

# İmmatür teratom ve ayırıcı tanısı

Hatice TOY\*, Kazım GEZGİNÇ\*\*, Lema TAVLI\*, M. Cihat AVUNDUK\*, Serra KAYAÇETİN\*, Cemalettin AKYÜREK\*\*

\* Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı,

\*\* Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, KONYA

## ÖZET

**Amaç:** Matür teratomdan ayırıcı tanısı yapılan bir immatür teratom vakasının sunulması. **Olgu sunumu:** 29 yaşındaki bayan hasta kasık ağrısı şikayeti ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurdu. Hastanın anamnezinden 13 yaşında iken sol ovarial kist nedeniyle sol oofektomi geçirdiği öğrenildi. O dönemde sol overin patolojik incelemesinin normal olduğu söylenmiş. Hastanın yapılan pelvik muayenesinde uterusun net ayrılamayan pelvik kitlesinin olduğu saptandı. Hastanın pelvik ultrasonografisinde ise sağ ovarial bölgede 11x11 cm lik solid, kistik yapıları olan kalsifik alanlar içeren düzgün sınırlı heterojen kitle izlendi. Laboratuvar bulgularından AFP: 10,5 (0-7), CEA: 6,4 (0-4,1), CA125: 32,9 (0-21), CA19.9: 322 (0-18,4), CA 15.3 : 24,5 (7,5-53 ), HCG < 1 olarak bulundu. Hastaya sağ ovarial kitle ekstirpasyonu ve sağ oofektomi yapıldı. Operasyon sonrası histopatolojik incelemede immatür teratom grade-I tanısı verildi. **Sonuç:** Teratomlarda immatür komponentin atlanmaması için çok sayıda parça alınması ve nöral elemanların immünohistokimyasal çalışma ile gösterilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İmmatür teratom, İmmünohistokimyasal çalışma, ayırıcı tanı

## SUMMARY

### Immature teratoma and its differential diagnosis

**Aim:** To report an immature teratoma case that was differentiated from mature teratoma. **Case report:** A 29 year old woman consulted to Gynecology and Obstetrics clinic with pelvic pain. In the history of the patient, it was understood that she had left sided oofectomy due to left ovarial cyst. At that time the ovarial pathology had been reported as normal. In the pelvic examination of the patient a pelvic mass that can not be differentiated from uterus was detected. In the pelvic ultrasonography of the patient, at the right ovarial area a smooth bordered heterogenous mass that had calcified areas with in the body, and that was measured as to be 11x11 cm and found to have solid and cystic components was detected. In the laboratory finding AFP: 10,5 (0-7), CEA: 6,4 (0-4,1), CA125: 32,9 (0-21), CA19.9: 322 (0-18,4), CA 15.3 : 24,5 (7,5-53 ), HCG < 1 was found. The patient had been operated , the right ovarial mass extirpation and right oofectomy had been done. The diagnosis with the histopathological examination of the mass was defined as immature teratoma grade-I. **Conclusion:** It is needed to get several biopsies of the pathological spesimen in order not to skip. The immature components of the teratomas and neural components should be shown with immunohistochemical methods.

**Key Words:** Immature teratoma, Immunohistochemical study, differential diagnosis.

İmmatür teratom, overin nadir görülen tümörlerindedir. Genellikle 5-46 yaşları arasında görülebilir ve genellikle tutulum tek taraflıdır. Nulliparite sık rastlanan bir durumdur. Hastaların kliniğinde sıkça karın ağrısı, abdominal kitle, vaginal kanama ve ateş gibi semptomlar görülür.

Over tümörlerinin %1'ini oluşturan immatür teratom vakaları makroskopik olarak matür teratomlara benzeyebilmektedir. Bu sebeple özellikle grade -I immatür teratomlarda histopatolojik inceleme ön plana çıkmaktadır.

