

Postmenopozal Asemptomatik Kadında Malign Struma Ovari: Olgu Sunumu

Malignant Struma Ovarii in a Postmenopausal Asymptomatic Woman: A Case Report

Behiye Pınar Çilesiz Göksedef, Hüsnü Görgeç, Şafak Yılmaz Baran, Murat Apı, Sait Bakır, Ahmet Çetin
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Giriş: Struma ovarii; tüm matür teratomlarının %2'sini oluşturur ve ovaryen tümörde baskın hücre tipinin tiroid dokusu olmasıyla karakterizedir. Genellikle benign bir tümör davranışı sergileyen struma ovarii, %5-10 oranında malign dönüşüme uğrayabilir.

Olgu: Yıllık jinekolojik muayene nedeniyle polikliniğimize başvuran postmenopozal 58 yaşında bayan hastada palpabl sağ over saptanması üzerine yapılan ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) sağ overde 2 cm'lik solid kitle tespit edildi. Laparoskopik salpingoofektomi yapılan hastaya histopatolojik olarak struma ovarii zemininde tiroid papiller karsinom odağı tanısı konuldu. Olguya over kanseri tedavi prensiplerine göre ikinci seansa cerrahi evreleme yapılmış olup evre 1A tümör olarak evrelenmesi üzerine ek tedaviye gerek duyulmadı.

Sonuç: Malign struma ovarii, overin nadir görülen bir neoplazmidir. Tedaviye diğer germ tümörlerinde olduğu gibi cerrahi evreleme eklenmelidir. (*Haseki Tıp Bülteni 2011; 49: 117-9*)

Anahtar Kelimeler: Malign struma ovarii, papiller tiroid kanseri, postmenopozal kadın

Abstract

Introduction: Struma ovarii is an ovarian tumor that consists predominantly thyroid tissue and accounts for only 2% of all mature teratomas. It is usually a benign condition - malignant transformation has been reported to occur in about 5% of all struma ovarii cases.

Case: A 58-year-old postmenopausal woman attended our outpatient clinic for her annual gynecologic exam, on which a palpable ovary was incidentally found. Ultrasound and magnetic resonance imaging work-up showed two-centimeter solid mass on the right ovary. Laparoscopic salpingo-oophorectomy was performed; the histology report revealed a focus of thyroid papillary carcinoma in a struma ovarii. The patient underwent surgical staging procedure according to the ovarian cancer guideline. The tumor was in stage 1A, thus, no further treatment was indicated apart from follow-up.

Conclusion: Malignant struma ovarii is a rare neoplasm of the ovary. Surgical staging should be included in the treatment, like in the other germ cell ovarian tumors. (*The Medical Bulletin of Haseki 2011;49: 117-9*)

Key Words: Malignant struma ovarii, papillary thyroid carcinoma, postmenopausal woman

Giriş

Struma ovarii, en sık 5. dekatta gözlenen ve tümör dokusunun %50'sinden fazlasını tiroid dokusunun oluşturduğu teratomlar olarak tanımlanır. Tüm matür teratomların %2'sini oluşturur (1-3). Asemptomatik olarak görülebilmekle birlikte, en sık başvuru şekli pelvik kitleye bağlı semptomlardır ve hastaların yaklaşık olarak %5-8'inde klinik veya biyokimyasal hipertiroidizm gözlenebilir (4).

Genellikle benign bir tümör davranışı sergileyen struma ovarii, %5-10 oranında malign dönüşüme uğrayabilir. Malign struma ovarii tanısı, sıklıkla postoperatif dönemde histopatolojik olarak konulur. Struma ovarinin malign dönüşüm insidansının belirlenmesi güçtür. Bunun nedeni, bu tümörün nadir görülmesi, tanı sırasındaki deneyim eksikliği ve bildirilen vakaların gerçek insidansından az belirtilmesidir. Bu sebeplerden dolayı tedavi stratejileri net olarak belirlenememiştir (3,5,6).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Şafak Yılmaz Baran
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 505 583 08 56 E-posta: sayilmaz129@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 22 Aralık 2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 17 Ocak 2011

