

# Yolk Sak Tümör, Embriyonel Karsinom ve İmmatür Teratomdan Oluşan Germ Hücreli Tümör; Olgu Sunumu

## *Germ Cell Ovarian Tumor Comprises of Yolk Sac Tumor, Embryonal Carcinoma and Immature Teratoma: A Case Report*

Ramazan ÖZYURT,<sup>1</sup> Mehmet Aytaç YÜKSEL,<sup>1</sup> İlkbal TEMEL,<sup>1</sup> Remzi ABALI,<sup>2</sup> Ahmet Birtan BORAN<sup>1</sup>

### ÖZET

Yirmi bir yaşındaki hasta, karında şişlik ve ağrı nedeniyle polikliniğe başvurdu. Ultrasonografi muayenesinde orta hatta solid düzgün yüzeyle 12x12 cm boyutlarında adneksiyal kitle saptandı. Manyetik rezonans görüntüleme, batın orta hatta 12x12 cm boyutlarında sol over kaynaklı kitle izlendi. AFP: 702 idi. Laparotomi yapıldı ve sol overde 12x12 cm boyutlarında solid düzgün yüzeyle izlendi. Sol salpingooforektomi yapıldı. Patoloji sonucu %90 yolk sak tümörü, %5 embriyonel karsinom ve %5 immatür teratom geldi. Hasta ameliyat sonrası 4. kür BEP (bleomisin, etoposid, sisplatin) rejimi kemoterapisine devam etmektedir. Miks germ hücreli tümörler agresif seyirlidir ve yeni tedavi stratejilerine ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** Embriyonel karsinom; miks germ hücreli overyan tümör; immatür teratom; yolk sak tümörü.

### SUMMARY

A 21-year-old patient, complaining abdominal pain and abdominal mass admitted to the clinic. Abdominal ultrasound examination revealed a solid, smooth shaped central mass, 12x12 cm in diameter. MRI confirmed the left ovarian lesion. Patients blood AFP value was 702. A laparotomy was performed and a left ovarian 12x12cm in diameter solid mass was seen. Left salpingo oophorectomy was performed. According to the pathologic examination, the constituent were; yolk sac tumor 90%, embryonal carcinoma 5%, immature teratoma 5%. Patient received chemotherapy consisting bleomisin, etoposid, cisplatin (BEP protocol) postoperatively. New treatment approaches for these aggressive tumors are needed.

**Key words:** Embryonal carcinoma; mixed germ cell ovarian tumor; immature teratoma; yolk sac tumor.

### GİRİŞ

Overin germ hücreli tümörleri epitelyal tümörlere göre daha az sıklıkla görülür ve etkilenen kadınlarda daha tedavi edilebilirdir.<sup>[1]</sup> Overin malign germ hücreli tümörleri tüm over kanserlerinin %10'dan azını oluşturmaktadır. Malign germ hücreli tümörler disgerminom ve nondisgerminomotos tümörler olarak alt gruplara ayrılırlar. Nondisgerminomotos tümörlerin en yaygını tipi yolk sak ve immatür teratomdur. Embriyonel karsinomlar nadir olmalarının yanında overden kaynaklanan en malign tümörlerdir.<sup>[2]</sup> Lokal

olarak agresif olmalarının yanında sıklıkla bu tümörler karaciğer, akciğer, periton, omentum ve lenf nodlarına metastaz yapmaktadır. Büyük tümörler ve ilerlemiş dönem hastalık kötü prognozlu olmasına rağmen genellikle fertilite koruyucu cerrahi sonrası adjuvan kemoterapi standart tedavi olarak düşünülür.<sup>[3]</sup>

Bu yazıda, malign mikst germ hücreli tümör tedavisinde, hastanın fertilite arzusu ve klinik durumunu göz önünde bulundurarak tedavi düzenlenmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

