

Müsinöz Kistadenom ile Beraber Bulunan Bilateral Brenner Tümörü Olgusu*

A CASE OF BILATERAL BRENNER TUMOR ASSOCIATED WITH MUCINOUS CYSTADENOMA OF THE OVARY (A CASE REPORT)

Mustafa KÜÇÜK**, Erol ALPAY***, Bedri TURHANOĞLU****, Vedat ÜNSÜR*****

2-5 Mayıs 1990 tarihlerinde İstanbul'da yapılan II. Jinekolojik Onkoloji Eğitim Semineri ve Kongresinde Tebliğ edilmiştir.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Öğretim Üyesi

*** Ankara Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi., **** Şef Muavini., ***** Başasıstanı

ÖZET

Amaç: Kliniğimize müracaat eden müsinöz kistadenom ile beraber bulunan bilateral Brenner tümörü olgusunu sunmak.

Çalışmanın yapıldığı yer: Ankara Numune Hastanesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Materyal ve Metod: Hastamız 72 yaşında, 9 gebeliği ve 9 doğumu mevcut. Şikayeti anormal uterus kanaması bulunması ve karında rahatsızlık hissi idi.

Bulgular: Müsinöz kistadenom ile beraber bulunan bilateral Brenner tümörü 4 cm ile 15 cm arasında değişen büyüklükle, kistik ve solid alanlar içermekteydi. Hastaya total abdominal histerektomi ve bilareta salpingo-ooforektomi yapıldı.

Sonuç: Bu tümörün yüzey epitelinden oluştuğu konusunda genel bir görüş birliği vardır. Östrojen üretenler dışında Brenner tümörlerinin çoğu asemptomatiktir. Broad ligament içinde de Brenner tümörleri bildirilmiştir. Benign Brenner tümörlerinin yaklaşık %30'unda aynı taraf veya karşı taraf overinde, çoğu olguda seröz veya müsinöz kistadenom gibi ikinci bir histolojik tümör tipi bulunmaktadır. Benign Brenner tümörlerinin konservatif tedavisi düşünüldüğü zaman diğer taraftaki over dikkatle muayene edilmeli ve histopatolojik inceleme amacı ile wedge rezeksiyon düşünülmelidir, ancak uygun cerrahi ve dikkatli evrelemeyle takiben destekleyici tedavi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Brenner tümörü, Müsinöz kistadenom
Postmenopozal kanama

T Klin Jinekoloj Obst 1994,4: 126-129

Brenner tümörü, san kahverengi renkte, nonadherent, fibroepitelyamatöz, mesenkimal bir neoplazmdir

Geliş Tarihi: 03.01.1992

Kabul Tarihi: 11.02.1994

Yazışma Adresi: Mustafa KÜÇÜK

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
25240 ERZURUM

SUMMARY

Objective: A case of bilateral Brenner tumor associated with mucinous cystadenoma of the ovary that referred to our clinic is presented.

Institution: Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Numune Hospital

Materials and Methods: A 72 year old woman, gravida 9, para 9. was referred to our clinic. Abnormal uterine bleeding and abdominal discomfort were the presenting symptoms.

Findings: The patient had bilateral Brenner tumor with mucinous cystadenoma and ranged from 4 to 15 cm in greatest dimension and were cystic and solid areas. The patient was treated by total abdominal hystology and salpingo oophorectomy.

Results: There is general agreement that the tumor is derived from surface epithelium. Most Brenner tumors are asymptomatic except for some which have features suggestive of estrogen production. Brenner tumors have also been reported in the broad ligament. Approximately 30% of all benign Brenner tumors have a second histologic type of tumor in the ipsilateral or contralateral ovary, a serous or mucinous cystadenoma in most cases. When conservative therapy of a benign Brenner tumor is attempted, the contralateral ovary should be carefully examined and a wedge resection considered. The optimal therapy of malignant Brenner tumors has not been established, adequate surgery and careful staging followed by adjuvant therapy is recommended.

Key Words: Brenner tumor. Mucinous cystadenoma
Postmenopausal bleeding

Anatolian J Gynecol Obst 1994. 4: 126-129

(1-4). Bu tümörlerin büyük bir kısmı soliddir. Ancak kistik komponent de olabilir (1,4). Brenner tümörleri çoğunlukla unilateraldir(4). Çok nadiren az miktarlarda gonadotropin sekrete ederler. Brenner tümörleri primer ovarium tümörlerinin yaklaşık yüzde birini oluştururlar. Brenner tümörünün orijinal tanımı 1898 yılında Macnaughta-Jones tarafından yapılmıştır (4-7).