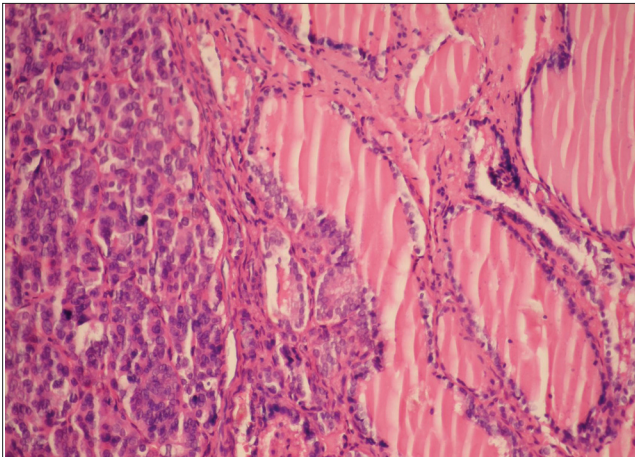
Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.

Bu sunumda, postmenopozal dönemde rastlantısal olarak tanı konulan asemptomatik malign struma ovarii vakası bildirilmektedir.

Ölgu

Yıllık jinekolojik muayene nedeniyle polikliniğimize başvuran postmenopozal 58 yaşında, gravida 2, para 2 olan bayan hastada palpabl sağ over saptandı. Ultrasonografik inceleme sonucunda sağ overde 2.2x1.8x1.5 cm boyutlarında solid kitle tespit edildi. Doppler çalışmasında pulsatilite indeksi (PI) 0.69 ve rezistif indeks (RI) değeri 0.5 olarak belirlendi. Alt abdomen MR'de kontrast tutulumu olan 2.5 cm boyutlarında over kitlesi tespit edildi. CA 125 ve CA19-9 değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Rutin preoperatif hazırlığı takiben hastaya laparoskopik sağ salpingoofektomi (USO) yapılması planlandı.

Laparoskopi esnasında; sağ overin beyaz, solid, yumuşak ve yaklaşık olarak 3x2.5x2.5 cm boyutlarında olduğu izlendi. Sol over ve intraabdominal periton yapıları normal olarak gözlemlendi, batında asit saptanmadı. Frozen kesit analizinde struma ovarii saptanması üzerine ek cerrahi uygulanmadı. Postoperatif dönemde komplikasyonsuz seyreden hasta 1. gününde kesin patoloji sonucu ile kontrole çağrılarak taburcu edildi. Postoperatif histopatolojik değerlendirilmede; struma ovarii zemininde fokal nükleer kromatin belirginleşmesi ve intranükleer çizgilenme içeren, solid ve foliküler komponentlerin bulunduğu tiroid papiller karsinom odağı tespit edildi (Şekil 1). İmmünohistokimyasal boyama sonucunda HBME-1 (Hector Battifora mezotelyal hücre) ekspresyonu izlendi (Şekil 2). Ovaryen kapsül invazyonu görülmeydi. Fallop tüplerinde özellik saptanmadı. Postoperatif tiroglobulin, triiyodotironin (T3), tiroksin (T4), tiroid stimulan hormon (TSH), anti tiroglobulin ve antitiroid peroksidaz antikörlerini de içeren tüm tiroid paneli normal olarak tespit edildi. Tiroidin sonografik incelemesinde, her iki lobun düzgün şekilde ve normal boyutta olduğu izlendi.