<sup>1</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

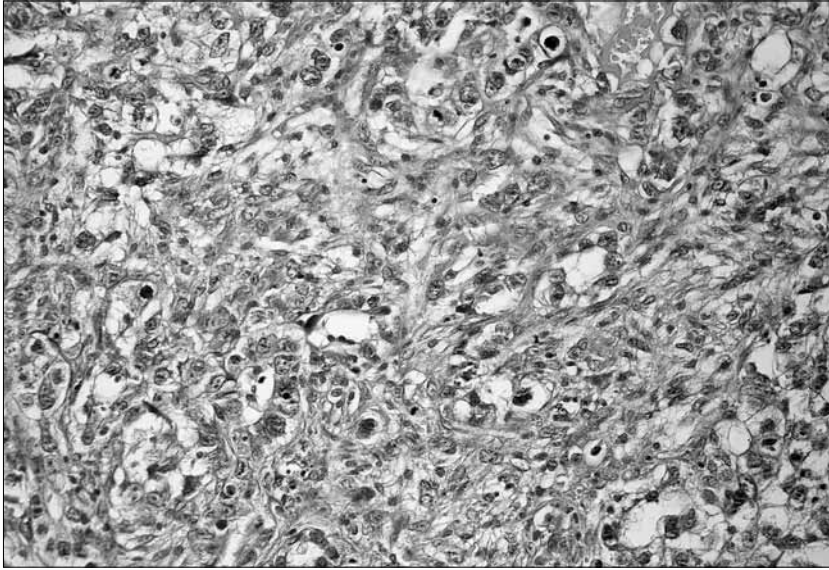
<sup>2</sup>Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tekirdağ

İletişim (Correspondence): Dr. Mehmet Aytaç Yüksel. e-posta (e-mail): maytacyuksel@gmail.com

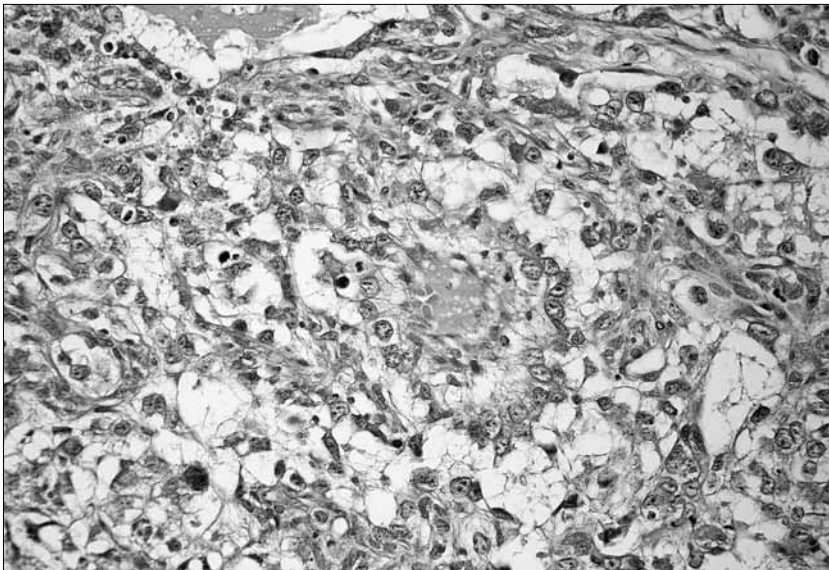
## OLGU SUNUMU

Yirmi bir yaşındaki hasta son altı aydır devam eden karında şişlik ve ağrı nedeniyle polikliniğe başvurdu. Fiziksel muayenesinde umblikusa kadar uzanan kitle saptandı. Serum alfafeto protein seviyesi 702 idi. Ultrasonografi muayenesinde orta hatta solid düzgün yüzeyli 12x12 cm boyutlarında adneksiyal kitle saptandı. Manyetik rezonans görüntüleme, batın orta hatta 12x12 cm boyutlarında sol over kaynaklı kitle izlendi.

