

Gonadoblastoma

Dr. Tuğrul ERDENER*
Dr. Şakir KÜÇÜKKÖMÜRCÜ*
Dr. Kemal UĞURBİL**

ÖZET

Bu yazımızda, overin gonadal bir tümörü olan Gonadoblastoma takdim edilmiştir. Nadir görülen bu tümörün etyolojisi, kliniği, teşhisi tartışılmış, literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Gonadoblastoma

A case of ovarian gonadoblastoma is presented. The etiology, clinical manifestations and diagnosis of this rare tumour is discussed with review of the literature.

1960 yılında TETER, sitohistolojik çalışmalara göre germ hücrelerinden menşei alan over tümörleri için yeni bir sınıflandırma şekli önermiştir. Bu yazara göre germ hücre tümörleri 4 gruba ayrılırlar ¹:

1. Gonositoma I: Sadece germ hücrelerinden meydana gelmiştir. Hormonal yönden inaktiftir.

2. Gonositoma II: Embriyonik gonadda oluşan iki hücre tipinin karışımından ibarettir. Bunlar germ hücreleri ve Sertoli-Granuloza hücreleridir.

3. Gonositoma III: Tüm gonadal hücresel elemanların birleşmesi ile karakterizedir. Bu elemanlar germ hücreleri, Sertoli-Granuloza tipi hücreler ve interstisyel hücrelerdir.

* Bursa Tıp Fakültesi, Kadın-Doğum Birimi Uzman Asistanı

** Bursa Tıp Fakültesi, Kadın-Doğum Birimi Asistanı

Gonositomaların bu nadir formuna SCHULLY, "Gonadoblastoma" adını vermiştir².

4. Gonositoma IV: İnterstisyel hücrelerin (Hilus-Leydig) büyümesi ile oluşan germ hücre tümörüdür.

OLGU

Hastamız Bayan A. Ş. Protokol No: 194039/J-162/80, bekar.

Şikayeti: Baş dönmesi, halsizlik, bulantı, kusma, kilo kaybı ve adet görememe.

Hikayesi: Yakınmaları 4 haftadan beri süregelmekte imiş. Hiç adet görmemiş.

Öz ve soy geçmişinde bir özellik saptanmadı. Yapılan sistemik muayenesinde: Genel durum bozuk, anemik ve kaşektik bulundu. Turgor ve tonus azalmıştı. Supraklaviküler ve ingüinal bölgelerde nohut iriliğinde lenfadenopatiler ele geliyor. Bu bulguların dışında olgumuzda genel bir hipertrikozis göze çarpıyor.

Solunum sistemi: Sağ akciğerde skapula altından kaideye kadar matite mevcut, solunum sesleri alınamıyor.

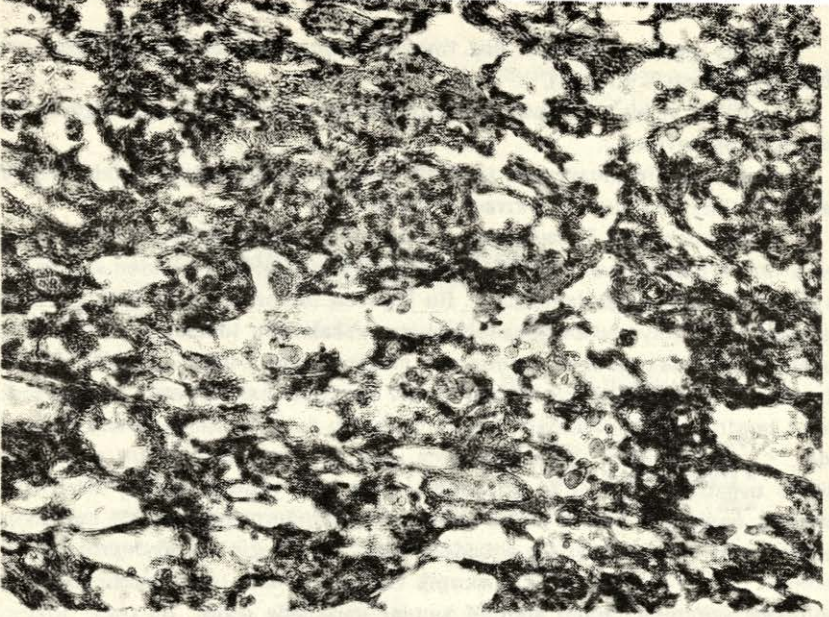
Dolaşım sistemi: Kalp sesleri ritmik, hafif taşikardik, apekte sistolik üfürüm mevcut.

