoplasms and represent 0,5% of all testicular tumors. Of these tumors 10% are malignant that the main criteria of malignancy is metastase. In this study two Sertoli cell tumors that one of them is malignant are presented. Routine histochemical an immun-histochemical methods were applied to both cases for differential diagnosis. While cytokeratin and vimentin were found positive, CEA and EMA were negative.

KEY WORDS: Sertoli cell tumors, testis.

GİRİŞ

Sertoli hücreli tümörler testisin nadir görülen tümörlerinden olup, tüm testis tümörlerinin % 0,5'ini oluşturlar. Büyüme çoğunluğu benign olmakla birlikte vakaların yaklaşık %10'u maligndir [1,3].

Bu tümörlerde maligniteyi telkin eden bir çok bulgu olmakla birlikte, tartışmasız tek malignite kriteri metastazdır [4].

Bölümümüzde 1994 yılında tanı alan biri malign, 2 Sertoli hücreli tümör olgusu morfolojik ve immünhistokimyasal özellikleri açısından literatür bilgileri ışığı altında değerlendirilmiştir.

OLGU 1

Üroloji kliniğine kasık ağrısı şikayeti ile başvuran 42 yaşındaki erkek hastaya orşiektomi uygulandı. Bize gönderilen spesmen, üzerinde 4 cm. uzunluğunda spermatik kordu bulunan 8x8x4 cm. boyutlarında orşiektomi materyalidir. Kesitinde testis dokusunun merkezinde lokalize 3 cm. çapında gri beyaz renkte solid düzgün sınırlı yapı dikkati çekmekteydi.

Mikroskopik olarak testis dokusundan pseudo kapsülle ayrılmış tümör al yapı gözlenmekteydi. Tümör hücreleri yuvarlak, oval nükleuslu, gevşek kromatinli, yer yer spindle

şekilli hücreler olup tübüler yapılar oluşturmakta ve arada solid adalar yapmaktaydı (Resim 1). Pseudo kapsül birkaç alanda infiltre görünümdeydi. Çevre dokuda yabancı cisim tipi dev hücreler içeren iltihabi infiltrasyon vardı. Spermatik kordda tümör al infiltrasyon yoktu. Bu bulgularla "Benign Sertoli Hücreli Tümör" tanısı verildi.

Tümör hücrelerinin oluşturduğu tübüler yapıların lümenlerinde PAS pozitif materyal birikimi gözlenmekteydi.

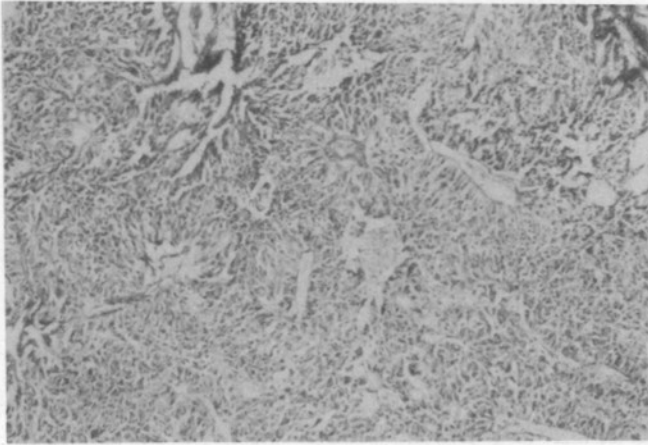
İmmünhistokimyasal olarak tümör hücrelerinin tümünde normal Sertoli hücrelerinde olduğu gibi Sitokeratin (immunon Omnilag Plus) ve Vimentin (immunon Omnilag Plus) pozitifliği saptandı.

