

BİR İNTRAKRANIAL MATÜR TERATOM OLGUSU

Yrd. Doç. Dr. Ömer İYİĞÜN (*) • Y.Doç. Dr. Zeki ŞEKERCI (*) • Doç. Dr. Filiz KARAGÖZ (**)

Dr. Murat BECER (**) • Prof. Dr. Fahrettin ÇELİK (*)

ÖZET: Teratom embriyojenik yapıların sonradan farklılaşmasından oluşur. Tüm üç germ yaprağının türevlerini içerir. Ondokuzmayıs Üniversitesi Top Fakültesi Nöroşirürji Bölümüne müracaat eden 4 aylık erkek çocukta teşhis edilen seyrek görülen matür teratom olgusu sunuldu. Kabulündeki bulguları huzursuzluk ve kafa büyümesi idi. Ameliyat öncesi düşünülen teşhisimiz doğru idi ve Teratom cerrahi olarak tamamen çıkartıldı

ANAHTAR KELİMELE: Teratom, Matür teratom, intrakranial kitle

SUMMARY: The teratoma results from further differentiation of embryonic structures and contains the derivatives of all three germ layers. Arare case of mature teratoma diagnosed in a four-month old infant boy who referred to the Department of Neurosurgery Ondokuzmayıs University Faculty of Medicine was presented. The admitting symptoms were restless and cranial enlargement. Preoperative true diagnosis was suspected and it was totally removed at surgery.

KEY WORDS: Teratoma, Matureteratoma, Intracranial Mass.

GİRİŞ

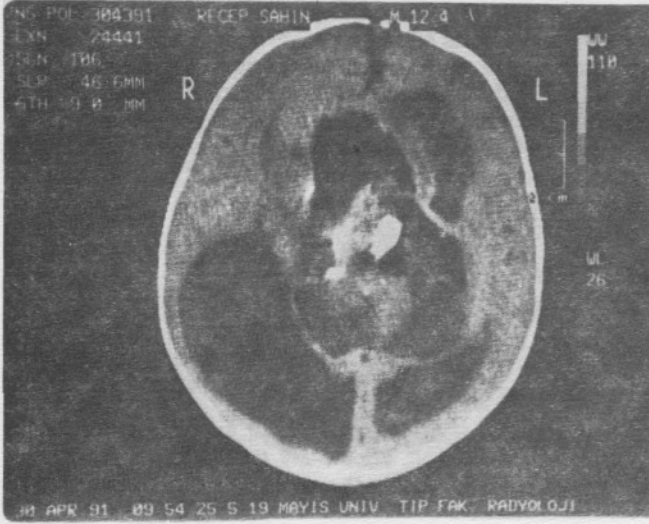
Her üç germ yaprağından (Ekdoderm, mezoderm, endoderm) köken alan embriyojenik bir tümör olan intrakranial teratom seyrek görülür (3,10). Primer intrakranial germ hücreli tümörlerin % 65'ini Germinoma, % 18'ini Teratoma, % 5'ini

embrional karsinoma oluşturmaktadır (8). İntrakranial yerleşim suprasellar, pineal bölge ve 3. ventriküldür (5,7,8,9). Klinik olarak kafa içi basıncı artması bulguları, görme bozuklukları, hidrosefali, diabetes insipid gibi bulgularla gösterilebilir.

