

İmmatür Kistik Teratom: Olgu Sunumu

Ömer ETLİK*, Ali BAY**, Ekrem DOĞAN***, Mustafa İZMİRLİ****, Osman TEMİZÖZ*

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı

*** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, VAN

ÖZET

Bu vaka sunumunun amacı immatür teratomun MDBT bulgularını matür kistik teratomun radyolojik bulguları ile karşılaştırmaktır. Patolojik olarak tanı konmuş immatür kistik teratomlu olgunun MDCT bulgularında tümörün boyutu, yağ miktarı ve natürü, solid komponent varlığı, asit ve implant varlığı araştırıldı. MDBT kesitlerinde lezyon içlerinde yağ, kalsifikasyon, punktat kalsifikasyonlar, solid komponentler ve kistler izlendi. İmmatür teratomun MDBT bulgularında solid komponentin daha fazla, yağın ve kalsifikasyonun ise daha az olduğu izlenirken matür teratomlarda kistik alanın, kalsifikasyon ve yağ miktarının fazla olduğu izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Multidedektör bilgisayarlı tomografi, İmmatür kistik teratom, Neoplasm

ABSTRACT

Immature Cystic Teratoma: Case Report

The objective of this study was to compare Multidetector computerised tomography (MDCT) imaging findings of immature teratoma with mature cystic teratoma. The MDCT findings of the patient with pathologically proven immature teratoma were reviewed for tumor size, presence and characteristics of fatty content, solid components, presence of ascites, and implants. On CT images all lesions appeared to be fat-containing tumors with solid components consisting of numerous cysts of various sizes. Punctate foci of fat were identified in all lesions. The MDCT images of immature teratoma predominantly showed solid components consisting fewer foci of adipose tissue and calcifications, whereas predominant fluid, fat and calcifications were present in mature cystic teratoma.

Key Words. MDCT- Immature cystic teratoma, Neoplasm

GİRİŞ

Over teromları en sık gözlenen germ hücreli tümörlerdir. Teratomlar her üç germ hücre tabakasından köken almakta ve matür yada immatür hücre içerip içermemelerine göre bir çok alt tipi bulunmaktadır. Bunlar başlıca matür teratom (MT), immatür teratom (İT) ve monodermal teratomlardır. Bunlardan dermoid kist olarak da adlandırılan ve klinik ve radyolojik bulguları iyi bilinen “matür kistik teratom” en sık karşılaşılan teratomlardır (1-3). Bununla birlikte İT'nin daha nadir rastlanması nedeniyle klinik ve radyolojik bulguları hakkında literatürde az sayıda yayın bulunmaktadır. Bu çalışmamızda karaciğer, omentum ve karın ön duvarına metastaz yapmış İT'li olgumuzun Multidedektör Bilgisayarlı Tomografi (MDBT) bulgularını ve ayırıcı tanısını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Onyediy yaşında kız hasta, 15-03-2002 tarihinde karın ağrıları ve şişkinlik şikayeti ile başvurmuş (başka bir merkez) ve yapılan fizik muayenesinde pelvik bölge sol yarısında palpabl kitle ve asiti düşündürülen fluktuasyonlar tespit edilmiş. Hastanın biyokimyasal testlerinde lökosit=7.300/mm³ Hb=10.1 g/dl Eritrosit=3.5x10¹²/L HCT=%29.2 ve sedimentasyon hızı 34 mm/saat olarak belirlenmiş olup bir özellik göstermemiş. Tümör belirteçleri CEA=3.8 mg/L, AFP=300IU/ml, CA 19.9=47.9 IU/L olup bunlardan AFP yüksekliği batın içi muhtemel bir malign natürlü kitleye işaret etmesi üzerine yapılan yapılan USG ve BT incelemelerinde sol overde 18x35 cm ebadında düzgün sınırlı, heterojen dansitede, içinde yağa ait hipodens alanların ve yer yer kalsifikasyonların izlendiği ve batın içi serbest peritoneal mainin eşlik ettiği teratom ile uyumlu kitle tespit edilmiş. Bu klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgular ile sol over kaynaklı teratom ön tanısı ile hastaya bilateral salpingooferektomi+histerektomi ve kitle eksizyonu yapılıyor. Patolojik inceleme sonucunda kitle grade 3 İT olarak rapor edildi. Periyodik kontrolleri hastanemizde yapılan olgunun son günlerde batında dolgunluk hissi ve müphem karın ağrıları tarif etmesi üzerine hastaya multidedektör BT ile tüm batın tomografi incelemesi yapıldı. MDBT incelemede tespit edilen kitle lezyonlarda boyut,