OLGU 2

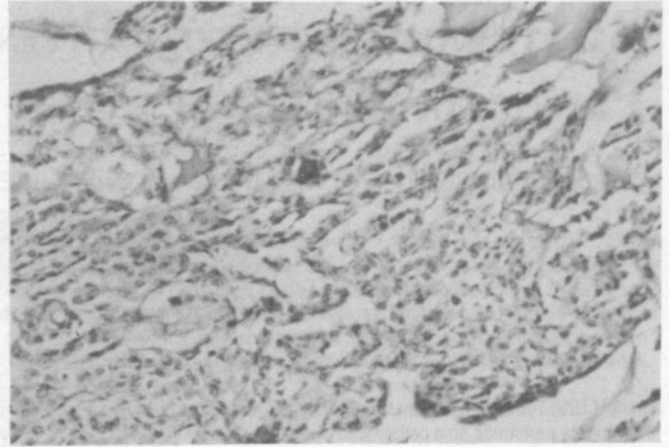
Üroloji kliniğine kasık ağrısı ve skrotal şişlik şikayeti ile başvuran 60 yaşındaki erkek hastaya yüksek orşiektomi uygulandı. Bölümümüze gönderilen spesmen üzerinde 7.5 cm uzunluğunda spermatik kordu bulunan 8,5x4,5x4,5 cm boyutlarında orşiektomi materyalidir. Kesitinde 3x2x2 cm. boyutlarında, testis dokusu ile bunun çevresini tamamen dolduran, spermatik kordda yayılım gösteren, gri-sarı, renkte, lobüle görünümde solid tümör al yapı izlendi.

Mikroskopik olarak, çevre testis dokusu ile birlikte epididim ve spermatik kordu da infiltre eden geniş tümör al yapı görüldü. Tümör hücreleri genellikle pleomorfik, yuvarlak ya da oval nükleuslu, tek küçük nükleollu, dar eozinofilik stoplazmalı atipik Sertoli hücreleri olup, yer yer tübüller yer yer de ince septalarla ayrılmış solid adalar oluşturmaktaydı

* S.B. Ankara Hastanesi Patoloji Bölümü



Resim 1 : Tübüller ve adalar oluşturan Sertoli hücreleri. (H.E., 50x)



Resim 2 : Tübüller ve adalar oluşturan atipik hücreler. (H.E., 50x)

(Resim II). Bazı hücrelerde geniş vakuoler stoplazma ve nükleer "groove" dikkati çekti. Arada atipik mitozlar, tümör dev hücreleri, nekroz alanları ve endotelial boşluk invazyonları gözlemlendi. Tümör hücreleri bazı alanlarda, ortalarında eozinofilik materyal bulunduran tübül yapıları oluşturmaktaydı. Bu eozinofilik materyal PAS pozitifti. Yer yer de tümör hücrelerinin oluşturduğu gland benzeri yapıların lümenlerinde açık bazofilik materyal dikkati çekmekteydi. Bu materyal Mucicarmen ile pozitif boyandı.

Hastaya daha sonra yapılan abdominal CT'de paraaortik kitle saptanması nedeniyle retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Gönderilen materyalde aynı tümörün lenf nodu metastazı gözlemlendi.

Yapılan immünhistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinde Sitokeratin ve Vimentin. Yaygın olarak pozitif, EMA ve CEA (İmmunon Omnilab Plus) ise negatif bulundu.

Bu özellikleri ile olgumuz "Malign Sertoli Hücreli Tümör" olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Sertoli hücreli tümörler tümüyle Sertoli hücrelerinden oluşabileceği gibi, granüloza ya da Leydig hücre komponentlerine sahip olabilirler [1, 2, 3, 4].

Bazı vakalarda östrojen ve androjen salınımı olabilir. Sıklıkla rastlanmamakla birlikte maskülinizasyon ya da feminizasyona yol açabilirler. Özellikle Leydig hücreli tümörlerde olduğu gibi jinekoma yapabilirler [1,3,4,6].

Sertoli hücreli tümörler 8-79 yaşları arasında görülür. Ortalama yaş 43 civarındadır [2-3]. Literatürde en erken yakalanan olgu 9 yaşındadır [5]. Bizim olgularımız 42 ve 60 yaşlarındadır.

