

STRUMA OVARİİ (4 OLGU)

Dr. Fatma Nur AKTAŞ (*), Dr. Demet ETİT (*), Dr. Hürriyet TURGUT (**), Dr. Ümit BAYOL (***),
Dr. İncim BEZİRCİOĞLU (****)

ÖZET: Struma ovarii matür teratomların %2.7'sini oluşturan ender ovaryal bir neoplazmdır. Ovaryal teratoid tümörün %50 den fazlası troid dokusu niteliğinde olması struma ovarii olarak yorumlanır. Struma ovarii reproduktif dönemde sıklıkla ünilateral olarak izlenir ve çapı 10 cm'in altındadır. Sekonder kistik değişiklikler gösterir, orjinal tiroid ile, eş veya farklı zamanlı, fonksiyonel immünolojik ve neoplazik değişiklikler sergileyebilir. Laboratuvarımızda 1984-1993 yılları arasında incelenmiş yaklaşık 150 matür kistik teratom içerisinde 4 adet (%2.6) struma ovarii saptanmıştır. Bunların tümü reproduktif döneme ait, tek taraflı, çapları 4-9cm arasında değişen tümör ile sekonder kistik değişiklikler gösteren troid dokusu niteliğindedir. (pür struma ovarii) olguların birinde sekonder kistik değişiklikler, birinde Hürtle hücreli adenom saptanmıştır.

SUMMARY: Struma ovarii is a rare neoplasm that consist of %2.7 all the ovarian mature teratomas. The term struma ovarii should be used only for those cases in which the thyroid component is predominant (more than 50%). Struma ovarii is commonly unilateral, less than 10cm diameter and mostly seen in reproductive period. It usually shows secondary cystic changes and may be associated with functional, immunological and other neoplastic processes of servical thyroid tissue at synchronously or metachronously. In our lab.: We established four struma ovarii among 150 (2.6%) mature teratoma cases between 1984-1993. All of them are pre struma ovarii with secondary cystic changes, diameters varying from 4-9cm and unilateral. One presents secondary toxicity and one has Hürtle cell adenoma that 2cm in diameter.

GİRİŞ

Overin teratomları genellikle iki gruba ayrılır. Birincisi kistik matur teratom ki bunlar ovaryal teratomların %90'ını oluşturur. İkincisi immatur teratomlardır (1). Matur kistik teratomun elemanları büyük oranda ektodermal dokulardan oluşur (2). Matur kistik teratomda %5-20 oranında tiroid dokusu alanlarına rastlanabilir (1,3,4,5). Struma ovarii terimi matur teratomların tamamı veya büyük kısmı tiroid dokusundan oluştuğu zaman kullanılan bir terimdir (1,5). Oldukça nadir görülen bir tümördür (1). Ovarian teratomların %2.7'sini meydana getirir (1) 1963 yılında Higuchi ve Kataquote struma ovarii'nin solid over tümörleri içinde insidansının %0,3 olduğunu vurgulamıştır (4,6,7). 1970 yılında Liter-

atürde o güne kadar yayınlanmış 275 vaka olduğu belirtilmiştir (7).

Olguların büyük bir bölümü reproduktif dönemde olmakla birlikte (1), literatürde prepubertal ve post menopozal olgular da rapor edilmiştir (3).

Struma ovarii olguları çoğu zaman karın ağrısı, karında kitle ve anormal uterus kanaması gibi nedenlerle doktora başvuran hastaların fizik ve radyolojik muayenelerinde saptanan ovaryal kitle sebebiyle ya da daha başka nedenlerle yapılan ameliyatlarda sırasında rastlantı sonucu bulunur (1). Bazen hipertroidi semptomları görülebilir (1) servikal tiroid bezi ve struma ovarideki tiroid dokusu, tiroid stimulan immunglobülinlere, benzer yanıt verdiği için (4). Struma ovarii ile birlikte görülen tirotoksikoz vakalarında, orjinal tiroid bezinin de aşırı faaliyet gösterdiği bilinmektedir (1). Bu nedenle strumanın yapısındaki tiroid dokusu aynen tiroid bezinde görülen fizyolojik ve patolojik değişiklikleri gösterebilir (1). Vakaların 1/3 ünde assit ve nadiren Meigs sendromunun görüldüğü rapor edilmiştir (3).