Genel anestezi altında laparotomi yapıldı ve sol overde 12x12 cm boyutlarında solid düzgün yüzeyli kitle izlendi. Sol salpingooferektomi yapıldı. Histopatolojik incelemede kısmen ödemli stroma içinde yer yer mikro-makrokistik alanlar ve yer yer tubuler yapılar oluşturan tümöral infiltrasyon görüldü (Şekil 1). Büyük büyütmelerde tubullerin lümenine doğru uzanım gösteren, glomerul benzeri papiller yapılar (Schiller duval cisimcikleri) izlendi (Şekil 2). Tü-



**Şekil 1.** Ödemli stroma içinde kistik ve tubuler yapılardan oluşan yolk sak tümörü alanları (H-E x 40).



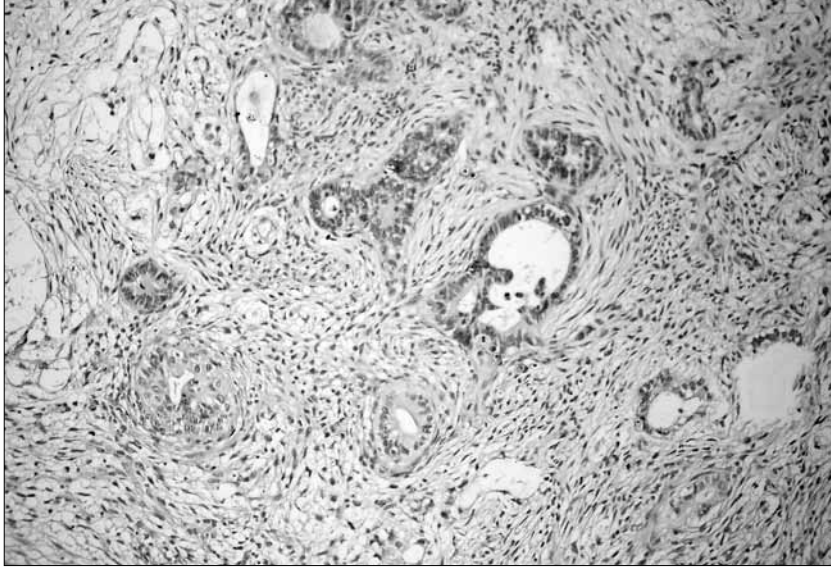
**Şekil 2.** Tubul içine uzanım gösteren, glomerul benzeri papiller yapı oluşturan Schiller Duval cisimciği (H-E x 200).

mör dokusu içinde dar alanlarda immatür mezenkim içinde prizmatik epitelle döşeli glandüler yapılar immatür teratomu temsil ediyordu (Şekil 3). %5 oranında da iri nükleuslu, nükleolleri belirgin hücrelerden oluşan embriyonel karsinom alanları mevcut idi (Şekil 4). Yapılan immünhistokimyasal çalışmada AFP (+), HCG (-), PLAP (-) bulundu (Şekil 5). Bu bulgularla olgu %90 oranında yolk sak tümörü, %5 oranında embriyonel karsinom, %5 oranında immatür te-

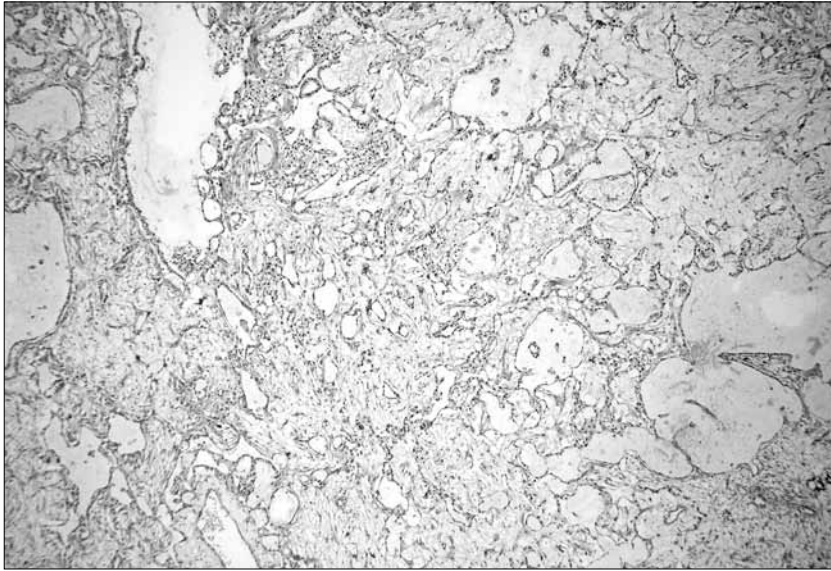
ratom içeren mikst germ hücreli tümör olarak rapor edildi. Hasta ameliyat sonrası 4. kür BEP (bleomisin, etoposid, sisplatin) rejimi kemoterapisini almaktadır.

