

SEYREK GÖRÜLEN BİR OVER TÜMÖRÜ : ARRHENOBLASTOM (Bir olgu nedeniyle)

Fulya Dökmeci**

İlkan Dünder**

Sevgi Tezcan*

Arrhenoblastomlar (Androblastomalar, Sertoli - Leydig hücreli tümör) seyrek ve tüm over neoplazmalarının % 0.2'sini içerir (11). Bu tümörlerin büyük çoğunluğu iyi seyirlidir. Ancak malignite potansiyeli, nüksler ve metastazlarla kanıtlanmış olarak % 3.4'den % 34'e kadar değişen oranlarda rapor edilmiştir (5,7,10). Hormon salgılamayanları bulunduğu gibi, androjen salgılayarak virilizan etki gösterenlere, hatta östrojenik sendroma yol açanlarına da rastlanmıştır. En sık olarak genç kadınlarda virilizan semptomlar ile ortaya çıkmaktadır. Çok küçük hacimlerden 20 - 30 cm çapa varan büyüklüklere kadar değişebilir. Lobüle, solid, kistik olabilmekte ve kesitlerde gri-beyaz-sarı renklerde görülebilmektedir. Kanama ve nekroz sahaları bulunabilir. Histolojik olarak tübüler, intermedier ve sarkomatöz tipleri vardır.

Tübüler tip tübülüslerden meydana gelmiştir. Tübülüsleri kübikten silindiriğe kadar değişen hücreler döşer. Bunlar belirgin sertoli hücre karakterine sahip değildir.

İntermedier tip en sık rastlanan tiptir. Hücreler kordonlar yaparlar. Aralarında leydig hücreleri bulunur.

Sarkomatöz yada atipik tip en az diferansiye olanıdır. İğ hücrelerinin oluşturduğu trabekülalar arasında gevşek bir mikzoid stroma bulunur.

* A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı Araştır Görevlisi

İyi diferansiye tümörlerin, yani tübüler tipin % 50'ye yakın bir kısmı, intermedierlerin 3/4'ü ve sarkomatöz olanların da hepsi androjeniktir. Çocuklardaki sertoli hücreli tümörler östrojeniktir ve erken puberteye neden olabilir (2).

Bu tümörler genç kadınlarda görüldüğünden ve % 5'den az olguda bilateral bulunduğundan, çocuk arzu eden hastalarda konservatif operasyon yeterlidir. Aynı taraf overe invazyon bulguları olmadığında düşük malignite potansiyeli içerdikleri düşünülmektedir (8).

