

TESTİSTE KİSTİK TERATOM: OLGU SUNUMU

CYSTIC TERATOMA IN TESTIS: A CASE REPORT

Erol BASUGUY¹, Hayrettin ÖZTÜRK², Ali Suat ERKOÇ¹, Hülya ÖZTÜRK³, Hüseyin BÜYÜKBAYRAM⁴

¹Mardin Devlet Hastanesi,
Çocuk Cerrahisi Kliniği,
MARDİN

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Çocuk
Cerrahisi Anabilim Dalı,
BOLU

³Düzce Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Çocuk
Cerrahisi Anabilim Dalı,
DÜZCE

⁴Dicle Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Patoloji
Anabilim Dalı,
DİYARBAKIR

Yazışma Adresi
Dr. Hayrettin ÖZTÜRK
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi
AD 14280 BOLU
e-mail:
ozturkhayrettin@hotmail.com

ÖZET

Testis tümörleri çocuklarda nadir görülür. Bu makalede, 9 yaşında bir erkek çocuğunda sağ testiste teratom saptanan bir olgu sunulmuştur. Klinik muayenede ağrısız skrotal kitle mevcuttu. Kitle ile beraber testis (orşiektomi) çıkarıldı. Histolojik incelemede teratom saptandı.

Anahtar Sözcükler: Testis tümörü, teratom, çocuk

ABSTRACT

Testicular tumors are uncommon in children. In this case report, the authors describe a case of right testis teratoma in a 9-year-old boy. The clinical examination showed a painless scrotal mass. The mass and testes were removed. The histologic examination was confirmed a teratoma.

Keywords: Testicular tumor, teratoma, children

GİRİŞ

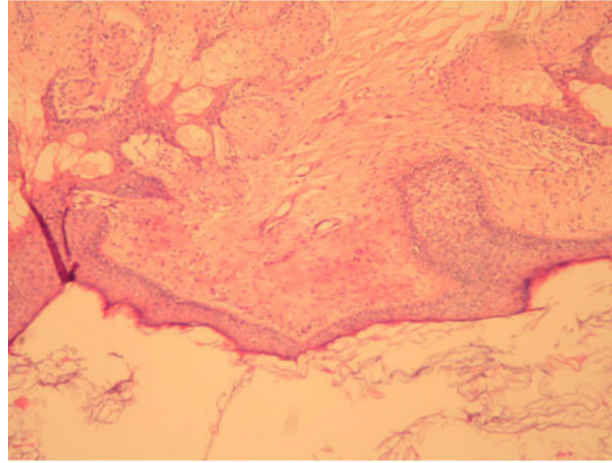
Testis tümörleri nadir görülmekle beraber 15-35 yaş arası erkeklerdeki en sık ortaya çıkan tümörlerdir. Erkeklerdeki tüm malign tümörlerin %1-2'sini oluştururlar (1,2,3). Prepubertal testiküler tümörler yetişkin testiküler tümörlerden daha nadir görülürler ve genellikle benignidirler (4). Testis tümörleri olarak erişkinlerde en sık seminoma, embriyonal karsinom ve miksgerm hücreli tümörler görülürken, çocuklarda daha çok yolc sac tümörü ve ikinci sıklıkta testis teratomlarına rastlanır (5,6,7). Primer testis tümörleri %2-3 oranında çift taraflıdır ve bu eş zamanlı veya farklı zaman dilimlerinde ortaya çıkabilmektedir. Testis tümörlerinin yaklaşık %50'sinde tek veya çift taraflı inmemiş testis öyküsü bulunmaktadır (8). Sağ testiste inmemiş testis insidansı tumor insidansı ile paralel olarak sola göre biraz daha sık görülür (5). Genellikle testiste tek taraflı ağrısız, sert bir büyüme olarak kendini gösterir. Hastaların %20'inde reaktif hidrosel, %21'inde eşlik eden inguinal herni saptanır. Vakaların %90'ı lokalize, %10'u metastatik hastalığa sahiptir. En sık retroperitoneal, mediastinal lenf nodlarına metastaz yaparlar. Bununla beraber çocukluk çağında karşılaşılan yolc sac tümörler hem hematogen ve hemde lenfojen yolla yayılım gösterdiklerinden dolayı hematogen yolla erken dönemde akciğer metastazları olabilir (9,10).

Bizim benign kistik teratomlu bu olguyu sunmakta ki amacımız; hastalığın klinik seyrini, tanı ve ayırıcı tanıda ki özelliklerini ve tedavi seçiminde ki tek olguluk tecrübemizi ilgili literatür ışığında tartışılmasıdır.