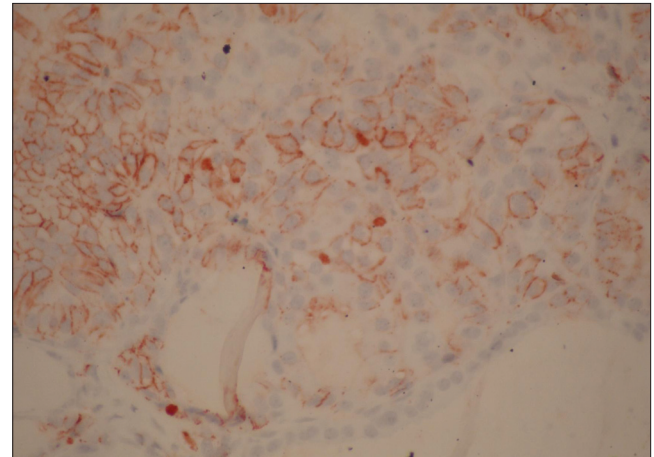
Şekil 1. Struma ovarii zemininde gelişen papiller tiroid karsinomunun solid ve foliküler komponentleri

Yapılan histopatolojik değerlendirmede karsinom odağı saptanması nedeniyle; over kanseri tedavi prensiplerine göre karşı overi çıkarmak ve periton ile lenf bezlerini değerlendirebilmek için hastaya laparotomi yapılmasına karar verildi. Peritoneal yıkama, total abdominal histerektomi (TAH) - sol USO, pelvik- paraaortik lenf bezi diseksiyonu ve peritoneal örnekleme uygulandı. Nihai histolojik değerlendirmede ilave bir patoloji saptanmadı. Cerrahi evreleme sonucunda evre 1A over tümörü olarak değerlendirilen ve ek tedaviye gerek duyulmayan hastanın takiplerinde gelişebilecek nüksü değerlendirebilmek için tiroid fonksiyon testleri ve tiroglobulin seviyeleri kullanıldı. Olgunun tanı ve tedaviden sonraki 12 aylık takip süresince nüks saptanmamış olup, takibi devam etmektedir.

Tartışma

Teratomlar, tüm over tümörlerinin %20'sini oluşturur ve teratomların yaklaşık %20'sinde tiroid dokusu mevcuttur. Bununla birlikte, teratom içerisindeki tiroid dokusunun %50'nin üzerinde olduğunda, bu tümörler struma ovarii olarak tanımlanır (7). Struma ovarii; alt abdominal ağrı, palpabl abdominal kitle, anormal vajinal kanama, asit, hidrotoraks ve tiroid fonksiyon testleri yüksekliği ile karşımıza çıkabileceği gibi bizim olgumuzda olduğu gibi asemptomatik olarak da gözlemlenebilir (8,9). Over tümörlerinin tanısında US geçerli bir yöntem olup, teratomların tanısı US ile sıklıkla konulabilmekle beraber struma ovarii tanısı konulamamaktadır. Ancak solid görümlü teratomlarda struma ovarii akıldan çıkarılmamalıdır (10).

Malign struma ovarinin histopatolojik olarak papiller tiroid karsinomunun klasik özelliklerini gösterir. Ek olarak; buzlu cam görünümü, nükleer belirginleşme, nükleer çizgilenme ve bazen papiller yapı veya vasküler boşluk invazyonu gibi foliküler tiroid kanser patolojik özelliklerini de içerebilir (4,11). Malign struma ovarii histopatolojik olarak papiller karsinom (%44), foliküler karsinom (%30) ve karışık tip (%26) olarak gruplandırılmıştır (4). İmmünohistokimyasal olarak tümör hücrelerinde tiroglobulin ile boyanma, struma ovarideki solid ve



Şekil 2. Papiller tiroid karsinomunun solid ve foliküler komponentlerinin HBME1 ekspresyonu

mikrofoliküler alanları ayırt etmek için önemlidir ancak struma ovarinin malign benign ayırımında kullanılamamaktadır (12). İmmünohistokimyasal boyama ile antimezotelyal monoklonal antikor olan HBME-1 ekspresyonu; tiroidin papiller ve foliküler karsinomunu, tiroidin benign lezyonlarından ayırt etmede kullanılan elverişli bir yöntemdir ve yapılan bir çalışmada papiller karsinomunda HBME-1 ekspresyonu %78.3 oranında saptanmıştır (13). Malign struma ovarii olgularında HBME-1 ekspresyonu %61.5 oranında bildirilmiştir (14). Bizim olgumuzda da HBME-1 ekspresyonu izlenmiştir.