### TARTIŞMA

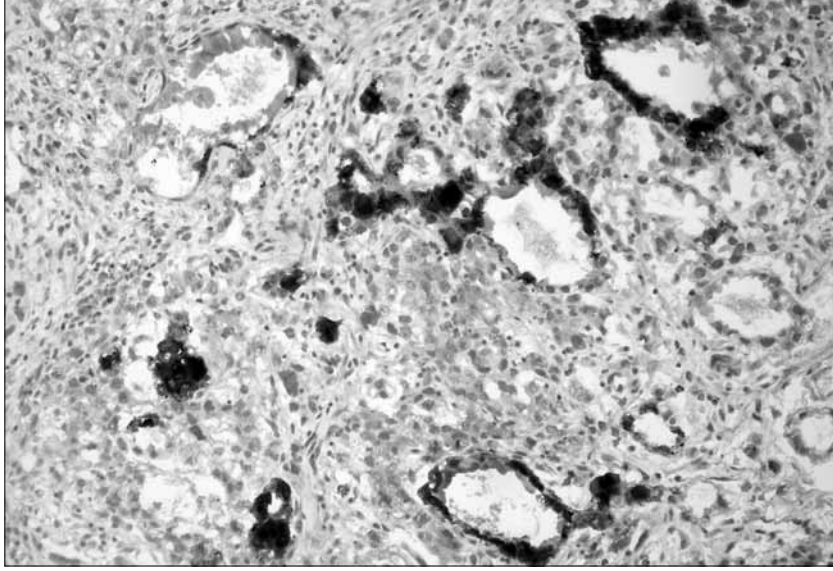
Overyan tümörler epiteliyal tümörler, germ hücreli tümörler, seks kord stromal tümörler ve metastatik tümörlerin orjin aldığı hücelere göre sınıflandırılır.<sup>[3]</sup> Tüm yaş grupları arasında germ hücreli tümörler over



**Şekil 3.** İri nükleuslu, belirgin nükleollü hücrelerden oluşan embriyonel karsinom alanları (H-E x 200).



**Şekil 4.** İmmatür mezenkim içinde prizmatik epitelle döşeli glandüler yapılar-  
dan oluşan immatür teratom alanları (H-E x 100).



Şekil 5. Tümörde AFP immünreaktivitesi (H-E x 200).

kanserlerinin ikinci en sık görüleni olmasına rağmen, çocukluk ve adölesanlarda en sık görülenidir over kanserlerinin %15-20'sini oluşturur. Germ hücreli tümörler embriyonik gonad primitiv germ hücrelerinden gelişmektedir. Bu tümörler; disgerminom, yolk sak tümör, embriyonal karsinom, matür teratom, immatür teratom, koryokarsinom ve malign miks germ hücreli tümörlerdir. Matür teratom haricinde tüm germ hücreli tümörler maligndir. Germ hücreli tümörün ortalama görülme yaşı 13,8'dir.<sup>[4]</sup> Abdominal kitle, abdominal ağrı ve ateş en sık görülen semptomlardır. Serum AFP ve HCG seviyeleri yüksek olabilir. Ortalama çapı 15,5 cm'dir. Germ hücreli tümörler çocuklarda ve adölesanlarda üçte biri malign olmasına rağmen erişkinlerde benigdir.

Malign miks germ hücreli tümörler iki veya daha fazla germ hücre komponentinden oluşur. Genellikle kompleks yapıda olmasına rağmen, malign mikst germ hücreli tümör görünüşü oluştuğu komponentin özelliğini taşır.<sup>[5,6]</sup> Bizim hastamız %90 oranında yolk sak tümörü, %5 oranında embriyonal karsinom, %5 oranında immatür teratomdan oluşmaktadır.