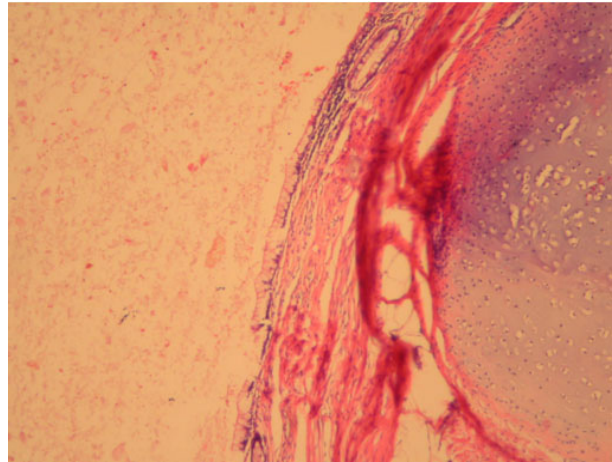
OLGU SUNUMU

Dokuz yaşında bir erkek çocuğu sağ yumurtasında şişlik şikayeti ile hastaneye getirildi. Ailesi tarafından doğumdan itibaren sağ yumurtalığında şişlik olduğu farkedilmiş. Başvurdukları doktor 7 yaşında ameliyat olabileceğini söylemiş. Genel muayenesinde bir özellik saptanmayan olgunun sağ testisinde yaklaşık 3-4 cm çapında gergin kistik yapı ile beraber bir kitle tespit edildi. Sağ testis palpe edilemedi. Sol testis normal boyut ve yapıdaydı. Tam kan ve biyokimya değerleri normaldi. Ultrasonografik incelemede sağ testis skrotum ve inguinal kanalda izlenemedi; 30x25x9 mm boyutunda septalarla ve solid alanlarla ayrılmış kistik bölgeler içeren ve sağ skrotal bölgeyi tümüyle dolduran kitle bulundu. Alfa-feto protein (AFP) düzeyi normal sınırlar (1.16ng/ml) içinde saptanan olguda sağ testis kaynaklı tümör ön tanısı ile cerrahi girişim planlandı. İnguinal kesi ile yapılan cerrahi eksplorasyonda tümoral kitle saptandı; testis atrofiye olmuştu ve çok minimal

testis dokusumevcuttu ve sağ orşiektomi uygulandı. Çıkarılan materyelin histopatolojik incelemesinde ile benign kistik teratom tanısı aldı (Resim 1 ve 2). Postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmayan hasta takibe alındı.



Resim 1. Çok sıralı yassı epitel ve deri ekleri (X200, H&E)



Resim 2. Silindirik epitel ve kıvrıkdak dokusu (X200, H&E)

TARTIŞMA

Çocuklarda testis tümörleri 100,000 erkek çocukta yaklaşık olarak 0.5-2 sıklıkta olmak üzere nadir görülürler ve çocukluk çağındaki tüm solid tümörlerin %1-2'sini oluştururlar (11). Erişkinlerde görülen testis tümörleri sıklıkla miks bir histolojiye sahiptir ve çoğunlukla maligndir (12). Buna karşın, prepubertal testis tümörleri tipik olarak sadece tek bir histolojik tipe sahiptirler ve sıklıkla iyi huyludurlar (13,14). Çocuklarda testiküler germ hücreli tümörlerin %30'unu prepubertal teratomlar oluşturur (4). Teratomlar üç germ yaprağından oluşurlar (endoderm, mezoderm, ektoderm) ve örneklerde kıkırdak, yağ kemik, kas nöral elementler gross olarak görülebilir. Bu tümörler normal serum AFP düzeyi ve US'de internal kalsifikasyon gösteren heterojen kitle ile bulunurlar (15). Burada sunduğumuz olgumuz 9 yaşında idi ve benign karakterli testis teratomu olarak tanımlandı. Operasyon öncesi yapılan tetkiklerinde AFP seviyeleri normal idi. AFP fetal albuminin eşdeğeridir. Fetal yolc sac ve daha sonra fetal karaciğer hücrelerinde üretilir. Hepatosellüler kanser, nonseminomatöz germ hücreli tümör, siroz, viral hepatit ve gebelikte değeri yükselebilir (15). AFP düzeyleri yolk salk tümörü için radikal inguinal orşiektomi uygulanan olgularda takip edilmelidir. AFP düzeyleri normal yarılanma ömrü olan 5. günde düşmüyor ise, sebat eden veya metastatik hastalık akla gelmelidir (4).

