

Primer İnfertil Kadında Juvenil Granülosa Hücreli Tümör ve Dermoid Kist Eksizyonunu Takiben Oluşan Spontan Gebelik: Olgu Sunumu

SPONTANEOUS PREGNANCY AFTER REMOVAL OF JUVENILE GRANULOSA CELL TUMOR AND DERMOID CYST IN A PRIMARY INFERTILE WOMAN: CASE REPORT

Dr. Serdar YALVAÇ,^a Dr. Deniz HIZLI,^a Dr. Hakan TURAN,^a Dr. Deniz ÇAVUŞOĞLU,^b
Dr. Ömer KANDEMİR^a

^aPerinatoloji ve İnfertilite Kliniği, ^bPatoloji Kliniği, SB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, ANKARA

Özet

Granulosa hücreli tümörler (GCT) tüm ovarian tümörlerin %5 'den azını oluşturur. Adult granulosa hücreli tümör (AGCT) ve juvenil granulosa hücreli tümör (JGCT) olmak üzere 2 gruba ayrılırlar. Hastaların yaklaşık %90'ı evre I A'dır ve iyi prognoza sahiptir. GCT ile infertilite arasında ilişki olduğu uzun zamandır tartışılmaktadır. Ayrıca granulosa hücreli tümör ile dermoid kistin senkronize beraber görülmesi oldukça nadirdir. Bu yazıda juvenil granulosa hücreli tümör ve dermoid kist eksizyonunu takiben spontan gebelik oluşan 26 yaşındaki primer infertil olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ovarian neoplasm, granulosa hücreli tümör, dermoid kist, infertilite, gebelik

Abstract

Granulosa cell tumors of the ovary (GCT) are a rare form of neoplasm that makes up less than 5% of ovarian tumors. Two histopathologically defined patterns are known: adult granulosa cell tumors (AGCT) and juvenile granulosa cell tumors (JGCT). It's suggested that there's a link between infertility and granulosa cell tumor for a long time. In addition granulosa cell tumor with synchronous dermoid cyst is extremely rare. This report describes a spontaneous pregnancy after removal of juvenile granulosa cell tumor and dermoid cyst in a 26-year-old primary infertile woman.

Key Words: Ovarian neoplasm, granulosa cell tumor, dermoid cyst, infertility, pregnancy

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005, 15:318-320

Granulosa hücreli tümörler tüm ovarian tümörlerin %5'ten azını oluştururlar. Tümörlerin yaklaşık %70'i östrojen salgılayıcıdır. Klinik görünüm, histolojik özellikler ve biyolojik davranışlarına göre adult (AGCT) ve juvenil (JGCT) olmak üzere 2 gruba ayrılırlar. Juvenil granulosa hücreli tümörler sex kord stromal tümörlerdendir, genelde hayatın ilk 2. dekadında görülürler. Hastaların yaklaşık %90'ı evre IA'dır. FIGO IA'lı hastalar sadece cerrahi ile tedavi edildiklerinde

iyi prognoza sahipken, ileri evreli hastalar kötü prognoza sahiptirler. Bu yazıda juvenil granulosa hücreli tümör ile infertilite arasındaki ilişki ve dermoid kist ile birlikteliği tartışılacaktır.

Olgu Sunumu

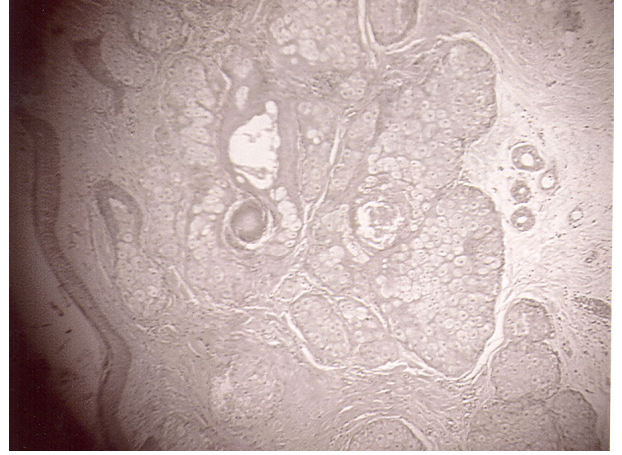
Yirmi altı yaşında, bir yıllık primer infertilite öyküsü olan ve iki aydır giderek artan karında şişlik ve ağrı şikayeti ile hastanemiz infertilite kliniğine başvuran olgumuzun öyküsünde dikkate değer bulgu saptanmadı. Menstrüel düzensizliği olmayan hastamızın yapılan fizik muayenesinde tek taraflı adneksiyal kitle dışında patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan transvajinal ultrasonografisinde sol adneksiyal 100 x 96 x 77 mm multiseptalı kistik kitle, sağ overde 30 x 24 mm kistik kitle ve batin içi minimal sıvı saptandı. Ca 125, CEA, Ca19-9, AFP, β-HCG gibi tümör belirteçleri normal sınırlardaydı.

