

Struma ovarii dokusunda papiller tiroid mikrokarsinomu: olgu sunumu*

Cem Onur Kırac, Süleyman Baldane, Süleyman Hilmi İpekçi, Levent Kebapçılar

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

Özet

Struma ovarii, tümör dokusunun yarısından fazlasını tiroid dokusunun oluşturduğu nadir görülen bir over tümörüdür. Çalışmalarda hastalığın %0.5-5 oranında malign transformasyonu saptanmıştır. Nadir görülen bir hastalık olmasından dolayı tanı ve tedavisinde kesin bir görüş birliği yoktur ve genel kabul edilen yaklaşım malign struma ovarii vakalarının tiroid kanseri gibi tedavi ve takip edilmesidir. Bu olgu sunumunda struma ovarii zemininde gelişen bir papiller mikrokarsinom vakasının tedavisi ve 1 yıllık takibini sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Papiller tiroid karsinomu, Struma ovarii, Over teratomu

Abstract

Struma ovarii is an uncommon ovarian neoplasm that more than half of itself is made up of thyroid tissue. In clinical trials about the disease, malign transformation has been detected at the rate of 0.5-5 percent. Because of the disease's rareness, there is no absolute agreement about diagnosis and treatment of the disease and general approach is that malign struma ovarii case is treated and followed up just like done in thyroid cancers. In this case report, it is aimed to represent the treatment and 1-year follow up of papillary microcarcinoma case which evolves with struma ovarii.

Key words: Papillary thyroid carcinoma, Struma ovarii, Ovarian teratoma

Genel Tıp Derg 2017;27(1):36-38

Alınan: 29.10.2016 / 25.11.2016 / Yayınlanma: 30.01.2017

Yazışma adresi: Cem Onur Kırac, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

E-posta: cokirac@gmail.com

Giriş

Struma ovarii (SO) tüm over tümörlerinin %1'ini oluşturan nadir görülen bir over tümörüdür (1). Tümör dokusunun %50'sinden fazlasını tiroid dokusunun oluşturduğu teratomlar olarak tanımlanır (2). En sık 5. dekatta görülür (3). SO'nun malign transformasyonu en sık tiroid papiller ve folliküler karsinom olmak üzere farklı çalışmalarda %0.5-5 oranında bildirilmiştir ve malign vakaların %5'inde metastaz görülmektedir (1-5). Genelde en sık başvuru şikayeti pelvik kitleye bağlı semptomlar olsa da asemptomatik bir hastada rastlantısal olarak I131 tüm vücut taramasında saptanmıştır (6). Hastalığın nadir görülmesi, malignite tanısı için kesin kriterler olmamasından dolayı malign SO'nun tedavi ve takibi açısından fikir birliği bulunmamaktadır. Bu çalışmada SO zemininde gelişen papiller tiroid mikrokarsinom olgusu sunulmuş ve literatür eşliğinde incelenmiştir.

Olgu Sunumu

Otuz yaşında kadın hasta karın ağrısı, karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Batın ultrasonografi incelemesinde sağ over lojundan sol over lojuna uzanan 10x8 cm boyutunda multiseptalı kistik lezyon saptanan hastanın pelvik manyetik rezonans görüntülemesinde 147x109 mm ebadlı teratomla uyumlu olabileceği düşünülen multiseptalı kistik lezyon görüldü. Preoperatif CA-125 değeri 43.8 U/mL (normal: 0-35) idi. Sağ overdeki kist cerrahi olarak çıkarıldı, frozen kesit analizinde struma ovarii saptanması üzerine ek cerrahi işlem uygulanmadı. Histopatolojik incelemede over dokusunda görülen tiroid dokusu içerisinde en uzun çapı 300 mikron olan, CK19 ve Galektin-3 pozitif boyanan papiller tiroid karsinomu odağı görüldü. Metastaz açısından istenen toraks tomografisinde patoloji saptanmadı. Abdomen tomografisinde sol overde görülen 2.5x1.5 cm boyutunda retansiyon kisti ve Douglas boşluğunda minimal sıvı saptandı. Batın içi sıvının sitolojik incelemesinde malign

