

Intraabdominal Testisten Gelişen Bir Seminom Olgusu

İsmet Yavaşcaoğlu*, Hakan Çamlıkçı**, Bülent Oktay***, Ümit Şimşek***, Mustafa Özyurt***

ÖZET. Karın ağrısı şikayeti ile başvuran 35 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde sol kriptorşizm ve bilgisayarlı tomografide ise solda pelvik kitle saptandı. Aynı taraflı lenfadenektominin yanısıra kitle tümüyle çıkarıldı. Patolojik inceleme sonucu metastatik seminoma gelen olgu sunuldu ve ilgili kaynaklar gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler .Kriptorşizm .İntraabdominal .Seminom.

Seminoma Arising From An Intraabdominal Testis

SUMMARY. The physical examination of a 35 years old patient suffering from abdominal pain revealed left cryptorchidism. A pelvic mass on the left side was identified on computerised tomography. "En block" excision along with ipsilateral lymphadenectomy were performed. Histopathological examination revealed metastatic seminoma. The case is reported and relevant literature is reviewed.

Key Words .Cryptorchidism .Intraabdominal .Seminoma.

Testiküler kanser 25-34 yaşlar arasındaki erkeklerde en sık görülen tümördür ve insidansın arttığı bildirilmektedir¹. Kriptorşizm en önemli predispozan faktördür ve inmemiş testis hikayesi olan hastalarda testiküler tümör gelişme riski 5 ile 14 kat artmıştır^{2,3}.

Intraabdominal testiste ise bu risk daha alçak yerleşimli testislere oranla 6 kat daha fazladır⁴.

Olgu Sunumu

Y.K., 35 yaşında erkek hasta, karın alt kadranda şişlik ve 1 aydır süren künt vasıfta ağrı yakınmasıyla başvurdu. Son 2 aydır şişliğin arttığını tanımlıyordu. Fizik muayenesinde sol alt kadrardan suprapubik bölgeye doğru uzanan 10X5 cm çaplı, basmakla hafif ağırlı, hareketli, düzgün yüzeyli kitle palpe edildi. Sol hemiskrotum atrofik idi ve sol testis inguinal kanalda dahi palpe edilemiyordu ve hasta sorgulandığında bunu çocukluk çağından bu yana bildiğini belirtti.

Tümör markerlerinden beta human koriyonik gonadotropini (beta hCG) 6 microgram/ml, alfa fetoprotein 2,4 ng/ml, karsinoembriyjenik antiijen (CEA) 2,8 ng/ml (normal değer sınırları sırasıyla; 0-10, 0-15 ve 0-5,2) olarak bulundu. Eritrosit sedimentasyon hızı 9 / 21 mm olup LDH izoenzimleri dahil tüm serum biyokimyasal parametreleri normal sınırlar arasındaydı. Seks hormonları normal düzeylerde idi.

Ultrasonografik incelemede pelvis sol yarısını tamamen dolduran 12x5x9 cm'lik heterojen lobule konturlu kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT) ile de pelvis içinde 12x9 cm'lik lobule konturlu yer yer nekrotik hipodens görünümlü kitle görüntülendi (Resim: 1). Kitlenin önde karın ön duvarıyla, arkada sakrum ile komşuluk yaptığı gözlemlendi. Rektum ve sigmoid kolonla birlikte üstten mesaneye bası yaptığı saptandı. Lenfadenopati saptanmadı. PA akciğer grafisi doğal olarak değerlendirildi.

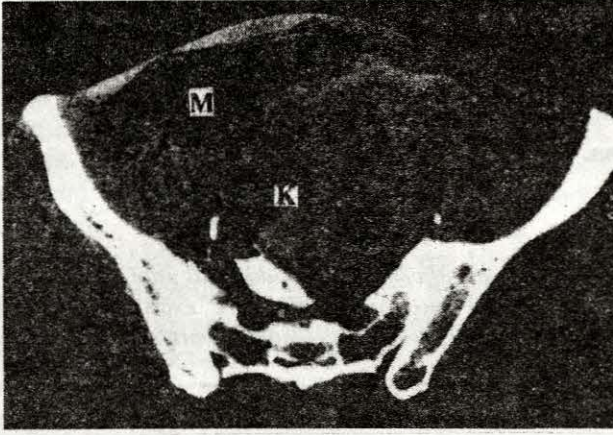
Hasta pelvik kitle-testis tümörü ön tanısıyla göbekahtı median insizyonla explore edildi. Kemik

* Yard. Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

** Araş. Gör. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

*** Prof. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

pelvisin sol yarısını dolduran, komşu organ ve dokulara invazyon göstermeyen, kapsüllü, lobule konturlu, hipervasküler kitle bütün olarak eksize edildi. Tümör pedikülünün sol gonadal damarlarla uyumlu olması üzerine insizyon büyütülerek aynı taraflı retroperitoneal lenfadenektomi yapıldı. Ameliyat öncesi hastanın onay vermemesi nedeniyle diğer testisten biyopsi yapılmadı. Postoperatif erken komplikasyon görülmedi ve hasta ameliyat sonrası 2. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.



