

İKİ TARAFLI İNMEMİŞ TESTİSTE TEK TARAFLI MİKST GERM HÜCRELİ TÜMÖR: OLGU SUNUMU

UNILATERAL MIXT GERM CELL TUMOR IN BILATERAL UNDESCENDED TESTIS: A CASE REPORT

GÜNLÜSOY B., ÇİÇEK S., ÖZEREN I., MİNARECİ S., AYDER A.R., POSTACI H.
SSK İzmir Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İZMİR

ÖZET

İnmemiş testislerde malin germ hücreli tümör gelişimi normal yerleşimli testislere oranla daha sık görülür. Bu yazıda bilateral inmemiş testisi mevcut 18 yaşındaki erkek hastada tek taraflı testis tümörü olgusu sunulmuş ve ilgili kaynaklar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnmemiş testis, testiküler karsinom, mikst germ hücreli tümör.

ABSTRACT

Malign germ cell tumors in undescended testis are more likely seen than normal descended testis. A unilateral testis tumor in an 18-year-old boy with bilateral undescended testis is presented and the relevant literature is reviewed.

Key Words: Undescended testis, testicular carcinoma, mixt germ cell tumor.

GİRİŞ

İnmemiş testislerde malinite gelişimi iki taraflı, normal yerleşimli testislere göre daha sıklıkla görülür. Normal testislerde seminom testis tümörlerinin %30-40'ını oluştururken inmemiş testislerde %60 sıklıkta görülür¹. Seminom dışı germ hücreli tümörler daha az sıklıkla görülür. Genel olarak literatürde bildirilen inmemiş testiste tümör gelişimi relatif riski normale göre 4-7,5 kat daha fazladır^{2,3}. Testis tümürlü hastaların ise %10 kadarında inmemiş testis öyküsü vardır⁴. Kanser gelişim riski inmemiş testisin pozisyonu ile de yakından ilişkili olup intraabdominal yerleşimli testislerde en yüksek oranda malignite potansiyeli vardır⁴.

OLGU SUNUMU

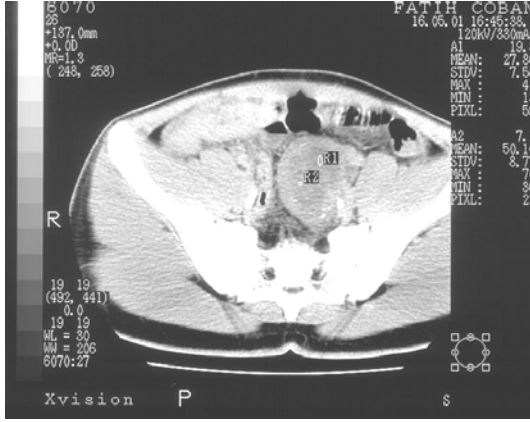
18 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 2 haftadır mevcut olan sol alt kadran ve bel ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Ağrının bazen kolik tarzda olduğu ve idrar şikayetinin olmadığını belirten hastanın yapılan fizik muayenesinde sol alt kadarana lokalize hassasiyetinin olduğu ve burada sınırları tam olarak belirlenemeyen yaklaşık 6 cm çaplı sert, fikse kitlenin varlığı saptandı. Skrotal muayenesinde hastanın her iki testisinin de skrotumda olmadığı saptandı. Sağ testis inguinal kanal düzeyinde palpe edilirken sol testis palpe edilemedi. Mevcut kitlenin sol testisten kaynaklanan tümör olduğu düşünüldü. Hastaya yapılan ultrasonografik incelemede sol tarafta mesane

posteriyoruna doğru uzanan lobule kontürlü heterojen iç yapıda ve boyutları 65x56 mm olan kitle lezyonu saptandı. Hastaya çekilen Tüm batin bilgisayarlı tomografisinde (BT) ise pelvis giriminde orta hattın solunda sigmoid ansı sağa ve öne doğru iten yaklaşık 7 cm çaplı santrali kistik, nekrotik ve kalın duvarlı yer kaplayan oluşum saptandı (Resim 1). Paraaortik, parakaval ve mezenter lenfadenopati saptanmadı. Hastanın çekilen akciğer grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın FP düzeyi 145 IU/ml, hCG düzeyi 1,5 mIU/ml ve LDH düzeyi 685 U/l olarak saptandı. Bilateral inmemiş testisi olan olgunun FP düzeyi yüksekliği ve mevcut kitlesi nedeniyle sol inmemiş testisinden kaynaklanan tümör düşünülerek hastaya operasyon planlandı. Operasyonda kitlenin sigmoid kolon başlangıcından inguinal kanala kadar uzandığı ve alt taraftan rektuma kadar ilerlediği gözlemlendi. Medial bölgeden ise mesaneye kadar uzananı vardı. Kitle çevre dokulardan serbestleştirildi. Ancak kitlenin alt bölümden rektuma kadar ilerlediği görüldü ve kitlenin bu bölümü çıkarılamadı. Çıkarılan materyalin patolojik incelemesinde makroskopik olarak 9x7x4 cm olan düzgün sınırlı, kapsüllü, bir alanda kapsüllü parçalanmış kitle saptandı. Kesitlerinde, solid, kirli beyaz renkte olduğu, yaygın kanama ve nekroz alanları içerdiği izlendi. Mikroskopik olarak, nodüler büyüme paterni gösteren, yaygın kanama ve nekroz alanları içeren embriyonal karsinom, endodermal sinüs tümörü ve az miktarda