hücreye rastlanmadı. Hastanın preoperatif ve postoperatif bakılan tiroid fonksiyon testleri normal aralıkta, postoperatif tiroglobulin değeri 0.071 ng/mL (normal: 1.4-78), anti-tiroglobulin değeri 427 IU/mL (normal: 0-115) ölçüldü. Boyun ultrasonografi incelemesinde tiroid bezi parankiminde minimal heterojenite izlendi. Solid ya da kistik nodül görülmedi. Bilateral servikal juguler zincirde uzun aksı 1 cm'yi geçmeyen, öncelikle reaktif olduğu düşünülen lenf nodları izlendi. Hasta tekrar ameliyata alınarak sağ ooforektomi, omentum yapışık olması nedeniyle omentektomi ve paraovaryan palpable lenf nodları eksizyonu yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda over invazyonu veya lenf nodu metastazı saptanmadı. Hastanın postoperatif CA-125 seviyesinin 12.9 U/mL'ye gerilediği görüldü.

Tartışma

Struma ovarii, dominant dokunun tiroid dokusu olduğu matür over teratomlarının bir formudur (3,7). Nadir görülmesi nedeniyle SO ile ilgili literatür bilgileri vaka sunumlarının retrospektif değerlendirilmesi ile elde edilmiştir (2,5). Tümörlerin %94'ü tek taraflı ve sıklıkla sol over yerleşimlidir (4). Hastalık literatür taramalarında 21-77 yaşlar arasında görülmektedir ve ortalama ortaya çıkma yaşı 44'tür (5). Bu vakada ise hasta 30 yaşında ve kitle sağ over yerleşimliydi.

Uzak metastaz SO vakalarında yaklaşık %5 oranında görülmektedir (2). En sık metastaz yaptığı yerler omentum, periton, lenf nodları, fallop tüpleri ve karşı overdir (8). Nadir görülen metastaz odakları ise akciğer, kemik, karaciğer, dalak, beyin ve diyaframdır (9,10). Bizim vakamızda ise tümör dokusunun etraf dokudan net sınırlarla ayrıldığı görüldü. Lenfovasküler invazyon saptanmadı. Hastanın cerrahi sonrası 1 yıllık takiplerinde de metastaz saptanmadı.

Nadir bir tümör olmasından dolayı, malign SO için genel olarak kabul görmüş tanısal kriterler mevcut değildir. Metastaz yokluğunda preoperatif görüntüleme yöntemleri ve tümör belirteçleri ile malign-benign ayrımı yapmak zordur. Bazı çalışmalarda CA-125 değerinin malign SO vakalarında tümör belirteci olarak kullanılabileceği gösterilse de hem benign hem de malign vakalarda yüksek olabileceğinden kesin bir görüş birliği yoktur (8). Bu vakada preoperatif CA-125 değeri hafif yüksek saptanmış ve postoperatif takiplerinde normale gerilediği görülmüştür. Malign SO tanısı histopatolojik inceleme ile koyulur. Ma-

lign tümör tanısı tiroid karsinomları ile aynı kriterler ile belirlenmektedir: bu kriterler "buzlu cam nukleus" görünümü, mitotik aktivite ve lenfovasküler invazyondur (1). Malign SO'da tiroid malignitelerinin tüm patolojik paternleri görülebilir ancak en sık görülen tip papiller karsinomdur. Papiller tiroid kanserinde tiroglobulin, HBME-1 ve galectin-3 ile immunohistokimyasal boyama sıklıkla pozitif olmaktadır. Bu boyama teknikleri hem tanıyı koymakta yardımcı olmakta hem de karsinoid tümör ve granuloza hücreli tümör ayrımı yapmak için gerekmektedir (11). Over dokusuna metastaz yapmış bir primer tiroid kanseri olduğunu dışlamak için tiroid dokusunda primer odak olmadığını göstermek gerekir (1).