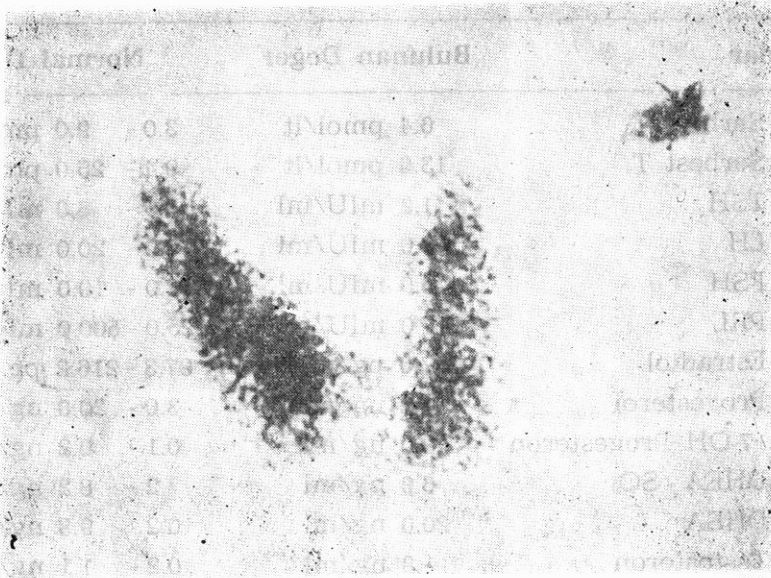
VAK'A TAKDİMİ

Ankara doğumlu, 28 yaşında, iki çocuklu, 2202 Protokol No.lu, İ.H. isimli hasta Ağustos 1989 tarihinde son altı aydır amenore, bel, kasık ağrısı, vaginal akıntı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. İkisi, miadında canlı vaginal doğum, birisi spontan abortus ile sonuçlanan üç gebeliği mevcut idi. Altı ay öncesine değin son bir yıldır rahim içi araç yöntemi ile gebelikten korunuyordu. Soy geçmişinde belirgin bir özellik yoktu. Özgeçmişinde 19 yaşından buyana tanımladığı hipertansiyon, flushing, çarpıntı atakları mevcuttu. Ancak herhangi bir tedavi görmemişti. Sistemik muayenesinde virilizm düşündürecek bir görüntü yoktu ve (+ +) diffüz multinodüler guatr mevcuttu. Pelvik muayenede dış genital organlar, vajen ve serviks normaldi. Bimanuel vajinal muayenede uterus normal cesamet ve kıvamda, mobil, hareketleri ağrısız ve yüzeyi düzgündü. Sağ adneksiyel sahada 5x6 cm ebatlarında, düzgün yüzeyli, solid kıvamlı, mobil, ağrısız, etraf dokular ile yapışıklık göstermeyen bir kitle saptandı. Sol adneksiyel saha serbest, sol over 3x2 cm boyutlarında palpe edildi. Spekülüm muayenesinde monilial akıntı saptandı, servikal patoloji yoktu.

Rutin kan ve idrar tetkikleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon test sonuçları normaldi. Tiroid sintigrafisinde diffüz hiperplazi ve bir kısım nodüllerin hipoaktif olduğu görüldü (Şekil 1).

Anamnezde tanımladığı hipertansiyon atakları yönünden yapılan gerekli konsültasyonlarda istenen idrar kreatinin, plazma renin aktivitesi, aldosteron VMA, epinefrin ve norepinefrin gibi tetkikleri normal bulununca esansiyel hipertansiyon tanısı kondu ve «hygroton» tedavisi önerildi.

Pelvik ultrasonografide; uterus antevert, 71x38x35 mm boyutlarında uterusun hemen sağında 63x58x53 mm boyutlarında sınırları düzensiz, içerisinde yer yer kistik alanların yer aldığı genelde hiperekojen görüntü veren kitle tesbit edildi. Duglas normaldi. Yapılan fraksiyone küretaj sonucunda sekretuar endometrium, kronik servisit tesbit edildi. Tümör işaretleyicileri ve statik hormon sonuçları Tablo I ve II'de gösterilmiştir.



Şekil 1 : Tiroid sintigrafisinde heriki lobda hipoaktif multinodüler ve diffüz hiperplazi görülmektedir.

Tablo I : Vak'anın Tümör İşaretleyicileri

	Bulunan Değer	Normal Değer
Alfa fetoprotein	4 ng/ml	0.0 - 14 ng/ml
Beta hCG	0.45 mIU/ml	0.0 - 0.75 mIU/ml
Karsinoembriyjenik antijen	0.1 ng/ml	0.0 - 4.0 ng/ml

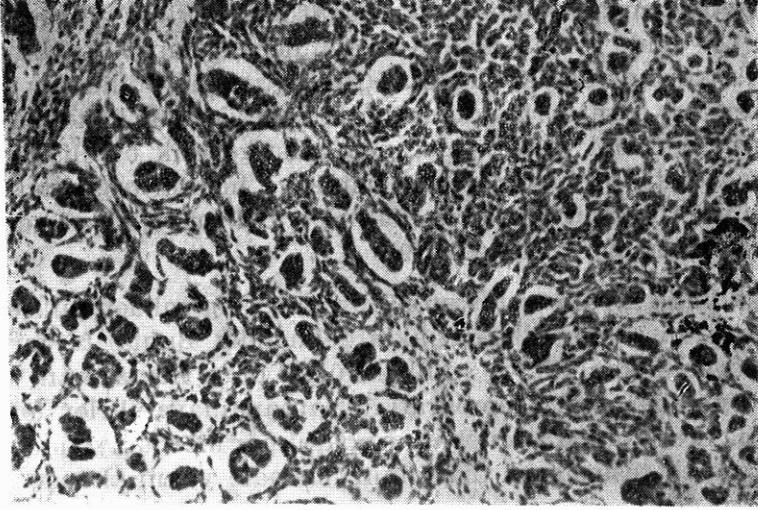
Sunulan fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucunda hastaya laparotomi uygulanmasına karar verildi. Laparotomi-

de uterus ve overler normal görünüm, büyüklük ve lokalizasyonda idi. Sağ overden kaynaklanan 6x5x3 cm boyutlarında, düzgün yüzeyli, etrafa yapışıklık göstermeyen saplı tümör tesbit edildi. Asit yoktu, omentum, karaciğer, dalak ve barsaklarda gros olarak metastatik görünümlü yoktu. Sağ ooforektomi+sol overe wedge rezeksiyon uygula-