## OLGU SUNUMU

29 yaşındaki bayan hasta kasık ağrısı şikayeti ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurdu. Hastanın anamnezinden 13 yaşında iken sol ovarial kist nedeniyle sol oofektomi geçirdiği öğrenildi. O dönemde sol overin patolojik incelemesinin normal olduğu söylenmiş. Hastanın yapılan pelvik muayenesinde uterusun net ayrılamayan pelvik kitlesinin olduğu saptandı. Hastanın pelvik ultrasonografisinde ise sağ ovarial bölgede 11x11 cm lik solid, kistik yapıları olan

Haberleşme Adresi: Dr. Kazım GEZGİNÇ, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, KONYA

Geliş Tarihi : 06.06.2002 Yayına Kabul Tarihi : 08.01.2004



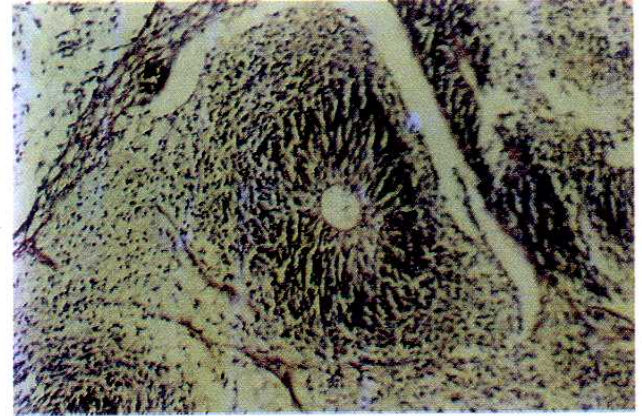
kalsifik alanlar içeren düzgün sınırlı heterojen kitle izlendi. Labaratuvar bulgularından AFP: 10,5 (0-7), CEA: 6,4 (0-4,1), CA125: 32,9 (0-21), CA19.9: 322 (0-18,4), CA 15.3 : 24,5 (7,5-53 ), HCG < 1 olarak bulundu. Hastaya sağ ovarial kitle ekstirpasyonu ve sağ ooferektomi yapıldı. Operasyon sonrası histopatolojik inceleme için kitleden alınan çok sayıda parça formalinde fikse edildi ve parafinle bloklandı. 5 mikronluk ince kesitler alındı ve hematoksilin-eozinle rutin boyama yapıldı. Işık mikroskopla yapılan incelemede matür özellikte deri, barsak dokuları, kıkırdak ve gland (Şekil 1) yapılarının yanısıra yine matür özellikte çok miktarda nöral dokular tespit edildi. Bu kesitlere yapılan immünohistokimyasal boyamada GFAP(Gilal Asidik Fibriller Protein) ile nöral yapılar pozitif ekspresyon gösterdi (Şekil 2). Bazı kesitlerde immatür özellikte nöral epitel mevcuttu (Şekil 3). Histopatolojik inceleme sonrası immatür teratom tanısı konulan olguya gradeleme yapıldı ve grade-I olarak tespit edildi.



Şekil 1. Matür deri ve deri ekleri (H.E x40)



Şekil 2. Nöral dokuların pozitif boyanması (GFAPx40)



Şekil 3. Nöroepitelium (H.Ex100)

### TARTIŞMA

Immatür teratomlar makroskopik olarak 7-35 cm çapta, ortalama 2500 gr ağırlıkta ovoid, kapsüllü bir kitledir. Multiloküle, viskoid sıvı içeren immatür teratomlarda hemoraji ve nekroz sıktır. Matür teratomlara oranla saç, yağ, kıl gibi elemanlara daha az oranda rastlanır. Mikroskopide tüm dokulara rastlanabilmesine rağmen, baskın komponent nöral dokulardır.

Makroskopik ve mikroskopik özellikleri ile benzer özellikler taşıyan matür teratom ve immatür grade-I teratomalar incelenirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Grade-I immatür teratomlar çok az miktarda atipik ve immatür yapılar içermeleri nedeniyle detaylı inceleme ve ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Frozen çalışmada az sayıda kesit incelenmesi immatür elemanların görülmemesine yol açabilir ve frozen kesitlerde kolayca matür teratom tanısı alabilirler. Bu sebeple çok parça alınması ve nöroepitelin immünohistokimyasal çalışma ile gösterilmesi kesin tanı için kaçınılmazdır. Vakamızda kesitlerin büyük çoğunluğu matür özellikte dokular içeriyordu. Matür teratomlarda sık görmediğimiz nöral dokuların çokluğu bizi detaylı incelemeye sevketti. Tümör dokusundan aldığımız yeni kesitlerde grade-I immatür teratom tanısını verdiren nöroepitelyal elemanlar tespit edildi.