Geliş Tarihi/Received: 28.04.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 27.10.2005

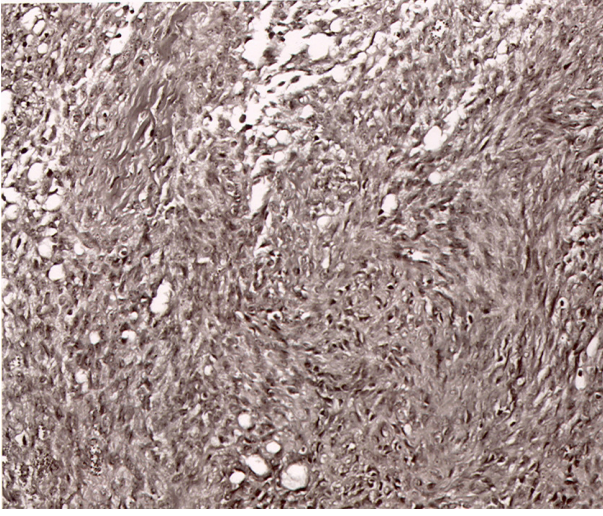
Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Serdar YALVAÇ
SB Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları
Eğitim Araştırma Hastanesi,
Perinatoloji ve İnfertilite Kliniği, ANKARA
syalvac@isbank.net.tr

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

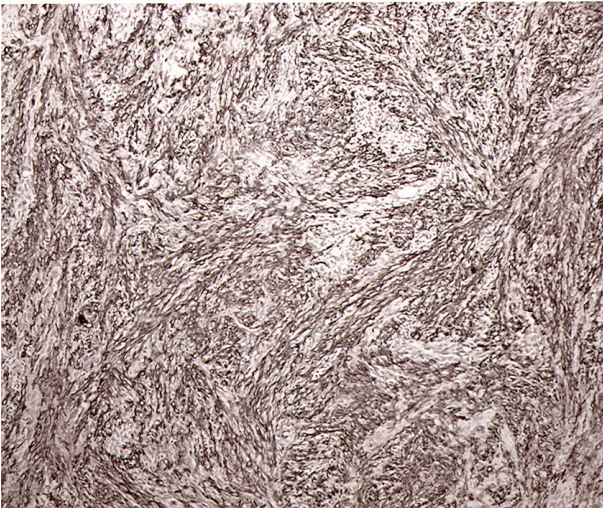
Dermoid kist ön tanısı ile laparoskopik cerrahi yapılan hastanın eksplorasyonunda batında minimal asit, sol over kaynaklı 20 x 20 cm'lik multiseptalı seröz kist, sağ overde 3 x 2 cm kist saptandı. Sitolojik batın yıkama sıvı örnekleme, laparoskopik bilateral kistektomi yapılan hastanın postoperatif patolojisi "sol overde juvenil granuloza hücreli tümör (Resim 1, 2), sağ overde dermoid kist (Resim 3), sitoloji malignite negatif" olarak rapor edildi. Cerrahiden 1 ay sonra spontan



Resim 3. Matür Kistik Teratom. Kist kenarında deri ve ekleri izlenmektedir (HE X 100).



Resim 1. Juvenil granuloza hücreli tümör. Fokal follikül formasyonu ile beraber diffüz olarak aranje olmuş neoplastik hücreler (HE X 200).



Resim 2. Juvenil granuloza hücreli tümör. Inhibin ile immünreaktif boyanan neoplastik hücreler (Inhibin X 200).

gebe kalan hastanın tamamlayıcı cerrahisi doğum sonrasına ertelendi. 38. gestasyonel haftada sezaryen ile 2950 gr sağlıklı erkek bebek dünyaya getiren hastaya sezaryen sırasında sol ooforektomi yapıldı ve frozen'a gönderildi. Eksplorasyonda karaciğer, dalak, diafragma, peritoneal boşluklar doğal olarak izlendi. Pelvik-paraaortik palpable lenf nodu saptanmadı. Frozen "malignite yok" olarak rapor edildi. Postoperatif patolojisi de "malignite yok" olarak rapor edilen hastaya postoperatif adjuvan tedavi uygulanmadı.