Tablo II : Vak'anın Hormon Statikleri Değerleri

Hormonlar	Bulunan Değer	Normal Değer
Plazma Serbest T ₃	6.4 pmol/lit	3.0 - 9.0 pmol/lit
» Serbest T ₄	13.6 pmol/lit	9.4 - 25.0 pmol/lit
» TSH	1.2 mIU/ml	0.5 - 5.0 mIU/ml
» LH	8.0 mIU/ml	5.0 - 20.0 mIU/ml
» FSH	6.0 mIU/ml	2.0 - 10.0 mIU/ml
» PRL	217.0 mIU/ml	125.0 - 500.0 mIU/ml
» Estradiol	37.0 pg/ml	97.3 - 216.2 pg/ml
» Progesteron	1.2 ng/ml	3.0 - 20.0 ng/ml
» 17-OH Progesteron	3.9 ng/ml	0.1 - 0.2 ng/ml
» DHEA - SO ₄	6.0 ng/ml	3.2 - 8.2 ng/ml
» DHEA	20.0 ng/ml	0.2 - 9.8 ng/ml
» Testosteron	1.8 ng/ml	0.2 - 1.1 ng/ml
İdrarda Serbest Kortizol	105.0 mgr/gün	20.0 - 90.0 mgr/gün

nıp, dondurulmuş kesitin ivedi tetkiki istendi. Sonuç, arrhenoblastom ön tanısı şeklinde oİunca retroperitoneal lenf bezi biyopsisi yapıldı, metastaz tesbit edilemedi. Peritoneal yıkama yapılarak hastanın operasyonu tamamlandı. Postoperatif erken ve geç komplikasyon görülmedi. Daha sonra materyalin histopatolojik tanısı «Sarkomatöz tip arrhenoblastom» olarak geldi (Şekil 2). Sol overden alınan materyalde follikül kistleri dışında kayda değer histopatolojik değişiklik olmadığı rapor edildi. Radyoterapi planlanan hasta, postoperatif altıncı günde, aylık kontrollere çağırılarak taburcu edildi.



ŞEKİL 2 : Sağ overin histopatolojik incelemesinde, yuvarlak, hiperkromatik nukleuslu, ince sitoplazmalı, yer yer kötü taklit edilmiş bez taslakları yapacak şekilde, yer yer ise sarkomatöz yapıda dizilmiş hücreler ve bu hücreler arasında sıkışmış geniş eozinofilik sitoplazmalı leydig hücre gruplarından ibaret arrhenoblastom (Sertoli-Leydig Hücreli Tümör) görülmektedir.

TARTIŞMA

Arrhenoblastomlar sıklıkla, premenopozal kadınlarda görülen virilizan over tümörleridir. Postmenopozal dönemde iki kız kardeşte bulunan arrhenoblastom olguları literatürde ilk ve tektir (9). Bu olgu nedeni ile, sertolileydig hücreli tümörlerin, familial olabileceği üzerinde durulmuştur (6). Ayrıca bu iki kız kardeşten birinde graves hastalığı olduğu ve hipertansiyon nedeni ile uzun yıllardır antihipertansif ilaç kullandığı, diğerinin ise papiller folliküler tiroid karsinomu nedeni ile opere olduğu ve tiroid hormonları kullandığı bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da 28 yaşında genç bir bayan sözkonusu olmasına rağmen, hipertansiyon mevcudiyeti ve ötiroidik, diffüz, multinodüler guvartr saptanmış olması, iddiaya dikkat çektirecek denli ilginçtir.

Bazı ailelerde virilizan ve nonvirilizan over tümörleri ile birlikte tiroid adenomları veya multinodüler guvart saptanmıştır (4,6). Bu kombinasyon pluriglandüler tümör sendromu fikrinin oluşmasına yol açmıştır (4). Embryolojik açıdan düşünülecek olursa iki tümör arasında ilişki kurmak oldukça zordur. Çünkü tiroidin, folliküler hücreleri endodermal, oysa arrhenoblastomlar mezodermal kökenlidir (12). Ancak yinede tiroid ve over arasında olası genetik bir ilişki gözardı edilemez. Çünkü bu hastalardaki klinik ve her iki organdaki histolojik görüntü, ilişkinin yeni bir multipl endokrin neoplazi sendromu olabileceğini düşündürmektedir (9).

Bir kadında serum testosteron düzeyi 1,75ng/ml'den yüksek olduğunda virilizan tümör olasılığı akla gelmelidir. Bunların büyük çoğunluğu over kökenlidir ve sıklıkla küçük olup, her zaman ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi ile saptanamayabilirler (9). Bizim olgumuzda ortalama 5x5 cm ebatlarında tümör mevcudiyetine rağmen hastanın gerek testosteron düzeyinin normale yakın olması, gerekse hiçbir virilizm bulgusu göstermemesi, yalnız sekonder amenore şikayeti ile başvurmuş olması ve kitlenin histopatolojik incelemesinin de sarkomatoid tip olarak değerlendirilmesi ilginç olarak yorumlanabilir.