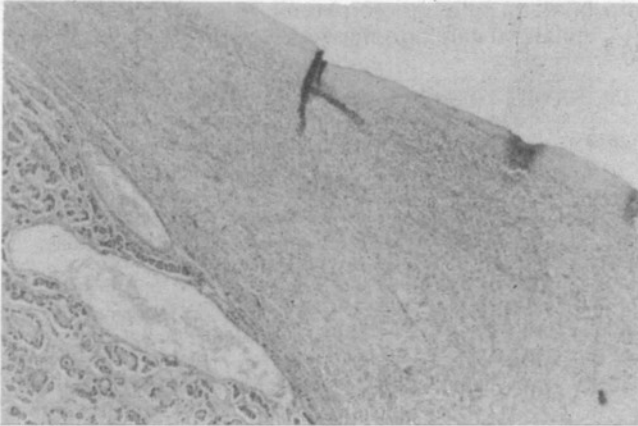
Makroskopik olarak çoğunlukla tek taraflıdır (4), ancak

* SSK Tepecik Hastanesi, Patoloji Bölümü, Asistanı

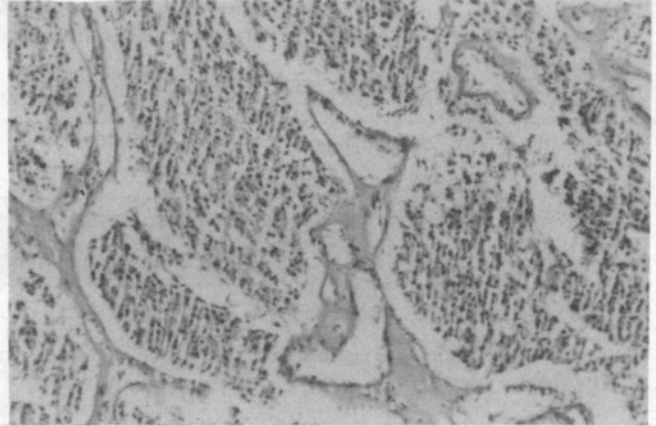
** SSK Tepecik Hastanesi, Patoloji Bölümü, Başasistanı

*** SSK Tepecik Hastanesi, Patoloji Bölümü, Şefi

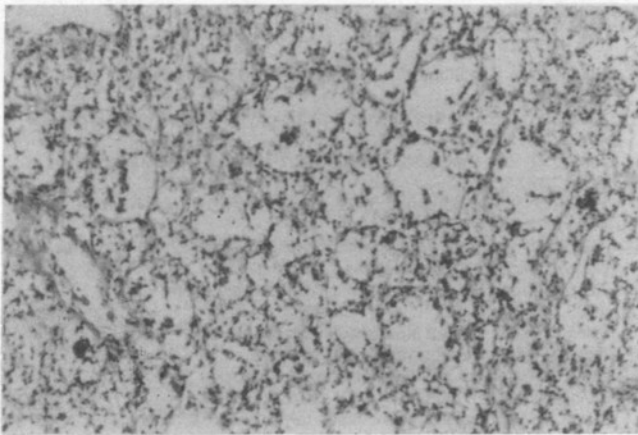
**** Balcova Ana Çocuk Sağlığı Merkezi, Uzmanı



Resim 1 : Over stroması ile struma ovarii ilişkisi. HEX110.