Immatür teratomda grade embrional doku, atipik hücrelerin varlığı ve mitotik aktiviteye göre yapılır (1). Overdeki immatür teratom vakalarının grade'i ile prognoz arasında kuvvetli bir ilişki vardır (5,6). Bu sebeple immatür teratomların matür teratomlardan ayırıcı tanısının yapılması ve doğru gradeleme yapılması çok önemlidir. Bu konuda Thurlbeck ve Scully ile Steeper'in nöroepitelin bulunma oranına göre düzenlediği sınıflamalar yol göstericidir (2,3,9) (Tablo 1 ve 2).



**Tablo 1.** Thurlbeck ve Scully' nin Grade'leme Sistemi

Grade-I	Her kayma sahasında bir yada daha az immatür nöral doku bulunması
Grade-II	Her kayma sahasında 1-3 arası immatür nöral doku bulunması
Grade-III	Her kayma sahasında 4' den fazla immatür doku bulunması

İmmatür teratomların metastazlarında matür nöral elemanların peritonda immünohistokimyasal olarak gösterilmesi ile ilgili çalışmalar mevcuttur (4). İmmatür teratom vakaları peritonda grade 0 depozitler içerebilir. Bu depozitler genellikle nöral yapıdadır (gli-

**Tablo 2.** Steeper ve arkadaşlarının Grade'leme Sistemi

Grade-0	Hiç nöral yapı bulunmaması
Grade-I	%10 oranında nöroepitel bulunması
Grade-II	1/3 oranında nöroepitel bulunması
Grade-III	1/2 yada daha fazlasının nöroepitelden oluşması

amatozis peritonei) (3,8). Serumda yükselen AFP immatür teratom kitlesine bağlı olabileceği gibi operasyonu takiben bu depozitlere de bağlı olabilir. Hastalarda yüksek AFP değeri operasyon ve kemoterapiyi takiben tespit edilmeli, gerekirse second -look laparotomi planlanmalıdır (7).

## KAYNAKLAR

- 1- Nogales F. Germ cell tumours of the ovary Fox H. Obstetrical and Gynaecology. 1987;(3): 637-76.
- 2- Nishida T, Nishida T, Oda T, Sugiyama T, Yakushiji M. A clinico-pathological study of ovarian solid teratomas. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi, 1983; 35(3):259-65.
- 3- teeper TA, Mukai K. Solid ovarian teratomas: an immunocytochemical study of thirteen cases with clinicopathologic correlation. Pathol Annu 1984;(19) :81-92.
- 4- Bahari CM, Lurie M, Schoenfeld A, Joel-Cohen SJ. Ovarian teratoma with peritoneal gliomatosis and elevated serum alpha-fetoprotein. Am J Clin Pathol 1980;73(4):603-7.
- 5- Ezzat A, Raja M, Bakri Y, Subhi J, Memon M, Schwartz P et al. Malignant ovarian germ cell tumours - a survival and prognostic analysis. Acta Oncol 1999;38(4):455-60.
- 6- Beilby JO, Parkinson C. Features of prognostic significance in solid ovarian teratoma Cancer 1975;36(6):2147-54.
- 7- Chantelard J, Chiura E, Cleophax JP. Maturation of immature teratomas of the ovary. Apropos of a case and review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1987;16(7):861-7.
- 8- Urrus DR, Okagaki T, Twiggs LB, Brooker DC. Immunocytochemical evidence of heterogeneous origin of alpha-fetoprotein in immature teratoma of the ovary. Gynecol Oncol 1985; ;21(1):73-9.
- 9- ogales FF Jr, Favara BE, Major FJ, Silverberg SG. Immature teratoma of the ovary with a neural component ("solid" teratoma). A clinicopathologic study of 20 cases. Human pathology;625-42.