şekil, dansite, solid alanların karakteristiği, hemoraji ve nekroz varlığı, yağ içerip içermediği, IV. Kontrast madde verilmesini takiben kontrast tutup tutmadığı, asit ve peritoneal implant olup olmadığı araştırıldı. Pelvik bölgede nüks yada rezidü tümörü düşündürülen bulgu saptanmadı. Ancak karın ön duvarı ile karaciğer anterior konturu arasında, karaciğer yüzeyine yerleşmiş en büyüğü 2.6 mm ebadlı, düzgün sınırlı, içinde yer yer kistik alanlar ve kalsifikasyonlar içeren hipodens kitle lezyonlar izlenmekteydi. Karaciğer inferomedialinde 182x83 mm ebadlı düzgün konturlu, orta hat vasküler yapıları bir miktar sola deplase eden ve sağ böbreğe üstten bası yapan heterojen dansitede kitle lezyon tespit edildi. İntravenöz kontrast madde verilmesini takiben kitle duvarında ve içinde kontrast tutulumu mevcuttu. Benzer özellikte ve 94x59 mm ebadlı ayrı bir kitle lezyon orta hat yerleşimi göstermiş ve mideyi belirgin olarak sola deplase etmişti (Resim 1 A-B-C). Kitle lezyon içinde dış ve kalsifikasyon alanlarının, yağ adacıklarının, kistik alanların bulunması ve hikayesinde İT olması nedeniyle tanı metastatik İT olarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Teratomlar'ın başlıca üç tipi vardır ve değişik derecelerde immatür ve embriyonik hücreler içeren tümörlerdir (1,2). Bunlardan MT'ler (Dermoid Kist) genellikle genç bayanlarda görülen ve en az 2 germ hücre tabakası içeren benign kitle lezyonlardır. Bu tümörler asemptomatik olmakla birlikte hastaların az bir kısmında abdominal ağrı gibi nonspesifik bulgular gösterebilirler. MT'lerin makroskopik görünümü tipiktir ve olguların %88'inde ünloküle sebace materyal içerirler. Saç, deri glandları, kas ve diğer dokular tümör içerisinde izlenebilir. Sıklıkla izlenen ve kitle içine doğru projekte olan solid komponent Rokitansky nodülü olarak adlandırılır (4). Radyolojik tanı vakaların bir çoğu için ultrasonografi yeterlidir. Ancak sonografik tanı teratomların çok değişik görünümde olabilmeleri nedeniyle yetersiz kalabilmektedir (5). Bilgisayarlı tomografide dansite ölçümünün yapılabilmesi ve yağ için spesifik dansite (60-100 HU) değerlerinin bulunması nedeniyle herhangi bir lezyonun yağ içeriği kolayca yapılabilmektedir. Ayrıca BT'nin kalsifikasyona en duyarlı yöntem



Resim 1 A. Aksiyel BT kesitinde orta hattı dolduran, karaciğere ve çevre intestinal yapılara bası yapan, mideyi sola deplase eden içinde kistik alanları olan kitle lezyonlar izleniyor.



Resim 1 B. Koronal rekonstrüksiyon görünütüsünde kitle lezyonun mideye basısı, karaciğer ve komşu yapılarla ilişkisi net olarak görülüyor. Ayrıca karaciğer kubbesinde hipodens lezyonlar dikkat çekiyor.



Resim 1 C. Sagittal rekonstrüksiyon görüntüde kitle lezyonların böbreğe olan basısı izlenmektedir.

olması ve intravenöz kontrast madde verilmesi sonrası lezyondaki kontrast tutulum değerinin belirlenebilmesi yağ, kemik ve kistik komponenti olan teratomların tanısında BT'yi en değerli tanı yöntemi konumuna getirmiştir. Yağ, kistik alan ve kalsifikasyon teratomların ana görüntüleme karakteristiklerini oluşturmaktadır (4,6).