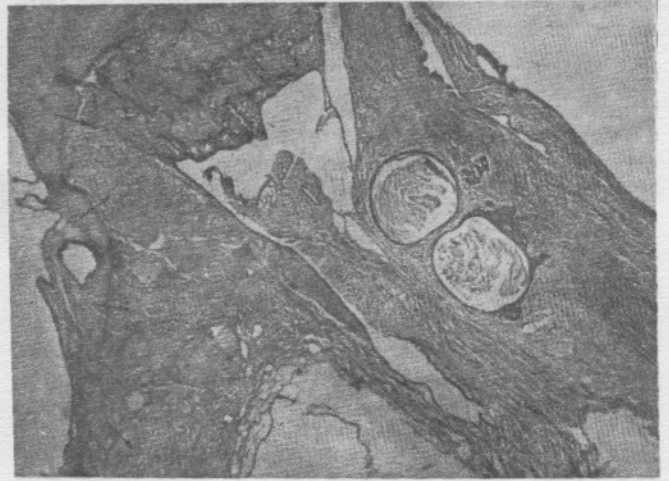
Patolojisinde 3 germ yaprağına ait histolojik yapılar görülebilir. Orta hatta suprasellar yerleşimli seyrek görülen intrakranial matürteratom olgumuzun oldukça büyük oluşu ve kongenital kafa büyüklüğünün sebepleri arasında olabileceğini vurgulamak için yayınlamayı uygun bulduk.

* Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji A.B.D.

** Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D.



Resim 1: CT'de orta hatta hyperdens hypodens lateral ventrikülleri yana itmiş, büyük bir kitle görünümü



Resim 3: Lümenlerinde keratini materyal bulunan skuamöz epitelle döşeli 2 adet kistik yapı ve tek katlı kubik epitelle döşeli değişik çapta kistik boşluklar çevresinde glial doku (okla işaretli) izlenmektedir. (HEX 25)

OLGU RAPORU

4 aylık erkek çocuk hasta protokol numarası: 304391 patoloji numarası: 1392/91. 1 aydır başında büyüme, huzursuzluk şikayeti ile Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji bölümüne yatırıldı. Öyküsünden 4 ay önce zor bir vajinal doğum ile dünyaya geldiği doğumda mor olduğu, son bir aydır iştahsızlığı, başının büyümesi, huzursuzluğu olduğu öğrenildi.

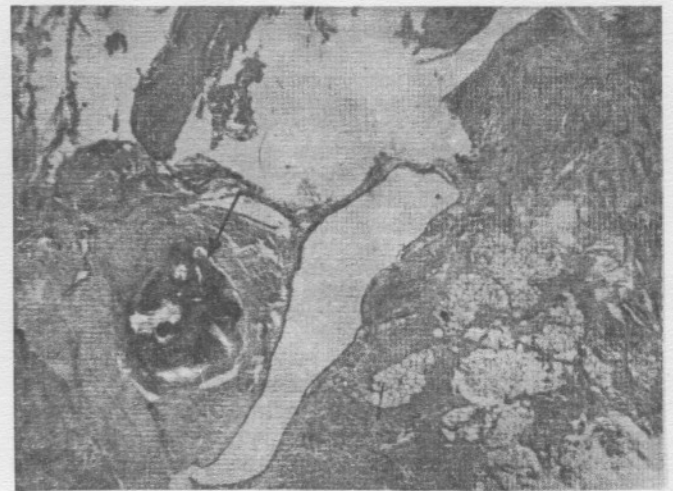
Fizik ve Nörolojik Muayenede: Hareketleri aktif, baş çevresi 44 cm Ön fontanel: 4 x 4 cm ve hafif bombe, pupiller izokorik, ateş: 37 C°, Nabız: 96/dk, solun: 24/dk, patolojik refleksi yok, derin tendon refleksleri: normoaktif, laboratuvar incelemede: Hb:10.5 gr/dl, BK: 3400/mm³, Hematokrit: 33, Kan Üresi: (BUN) 12mgr %, açlık kan şekeri (AKŞ): 90 mgr, sodyum (Na): 141 mEq, Potasyum (K): 3.8 mEq/l, Kalsium (Ca): 9,8 mEq/L Kreatinin: 0,5 mgr %, Direkt kafa grafisinin-