Sindirim sistemi: Karaciğer kosta kenarları altında 3 cm. palpabl ve perkütabel olarak bulundu. Batın palpasyonunda göbek altında pelvisi dolduran immobil, sert, ağrısız, multipl kitleler ele geliyor.

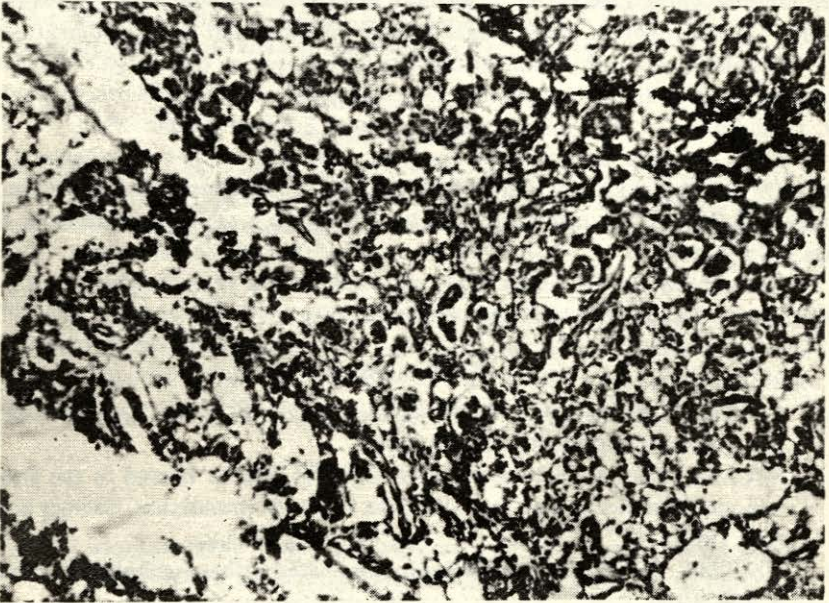
Jinekolojik muayenede: Vulva normal, hymen annüler ve intakt, vagina mevcut. Rektal tuşede uterus normalden ufak olarak palpe ediliyor. Pelvisi bütünü ile dolduran, göbeğe kadar yükselen, kısmen sert, kısmen yumuşak immobil kitle ele geliyor.

Hastamız kliniğe pelvik tümör teşhisi ile yatırıldı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde ortaya çıkan derin anemisi için kan transfüzyonlarına başlandı. İç hastalıkları, Göğüs hastalıkları ve genel cerrahi konsültasyonları istendi. İstenilen tetkiklere başlanılmadan, hastada akut batın tablosu meydana gelmeye başladı. T.A.: 50/30 mm Hg'ya düştü. Nabız sayısı 120/dk. idi. Acil olarak operasyona alınan hastaya yapılan eksploratif laparatomide intra peritoneal kanama saptandı. Bu esnada tümör dokusunun yer yer nekroza uğrayıp batına döküldüğü ve kitle üzerinde annap bir kanamanın devam etmekte olduğu görüldü. Kanamanın kontrol altına alınmasına çalışılırken anesteziolog, T.A. ve nabzın alınmadığını bildirdi. Yapılan kardiyak masaja rağmen hastanın eksitus olduğu müşahade edildi.

Tümör dokusundan alınan biyopsi histopatolojik tetkike gönderildi. B. Ü. Tıp Fakültesi, Patoloji Kürsüsü'nden alınan B-2570-80 nolu biopsi raporu neticesi "Over Gonadoblastoması" idi. Materyalin mikroskopik tetkikindeki bulgular şöyle özetlenebilir: Kesitlerde oval, yuvarlak, yer yer poligonal nukleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı hücrelerle, yer yer küçük hiperkromatik yuvarlak poligonal nukleuslu, dar eozinofilik sitoplazmalı hücrelerin tübüler yapı yaptıkları ve yer yer şeritler halinde stromaya infiltre olduğu görülmektedir. Stromada amorf eozinofilik hyalin cisimcikler ile yuvarlak veya poligonal nukleuslu, dar eozinofilik sitoplazmalı hücrelere, ayrıca mononükleer hücre infiltrasyonu ile duvarları kalınlaşmış kapiller dar kesitlerine rastlanmaktadır (Resim 1 ve 2).