Testis tümürlü çocuklar en sık testiste ağrısız büyüme ve şişme ile başvurmaktadır. Fizik muayenede testiste düzensiz yüzeyle sert bir kitlenin ele gelmesi önemli bir bulgudur. Hastaların %10'unda akut testiküler ağrı görülür ve bu kanamaya bağlı olabilir. Murphy ve arkadaşlarının çalışmasında infantlarda en sık olarak yolk sac ve teratom gibi primer testiküler tümörler tanımlanmıştır (16). Olguların %20'sinde akut başlayan ağrılı skrotum ve %47 olguda ise apandiks testis torsiyonu ile başvurmuşlardır. Skrotal ultrasonografi ve illüminasyon testi ile hidrosel veya ek patolojiler saptanabilir. Testis torsiyonu, orşit ve epididimiorşit, testis kanseri ile en sık karışan hastalıklardır. Hidrosel, herni, hematom ve spermatosel de akılda tutulmalıdır. Ancak hastada sert, fikse testiküler kitle saptanmışsa, aksi ispatlanana kadar testis tümörü olarak kabul edilmelidir. Özellikle orşit ve epididimiorşitte 2 haftalık tedavi sonrası tekrar muayene ile kontrol yapılmalıdır (17,18). Ultrasonografik inceleme ile lezyonların solid-kistik ayrımı yapılır. Seminom hipoekoiktir, kalsifikasyon ve kistik komponent içermez. Seminom dışı tümörler ise heterojen görünümde; hipo-, hiper- veya izoekoik olabilir. Sınırları daha düzensizdir. Testiste ele gelen

kitlesi olmayan ama retroperitonda metastaz bulguları olan ve tümör belirleyicileri yüksek olan hastalarda testis ultrasonografisi yapılması önerilmektedir. Skrotumun magnetik rezonans görüntüleme ile incelemesi %100 duyarlılık ve %95-100 özgüllük sağlamasına rağmen yüksek maliyeti nedeniyle tanı amacıyla kullanılması önerilmez (17). Olgumuzun sağ testisindeki şişlik doğumdan itibaren ailesi tarafından fark edilmiş ancak tedavi için daha geç bir yaşta başvurmuştur. Sağ skrotumdaki şişliğin muayenede düzensiz konturlu olmasından dolayı operasyon öncesi yapılan ultrasonografide septalarla ve solid alanlarla ayrılmış kistik bölgeler içeren kitle bulunmuştur.

Teratom gibi benign tümörlerin tedavisinde sadece cerrahi eksizyon yeterlidir. Ancak tümörün benign karakteri nedeniyle testis koruyucu cerrahi daha fazla kullanıma girmiştir ve şu an birçok merkez tarafından rutin olarak önerilmektedir. Yapılan çalışmada yetişkin hastaların %88'inde teratom olan testisin herhangi bir yerinde karsinoma in situ tespit edilirken, prepubertal dönemde teratoma eşlik eden karsinoma in situya rastlanmamıştır (19). Yeşildağ ve arkadaşları operasyon sırasında frozen uygulaması ile tümörün benign yapısı desteklendiğinde testis dokusu korunarak sadece kitlenin çıkarılma şansının doğabileceğini bildirmişlerdir (7). Bu çalışmada sunulan iki olgudan birincisinde testis dokusunun atrofiye uğraması nedeniyle orşiektomi uygulanmış. İkinci olguda ise enukleasyon ile sadece tümöral doku alınmış testis dokusu bırakılmıştır. Testis teratomu gibi benign seyirli lezyonlarda, testis koruyucu girişimlerin uygulanma şansı, güvenilir histopatolojik incelemenin operasyon sırasında sağlanabildiği merkezlerde, daha fazla olabileceği bildirilmiştir (7). Çiftçi ve arkadaşlarının 30 yıllık deneyimlerini kapsayan bir çalışmalarında ortaya çıkan önemli sonuçlar mevcuttur (20). Solid skrotal kitleler aksi ispatlanana kadar malign olarak düşünülmalıdır. Günümüzdeki trend, frozen biyopsi bulgularına dayanarak teratoma, leydig hücreli tümör ve epidermoid kist gibi benign lezyonlar için testisi koruyucu cerrahi uygulanmalıdır. Radikal inguinal orşiektomi evre I malignant germ hücreli testis tümörü ve group I and IIa paratestiküler rabdomyosarcoma için doğru bir tedavi yaklaşımıdır. Bu tümörlerin (evre I ve group I ve IIa hastalık) ne evrelemesinde ne de tedavisinde retroperitoneal lenf nodu (RPLN) eksizyonu faydalı değildir. RPLN eksizyonu orşiektomi sonrası alfa fetoproteininin ısrarla yükseldiği malign germ hücreli hastalar ve CT taraması anormal stage II ve III'lü hastalar için ve CT taramada retroperi-

toneal tutulumun radyolojik kanıtının olduğu Grup IIb, IIc ve III paratestiküler rabdomyosarkomalı hastalar için uygundur. Yüksek ligasyon, survival oranlarını artırmak için skrotal orşiektomi sonrası bütünüleyici bir tedavi olarak yapılmalıdır. Sunulan olguda operasyon sırasında testisin atrofiye uğradığı görüldüğünden or-