Resim 3 : Hurtle hücreli adenom HE275



Resim 2 : Strumada toksisite HE275

yapılan yayınlardan birinde olguların %15 kadarında, karşı overde de teratom bulunduğu dikkat çekilmiştir (1). Struma ovarii değişik boyutlarda olabilir de, çapı genellikle 10cm den daha küçüktür. Struma ovarii diğer komponentlerle birlikte olduğu zaman, daha büyük çaplara ulaşabilmektedir (1). Tümörün dış yüzü genellikle düzgündür, ancak bazen yapışıklıklar görülebilir. (1 Kesit yüzü tiroid dokusu gibidir (5), genellikle multikistik kolloid ile dolu kavite izlenir (4).

Struma ovarii genellikle saf formda olmakla birlikte, dermoid kist ile veya strumal karsinoid olarak, karsinoid pattern ile de birlikte bulunabilir, nadiren, seröz veya müsinöz kistadenomun duvarından kaynaklanır veya brenner ile karışık olgulara rastlanabilir (3). Bazen struma ovarii'ye, peritonda benign görünüşlü tiroid dokusundan oluşan implantlar eşlik edebilir (3), buna benign strumatozis denir ve (4) peritoneal implantların sürviye etkisi yoktur (3).

Struma ovarii'nin mikroskopik görünümü matür tiroid dokusuna benzer, tek sıralı silindirik veya kübik epitel ile döşeli kolloid içeren asinüslerden meydana gelmiştir. Genellikle kolloid ile dolu büyük kistik folliküller ve nodüller alanlar tabloya hakimdir (4). Struma ovarideki tiroid dokusu, servikal tiroid (orijinal) dokusunda görülebilen değişiklikleri eş veya farklı zamanlı olarak gösterebileceğinden, nodüler veya diffüz hiperplazi, troidit, karsinom veya malign lenfoma gibi değişikliklere rastlanabilir (1,3,4). Tirotoksikoz ile birlikte olduğu zaman tipik kolloid kullanımı (kenar vakualizasyonu)

ve hipertrofik tiroisitler görülür (4).

MATERYAL VE METOD

1984-1993 Yılları arasında SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Laboratuvarı'nda 4 struma ovarii olgusu saptandı. Tüm olgular klinik özellikleri (yaş, şikayet, ameliyat sebebi), ameliyat modeli, tümör çapı ve histolojik özellikleri açısından, parafin kesitlerde HE ile değerlendirilmiş ve bulgular tablo ile gösterilmiştir.

BULGULAR

1984-1993 yılları arasında SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Laboratuvarında 4 struma ovarii olgusu saptandı Olgular 35-42 yaşları arasında olup, yaş ortalaması 44 dir.

Geliş şikayetini bildiğimiz 3 olgumuzun biri kanama, diğeri kanama ve kasık ağrısı, üçüncüsü sadece kasık ağrısı şikayeti ile doktora başvurmuştur. Yapılan incelemeler sonucunda 4 olgunun 3 ü ovaryal kitle sebebiyle ameliyata alınırken, birisi myoma uteri ön tanısı ile opere edilmiştir.

Olguların ikisine total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi yapılırken, diğer ikisine total abdominal histerektomi ve sağ ooferektomi uygulanmıştır.

Tümörler dört olguda da tek taraflı olup çapları 4-9cm arasında değişmektedir. Tüm materyellerin kesit yüzleri yarı kistik nitelikte olup en geniş kist çapı 3 cm olarak ölçüldü.

Mikroskopik bakıda tüm olguları pür formda olup sekonder kist formasyonu göstermekteydi. İki olguda kanama, iki olguda hyalinizasyon, bir olguda distrofik kalsifikasyon, bir olguda toksisite ve hürtle hücreleri, bir olguda 2 cm çaplı hürtle hücreli adenom saptanmıştır.