İT'ler matür teratomlar gibi her üç germ hücrelerinde içerebilen lezyonlardır. İT malign klinik seyir göstermesi, daha erken yaşlarda görülmesi (genellikle ilk 2 dekad), çok daha nadir olması ve histolojik olarak immatür yada embriyonik hücreler içermeleri ile MT'den ayrılırlar (14). İT'ler tipik olarak (ortalama 14-25 cm) matür kistik teratomlardan daha büyük boyutlara (ortalama 7 cm) ulaşırlar. İT'lerin bir diğer farkı daha fazla solid ve daha az kistik komponent, yağ, kalsi-

fikasyon içermesi, kitle duvarında perforasyon göstererek komşu dokulara kitle uzanımı gösterebilmesidir. MDBT’de dağınık kalsifikasyonlar, solid alanlar içeren düzensiz konturlu büyük boyutlara ulaşmış yağ içerikli kitle lezyonlar olarak görülürler. Lezyon içine kanama ve iv. kontrast madde verilmesi sonrasında kitle duvarında ve solid alanlarda kontrast tutulumları gösterebilmektedir. Ancak erken evre İT’ler ile MT’lerin radyolojik ayırıcı tanısı yapılamaz. Bu durumlarda kesin tanı patolojik inceleme ile mümkündür (4,6). Olgumuzda büyük boyutlara ulaşmış (23 cm), az miktarda kalsifikasyon ve yağ içeren ve iv. kontrast madde verilmesi sonrasında kontrast tutulumu göstermiştir.

Matür kistik teratomlar benign lezyonlar olmakla birlikte %1-2 oranında malign transformasyon riskleri bulunmaktadır. Ancak malign transformasyon genellikle 6. veya 7. dekalarda görülebilen bir komplikasyondur. İmmatür kistik teratomların ise matür kistik teratomlardan gelişip gelişmediği kesin olarak bilinmemektedir (7). Olgumuzun 17 yaşında olması nedeniyle matür kistik teratomun malign transformasyonundan değilde primer olarak immatür kistik teratom olarak değerlendirilmiştir.

Teratomların en sık karşılaşılan iki formu olan matür ve immatür formlarında MDBT yağ ve kalsifikasyona duyarlılığı, 3 boyutlu rekonstrüksiyonlar yaparak tümör uzanımını net olarak ortaya koyabilmesi nedeniyle değerli bir tanı yöntemidir. Yağ, kemik, kalsifikasyon gibi teratom lehine düşünülen kitle lezyonlarda solid komponentin fazla olması, yağ dansitelerinin küçük foküsler şeklinde izlenmesi, kalsifikasyonların dağınık ve küçük olması, kitle lezyonun ileri boyutlara ulaşması, kitle lezyonun kontrast tutması ve hastanın genç olması durumunda ayırıcı tanıda immatür kistik teratom düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Koulos JP, Hoffman JS, Steinhoff MM. Immature teratoma of the ovary. *Gynecol Oncol* 34:46-49, 1989.
2. Malkasian GD, Symmonds GD, Dockerty MB. Malignant ovarian teratomas. *Obstet Gynecol* 25:810-814, 1965.

3. Koonings PP, Campbell K, Mishell DR, Jr, Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *Obstet Gynecol* 74:921-926, 1989.
4. Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics* 21:475-490, 2001.
5. Patel MD, Feldstein VA, Lipson SD, Chen DC, Filly RA. Cystic teratomas of the ovary: diagnostic value of sonography. *AJR Am J Roentgenol* 171:1061-1065, 1998.
6. Bazot M, Cortez A, Sananes S, Boudghene F, Uzan S, Bigot JM. Imaging of dermoid cysts with foci of immature tissue. *J Comput Assist Tomogr* 23:703-706, 1999.
7. Kido A, Togashi K, Konishi I, et al. Dermoid cysts of the ovary with malignant transformation: MR appearance. *AJR Am J Roentgenol* 172:445-449, 1999.

Yazışma Adresi:

Dr.Ömer Etlik
Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi
Radyoloji Servisi
VAN

E-posta: omeretlik@hotmail.com

Tel: 0.532. 373 39 49