

Senkron Bilateral Testis Tümörü Olgusu: Saf Seminomun Eşlik Ettiği Mikst Germ Hücreli Tümör

A Case of Synchronous Bilateral Testicular Tumor: Mixed Germ Cell Tumor With Pure Seminoma

İbrahim Halil Bozkurt, Anıl Eker, Ertuğrul Şefik, İsmail Basmacı, Serdar Çelik, Serkan Yarımoğlu, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Testis kanseri nadir görülen bir tümör olup erkeklerde görülen kanserlerin %1-2'sini oluşturur. Bilateral testis tümörü ise çok daha nadir görülen bir durumdur. Bilateral testis tümörlerinin de yalnızca %35'i senkron tümörler olarak görülmektedir. Senkron tümörlerde bilateral seminom en sık görülürken, bir taraf seminom diğer tarafa ise non-seminomatöz tümör saptanması durumuna daha az sıklıkla rastlanmaktadır. Tedavide altın standart bilateral radikal orşiektomi gibi gözükse de, infertilite, hormonal yetmezlikler ve psikososyal faktörler parsiyel orşiektomiyi gündeme getirmiştir. Bu olgu sunumunda senkron bilateral testis tümörü saptanarak bir tarafa radikal orşiektomi diğer tarafa ise parsiyel orşiektomi uygulanan ve patoloji sonucu bir tarafa saf seminom diğer testiste ise non-seminomatöz germ hücreli tümör olarak raporlanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Testis kanseri, senkronize tümörler, seminom, seminomatöz olmayan germ hücre tümörü

Abstract

Testicular cancer is a rare tumor, accounting for 1-2% of cancers in men. Bilateral testicular tumor is a very rare condition. Only 35% of bilateral testicular tumors are seen as synchronous tumors. In synchronous tumors, bilateral seminoma is the most common. But one side seminoma and non-seminomatous tumor detection on the other side are less common. Although the gold standard in treatment seems to be bilateral radical orchiectomy, partial orchiectomy raised because of infertility, hormonal insufficiency and psychosocial factors. In this case report, we aimed to present a case with synchronous bilateral testicular tumor with different surgical procedures and different pathological outcomes for each sides.

Keywords: Testicular cancer, synchronous tumors, seminoma, non-seminomatous germ cell tumor

Geliş tarihi (Submitted): 26.12.2018
Kabul tarihi (Accepted): 29.03.2019

Yazışma / Correspondence

Anıl Eker, MD
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Saim Çıkrıkçı Cad. No:59
35170 Bozyaka, Karabağlar, İzmir,
Türkiye
ORCID: 0000-0003-1603-3336
Tel: +90 5320516110
E-mail: anileker993@gmail.com

GİRİŞ

Testis kanseri nadir görülen bir tümör olup erkeklerde görülen kanserlerin %1-2'sini oluşturur. 20-35 yaş arası erkeklerde en sık görülen kanserdir. %95 'i germ hücreli tümörlerdir (1). Bilateral germ hücreli tümörler nadir olup testis kanserli olguların %0,5-5'ini oluşturmaktadır. Bunların %35'i senkron, %65'i metakron tümörlerden oluşur. Senkron tümörlerde bilateral seminom en sık görülürken, bir taraf seminom diğer taraf ise non-seminomatöz tümör saptanması ikinci sıklıkta, bilateral non-seminomatöz tümör saptanması ise en az sıklıkta görülmektedir (2). Tedavide altın standart bilateral orşiektomi olsa da, infertilite, psikososyal problemler, hormon eksikliği gibi etkileri nedeniyle testis koruyucu cerrahi yaklaşımı ön plana çıkmıştır (3). Bu vakada nadir görülen senkron ve bilateral testis tumoru patolojisi birbiriyle uyumsuz olan testis tümörü olgusunun klinik özelliklerini, tanı ve tedavi yaklaşımlarını sunmayı amaçladık.

OLGU

Yirmiyedi yaşında erkek hasta kliniğimize 1 ay önce ortaya çıkan sol testiste ağrısız kitle ile başvurdu. Fizik muayenede sol testis diffüz büyük ve sert, sol spermatik kord kalınlaşmış olarak tespit edildi. Sağ testis inferiorunda noduler sertlik palpe edildi. Hastanın bilinen bir hastalığı veya travma öyküsü olmayıp 5 yıl önce sağ hidroselektomi operasyonu geçirdiği ve sol retraktıl testis öyküsü olduğu öğrenildi. Yapılan skrotal doppler ultrasonda sol testiste 43x60 mm heterojen ekopaternalde kistik dejenerasyon alanları içeren ve kanlanması artmış kitle lezyonu; sağ testiste 12 mm lobule konturlu ve kanlanması artmış hipoeoik kitle lezyonu izlendi. Hastanın testis tümörü ön tanısı konularak bakılan testis tümör markerlarında AFP 160,47 ng/ml ve LDH 281 U/L olarak artmış düzeylerde saptandı. bHCG seviyesi 0,42 mIU/ml olarak normal saptandı. Hastaya sol radikal orşiektomi ve sağ parsiyel orşiektomi planlanarak preoperatif skrotal MR çekildi. Skrotal MR'da sol testis iç yapısı ileri derecede heterojen olarak görüldü ve postkontrast incelemede kontrastlanma mevcut idi. Difüzyon incelemede tüm testisi tutan difüzyon kısıtlaması izlendi. Sağ testis

inferiorunda T2 ağırlıklı sekansta belirgin hipointens, postkontrast incelemede testisin diğer alanlarından farklı kontrastlanan 18x28 mm kitle lezyonu izlenmiştir. Yaşı genç olan ve çocuğu olmayan hastaya operasyon öncesi kriyoprezervasyon uygulandı.