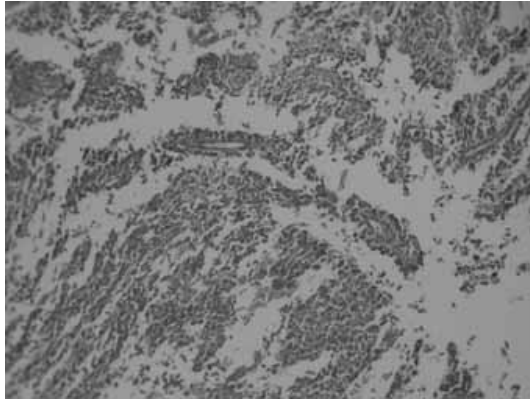
Dergiye Geliş Tarihi: 19.10.2001

Yayına Kabul Tarihi: 19.02.2002 (Düzeltilmiş hali ile)

seminom alanlarından oluşan tümör dokusu ile bazı alanlarda kenarda ince bir şerit şeklinde kalmış atrofik testis dokusu izlendi (Resim 2,3). Bu bulgularla hastaya atrofik testis zemininde gelişmiş mikst germ hücreli tümör tanısı kondu. Ameliyat sonrası dönemi iyi giden hasta 5. gün taburcu edildi. Hastanın mevcut tümörünün tanısı ve rezidü kitle bulunması nedeniyle hastaya 4 kür BEP (Bleo-mycin, Etoposid, Cisplatin) kemoterapisi verilmesi planlandı. Karşı testisi ise inguinal kanalda palpe edilmesi nedeniyle periyodik kontrollerinin yapılması planlandı.



Resim 1. Sol inmemiş testisten gelişen kitlenin BT görüntüsü

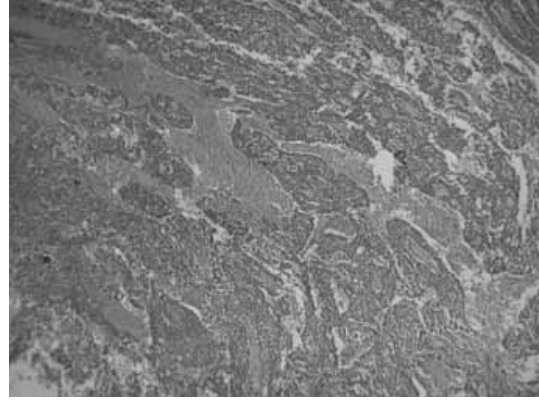


Resim 2. Endodermal sinüs tümörü alanlarında Schiller-Duval cisimcikleri

TARTIŞMA

İnmemiş testiste malinite gelişimi sık tartışılan bir konudur. Kanser gelişimi, normal testislerde olduğu gibi bu hastalarda da kanser yerleşim yerinden ve yapılan müdahalelerden bağımsız olarak 3. ve 4. dekatlarda görülür. Yapılan düzeltme işlemi ister spontan, ister orşiopeksi veya hormonal tedavi şeklinde olsun kanser gelişimi

mi müdahaleden sonra ortalama 20 yıl sonra görülmektedir. Olası onkogenik faktörler arasında testisin normalden farklı çevresel etkenlere maruz kalması, hormonal dengesizlikler ve testiküler disgenezis veya atrofi yer alır⁴.



Resim 3. Yaygın kanama alanları içeren embriyonal karsinom

İnmemiş testis ile malinite arasındaki ilişkide bilinen en önemli risk faktörü annenin gebeliğinin ilk üç ayında aşırı miktarda serbest östrojenle karşılaşmasıdır. Bu durum testiküler disgenezise neden olabilmektedir. Ayrıca dietilsitilbesterol ve oral kontraseptiflerle in utero karşılaşma kriptorşitizme neden olabilmektedir. Artmış östrojenin yol açtığı aşırı bulantı ve dışarıdan hormon alınımı testis kanseri için risk faktörleridir⁵. Bunun yanı sıra maternal hipogonadotropizm, testisin yerleşimi, testiste atrofi ve operasyon yaşı diğer risk faktörleridir¹. Orşiopeksinin testisin histolojik yapısı üzerine çeşitli olumlu etkileri vardır. Bu etkiler bir yaşından önce yapılan orşiopeksilerde daha belirgindir ve spermatogenezik dokular daha normal gelişirler⁶.