Brenner tümürlü olgularda klinik olarak unilateral pelvik rahatsızlık ve alt kadranda dolgunluk hissi tanımlanmıştır.

lanmıştır (8). Şiddetli ağrı torsiyon sonucu oluşmaktadır. Asit veya Meigs Sendromu büyük bir Brenner tümörü ile birlikte olabilir. Brenner tümörleri 30 cm kadar çapta olabilirler (1,4). Brenner tümörlerinin çoğu 2-3 cm çaptan daha küçüktür. Bunlar genellikle asemptomatiktir. Bu küçük Brenner tümörlerinin tespit edilmeleri genellikle başka bir sebeple cerrahi uygulandığında mümkündür (4).

Brenner tümörlerinin gros özellikleri fibroma benzer (1,9). 6 ile 81 yaşları arasında Brenner tümörü olguları bildirilmiştir (1,6,9). Brenner tümörü düzensiz lobulasyon gösterebilir, kistik bölgeler değişik büyüklükte olabilir (9). Brenner tümörlerinin postmenopozal kanama ile ilgili olabileceği birkaç olguda gösterilmiştir (9). Bu durum tümörün hormonal aktif stroma ihtiva ettiğini düşündürmüştür (9-11). Brenner tümürlü bazı olguların serumlarında CEA mevcudiyeti gösterilmiştir (12). Brenner tümörleri ile birlikte yaygın olarak fibroma, tekoma, asit, hidrotoraks ve Meigs Sendromu meydana gelebilir (1,9). Bu tümörle birlikte pelvik endometriosis bulunabileceği de bildirilmiştir (8).

Brenner tümörlerinin özelliklerinden birisi de psödomüsinöz kist teşekkülüne eğilimi olmalarıdır. Bu duruma olguların yaklaşık yüzde yirmisinde rastlanır (2). Bu tip intratümoral kistler çok büyük boyutlara ulaşabilirler. Brenner tümörleri genellikle benignedir (%99)(6).

Olguların üçte birinde diğer genital kanserlerle birlikte olabilirler. Brenner tümörleri diğer germinal epitelial neoplazmlar gibi embriyonik çölojik epitelden ortaya çıkabilirler ve metaplastik değişime uğrayabilirler (6).

Brenner tümörleri büyük hacme ve ağırlığa ulaştıkları zaman semptomatiktirler. Röntgende kalsifikasyon odakları görülebilir. Brenner tümörleri nadiren kistik ve müsinöz olabilmektedirler (11). Bu tümörlerin büyük bir kısmı postmortem yapılan incelemelerde tespit edilebilmektedir(11).

Brenner tümöründe epitelyal yapı müsinöz ya da titrek tüylü epitelye benzemektedir. Elektron mikroskopisi ile yapılan incelemelerde bu epitelyal kalıntıları olduğu gözlenmiştir (4,9,11). Brenner tümörlerinin %39'unda argyrophil hücreler belirlenmiştir (13).

Embryolojik kalıntı olan bu epitelyal tuba serozasında görüldüğü ancak overde de bulunabileceği gösterilmiştir(11). Bu tümörlerin rete ovariden kaynak aldığını iddia edenler de vardır (11). Birçok yazar da bunların teratoid kaynaklı olabileceğini düşünmüştür. Bu tümörün sıklıkla dermoid kistlerle birlikte görüldüğü bildirilmektedir (11,14). Başka bir grup araştırmacıya göre de Brenner tümörleri granüloza hücreli tümörlerin bir türüdür ve mikroskopik olarak sıklıkla kalsifikasyonlar görülebilir (1). Literatürde ekstraovarian Brenner tümörleri de bildirilmiştir (15). Broad ligament içinde de Brenner tümörleri bulunduğu bildirilmiştir (5).