şiektomi uygulandı. Bununla birlikte tümörün benign özelliklerinden dolayı testis dokusu korunmuş ise gerekli histopatolojik incelemenin sağlanabildiği durumlarda testis koruyucu cerrahi yaklaşımın tercih edilmesi gerektiğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Khan O, Protheroe A. Testis cancer. Postgrad Med J 2007;83:624-632.
2. Walschaerts M, Muller A, Auger J, Bujan L, Guerin JF, Lannou DL, Clavert A, Spira A, Jouannet P, Thonneau P. Environmental, occupational and familial risks for testicular cancer: a hospital-based case-control study. Int J Androl 2007;30:222-229.
3. Yalçınkaya U, Çalışır B, Uğraş N, Filiz G, Erol O. Testis tümörleri: 30 yıllık karşiv tarama sonuçları. Türk Patoloji Dergisi 2008;24:100-106.
4. Agarwal PK, Palmer JS. Testicular and paratesticular neoplasms in prepubertal males. J Urol 2006;176: 875-881.
5. Bahrami A, Ro JY, Ayala AG. An overview of testicular germ cell tumors. Arch Pathol Lab Med 2007; 131:1267-1280.
6. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumors of the Urinary System and Male Genital Organs. IARC Press, Lyon, 2004:217-277.
7. Yeşildağ E, İnce Ü, Söylet Y. Çocukluk çağı testis teratomlarında farklı yaklaşımlar. Türk Pediatri Arşivi 2003; 38: 81-83.
8. Richie JP, Steele GS. Neoplasms of the testis. In: Retik AB, Vaughn EDJ, Wein AJ; eds. Campbell's Urology 8. ed. WB Saunders: Philadelphia; 2002: 2876-2919.
9. Dehner LP. Gonadal and extragonadal germ cell neoplasia of childhood. Human Pathol 1983; 14:493- 511.
10. Göbel U, Schneider G, Calaminus G, Haas RJ, Schmidt P, Harms D. Germ-cell tumors in childhood and adolescence GPOHMA-KEI and the MAHO study groups. Ann Oncol 2000;11:263-271.
11. Chen YS, Kuo JY, Chin TW, Wei CF, Chen KK, Lin AT, Chang LS. Prepubertal testicular germ cell tumors: 25-year experience in Taipei Veterans General Hospital. J Chin Med Assoc 2008;71:357-361.
12. Reuter VE. Origins and molecular biology of testicular germ cell tumors. Mod Pathol 2005;18:51-60.
13. Kay R. Prepubertal testicular tumor registry. Urol Clin North Am 1993;20:1-5.
14. Sugita Y, Clarnette TD, Cooke-Yarborough C, Chow CW, Waters K, Hutson JM. Testicular and paratesticular tumours in children: 30 years' experience. Aust N Z J Surg 1999;69: 505-508.
15. Wu HY, Snyder HM 3rd. Pediatric urologic oncology: bladder, prostate, testis. Urol Clin North Am 2004; 31: 619-627.
16. Murphy FL, Law H, Mushtaq I, Sebire NJ. Testicular and paratesticular pathology in infants and children: the histopathological experience of a tertiary paediatric unit over a 17 year period. Pediatr Surg Int 2007;23:867-872.
17. Ünlüer E, Erkan E. Testis Tümörleri. Klinik Gelişim 2008;21:142-151.
18. Moul JW, Paulson DF, Dodge RK, Walther PJ. Delay in diagnosis and survival in testicular cancer. impact of effective therapy and changes during 18 years. J Urol 1990;143:520-523.
19. Renedo DE, Trainer TD. Intratubular germ cell neoplasia (ITGCN) with p53 and PCNA expression and adjacent mature teratoma in an infant testis. An immunohistochemical and morphologic study with a review of the literature. Am J Surg Pathol 1994;18:947-952.
20. Ciftci AO, Bingöl-Koçulu M, Senocak ME, Tanyel FC, Büyükpamukçu M, Büyükpamukçu N. Testicular tumors in children. J Pediatr Surg. 2001;36:1796-1801.