Bazı inmemiş testisler kanser gelişimi açısından özellikle daha fazla risk taşırlar. Testiküler karsinoma in situ germ hücreli tümör gelişimine neden olan önemli bir histolojik yapıdır⁷. Bu nedenle orşiopeksi tedavisi sırasında testiküler neoplaziyi tespit etmek ve kanser gelişimi açısından yüksek risk taşıyan hastaların belirlenmesi önem taşır. Cerrahi tedavi sırasında özellikle intraabdominal testis, anormal dış genital organların varlığı veya bilinen anormal karyotip varlığında biopsi alınmasını öneren yayınlar mevcuttur⁸. Ancak 2-4 yaş grubu hastalarda orşiopeksi sırasında yapılan biyopsilerde her zaman

istenilen bilgiler elde edilmeyebilir⁹. Mevcut anomaliler çift taraflı inmemiş testislerde daha sık görülmektedir. İnmemiş testisli hastaların normal testislerinde de %20-25 oranında malignite gelişebileceği bildirilmekte olup bu nedenle bazı yazarlar tek taraflı inmemiş testislerde de normal yerleşimli karşı testisten biyopsi alınmasını önermektedirler⁹.

Yapılan çalışmalarda orşiopeksi ameliyatlarının gelecek testiküler germ hücreli tümör riskini azaltmaya bile oluşan tümörün daha az agresif karakterde olmasını sağladığı belirtilmektedir. İnmemiş testislerde görülen en sık malignite seminomdur. Abdominal yerleşimli tümörlerin hemen hepsi seminomdur. Ayrıca orşiopeksi yapıp erişkin dönemde ortaya çıkan testis tümörlerinin de çoğu seminom olarak tespit edilmiştir.

İnmemiş testislerde küçük yaşlarda orşiopeksi yapılırken ileri yaşlarda orşiektomi yapılması önerilmektedir. Erişkin bir erkeğe tek taraflı inmemiş testisi için orşiektomi önerilirken bu testisten gelişebilecek tümörünün kür şansını ve bunun akciğer, prostat, kolon gibi diğer kanserlere göre rölatif riskinin ne düzeyde olduğu anlatılmalıdır. Erişkin dönemde inmemiş testisin çıkarılmasının riskleri ile kansere bağlı risklerinin 32 yaşında eşitlendiği öne sürülmüştür¹⁰. Genel olarak tek taraflı inmemiş testisle başvuran 16 yaş üzerindeki sağlıklı bir erkekte testisin çıkarılması uygundur. Ancak bilateral inmemiş testisli hastalarda bu konuda karar vermek daha zordur. İki

testis ultrasonografik olarak izlenebiliyorsa yılda bir kontrolü ile izlemi uygundur¹⁰.

KAYNAKLAR

- 1- **Kogan S:** Cryptorchidism. Clinical Pediatric Urology (Kelalis PP, King CR, Belman AB) Third Edition. Philadelphia, Saunders Vol 2, 1050-1083, 1992
- 2- **Swerdlow AJ, Higgin CD, Pike MC:** Risk of testicular cancer in a cohort of boys with cryptorchidism. BMJ, 314:1507-1511, 1997
- 3- **Moller H, Cortes D, Engholm, Thorup J:** Risk of testicular cancer with cryptorchidism and with testicular biopsy: cohort study. BMJ, 317: 729-730, 1998
- 4- **Cheng C and Chan FS:** Cryptorchidism with a large abdominal mass. Br J Urol, 72: 946, 1993
- 5- **Ellis GD:** Undescended testes. Pediatric Urology, Ashcraft, Philadelphia, Saunders Company. First edition. 415, 1990
- 6- **Halme A, Lehtinen-Kellohumps A, Lektoren T and et al:** Morphology of testicular germ cell tumors in treated and antreated cryptorchidism. Br J Urol, 64: 83, 1989
- 7- **Cortes D, Thorsp J, Frisch M and et al:** Examination for intratubular germ cell neoplasia at operation for undescended testis in boys. J Urol, 151: 722, 1994
- 8- **Cortes D, Visfeldt K, Moller H and et al:** Testicular neoplasia in cryptorchid boys at primary surgery: Case series. BMJ, 319: 888, 1999
- 9- **Montie EJ:** Carcinoma in situ of the testis and bilateral carcinoma. Urol. Clin. North Am. Vol 20, Number 1: 127, 1993
- 10- **Whitaker HR:** İnmemiş Testis-Standart bir sınıflandırma gereksinimi. Üroloji Bülteni, 4: 116, 1993