OLGU TAKDİMİ

Hastamız bayan F.M. 72 yaşında Yozgat'lı ev kadını. 24.06.1987 tarihinde 16344 protokol numarası ile

servisimize yatırıldı, ilk adeti 12 yaşında başlamış, 15 yıldır menopozda, 9 gebeliği ve 9 doğumu mevcut. Herhangi bir genital müdahale geçirmemiş. 1 haftadan beri devam eden vaginal kanama ve karında şişlik şikayeti mevcut. Öz ve soy geçmişinde bir özellik bulunmuyor. Fizik muayenede (++) diffüz guatr mevcut. Arter kan basıncı 160/110 mmHg Nabız sayısı 100/dakika, abdomen obez görünümde, kalbin oskültasyonunda S1 çiftleşmesi mevcut. Jinekolojik muayenede; Vulvamormal, himen:eski deflore, vagina: atrofik, forniksler silinmiş, collum: multipar görünümde, kan sızıntılı, corpus: arkada solda, normal cesamette, adneksler: sağ önde 10x15 cm ebadında semisolid, hareketli kitle mevcut, solda uterustan ayrı alınabilen solid üzeri düzensiz 4x5 cm ölçülerinde oluşum mevcuttu. Hastaya 25.06.1987 tarihinde probe küretaj yapıldı. Materyalin histopatolojik incelenmesinde endometrium dokusunun bulunmadığı bildirildi (ANH-PL 4219/87). Hastanın 25.06.1987 tarihinde yapılan laboratuvar tetkiklerinde; Hb: 12.4 g, BK: 8800, KK: 3.820.000, sedimentasyon: 22-40 mm, kanama zamanı: 1.5 dakika, pıhtılaşma zamanı: 3.5 dakika, AKŞ: 97 mg/dl, üre: 40 mg, ürik asid: 0.36 mmol, kreatinin: 0.8, Na: 143, K: 4, Cl: 106, Total protein: 74 g/l, albumin: 38 g/l globulin: 36 g/l, total kolesterol: 194 mg/dl, total lipid: 912mg/dl, SGOT: 18 RF-Ü SGPT: 25RF-Ü, Quick zamanı: 13, protrombin aktivitesi %100, trombosit: 260.000, fibrinojen: 4.2 g/l, APTZ: 25"-45", idrar analizi: normal, direkt batın ve akciğer grafileri normal olarak değerlendirildi. 30.06.1987 tarihli dahiliye konsültasyonunda; arteriyel kan basıncı 200/100 mmHg, kalp ve akciğerler normal, EKG'de sinusal taşikardi mevcut, tuzsuz diyet, digoxin, fludex ve nervium önerildi. 06.07.1987 tarihinde arteriyel kan basıncı 130/95 mmHg. nabız dakika sayısı 96 ve ritmik olduğu tespit edildi ve tedavisine devam edilerek operasyon kararı verildi. 08.07.1987 tarihinde over tümörü ön tanısı ile laparotomi yapılan hastada batın göbek altı median insizyonla açıldı. Eksplorasyonda uterus normal fertil çağıdaki uterus büyüklüğünde, sağ over 5x5x4 cm ölçülerinde sert, üzeri düzensiz, sol overde yer yer kistik yer yer solid alanlar içeren 10x7x7 cm ölçülerinde kitle mevcuttu. Karaciğer, dalak ve omentum normal görünümde ve kıvamda idi. Palpabl lenf düğümü tespit edilemedi. Batında asit yoktu. Her iki parakolik bölge ve diafragma altı serum fizyolojik ile yıkanarak sitolojik inceleme için patolojiye gönderildi. Her iki overdeki kitle eksize edilerek frozen section için hastanemiz patoloji laboratuvarına gönderildi. Patolojik incelemede, sol overde 12x9x6 cm ölçülerinde tamamı kapsüllü görünümde tumoral oluşum, kesitinde ise en büyüğü 3 cm çapında içi koyu yeşil jelatinöz madde ile dolu çok sayıda kistik yapı ile, geri kalan 6x4.5 cm'lik alanlarda sert kıvamda sarı renkte, yer yer septalarla bölünmüş görünümde bir alan olduğu, sağ overde ise 4.5x4x4 cm ölçülerinde tamamı kapsüllü sert kıvamda, kanama alanları bulunan beyaz renkli doku kesitinde 1 cm çaplı yuvarlak belirgin sınırlı nodüller bulunduğu, mikroskopik