Tartışma

Juvenil Granuloza Hücreli Tümör (JGCT) ovarian seks kord stromal tümör grubundadır ve tüm ovarian tümörlerin %5'ten azını oluştururlar.¹ Follikülü çevreleyen hücrelerden gelişirler. %3 bilateraldir ve tanı anında çoğu olguda overe sınırlıdır (FIGO stage IA) Genellikle büyük boyutlara ulaşırlar, ortalama 12 cm çapındadırlar.^{2,3} Solid kistik alanlar içerirler. Kistik içerik genelde serözdür. Mikroskopik olarak multinodüler ve fibröz stromal doku etrafında makrofolliküller ile çevrilidirler. JGCT için makro folliküller tipiktir. AGCT'de nukleuslar hipokromatik ve yuvarlak iken JGCT'de nukleuslar hiperkromatik ve ovaldır. Bu tümörlerin yaklaşık %70'i hormon aktiftir ve genelde östrojen üretir. Buna bağlı olarak da puberte prekoksya, anormal uterin kanamalara,

menstrüel düzensizliklere ve anovulasyona bağlı infertiliteye yol açabilirler. Unkila-Kallio ve ark.'ın yaptığı çalışmada GCT genel popülasyonda, multiparlara oranla nulliparlarda daha sık saptanmıştır. Aynı çalışmada GCT'lü infertil kadınlarda anovulasyon, GCT'süz infertil kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur.⁴ Cerrahi sonrası fertilitenin geri dönüşü daha önce yapılan birçok çalışmada ortaya konmuştur.^{4,5,6} Bu da infertilite ile GCT arasında bir ilişki olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. GCT de tumor dokusunun inhibin B ürettiği ve bunun, FSH'nin β halkasında mutasyon olan kişilerde, FSH'yı etkisizleştirerek anovulasyona, dolayısı ile de infertiliteye sebep olduğunu belirtir görüşler mevcuttur.⁶ İnhibin direkt olarak da pituitar aksa etki ederek FSH yapımını suprese eder. Nitekim tümöral dokunun eksizyonu ile FSH üzerine olan baskı kalkacağından ovulasyon ve fertilitenin sağlandığı gösterilmiştir.⁶ Bizim olgumuzda da tümör eksizyonunu takiben oluşan gebelik bu mekanizma ile ilintili olabilir.

JGCT'in genelde unilateral görülmesi, tanı konduğunda %90'ının evre IA olması ve tümörün genelde yavaş ilerlemesi nedeniyle, özellikle genç hastalarda konservatif cerrahi planlanmalıdır. Radikal cerrahi ileri evre hastalarda düşünülmelidir. Hastalığı overde sınırlı olan ve çocuk istemi olanlara unilateral ooforektomi, çocuk istemi olmayanlara ise total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooforektomi önerilmektedir. Tüm hastalara rutin cerrahi evreleme yapılması ile ilgili data olmamasına rağmen çoğu araştırmacı batın yıkama sitolojik örnekleme ve omentektomi önermektedir. Ayrıca intraoperatif dikkatli lenf nodu ve or-

ganların palpasyonu, gerekirse şüpheli alanlardan biyopsi alınması gerekir. İleri evre hastalığı olan fakat çocuk istemi olan seçilmiş bazı olgularda, hasta ile fayda ve riskler tartışılarak fertilitenin korunması için cerrahi yapılabileceği bazı araştırmacılar tarafından önerilmektedir.⁷

Granulosa hücreli tümör ile dermoid kistin senkronize beraber görülmesi oldukça nadir görülür ve literatürde bildirilmiş sadece 8 olgu bulunmaktadır.⁸ Bu yazıda juvenil granulosa hücreli tümör ve dermoid kist eksizyonunu takiben 1 ay sonra, spontan gebelik oluşan 26 yaşındaki primer infertil olgu sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Hartmann LC. Ovarian sex cord-stromal tumors. Hoskins WJ. Principles and practice of gynecologic oncology. 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins. Chapter 2000;36:1075-93.
2. Young RH, Dickersin GR, Scully RE. Juvenile granulosa cell tumors of the ovary: A clinicopathological analysis of 125 cases. Am J Surg Pathol 1984;8:575-96.
3. Laura M-S, Laura, Vettenranta K. Ovarian granulosa cell tumors in childhood. Pediatric Hematology and Oncology 2002;19:145-56.
4. Unkila-Kallio L, Tiitinen A, Wahlstrom T, Lehtovirta P, Leminen A. Reproductive features in women developing ovarian granulosa cell tumour at a fertile age. Hum Reprod 2000;15:589-93.
5. Willemsen W, Kruitwagen R, Bastiaans B, Hanselaar T, Roland R. Ovarian stimulation and granulosa cell tumour. Lancet 1993;341:986-8.
6. Krishnan A, Murdock C, Allard J, et al. Pseudo isolated FSH deficiency caused by an inhibin B secreting granulosa cell tumor: Case report. Hum Reprod. 2003;18:502-5.
7. Stuart GC, Dawson LM. Update on granulosa cell tumours of the ovary. Curr Opin Obstet Gynecol 2003;15:33-7.
8. Char G, Ramjit C, Fletcher H, Harvey W. Granulosa cell tumour of the ovary with bilateral mature cystic teratomas. A case report. West Indian Med J 2004;53:135-7.