*Resim 1 : Gonadoblastoma
Hem - eo. 16x0,40*



Resim 2 : Gonadoblastoma Hem - eo.

TARTIŞMA

Literatürde son derece nadir görülen, overin gonadal menşeli tümörü olan Gonadoblastomasının klinik özellikleri şöyle sıralanabilir:

a) Hastada primer amenorenin mevcudiyeti, somatoseksüel anomalilerin gelişmesi,

b) Dış genital organların dışı tipinde gelişmesi ve seks kromatininin negatif olması (vakaların % 90'ında),

c) Klinik ve biyokimyasal seks hormonu aktivitesi belirtilerine rağmen yüksek gonadotropin seviyesi,

d) Jinekolojik muayenede tümörde bulunan kalsifikasyon odaklarının varlığı nedeni ile tümör dokusundaki kıvam değişiklikleri ¹⁻³.

Tahminlere göre Gonadoblastoma sadece testiküler disgenezi veya malforme testis vakalarında gelişmektedir ⁴⁻⁵. Şimdiye kadar genetik yönden sağlam bir kadında bu tümöre rastlanılmamıştır. Bu hipotezi tümörün birkaç özelliği destekler. Bu güne kadar yayınlanan gonadoblastoma vakalarının tümünde kalıcı bir özellik, kalsifikasyon odakları veya Psammoma cisimciklerine benzer cisimciklerin mevcudiyetidir ⁴. Bu tip kalsifikasyonlara sadece testiküler patolojilerde rastlanılmıştır ⁵. Diğer taraftan bu hastalardaki önemli bir bulgu da Y kromozomunun mevcudiyetidir ⁴⁻⁵. Literatürdeki bütün hastalarda, genital tip ne olursa olsun, seks kromatin düzeni negatiftir. SCULLY, gonadoblastoma için yaptığı tarifte "Bizler sadece tümörün hangi elemanlara doğru diferansiye olduğunu bilmemekle kalmayıp, tümörün kesin olarak hangi tip gonaddan menşeyini aldığını da söyleyememekteyiz" demiştir ¹⁻⁵. Olgumuzun mikroskopik tetkikinde hem over stromasına, hem de malforme seminifer tüpleri andıran yapılar müşahade edildi. Bu testis dokusunun varlığı, genel anlamda Y kromozomu mevcudiyeti ile birlikte olduğu kanısını uyardırmaktadır. Ancak ENGEL ve ATKINS'in, Y kromozomunun olmadığı, ancak testiküler dokunun mevcut olduğu bazı olgular yayınladıkları da bildirilmektedir ⁶.

Genellikle gonadoblastomalar tek overde yerleşen ve büyüklüğü 8 cm. çapını aşmayan tümörlerdir. Bazı olgularda ancak mikroskopik tetkiklerle ortaya çıkabilirler. Tümörün her iki overi tutması vakaların ancak 1/3'ünde görülür ⁵⁻⁶.

Bizim olgumuz, kısa süreli bir anamnez vermesine rağmen metastazların yaygın oluşu ve internal kanama nedeni ile hemorajik şoka girmesi yönünden önem arz etmektedir. Literatürde kısa sürede gelişip, fatal sonuçlanan gonadoblastoma olgusuna rastlayamadık.

Kısa sürede ağır bir klinik tablo meydana getiren ve nadir görülen bir gonadoblastoma olgusunu yayınlamayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. TETER, J.: A mixed form of feminizing germ cell tumour (gonocytoma II), Am. J. Obstet. Gynec. 84, 722-30, 1962.
2. SCULLY, R.E.: Gonadoblastoma: A Gonadal tumour related to the Dysgerminoma (Seminoma) and capable of sex hormone production, Cancer, 6: 455-463, 1953.
3. UZISIMA, H.: Ovarian dysgerminoma associated with masculinisation, Cancer, 9: 736, 1956.
4. SIRSAT, M.V., VATSALA, V.V.: Gonadoblastoma of the ovary, Indian J. Path. Bact., 8, 77, 1965.
5. TETER, J.: A masculinizing mixed germ cell tumour (Gonocytoma II), Acta Endocr., 46, 1-11, 1964.
6. MELICOW, M.M. and USON, A.C.: Dysgenetic gonadomas and other gonadal neoplasms in intersexes, Cancer, 12, 552-572, 1959.