Klinik olarak skrotumda şişlik, ağrılı testis, kasık ağrısı, bazan kıllanmada artma ya da azalma ve nadiren jinekoma gözlenir [3, 4]. Bizim olgularımızda hastaların başvurma şikayetleri kasık ağrısı ve skrotal şişlikti. Jinekoma her 2 olguda da yoktu. Diğer organlara ait şikayetlere rastlanmadı.

Laboratuvar testlerinde bazen AFP ve HCG yüksekliği nadir olgularda ise CEA pozitifliği gözlenir [4,6]. Malign olgumuzda HCG yüksekliği saptandı. Her 2 olguda da CEA negatif bulundu. Hastaların akciğer grafileri normal olarak değerlendirildi.

Sertoli hücreli tümörler makroskopik olarak farklı büyüklükte, benign olgularda genellikle düzgün sınırlı ve solid;

malign olgularda ise kesit yüzeyleri yumuşak homojen, gri-beyaz ya da sarı renkte yer yer kanama ve nekroz alanları içeren karektelerdedir..

Mikroskopik olarak Sertoli hücrelerinin genellikle tübül yapıları veya solid adalar oluşturduğu izlenir. malign olgularda nükleer pleomorfizm görülür [3,4]. Mitoz, nekroz, hemoraji ve kistik oluşumlar izlenir. Endotelial boşluk invazyonu siktir [2]. Benign tanısı almış olgumuzda benzer histopatolojik özellikler izlenmektedir. Malign tanısı almış olgumuzda ise pleomorfik oval, yuvarlak ya da spindle şekilli nükleuslu, dar sitoplazmalı atipik hücre gruplarının oluşturduğu kordonlar ve adalardan ibaret tümör izlenmiştir. Tümör hücreleri yer yer eozinofilik boyanmış materyal birikimi çevresinde, rozet benzeri formasyonlar oluşturmuşlardır. Yine bu hücre gruplarındaki nükleuslardaki nükleer "groove" ender rastlanan özellikler olup, özellikle vurgulanması gereken yapılarıdır. Endotelial boşluk invazyonu görülmesi ise benzer yönleridir.

Ayırıcı tanıda benign-malign ayırımı, malign olgularda ise testisin karışabilecek diğer tümörleri, metastatik karsinomdan ayırımı önemlidir [1, 3]. Ayırıcı tanı için immünhistokimyasal teknikler kullanılır. Malign tümör hücreleri Vimentin ve Sitokeratinle pozitif boyanırken AFP, HCG, EMA ve CEA negatif bulunur [3, 4]. Literatürde malign tümörlerde Vimentin bütün hücrelerde pozitif, sitokeratin tübüllerdeki tümör hücrelerinin tümünün sitoplazmalarında pozitif boyanır. Diğer markerler negatif olarak izlenmektedir [3, 5].

Benign tanısı alan olgumuzda tümör hücrelerinin tümü Sitokeratin ile kuvvetli pozitif, Vimentin ile zayıf pozitif boyanmıştır. Malign tanısı alan olgumuzda ise Sitokeratin ve Vimentin ile orta derecede pozitif boyanma gözlenirken EMA ve CEA ile negatif boyanma saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Cotran, R.S., Kumar, V., Robbins, S.L.: Pathologic Basis of Disease. 4th. edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, pp:115-6, 1989.
2. Rosai, J.: Ackerman's Surgical Pathology, 7th edition, The C.V. Mosby-Co, St. Louis, pp:971,4, 1989.
3. Mostofi, F.K., Price, E.B.: Tumors of the male genital system, Second series, 8, Fascicle, Washington, Armed Forces Institute of Pathology, pp:85-111, 1987.
4. Nielsen, K., Jacobsen, G.K.: Malignant Sertoli Cell Tumour of the Testis. APMIS, 96:755-60, 1988.
5. Sharma, S., Seam, R.K., Kapoor, H.L.: Malignant Sertoli Cell Tumour of the Testis in a Child. Journal of Surgical Oncology, 44:129-31, 1990.
6. McLaren, K., Thomson, D.: Localization of S-100 Protein in a Leydig and Sertoli Cell Tumour of Testis. Histopathology, 15:649-52, 1989.