Herhangi bir primer odaktan tonsillere metastaz çok ender görülür. 1979'dan bu yana sadece 76 olgu bildirilmiştir (1). Over orijinli tonsiller metastaz olgusu ise sadece bir tanedir. Üstelik arrhenoblastom saptanan bir olguda, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo ooferektomi operasyonunu takip eden 5 - 6 yıldan sonra görüldüğü bildirilmiştir (3). Ayrıca, primer tümörün biyopsi materyalinin malign potansiyel açıdan spesifik bir patoloji gösterdiğini bildiren hiperkromazinin, benign leydig hücreli tümörlerde de görüldüğü belirtilmiştir (13). Bu olgu sertoli-leydig hücreli tümörlerde morfolojik kriterlerin, tümör seyrinin göstergesi olarak güvenilir olmadığını ortaya koyması açısından anlamlıdır (14).

Çünkü literatürde bundan başka malign bir, leydig hücreli tümör 1962'de Stewart ve Woodard tarafından rapor edilmiştir (13).

Hastamızın çocuk arzu etmesi, vak'ada unilateral ooferektomi diğer overe wedge rezeksiyonu yapılmasını gerektirmiştir. Literatürde

benign karakterde olduğu kabul edilen bir tümörün uzun süre sonra tonsile metastaz yapmış olduğunun gösterilmesi, bu gibi vak'alarda sık ve dikkatli kontrollerin gereğini çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır.

ÖZET

Sarkomatöz tip histopatoloji gösteren, ancak virilizm bulguları olmayan beraberinde hipoaktif multinodüler guatr ve hipertansiyon saptanan bir arrhenoblastom vak'ası sunularak, son literatürlerin ışığı altında tartışıldı. Konu yeni boyutları ile tekrar gözden geçirildi.

SUMMARY

**A rare ovarian tümör : ARRHENOBLASTOMA
(A Case Report)**

Although showing sarcomatöz hystopathology, an arrhenoblastoma case without virilism properties and with hypoactive multinodüler goiter and hypertension was discussed under the light of recent literature. The subject was reviewed again by its new dimensions.

KAYNAKLAR

- 1 Brownson RJ Jaque WE LaMonte SE Zollinger WA : Hypernephroma metastatic to palatine tonsils. Ann Otol 88:235-240, 1979
- 2 Bulay O : Genital Sistem Patolojisi, A.Ü.T.F. Yayınları, sayı 406, 1980
- 3 Bychkov V Ghosh L Lundune M Manaligod JR McQuire WP Rose C : Ovarian androblastoma metastatic to tonsil. Journal of Surgical Oncology 27:275-279, 1984
- 4 Jensen RD Norris HJ Fraumeni JF : Familial arrhenoblastoma and thyroid adenoma. Cancer, 33:218, 1974
- 5 Muard TM Mancini R George J : Ultrastructure of a virilizing ovarian sertoli-leydig cell tumor with familial incidence. Cancer, 31:1440-1450, 1973
- 6 O'Brien PK Wilasky DL : Familial thyroid nodulation and arrhenoblastoma Am. J. Clin. Pathol., 75:578, 1981
- 7 O'Hern TM Neubecker RD : Arrhenoblastoma, Obs. Gynecol, 19:758-769
- 8 Philip J Disasa William TC : Clinical Gynecologic Oncology, 1980

- 9 Randall W William TC : *Clinical Gynecologic Oncology*, 1980
- 10 Roth LM Anderson MC Govan ADT : Sertoli-Leydig cell tumors : A clinicopathologic study of 34 cases. *Cancer* 48:187, 1981
- 11 Scully RE : Tumors of the ovary and maldeveloped gonads. "Atlas of Tumor Pathology, 2nd series, Fascicle 16" Washington DC : Armed Forces Institute of Pathology. 1980
- 12 Scully RE : Sex Cord-Stromal tumors. *Pathology of the Female Genital Tract*. Sec. Ed., 581-601, 1982
- 13 Scully RE : Sertoli-Leydig cell tumors. "Pathology of the female genital tract" 2nd ed. Springer Verlag. 590-597, 1982
- 14 Sohval AR Churg x Cobin RH Katz N : Histopathology and ultrastructure of ovarian hilus cell tumor. Report of two cases. *Gynecol. Oncol.* 7 : 79-101, 1979.