

MALIGN TRANSFORMASYON GÖSTEREN MATÜR KISTİK TERATOM

Dr. Demet ETİT (*), Dr. Hürriyet TURGUT (*), Dr. Rafet BEYHAN (*), Dr. Ümit BAYOL (*), Dr. Merih HANHAN (**)

ÖZET: Matür kistik teratomlarda, malign transformasyona % 0,5-4,8 oranında ve en sık epidermoid karsinoma rastlanmakla birlikte epitelial ve mezenkimal tümörlerin değişik varyasyonları görülebilir. Malign transformasyonlu teratomlar uzak metastazdan çok, lokal invazyon gösterme eğilimindedir ve prognozu kapsül dışı yayılım belirler. Tedavide radyoterapi ve kemoterapinin yeri tartışmalıdır. Laboratuvarımızda 1987-1994 yılları arasında tanı almış toplam 150 matür kistik teratom olgusunun 4 ünde (% 2,6) malign transformasyon saptanmıştır. Bunların 3'ü epidermoid, 1'i endometrioid diferansiyasyonlu malign epitelial tümörlerdir. Operasyonda 2 si lokal invaziv (mesane ve ileum serozasına) olup mesane invazyonlu olgumuz 13 ay sonra lokal nüks göstermiştir. Bu olgumuz nüksten bir ay sonra ex olmuştur. Lokal invaziv (ileum serozası) diğer olgumuz henüz iki ay önce tanı almış olup takip edilmektedir. İnvazyon göstermeyen 2 olgumuz (Biri 4 yıl diğeri 3 yıl önce) operasyondan sonra 30 ay takip edilmişlerdir ve tümörsüz sağlıklıdır.

OLGU SUNUMU

Matür kistik teratomların en ciddi komplikasyonlarından birisi de malign transformasyonudur ve insidansı çeşitli yayınlarda % 0,05-%48. (ortalama %2,4) olarak verilmektedir (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12).

Malign transformasyon genellikle post menopozal kadınlarda görülür. İnsidansı yaşla artmakla birlikte ensik 5,6 Dekadlarda rastlanır. (1,2,3,4,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24).

Matür teratomlarda en sık epidermoid karsinom yönünde malign değişim izlenmekle birlikte (%75-97) teratomda yer alan her tür dokunun malign transformasyonuna rastlanabilir (2,4,8,13,20,21,22,24). Bunların arasında deri ve intestinal traktusun adenokarsinomları, karsinoid tümörler, tiroid karsinomu, bazosellüler karsinom, malign melanom, sarkomlar (leiomyosarkom, kodrosarkom ve malign fibroz histiositom) glioblastoma multiforme ve lenfoma sayılabilir (1,2,3,5,6,7,9,11,14,15,16,17,20,21,23).

Malign değişim gösteren matür teratom olgularında preoperatif tanı genellikle zordur. Bu tür olgular genellikle unilateral olup ultrasonografide kalın duvarlı, solid alanları fazla yarıkistik görülebilirler. Tümör çapları 2cm'den 15cm'ye kadar değişebilir (20,21).

Aniyazaki ve arkadaşları 1991 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, matür kistik teratomlu hastaların serum ve asit sıvılarında, SCC antijeni, CEA ve CA 19.9 un yükselmesi ile malign değişim raasında bir korelasyon olduğunu görmüşlerdir. Bu markerların postoperatif dönemde kısa sürede normal serum düzeylerine indikleri gösterilmiştir (22).

Malign transformasyon gösteren teratom olgularında, yayılım en sık direkt invazyon yolu ile komşu pelvik organlara olur (mesane, rektosigmoid, ileum v.b.) Operasyonda olguların yaklaşık % 60 ında tümörün over kapsülünü aşarak çevre dokulara yapışıklık gösterdiği görülmüştür. Assite de neden olabilir (1,2,20).

Bu olguların tedavisinde kapsülle sınırlı, çevre dokulara yapışıklılık göstermeyen tümörler konservatif cerrahi ile tedavi edilir ve genellikle unilateral salpingoofektomi yeterlidir. Lokal invazyon gösteren olgularda ise radikal davranılır ve total abdominal histerektomi + bilateral salpingoofektomi uygulamak gerekir. Lenf nodu tutulumu olmadığı için lenfadenektominin yeri tartışmalıdır. Postoperatif radyoterapi ve kemoterapinin prognozu pek fazla değiştirmedigi görülmüştür (20, 21).