Hastanın tarama amaçlı çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) herhangi bir patoloji saptanmadı. Tüm abdomen kontrastlı BT'de retroperitoneal alanda paraaortik yerleşimli en büyüğü sağ paraaortik mesafede 13x11mm lenf nodları saptandı.

Hastaya sol inguinal radikal orşiektomi ve sağ parsiyel orşiektomi uygulandı. Operasyon sırasında sağ testis tümör tabanından frozen kesit çalışıldı ve tümör negatif olarak raporlanması üzerine sağ tarafa radikal orşiektomi uygulanmadı. Patoloji sonucunda sol testisin tamamını kaplayan 6,5x6x5 cm kitle lezyonu %70 teratom, %30 yolk sac tümörü olarak raporlanmıştır. Tümörde vasküler invazyon izlenmemiştir. Tümör testise sınırlı olup kord yapıları, tunika albunigea ve epididim salimdir. Sağ testis parsiyel orşiektomi materyali 1,4 x1 cm olup saf seminom olarak raporlanmıştır. Tümör dokusu yanında intratubuler germ hücreli neoplazi (İTGHN) alanları izlenmiştir. Yine frozen kesit olarak gönderilen tümör tabanında da ileri incelemede İTGHN alanları saptanmıştır. Hasta postoperatif dönemde tıbbi onkoloji kliniğine yönlendirildi. Preoperatif görüntülemelerinde retroperitoneal lenf nodları saptanan hastaya 3 kür bleomisin, etoposid ve sisplatin tedavisi planlandı. Kemoterapi (KT) sonrasında AFP 3,94 ng/ml, LDH 156 U/L olarak normal aralıklarda saptandı. Karşı testise radyoterapi (RT) planılarak hasta radyasyon onkolojisine de yönlendirildi.

TARTIŞMA

Bilateral testiküler kanser sıklığı değişik serilerde %1-4 arasında değişmektedir. Çoğunluğunu metakron tümörler oluşturmakta ve senkron bilateral testiküler kanserler, testis kanserli olguların %0,5'inden azını oluşturmaktadır. Bilateral testiküler kanser oluşumu tek testiste hastalığa göre daha erken yaşlarda görülmektedir (ortalama 29 yaş) (4). Bu vakada da 27 yaşında hasta bilateral testis kitlesi ile başvurmuştur. Senkron bilateral testis kanserinde bilateral inguinal orşiek-

tomu altın standart tedavi olarak kabul görmekte ancak bu tedavi androjen eksikliği, infertilite ve psikososyal problemlere yol açmaktadır. Günümüzde 2 cm'den küçük, testis dokusunun %30'undan azını kaplayan ve testosteron eksikliği olmayan hastalarda parsiyel orşiektomi önerilmektedir (3,4,5). Bu vakada sağ testiste 18 mm kitle lezyonu vaka sırasında frozen kesit çalışılarak tümörün tabanda devam etmediği gösterilerek parsiyel orşiektomi ile çıkarılmıştır. Bu hastalarda asıl problem bırakılan testis dokusunda İTGHN saptanmasıdır. İTGHN saptanan olgularda 5 yıl içerisinde testiküler kanser gelişme riski %50, 7 yıl içerisinde %70 olarak bildirilmekte ve parsiyel orşiektomi sonrasında kalan testiste İTGHN saptanan olgularda adjuvan RT önerilmektedir. Bu vakadada parsiyel orşiektomi uygulanan testis dokusunda İTGHN tespit edilmiş olup hasta radyasyon onkolojisine referans edilmiştir. Ancak RT sonrası infertilite ve androjen eksikliği görülebilmekte, %2,5 oranında relaps görülebilmektedir (3,5). Patoloji sonuçları ve hastalığın evresine göre risk sınıflaması yapılarak KT, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu gibi ileri tedaviler planlanmalıdır (6). KT sonrasında da parsiyel orşiektomi yapılmasına rağmen infertilite olabilmektedir ve hasta mutlaka bilgilendirilmelidir. Çocuk sahibi olmayı planlayan hastada tedavi öncesi mutlaka kriyoprezervasyon önerilmelidir. Hastalığın uzun dönem takibinde mutlaka testiküler ultrason yapılmalı, hasta bilgilendirilmeli ve self muayene öğretilmelidir. Androjen eksikliği gelişen hastalara androjen replasmanı planlanmalıdır (5,6).

KAYNAKLAR

1. Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. Increasing incidence of testicular cancer worldwide: a review. The Journal of urology 2003;170.1: 5-11.
2. Zequi SC, da Costa WH, Santana TBM, et al. Bilateral testicular germ cell tumours: a systematic review. BJU international 2012;110.8: 1102-1109.
3. Yuksel MB, Gumus B, Ozbek E, et al. A Unique Case of Bilateral Synchronous Testicular Tumor with Concomitant Bilateral Diffuse Intratubular Germ Cell Neoplasia: Testis Sparing Surgery and Local Radiotherapy. Current urology 2012;6.3: 165-168.
4. Anastasiou I, Deligiannis D, Katafigiotis I, et al. Synchronous bilateral testicular tumors with different histopathology. Case reports in urology 2015.
5. Campobasso D, Ferretti S, Frattini A. Synchronous bilateral testis cancer: clinical and oncological management. Contemporary Oncology 2017; 21.1: 70.
6. Sarıcı H, Telli O, Eroğlu M. Bilateral testicular germ cell tumors. Turkish journal of urology 2013;39.4: 249.