Malign struma ovarii hastalarda standart tedavi; konservatif cerrahi (TAH-Bilateral salpingo-oofektomi) ile birlikte peritoneal sitoloji, pelvik-paraaortik lenf bezi örnekleme ve omentektomiye içeren cerrahi evreleme olarak belirlenmiştir. Fertilité arzusu olan genç hastalarda, tümör evresi IA olarak saptanmışsa, unilateral oofektomi/kitle eksizyonu ve cerrahi evreleme düşünülebilir (5,15).

Makani ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; 39 malign struma ovarii vakası derlenmiştir: ortalama yaş 44, %45 oranında pelvik kitle, %40 oranında abdominal ağrı, %9 menstrüel düzensizlik ve %5 hipertiroidizm bulgusu izlenmiştir. Malign struma ovarinin metastaz oranı %23 (9 hasta) ve nüks oranı %15 (6 hasta) olarak bildirilmiştir. Nüks gelişmesi için ortalama geçen süre 4 yıl olarak saptanmış ve tiroglobulin düzeylerinin 10 yıllık süre ile takibi önerilmiştir (4). Hastamızda ovaryen malignite dışlanamadığı için cerrahi uygulanmıştır. İntraoperatif frozen kesit incelemesi teratom ile uyumlu olduğundan ilk operasyonda cerrahi evreleme yapılmamıştır, pelvik lenf bezlerini ve uzak yayılımı değerlendirebilmek için olgumuzda TAH-USO ve evrelendirmeyi içeren ikinci bir cerrahi uygulanmıştır. Struma ovarii; kontralateral overe, pelvik bezlere, peritona, papiller tiroid karsinomunun yayılım şeklinden farklı olarak hematojen yayılımla karaciğere, akciğere ve kemiğe metastaz yapabilmektedir. Literatürde malign struma ovariiye bağlı ölüm toplamda beş kez bildirilmiştir (16).

Malign struma ovarinin nadir bir tümör olması ile beraber tanı koymadaki güçlükler nedeniyle; bu tümör hakkında değerlendirme yapılmasını, çeşitli cerrahi tedavi yöntemlerini ve postoperatif takip seçeneklerini tartışmalı kılmaktadır (17). Literatürdeki malign struma ovarii vakaları 2009 yılında derlenmiş ve toplamda 88 hasta bildirilmiştir. Vakaların 27'si ekstraovaryen yayımlı, papiller karsinom saptanan hastalarda ortalama 4 yılda nüks gözlenirken, foliküler karsinomlu olgularda ortalama 11 yılda nüks izlenmiştir. Sağkalım oranı tüm hastalarda 10 yılda %89 ve 25 yılda %84 oranında saptanmış olup, bu sebeple hastalarda uzun dönem takip gerektiği belirtilmiştir (18).

Tümör boyutu 2 cm'in altında ve anormal histolojik özelliklerin olmadığı malign struma ovarii olguları nüks açısından düşük riskli olarak değerlendirilebilir (9). Sunduğumuz vaka düşük riskli olduğu için; pelvik görüntüleme ve periyodik serum tiroglobulin ölçümü ile takibi önerilmiş olup, endokrinologa danışılarak hastaya iyot (I) 131 tedavisi verilmemiştir. Karsinom patolojili, nüks açısından yüksek riskli değerlendirilen hastalarda radyoaktif iyot ablasyonu ile beraber total tiroidektomi endikedir (19). Nüks eden tiroid karsinomunda tiroglobulin düzeyinin takibinin, tüm vücut tanısız 131I taraması-

na göre daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (5,19,20). Serum tiroglobulin düzeyi >10 ng/ml olan hastalarda 131I tedavisinin uygulanması ve serum tiroglobulin düzeyi ile birlikte tüm vücut 131I taraması ile takibi önerilmektedir (19,20).