muayenede mitoz ve atipinin olmadığı, sitolojik inceleme için gönderilen sıvılarda malign hücre tespit edilmediği, histopatolojik tanının sağ överde Brenner tümörü, sol överde Brenner tümörü ve müsünöz kistadenom olarak bildirilmesi üzerine hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapıldı. (ANH-PL 4587) Operasyon piyesinin patolojik incelenmesinde; uterus kesitinde; endometrium 0.1 cm miyometrium 1.8 cm ölçülerinde olup servikte Nabothi kistleri tespit edildiği bildirildi. Histopatolojik tanı; kronik servisitisi, atrofik endometrium, sağ överde Brenner tümörü, sol överde Brenner tümörü ve müsünöz kistadenom şeklinde rapor edildi. Postoperatif dönemde antihipertansif tedaviye devam edildi. 22.07.1987 tarihinde postoperatif yara yetmezliği gelişen hastaya sekonder sütür konuldu, başka bir problemi olmayan hasta 30.07.1987 tarihinde kontrol önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Brenner tümörü fibroepitelyal bir tümördür. Makroskopik özellikleri fibroma benzer (9). Yaklaşık olarak tüm over tümörlerinin yüzde bir ile ikisini oluşturur. Brenner tümörleri genellikle benignidir (6,9). Olguların yaklaşık üçte birinde diğer genital kanserlerle birlikte olabilirler (6). Brenner tümörü overin adenofibromuna benzer bir gelişme gösterir. Literatürde 6 ile 81 yaşları arasında Brenner tümörü olguları bildirilmiştir. Buna rağmen olguların yaklaşık yarısında yaş ellinin üzerindedir (9). Brenner tümörleri çoğunlukla unilateraldir (16). Bir çalışmada bu tümörlerin yaklaşık %13'ünün bilateral olduğu gösterilmiştir. Bizim olgumuz da 72 yaşında olup literatürde bildirilen sınırlar içinde yer almaktadır. Brenner tümörleri ile müsünöz kistadenomlar bazen birlikte olabilmektedirler (9,16,17). Müsünöz over tümörlerinin progesteron sekrete etme yeteneğinde olduğu da bildirilmiştir (18). Bizim olgumuzda Brenner tümörü her iki överde bulunmaktaydı ve sol överde de müsünöz kistadenom mevcuttu. Bu durum ya müsünöz epitelin squamoid tipe veya Brenner tümörünün epitelial kalıntılarının müsünöz tipe metaplazisi olarak açıklanmaktadır (9). İki tümör arasındaki bu ilişki overin yüzey epitelinden orijin alan teori ile uyumludur (9). Müsünöz kistadenomların da çoğunluğunun fértıl çağda görüldüğü bildirilmiştir (6). Turner sendromlu bir hastada da Brenner tümörü ve müsünöz kistadenom tespit edilmiştir (19).

Brenner tümörlerinden bazılarının menopoz sonrası endometrial hiperplaziye ve adenokarsinoma eşlik ettiği gözlenmiştir (10). Bir çalışmada menopozdaki 69 Brenner tümöründe incelenen endometriumlardan 14'ünde atrofik endometrium bulunmuştur. %80 olguda ise hiperplazi, polip ve adenokarsinom saptanmıştır (10). Brenner tümörlerinin postmenopozal kanama ile ilgili olabileceği birkaç olguda gösterilmiştir (9). Bir çalışmada bu tümörlerde östrojen salgısında artış olduğu, ancak hem biokimyasal hem de histokimyasal analizlerle östrojen reseptörlerinin tespit edilemediği ortaya

konulmuştur (20). Bizim olgumuz da 15 yıldır menopozda idi ve bir haftadan beri devam eden vaginal kanaması mevcuttu. Operasyon öncesi yapılan probe küretajda histopatolojik olarak incelenebilecek materyal gelmedi. Operasyon piyesinin histopatolojisinde ise atrofik endometrium tespit edildi. Bu bulgular literatür ile uyumlu idi. Gerçek malign Brenner tümörü histolojik olarak serviksin epidermoid karsinomunu taklit eden değişikliklerle karakterizedir (16). Olgumuzdaki Brenner tümörünün mikroskopik muayenesinde mitoz ve atipi tespit edilmedi. Brenner tümörlerinin çoğunun 2-3 cm çapta olduğu bildirilmektedir (16,21). Bizim olgumuzdaki Brenner tümörü solda daha büyük olmak üzere her iki si de bu ölçülerin üzerinde idi.

937 over tümörünü içeren bir çalışmada 5 Brenner tümörü olgusu tespit edilmiş olup bunlardan ikisinin yaşı ellinin üzerindedir (22). 248 over tümöründen oluşan bir başka çalışmada da 1 Brenner tümörü tespit edilmiştir (17). Brenner tümörlerinden oluşan ve 37 hastayı kapsayan bir seride 6 Brenner tümörünün endometrium kanseri ile birlikte olduğu tespit edilmiştir (2). En çok görülen semptomun anormal uterus kanaması olduğu bildirilmiştir (23). Bizim olgumuzda da anormal uterus kanaması, hasta tarafından tespit edilen en önemli semptom idi.