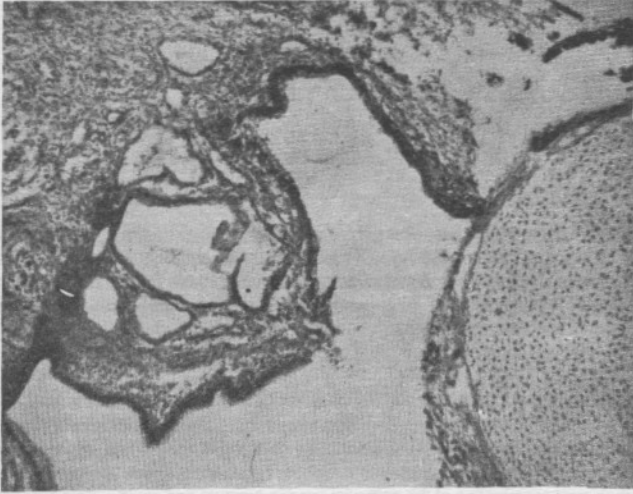
Resim 2: 17x7x5 cm boyutlarında matür teratomun makroskopik görünümü

de: Orta hatta yaygın kalsifikasyon, Kompüterize tomografi (CT)'de: Resim 1'de görüldüğü gibi orta hatta hyperdens hypodens. Sahalardan oluşan lateral ventrikülleri laterale iten büyük kitle görünümü mevcuttur.

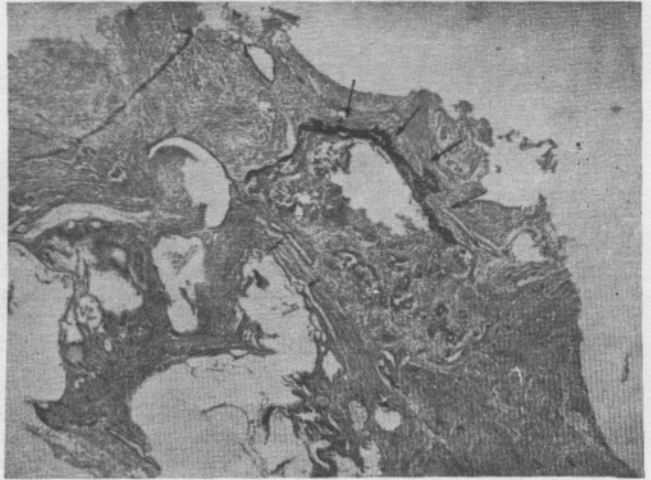
Hasta intrakranial kitle tesbit edilince ameliyat için yatırıldı. Ön tanı olarak kraniofaringioma ve teratom düşünüldü. Yatışının 6. gününde genel anestezi altında bifrontal cilt kesisi ile bifrontal kraniotomi yapıldı. Önce subfrontal girişim ile tümöre yaklaşılmaya çalışıldı. Fakat imkansız olduğu görüldüğü için sağ frontal kortikal insizyon ile girilerek tümörün etrafı mikrosirürji tekniği ile disseke edilerek çıkarıldı. Resim 2'de görüldüğü gibi oldukça büyük 17x7x5 cm boyutlarında sarı beyaz renkte yumuşak elastik kıvamda yer yer lobüle görünümde kesitlerinde değişik çapta kistik boşluk-



Resim 4: Kemik dokusu (büyük okla) ve olgun yağ dokusu yanısıra çizgili kas dokusu (küçük okla) izlenmektedir. (HEX 25)



Resim 5: Mukoid karakterli yüksek silindirik epitelle döşeli, kistik olan glandüler yapılar yanısıra kıkırdak dokusu görülmektedir. (HEX 100)



Resim 6: Göz taslağına ait yapılar (okla işaretli) izlenmektedir. (HEX 25)

lar ve kalsifiye sert alanlar dikkati çekti. Post operatif 2. günde oral almayan hastanın 8. günde dikişleri alındı. 10. günden itibaren solunumu hızlandı. Aktivasyonu azaldı, oral almamaya başladı. Subdural effüzyon birikmiş olabileceği düşünüldükten subdural tap yapıldı. Sağdan 30 cc, soldan 16 cc sarı renkli mayı geldi. 13. günde genel durumu dahada kötü olan hasta kardiopulmoner yetmezlikten öldü.