Prognoz kapsül invazyonuna, diferansiyasyon derecesine ve damar tutulumuna göre değişir. Genellikle evre 1 olgularda, 5 yıllık sürvi %83 e kadar çıkarken, evre 2-3 olgular ve sarkomlarda bu oran %0'a kadar düşebilmektedir (1,2,3,11,20,21,24).

OLGULARIMIZ

SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Laboratuvarında 1987-1994 yılları arasındaki 7 yılda matür kistik teratom tanısı almış 150 olgumuzun 4 ünde, (%2,6) malign transformasyon saptandı. Malign transformasyon, gösteren olgulardan 3 ünde, epidermoid karsinom, birisinde ise endometrioid tip adenokarsinom saptandı.

Malign transformasyon gösteren tüm olgularımız kasık ağrısı şikayeti ile doktora başvurmuş ve ovarial kitle nedeniyle operasyona alınmıştır. Olguların yaşları 30-53 arasında değişmekte olup ortalaması, 40 dır. Olgularımızdan ikisinin tanısı çevre dokulara yapışıklık gösterdiği için peroperatuar frozen ile konulurken, diğer iki olgu parafin kesitlerden sonra tanı aldı, 2'si sağ, 2'si sol over lokalizasyonlu olan olgularımızın tümör çapları 9-17 cm arasında değişmekte idi.

Histopatolojik incelemede bu kistlerin cidarında 7x4x3cm kalınlığa ulaşan epidermoid karsinom alanları ve birinde ise 9x5x5cm lik bir alanda nüks yapan, papiller tip bir endometrioid karsinom alanı izlendi. Kapsülü intakt görülen 2 olgumuz sadece lokal eksizyon ve karşı overe wedge rezeksiyon uygulandı.

Kapsül invazyonu gösteren 2 olguya ise total abdominal histerektomi + bilateral salpingoofektomi + lenf nod diseksiyonu yapıldı. Bu olgulardan birisinde ayrıca mesane invazyonu olduğu için, parsiyal sistektomi, diğerinde ise, ileum serozasına invazyon olduğu için ileum rezeksiyonu yapıldı.

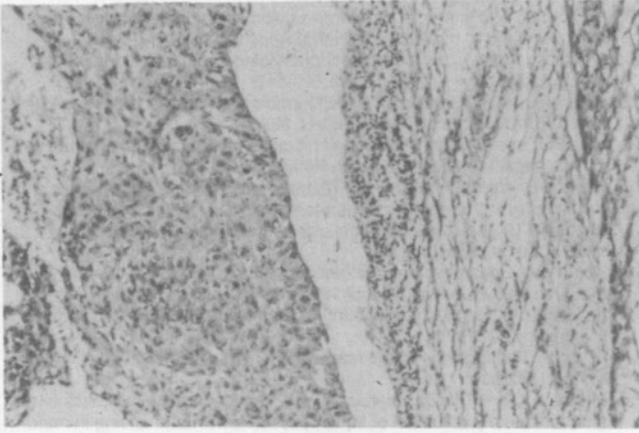
Kapsüllü intakt görülen ve lokal eksizyon ile tedavi edilen olgularımızda; literatürde yararı tartışmalı olmasına rağmen Konsey kararı ile; birisine ayrıca radyoterapi, diğerine ise kemoterapi uygulandı. Bu iki olgudan birisi 8 ay diğeri ise 30 ay takipte halen sağlıklıdır. Lokal nüks göstermedi.

Mesane invazyonu gösteren olguya ise radikal cerrahiden sonra Konsey kararı ile radyoterapi uygulandı, yine bu olgu 14 ay sonra lokal nüksler nedeniyle ex oldu.

Kapsül dışına invazyon gösteren (ileum serozasına) diğer olgumuz ise henüz yeni olup cerrahi tedaviden sonra ek tedavi verilmemiştir.

* SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Bölümü

** SSK Tepecik Doğumevi



Resim 1 : Matür Kistik teratomda Epidermoid Karsinom HEX275.



Resim 2 : Matür Kistik Teratomda Endometroid Karsinom HEX275).

TABLO 1 : OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Protokol No	Yaş	Lokalizasyon	Çap	Solid tümör çapı	Tanı	İnvazyon	Tedavi	Takip
D 1944/90	30	Sol over	17x14x13	9x5x5x5	Endometrioid (mukus yapan, pa piller adeno ca.)	Kapsül intakt	Kitle eksizyonu Sağ over wedge rez Kemoterapi	30 ay sağlıklı
D 1203/91	45	Sağ over	10x8x5	6x5x4.5	Epidermoid ca	Mesane duvarı	TAH+BSO Omentektomi+lenfadenektomi Batin yıkama	13ay sonra nüks 14 ay eks
D 1067/92	32	Sol over	10x10x6	4x4x2.2	Epidermoid ca	Kapsül İntakt	Kitle eksizyonu Sağ over wedge rez. Batin yıkama sıvıları Radyoterapi+kemoterapi	30 ay sağlıklı
D 4679/94	53	Sağ over	9x9x7	7x4x3	Epidermoid ca	İleum serozası ve omentum	Tah+BSO+omentektomi İleum rez.+batin yıkama Kemoterapi	yeni vaka

TARTIŞMA

Matür teratomlarda malign değişim oranı literatürlerde en düşük %0.8 en yüksek ise % 5 ortalama %2 olarak verilmiştir (20). Biz de 7 yılda, 150 matür teratomda 4 maligne (% 2,6) olgusu saptadık.

Malign değişim gösteren teratom olgularının görülme yaşı 19-88 arasında olup, ortalama 50 dir (2,21). Bizim olgularımız ise 30-53 yaşlar arasında olup literatür verileri ile uyumludur. Hastalar genellikle hekime kasık ağrısı şikayeti ile başvurmakta olup teratomda malign transformasyon için sağ veya sol over tercihi saptamamıştır. Hastalar genellikle hekime, alt batında kitle veya ağrı yakınmaları ile başvururlar (2, 3, 21).

2si sağ ve 2si sol over lokalizasyonlu 4 olgumuz pelvik kitle nedeni ile ameliyata alınmıştır. Literatürde de belirtildiği gibi malign değişim gösteren teratom olgularını önceden tanımlamak zordur (22). Olgularımızda da preoperatif tanı konmamıştır. 2 olgu (invazyon gösteren olgular) peroperatuar frozen ile ve 2 olgu parafin kesitlerde rastlantısal tanı almıştır.

Matür teratomlarda malign değişim en çok (%75-97) epidermoid karsinom yönünde olmaktadır (2,4-8-13). Ayrıca diğer tüm dokulara malign değişim görülebilir. Bizim olgularımızın da 3 ünde (%75) epidermoid karsinom, birinde ise endometrioid tip adenokarsinom saptanmıştır.

Operasyonda olguların yaklaşık yarısında (%50-60) komşu pelvik organlara yapışıklık ve invazyon görüldüğü belirtilmektedir (1,2,20). Bizim 4 olgumuzda da ikisinde kap-

sül intakt, 2 sinde ise mesane ve ileum serozasına invazyon saptanmıştır.

Tedavide ise, yayınlarda da belirtildiği gibi, kapsülü intakt olan 2 olgumuzda sadece lokal eksizyon diğerlerinde ise, geniş cerrahi eksizyon+omentektomi+lenfadenektomi uygulanmış olup, yararı tartışmalı olmasına rağmen onkoloji konsey kararları ile 3 olgumuza radyoterapi (RT), kemoterapi veya (KT herikisi birden uygulanmıştır (2,21). Prognozun ise belirgin şekilde kapsül invazyonu ile korele olduğu görülmektedir (2, 20). Kapsüllü intakt iki olgumuz post-op 30 aylık takipte olup halen sağlıklıdır. Mesaneye invaze bir olgumuz ise, radikal cerrahi+RT+KT ye rağmen 14 ay sonra eks olmuştur. Diğer olgumuz ise henüz yeni (2 ay önce) tanı almış olup cerrahi tedaviden sonra takip edilmektedir.