Brenner tümörlerinde tedavi esas olarak cerrahidir (16). Bu tümörler çoğunlukla benignidir ve tedavide ooferektomi yeterli olabilir (6). Ancak bu hastaların %10-15'inde endometrial hiperplazi geliştiğinden ve bu tümörlerin çoğu menopozdan sonra bulunduğundan, histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapılması tavsiye edilmektedir (4). Ancak konservatif tedavi yapıldığında karşı overin dikkatle incelenmesi ve wedge rezeksiyon yapılması önerilmektedir (23). Eğer Brenner tümörü malign ise destekleyici radyoterapi ve kemoterapi yapılması gerektiği belirtilmektedir (9). Ancak malign Brenner tümörlerinde kemoterapinin fazla bir etkisinin olmadığı bilinmektedir (4).

KAYNAKLAR

1. Arey LB. The origin and form of the Brenner tumor. Am J Obstet Gynecol 1961; 81:743.
2. Altıntaş A, Arıdoğan N, Köker I. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinde tanı konan over tümörlerinin retrospektif incelenmesi. Zeynep-Kamil Tıp Bülteni 1984; 16:3.
3. Ansan K. Kadın Hastalıkları (Jinekoloji) Çeltüt Matbası istanbul 1983:684.
4. Rutledge FN. Neoplastic ovarian tumors. Ed. Mattingly RF, Thompson JD, In: Te Linde's Operative Gynecology. Lippincott Company, Philadelphia 1985:880.
5. Balasa RW, Adcock LL, Prem KA, Dehner LP. The Brenner tumor: a clinicopathologic review. Obstet Gynecol 1977; 50:1.
6. Nakashima N, Nagasaka T, et al. Ovarian epithelial tumors of borderline malignancy in Japan Gynecol Oncol 1990; 38:1.

7. Benson RC. Diseases of the ovaries. In: Handbook of Obstetrics and Gynecology. Lange Medical Publications. Los Altos, California 1983:654.
8. Aslani M, Scully RE. Primary carcinoma of the broad ligament. Report of four cases and review of the literature. Cancer 1989; 1:64.
9. Jones HW. Epithelial ovarian cancer. Ed. Jones HW, Wenta AC, Burnet LS. In: Novaks's Textbook of Gynecology. Eleventh edition. Baltimore 1988:814.
10. Kuyumcuoğlu U, Üstünel B, Bayırı E, ve ark. Over tümörlerinin 13 yıllık vaka analizi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 1984; 16:3.
11. Oruç N, Bayırı E. Överlerin epitelial tümörleri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 1984; 16:3.
12. Fleuren GJ, Nap M. Carcinoembryonic antigen in primary and metastatic ovarian tumors. Gynecol Oncol 1988; 30:3.
13. Aguirre P, Scully RE, Wolfe HJ, DeLellis RA. Argrophil cells in Brenner tumors: histochemical and immunohistochemical analysis. Int J Gynecol Pathol 1986; 5:3.
14. Oruç N, Yücesoy I. Epitelial over tümörleri ve endometrium. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 1984; 16:3.
15. Hampton HL, Huffman HT, Meeks GR. Extraovarian Brenner tumor. Obstet Gynecol 1992; 79:5.
16. Azoury RS. Coexistence of Brenner tumor with epithelial neoplasia. Gynecol Oncol 1979; 6:6.
17. DiSaia PJ. Ovarian disorders. Ed. Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy LN. In: Danforth's Obstetrics and Gynecology, Harper 1990:1079.
18. Heinonen PK, Koivula T, Pystynen P. Elevated progesterone level in serum and ovarian venous blood in patients with ovarian tumors. Acta Obstet Gynecol Scan 1985; 64:8.
19. Murphy GF, Welch WR, Urcuyo R. Brenner tumor and mucinous cystadenoma of borderline malignancy in a patient with Turner's syndrome. Obstet Gynecol 1979; 54:5.
20. Seldenrijk CA, Willig AP, Baak JP, et al. Malignant Brenner tumor. Cancer 1986; 1:58.
21. Woodruff JD. Benign, premalignant&malignant disorders of the ovaries&oviducts. In Ed: Pernoll ML, Benson RC. Current Obstetrics&Gynecologic Diagnosis and Treatment. California, 1987:687.
22. Merz WR. Jinekolojide habis tümörler. (Çev: A. Kazancıgil) Hilal Matbaacılık istanbul 1976.
23. Yoonessi M, Abell MR. Brenner tumor of the ovary. Obstet Gynecol 1979; 54:1.