Resim: 1
Olgunun pelvik BT incelemesi
(M: Mesane, K: Kitle)

Kitle makroskobik olarak 14x11x6 cm boyutlarında ve 600 gr ağırlığındaydı. İnce fibröz bir kapsülle sarılmış, dış yüzü gri-pembe renkte izleniyordu. Histopatolojik inceleme sonucunda klasik tip seminom tanısı konuldu. İki odakta, iliak lenf nodüllerinde, tanımlanan tümöral doku özellikleri saptandı. Böylece tam evre IIA seminom olarak belirlendi. Ancak adjuvant tedavinin belirlenmesi amacıyla yapılan üroonkolojik konsenye çalışması sonucunda kitlenin retroperitoneal intrapelvik yerleşimli olması gözönüne alındı ve "bulky" hastalık gibi düşünülerek kemoterapi (3 siklus BEP; bleomycin, etoposide ve sisplatin) uygulanmasına karar verildi. Altıncı ay kontrollerinde nüks saptanmayan hasta halen izlemimiz altındadır.

Tartışma

Tüm testis tümörleri içinde en sık görülen tip olması yanısıra seminomların tepe insidansı 35 ile 39 yaşları arasındadır⁴. Testis tümürlü olguların yaklaşık % 7 ile % 10'unda kriptorşizm

öyküsü var olup bu olguların da % 50'sinde tümör intraabdominal testislerden kaynaklanır².

Malign değişim gösteren intraabdominal testisler büyük boyutlara ulaşır çevre organ ve dokulara bası yapıcaya dek belirti vermeyebilirler. Erken dönemde semptom ve bulguları az olduğu için tanısı güçtür. En sık bulgu abdominal ağrı ve kitledir ancak bunların yanısıra bulantı, kusma, distansiyon, iştahsızlık, kabızlık ve ateş gibi semptomlar görülebilir⁵. Literatürde akut batın tablosu ile başvuran hastalar bildirilmiştir⁶. Jinekoma ile başvuran bir olguda ise intraabdominal yerleşimli Leydig hücreli testis tümörü saptanmıştır⁷. Sunulan olgu ise karın ağrısı veya her nedenle başvurmuş olursa olsun genital incelemenin önemini göstermektedir.

Intraabdominal testislerin lokalizasyonu için BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) değerli yöntemlerdir ancak sağ illiak fossaya yerleşen intraabdominal testiküler kitleler özellikle apendiküler kitlelerle karışabilmektedir. Öncelikle US, BT, MRI ile tanı konmadığı zaman anjiyografi önerilmektedir⁸.

Olguda ilgi çeken diğer bir nokta ise hastanın bir testisinin yerinde olmadığını çocukluk çağından bu yana biliyor olmasına rağmen hekime başvurmamış olmasıdır. Bu konuda yapılması gerekenin toplumun inmemiş testis varlığı konusunda eğitilip olası sonuçları açısından uyarılması ve sağlıklı bireylerin de kendi testislerini belirli aralıklarla muayene etmelerini sağlamak olduğunu düşünüyoruz.

Dr. İsmet YAVAŞÇAOĞLU
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji ABD
16059 Görükle / BURSA

Kaynaklar

1. Horwich A, Hendry WF: Testicular tumors. Surgery, 53: 1266-1271, 1988.
2. Hutson JM: Undescended testes. Surgery, 10: 78-80, 1992.
3. Morrison AS: Cryptorchidism, hernia and cancer of the testis. J Natl Cancer Inst, 56: 731-733, 1976.
4. Martin DC: Malignancy in cryptorchid testis. Symposium on cryptorchidism. Urol Clin North Am, 9: 371-375, 1982.
5. Gauwitz MD, Zagars GK: Treatment of seminoma arising in cryptorchid testes. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 24 (1): 153-159, 1992.
6. Ein S: Torsion of undescended intraabdominal testicular teratoma. J Pediatr Surg, 22(9): 799-801, 1987.
7. Von Vollenhoven F: Leydig cell of intraabdominal testis. Urology, 42(6): 729-731, 1993.
8. Lorigan JG, Shirkoda A., Dexeus FH: CT and MRI malignant germ-cell tumor of the undescended testis. Urol Radiol, 11(2): 113-117, 1989.