Malign değişim gösteren matür kistik teratom konusunda literatürde yayınlanmış en geniş seri 1981'de Japonya'da Yakushiji ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir. Burada 10 yılda görülen 145 matür kistik teratom olgusunun 7 sinde (%4.8) malign değişim saptanmıştır. Olguların tümünde de epidermoid karsinom yönünde malign transformasyon izlenmiştir. Olguların yaş ortalaması 59 olarak bulunmuş ve 7 olgudan 3 ünün 5 yıldan önce eks olduğu belirtilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mitui AH, et al. A case of ovarian dermoid cyst with malignant transformation perforated into the rectosigmoid colon and small intestine. Endoscopy. 1983;15 (5):331.
2. Beuzoboc P, et I. Malignant epidermoid degeneration of dermoid cysts

- of the ovary. *Ann Chir* 1993;47(7):641.
3. Hanada M, et al. Multiple malignancies (squamous cell carcinoma and sarcoma) in dermoid cyst of the ovary. *Acta Pathol* 1981;31(4):681.
 4. Yakushiji M. et al. Malignant degeneration of benign cystic teratomas of the ovary. *Acta Obstet Gynaecol* 1981;33(7):1095.
 5. Yannopoulos D, et al. Malignant struma ovarii. *Pathol Annu* 1976;11:403.
 6. Irie J, et al. Adenosquamous carcinoma arising in a dermoid cyst (benign cystic teratoma) of the ovary. *Gan N Rinsho* 1984;30(11):1840.
 7. Sekiya S, et al. Malignant change of dermoid cysts of the ovary. Report on an adenosquamous cell carcinoma and clear cell carcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol* 1984;5(1):16.
 8. Gabrielli M, et al. Squamous cell carcinoma arising in a dermoid cyst of the ovary. Clinical and pathological report of a case. *Eur J Gynaecol Oncol* 1984;5(2):110.
 9. Betta PG, Cossimi MF. Sebaceous carcinoma arising in benign cystic teratoma of the ovary. *Eur J Gynaecol Oncol* 1984;5(2):146.
 10. Curling OM, Potsies PN, Hudson CN. Malignant change in benign cystic teratoma of the ovary. *Br J Obstet Gynaecol* 1979;86(5):399.
 11. Richardson G, et al. Malignant transformation occurring in mature cystic teratomas of the ovary. *Can J Surg* 1990;33(6):499.
 12. Novvalle KE, et al. Osteosarcoma arising in a benign dermoid cyst of the ovary. *Gynaecol Oncol* 1990;37(1):143.
 13. Peuthmaur M, Reynes M. Squamous cell carcinoma in situ developing in a dermoid cyst of the ovary. *Pathol Res Pract* 1989;189:251.
 14. Morimitsu Y. Apocrine adenosarcoma arising in cystic teratoma of the ovary. *Arch Pathol Lab Med* 1993;117:647.
 15. Bjersing L, et al. Glioblastoma multiforme cystic in a dermoid cyst of the ovary. *Eur J Gynaecol Oncol* 1989;10:389.
 16. Yasui W, et al. A case of sweat gland carcinoma arising in a mature cystic teratoma of the ovary. *Gan No Rinsho* 1987;33:875.
 17. Seifer DB, Weiss LM, Kemosan RI. malignant lymphoma arising within thyroid tissue in a mature cystic teratoma. *Cancer* 1986;58:459.
 18. Yoshimihi U, et al. Malignant melanoma arising in a dermoid cyst of the ovary. *Cancer* 1991;67:3141.
 19. Mostafa A. Squamous cell carcinoma arising from ovarian benign cystic teratoma. *Am J Obstet Gynecol* 1984;15:790.
 20. Fox H. *Obstetrical and Gynaecological pathology*. New York: Churchill Livingstone;1987:661.
 21. Blaustein A. *Pathology of the female genital tract*. New York:Springer Verlag;1982:636.
 22. Miyazaki K. et al. Clinical usefulness of serum squamous cell carcinoma antigen for early detection of squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. *Obstet Gynecol* 1991;78:562.