Sonuç olarak; malign struma ovarinin preoperatif ve intraoperatif tanısı hemen hemen imkansızdır ve struma ovarii tanısı postoperatif olarak konulur. Yüksek tiroglobulin seviyesi ile olan klinik hipertiroidizm ve ovaryen kitlesi olan hastalarda malign struma ovariden şüphelenilebilir.

Kaynaklar

- Berghella V, Ngadiman S, Rosenberg H, Hoda S, Zuna RE. Malignant struma ovarii. A case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 1997;42:68-72.
- Kabukcuoglu F, Baksu A, Yılmaz B, Aktumen A, Evren I. Malignant struma ovarii. *Pathol Oncol Res* 2002;8:145-7.
- Rosenblum N, LiVolsi V, Edmonds P, Mikuta J. Malignant struma ovarii. *Gynecol Oncol* 1989;32:224-7.
- 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.
- Matsuda K, Maehama T, Kanazawa K. Malignant struma ovarii with thyrotoxicosis. *Gynecol Oncol* 2001;82:575-7.
- Celik H, Ozercan R, Gurates B, Kavak B, Kavak E, Pala S. Benign ve malign struma ovarii: İki olgunun sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Turkish J Gynecol Oncol* 2005; 8: 32-6.
- Yassa L, Sadow P, Marqusee P. Malignant struma ovarii. *Endocrinol Metabolism* 2008;8:469-72.
- Zalel Y, Seidman DS, Oren M, et al. Sonographic and clinical characteristics of struma ovarii. *Ultrasound Med* 2000;19:857-61.
- Yoo SC, Chang KH, Lyu MO, Chang SJ, Ryu HS, Kim HS. Clinical characteristics of struma ovarii. *J Gynecol Oncol* 2008;19:135-8.
- Volpi E, Ferrero A, Nasi PG, Sismondi P. Malignant struma ovarii: a case report of laparoscopic management. *Gynecol Oncol* 2003;90:191-4.
- Devaney K, Snyder R, Norris HJ, Tavassoli FA. Related articles, proliferative and histologically malignant struma ovarii: a clinicopathologic study of 54 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1993;2:333-43.
- Makhija P, Rameshkumar K, Nirmala V. Histologic spectrum of struma ovarii. *Indian J Cancer* 2000;37:79-84.
- Pazaitou-Panayiotou K, Mygdakos N, Boglou K, Kiziridou A, Chrisoulidou A, Destouni C. The Immunocytochemistry Is a Valuable Tool in the Diagnosis of Papillary Thyroid Cancer in FNA's Using Liquid-Based Cytology. *J Oncol* 2010;2010:963926.
- Boutross-Tadross O, Saleh R, Asa SL. Follicular variant papillary thyroid carcinoma arising in struma ovarii. *Endocr Pathol* 2007;18:182-6.
- 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.
- Marcy PY, Thariat J, Benisvy D, Azuar P. Lethal, malignant, metastatic struma ovarii. *Thyroid* 2010;20:1037-40.
- Kouraklis G, Safioleas M, Glinavou A, Xipolitas N, Papachristodoulou A and Karatzas G. Struma ovarii: report of two cases and clinical review. *Eur J Surg* 2001;167:470-1.
- Robboy SJ, Shaco-Levy R, Peng RY, et al. Malignant Struma Ovarii: An Analysis of 88 Cases, Including 27 With Extraovarian Spread. *Int J Gynecol Pathol* 2009;28:405-22.
- Rose PG, Arafah B, Abdul-Karim FW. Malignant struma ovarii: recurrence and response to treatment monitored by thyroglobulin levels. *Gynecol Oncol* 1998;70:425-27.
- Kostoglou-Athanassiou I, Lekka-Katsouli I, Gogou L, Papagrigroriou L, Chatonides I, Kaldrymides P. Malignant struma ovarii: report of a case and review of the literature. *Horm Res* 2002;58:34-8.