Resim 3,4,5,6'da görüldüğü gibi tümörün mikroskopik incelemede materyalin her üç germ yaprağından (Endoderm, Mezoderm, Ekdoderm) köken alan matür dokulardan oluştuğu izlendi. Bu dokular arasında solid ve kistik odaklar oluşturan squamöz epitel, düz kas, çizgili kas, kıkırdak, kemik olgun yağ dokusu, glial doku, bazıları tek katlı kubik epitelle bazıları yüksek silindirik epitelle döşeli kistik yapılar, mukoid ve seröz bez yapılarının yanısıra bir alanda göz taslağı bulunmakta idi. Malign dönüşüm veya immatür doku gözlenmedi. Materyale patolojik olarak "Matür Teratom" tanısı verildi.

TARTIŞMA

Intrakranial teratom, primer intrakranial germ hücreli tümörlerin içinde: 18 ile Germinamadan sonra iki sırada görülür (8). Intrakranial yerleşim yeri olarak suprasellar yerleşim gösteriyordur.

Takaku ve arkadaşlarının yeni doğan tümörlerini gözden geçirdiğinde % 50'den fazlasının teratom olduğunu buldu. İlk iki ay görülen intrakranial teratomlar supratentorial olmasına rağmen daha ileri yaşlarda infratentorialdir (5,8). Etiyolojisi çok iyi araştırılmadan shunt takılan hidrosefalili olgularda shunt sık sık fonksiyon dışı kalarak, genel durumu bozulan bir olguda teratom ihtimalini unutmamalıdır.

Yenidoğan dönemde teratom tanısı koymak için direkt

kafa grafisi, Ultrasonografi, CT, Serebral anjiyografi, pozitif kontrasventrikülografi pnemoensefalografi, nükleer magnetik rezonan (NMR) çekilir. Tümör markerlarından Alfafetoprotein (AFP), Korionikgonadotropin (CGH) bakılır. Bizim olgumuzun oldukça küçük oluşu sebebi ile serebral anjiyografi çekemedik. CT ile tanı konulduğu için diğer tetkik metodlara ihtiyaç duymadık.

Intrakranial teratomların matür ve immatür şekilleri vardır. Matür şekilleri kalsifikasyon ile beraberdir ve benign olma özelliğindedir (8,3). Bizim olgumuzda kalsifikasyon vardır ve benign özellikte idi.

KAYNAKLAR

1. Allen JC, Nisselbaum J, Epstein F, et al: Alphafetoprotein and human chorionic gonadotropin determination in cerebrospinal fluid. J Neurosurg 51: 368-374 (1979)
2. Aoyama I, Makita Y, Nabeshima S, et al: Intracranial double teratomas. Surg. Neurol 17: 383-387 (1982)
3. Crney JA Thompson DP, Johnson CL, et al Teratomas in children: Clinical and pathological aspects. I Pediatr Surg 7: 271-282 (1972)
4. Crade M: Ultrasonic demonstration in utero of an intracranial teratoma JAMA 247: 1173 (1982)
5. Takaku A, Kodama N, Ohara H, et al: Brain tumor in newborn babies. Childs Brain 4: 365-375 (1978)
6. Takeuchi J, Handa H, Oda Y, et al: Alphafetoprotein in intracranial malignant teratoma Surg Neurol 12: 400-404 (1979)
7. Takeuchi J, Handa H, Negata I: suprasellar germinoma. J Neurosurg 49: 41-48 (1978)
8. Ventureyra ECG, et al: Neonatal intracranial teratoma. J Neurosurg 59: 879-883 (1983).
9. Ventureyra ECG: Pineal region: Surgical management of tumors and vascular malformations. Surg Neurol 16: 77-84 (1981)
10. Whittle IR, Simpson DA: Surgical treatment of neonatal intracranial teratoma. Surg Neurol 15: 268-273 (1981)