TARTIŞMA

Literatürde struma ovarii olgularının büyük bölümünün reproduktif dönemde görüldüğü belirtilmektedir (3). Biz de toplam 4 olgumuzun 35-50 yaşları arasında olduğunu ve yaş ortalamalarının 44 olduğunu saptadık. Struma ovarii olgularının çoğuna matür kistik teratomlarda görülen karın ağrısı, karında kitle ve düzensiz uterus kanaması gibi nedenlerle doktora başvuran hastaların yapılan incelemeleri sonucu ovaryal kitle veya başka nedenle yapılan ameliyatlarda sırasında tesadüfi olarak rastlanmaktadır (1). Bizim başvuru şikayetini bildiğimiz 3 olgumuzun biri kanama, diğeri kanama ve kasık ağrısı ve üçüncüsü sadece kasık ağrısı şik-

TAH+BSO:Total abdominal histerektomi + bilateral salpingooferektomi.
TAH+USO:Total abdominal histerektomi + unilateral salpingooferektomi.

PROTOKOL NO	YAŞ	ŞİKAYETİ	ÖN TANI	AMELİYAT MATERYALİ	TÜMÖR ÇAPI	MİKROSKOPİ
404/84	42	kanama	myoma uteri	TAH+BSO	5 cm	sekonder kist formasyonu kanama, hyalinizasyon
5940/86	35	kanama + sağ kasık ağrısı	ovarial kitle	TAH+USO (sağ)	9 cm	sekonder kist formasyonu, kanama, hyalinizasyon distrofik kalsifikasyon
D.1555/90	48	kasık ağrısı	ovarial kitle	TAH+USO (sağ)	6 cm	sekonder kist formasyonu toksisite hürtle hücreleri
1279/93	50		ovarial kitle	TAH+BSO	4 cm	sekonder kist formasyonu hürtle hücreli adenom (2cm)

kayeti ile doktora başvurmuştur. Yapılan incelemeler sonucu 3 olgumuzda ameliyat sebebi ovaryal kitle iken birin de myoma uteridir.

Literatürde genellikle tek taraflı olabileceği belirtilen (4) struma ovarii olgularının çaplarının genellikle 10 cm den küçük olduğu belirtilmiştir (1). Ameliyat materyellerinin incelenmesi sonucunda struma ovarii tanısı konmuş tüm olgularımız tek taraflı olup, tümör çaplarının 4 ile 9 arasında değiştiği saptanmıştır.

Struma ovarinin genellikle pure formda olduğu ve kolloid ile dolu büyük kistik yapıların tabloya hakim olduğu belirtilmiştir (3,4). Bizim de tüm olgularımız pure formda olup kist formasyonu eşlik etmektedir. Struma ovarideki tiroid dokusu, servikal tiroid dokusunda görülebilecek tüm değişiklikleri gösterebilmektedir (1,3,4). Biz de olgularımızda tabloda görüldüğü gibi kanama, hyalinizasyon ve distrofik kalsifikasyon gibi değişikliklerden toksisite ve hürtle hücreli adenoma kadar değişen geniş bir morfolojik spektrumun kombinasyonlarını ve varyasyonlarını görebildik.

KAYNAKLAR

1. Blaustein A. Pathology of the female genital Tract. New York: Springer Verlag;1982:722.
2. Silverberg SG. Practice of srgical pathology Philadelphia: Churchill Livingstone; 1990:1538.
3. Sternberg S.S. Diagnostik SURGICAL Pathology. New York: Raven Prss; 1994:2252.
4. HasleToN et AL. Benign and Malign Struma ovarii. ArCh Pathol Lab Med 1978;102:80.
5. Thomas R. D, Batty V.B. Metastatic malign struma ovarii. Two case reports. Clinical Nuclear Medicine 1992;17:577.
6. Pardo-Mindan F.J, Vazquez J.J. Malign struma ovarii. Cancer 1983;51:337.
7. Willemse et al. Malign struma ovarii by ovariectomy, Thyroidectomy and lyot 131 administration Cancer 1987;60:178.
8. Fox H. Obstetrical and Gynaecological Pathology, New York:Churchill Livingstone; 1987:663.
9. Moon S, Waxman M. Mixed ovarian tumor composed of brenner and thyroid elements. Cancer;1976;38:1997.
10. Rozai J. Ackerman's srgical Pathology. Washington: C.V. Mosby; 1989:1144.