Malign SO tanı kriterlerinde olduğu gibi cerrahi tedavi ve postoperatif adjuvan tedavi açısından görüş birliği bulunmamaktadır. Genelde uygulanan cerrahi yöntem mono/bilateral salpingo-ooforektomi ile birlikte total abdominal histerektomidir. Eğer ekstra-ovaryan invazyon varsa tedaviye omentektomi, peritoneal yıkama ve lenf nodu diseksiyonu eklenmektedir (12). Patoloji sonucuna göre malign SO saptanan hastalar tiroid kanserlerinde kullanılan risk skorlaması ile değerlendirilmelidir. Tümör dokusu dışına yayılım, 20 mm'den büyük tümör dokusu veya agresif histolojik varyant yüksek riskli olarak değerlendirilmeli ve tedaviye total tiroidektomi ve radioiyot ablasyon tedavisi eklenmelidir (5). Total tiroidektomi hem tiroglobulin takibine hem de radyoaktif iyot tedavisi verilmesine olanak sağlamaktadır (7). Bu yaklaşımın yanı sıra kapsül ve over invazyonu olmayan, gebelik planlayan, düşük riskli hastalarda sadece salpingo-ooforektominin yeterli olabileceği düşünülmektedir (13,14). Bu sayede tiroidektominin komplikasyonlarından kaçınmak mümkündür. Bu vakada da hastanın tümör boyutunun 300 mikron kadar küçük olması, kapsül invazyonunun olmaması ve metastaz görülmemesi nedeniyle sadece sağ salpingo-ooforektomi yapıldı. Hastanın 1 yıllık takiplerinde nüks görülmedi.

Sonuç

Nadir bir hastalık olan malign SO'nun tanı ve tedavisinde henüz bir görüş birliği yoktur. Düşük riskli vakaların primer tiroid papiller karsinom gibi adjuvan radyoaktif iyot tedavisi verilmeden izlenebileceği görüşü yaygındır. Ancak bu yaklaşımın nüks ve mortalite oranları üzerine etkisini belirlemek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Devaney K, Snyder R, Norris HJ, Tavasolli FA. Proliferative and histologically malignant struma ovarii: a clinicopathologic study of 54 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12:333-43.
2. DeSimone CP, Lele SM, Modesitt SC. Malignant struma ovarii: a case report and analysis of cases reported in the literature with focus on survival and I-131 therapy. *Gynecol Oncol* 2003;89:543-8.
3. Dardik RB, Dardik M, Westra W, Montz FJ. Malignant struma ovarii: two case reports and a review of the literature. *Gynecol Oncol* 1999;73:447-51.
4. Rosenblum NG, LiVolsi VA, Edmonds PR, Mikuta JJ. Malignant struma ovarii. *Gynecol Oncol* 1989;32:224-7.
5. Makani S, Kim W, Gaba AR. Struma ovarii with a focus of papillary thyroid cancer: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2004;94:835-9.
6. Wagner CP, Hicks BN, Nakamura KM. Incidental scintigraphic detection of struma ovarii following total thyroidectomy for papillary thyroid cancer. *Radiol Case Rep* 2015;6:478.
7. Rose PG, Arafah B, Abdul-Karim FW. Malignant struma ovarii: recurrence and response to treatment monitored by thyroglobulin levels. *Gynecol Oncol* 1998;70:425-7.
8. Yoo S-C, Chang Ki-Hong, Lyu Mi-Ok ve ark. Clinical characteristics of struma ovarii. *J Gynecol Oncol* 2008;19:135-8.
9. Marcy PY, Thariat J, Benisvy D, Azuar P. Lethal, malignant, metastatic struma ovarii. *Thyroid* 2010;10:1037-40.
10. Yassa L, Sadow P, Marqusee E. Malignant struma ovarii. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab* 2008;4:469-72.
11. Casey MB, Lohse CM, Lloyd RV. Distinction between papillary thyroid hyperplasia and papillary thyroid carcinoma by immunohistochemical staining for cytokeratin 19, galectin-3, and HBME-1. *Endocr Pathol* 2003;14:55-60.
12. Hatami M, Breining D, Owers RL, Del Priore G, Goldberg GL. Malignant struma ovarii--a case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 2008;65:104-7.
13. Gunasekaran S, Kopecka E, Maung KH, England RJ. Struma ovarii and the thyroid surgeon. *J Laryngol Otol* 2012;126:858-60.
14. Meringolo D, Bianchi D, Capula C, Costante G. Papillary thyroid microcarcinoma in struma ovarii. *Endocrine* 2012;41:164-5.