Germ hücreli tümörlerin radyolojik görüntüsü solid ve kistik komponentten oluşmaktadır. Tanı koymak için çeşitli görüntü özellikleri kullanılmasına rağmen kesin tanı histolojik olarak konulmaktadır.<sup>[7]</sup>

Yolk sak ve immatür teratom komponentinden

oluşan miks germ hücreli tümörlere sahip hastalar her iki tümörün biyolojik özelliklerini taşırlar. Overyan yolk sak tümör oldukça agresiftir. Kombine kemoterapinin kullanılmadığı 1970'li yıllardaki literatür tarandığı zaman evre 1 yolk saklı hastaların sağkalımı 2 yıldır ve %50'sinden fazlası tanı koyulduktan 1 yıl içinde ölmüşlerdir.<sup>[8]</sup> Birçok çalışmada cerrahi ile birlikte agresif kemoterapi kombinasyonu evre 1 ve ileri evre hastaların 5 yıllık sağkalımı sırasıyla %92 ve %29-44 olarak gösterilmiştir. Cerrahi sonrası matür teratom prognozu iyi olmasına rağmen, immatür teratomun ki değişkendir. Sağkalımı immatür hücrelerin belirlediği tümör gradine bağlıdır.<sup>[5,8]</sup>

Malign miks germ hücreli over tümörleri için majör prognostik faktörler büyüklük ve histolojidir.<sup>[9]</sup> Büyük tümörler, üçte birinden fazla endodermal sinüs, koryokarsinom veya grade 3 immatür teratomdan oluştuğu zaman prognoz kötüdür. Tümör büyüklüğü 10 cm'den küçükse tümör içeriğinden bağımsız iyi prognaza sahiptir. Retrospektif çalışmalar AFP ve HCG yüksekliklerinin kötü prognoz olarak göstermişlerdir. İleri evre bağımsız kötü prognostik faktördür.<sup>[8]</sup> Bizim hastamızda ovaryan malign germ hücreli tümörün başlangıç tedavisi cerrahidir. Fertilitte koruyucu cerrahide, unilateral ooferektomi, bilateral salpingoooferektomi ve intraabdominal tümör debulking ile mümkün olan gros tümörlerin çıkarılma-

sı evre 1 hastalar haricindeki bütün hastalara, neoadjuvan veya postoperative platinyum bazlı kombinasyon kemoterapi gereklidir. BEP ve VAC yaygın kullanılan rejimlerdir.<sup>[10]</sup> Hastamızda tedavi olarak fertilitte koruyucu cerrahi olarak salpingoofektomi sonrası adjuvan kemoterapi BEP rejimi almıştır.

## KAYNAKLAR

1. Mathew GK, Singh SS, Swaminathan RG, et al. Laparotomy for post chemotherapy residue in ovarian germ cell tumors. *J Postgrad Med* 2006;52:262-5.
2. Moniaga NC, Randall LM. Malignant Mixed Ovarian Germ Cell Tumor with Embryonal Component. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010 Sep 22.
3. Koonings PP, Campbell K, Mishell DR Jr, et al. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *Obstet Gynecol* 1989;74:921-6.
4. Brammer HM 3rd, Buck JL, Hayes WS, et al. From the archives of the AFIP. Malignant germ cell tumors of the ovary: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1990;10:715-24.
5. Kurman RJ, Norris HJ. Malignant mixed germ cell tumors of the ovary. A clinical and pathologic analysis of 30 cases. *Obstet Gynecol* 1976;48:579-89.
6. Gershenson DM, Del Junco G, Copeland LJ, et al. Mixed germ cell tumors of the ovary. *Obstet Gynecol* 1984;64:200-6.
7. Jung SE, Lee JM, Rha SE, et al. CT and MR imaging of ovarian tumors with emphasis on differential diagnosis. *Radiographics* 2002;22:1305-25.
8. Gallion H, van Nagell JR Jr, Powell DF, et al. Therapy of endodermal sinus tumor of the ovary. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:447-51.
9. Kurman RJ, Norris HJ. Malignant germ cell tumors of the ovary. *Hum Pathol* 1977;8:551-64.
10. Murugaesu N, Schmid P, Dancey G, et al. Malignant ovarian germ cell tumors: identification of novel prognostic markers and long-term outcome after multimodality treatment. *J Clin Oncol* 2006;24:4862-6.