

OVER TEKOMU
(Olgu Bildirimi)

ERTEN, O., KARABACAK, O., CELİLOĞLU, M.

ÖZET: Menapozdaki bir hastada tespit edilen over tekomu bu yazıda tartışıldı.

ABSTRACT: Oktay ERTEN, Onur KARABACAK, Murat CELİLOĞLU, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology and State Maternity Hospital İZMİR. The thecoma of ovary.

Anahtar sözcükler: Tekoma, over tümörleri.

Key words: Thecoma, Ovarian tumors.

GİRİŞ: Over tümörlerinin sınıflaması tartışmalıdır ve değişik sınıflamalar vardır. WHO'nun sınıflamasına göre tekomlar seks kordonu tümörlerinden granüloza-stroma hücreli tümörler grubuna girer(8). Buna mukabil fizyopatolojik ve embriyolojik yapısına göre over tümörleri sınıflamasında ise mezotelial hücreli tümörlerin stromal mezenşimal tümörler grubunda yer alırlar(6).

İlk sınıflamada tümörün hormonal aktivitesi göz önünde bulundurulurken, ikinci sınıflamada orjindeki mezenşimal potansiyel ön plana alınmıştır. Tümörde stroma hücrelerinin kollagen üreten fibroblastlar şeklinde farklılaşması veya östrojen salgılayan hücrelere dönmesi söz konusudur(2). Buna bağlı olarak hücrenin tekal komponenti ne kadar fazla ise östrojen üretimi o kadar fazla olmaktadır.

Bu tümörlerin, tüm over tümörleri içinde %4-5 oranında görüldüğü bildirilmektedir(1,6). Tekomalar puberteden önce çok nadir görülür; genel olarak ileri yaş tümörleridir ve granuloza hücreli tümörün görüldüğü yaş grubundan biraz daha ilerideki yaş grubunda görülür(3,7). Meigs sendromu sıklıkla beraber görülen bir komponenttir(4,5).

Doç.Dr.Oktay ERTEN, Dr.Murat CELİLOĞLU, D.E.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD., Mith.Dr.Onur KARABACAK İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi

Tekomalarda sıklıkla görülen klinik tablo hormon salgılanmasına bağlı olarak endometrial hiperplazi ve kanamalardır. Özellikle postmenapozal devrede endometrial karsinoma kadar ilerliyeabilen hiperplazilerin nedeni olabilmektedir(2,7). Menapoz öncesi ise amenore ve anovulasyon görülerek polikistik over sendromunu taklit eden bir tablo ortaya çıkabilmektedir.

OLGU: Bn. F.Y. 65 yaşında (Prot. No. 522/187) Myoma uteri ve ovarial tümör tanısı ile Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uygulama Hastanesine yatırıldı. 45 yıllık evli olan hastanın 2 yıl öncesine kadar adet düzeni 30/7/2-3 şeklinde imiş. Hasta 2 yıldır menapozda idi. Sekiz doğum yapmış ve düşüğü olmayan hastanın operasyonunda uterus normalden iri, sol adneks normal, sağ adneks 10X15cm. boyutlarında sert kıvamda tespit edildi. Peritoneal boşlukta serbest asite rastlanmadı. Total histerektomi ve bilateral salpingoo- oferektomi uygulandı.

Operasyon materyali Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalında 2913/80 patoloji numarası ile incelendi, histolojik tetkikte sağ overde birbirini çaprazlayan fibröz bağ dokusu alanları yanında oval yapıda hücre yapılarının belirgin olduğu ve fazla boyanma gösterdiği izlendi. Yer yer birbirini çaprazlayan seyrek fibroblastları anımsatır hücre toplulukları arasında belirgin ve sahaya hakim seffaf hücrelerin görüldüğü bildirildi. Endometriumdaki bezlerin hiperplazik görünüm kazandığı, myometrium içinde endometrium bez ve stromasını taşıyan alanlar olduğu belirlendi. Histopatolojik olarak tekoma, postmenapozal hiperplazi, adenomyozis tanısı konuldu. Bu tablonun ileri yaşa rağmen 2 yıllık menapozal hastada progesteron tarafından karşılanmamış kronik östrojen stimülasyonunun varlığı ile olabileceği sonucuna varıldı.

TARTIŞMA: Tekoma daha sık olarak ileri yaşlarda görülmektedir(9). Bizim olgumuz da iki yıldır menapozda olup, 65 yaşındadır. Hastamızda postmenapozal hiperplazi görülmesi, buradaki muhtemel östrojen kaynağının ovarial tümör-tekoma olduğunu düşündürmektedir(4,5). Bu fibrotekomalarda veya saf tekomalarda görülen hormonal salgı ve buna bağlı histopatolojik değişmelere uyumludur(2). Endokrin olarak hormonal aktivitenin görülmesi halinde histopatolojik bulgunun tekomaya kayması beklenirken tam tersi durumda ise histopatolojinin fibrotekomaya yaklaşması beklenir(9). Bizim olgumuzda hormonal aktiviteye uygun histopatoloji izlenmiştir. Hastamızda operasyon öncesi yapılan incelemelerde plevral, operasyon sırasındaki gözlemlerde peritoneal sıvıya rastlanmamıştır. Klinik tablo Meigs sendromu bulguları içermemektedir.

KAYNAKLAR

1. Alvarez De.R.: Textbook of gynecology Lee and Febinger 1977 p: 353-355.
2. Amin H.K., Okagaki T., Richard E.M.: Classification of fibroma and fibrothecoma of ovary. Cancer 1977; 27: 438-446.
3. Benson R.G.: Current Obstetrics and Gynecology 5th. edition 1984; p:333.
4. Meigs J.V., Armstrong S.H., Hamilton H.H.: Further contributions to the syndrome of fibroma of the ovary with fluid in abdomen and chest, Meigs Syndrome. Am.J.Obst. Gynecol. 1943; 45: 19.
5. Meigs J.V.: Fibroma of ovary with ascites and hydrothorax. Am. J.Obst.Gynecol. 1962,1954; 54.
6. Novak E., Woodruff J.D.: Novak's gynecologic and obstetric pathology 8th. edition 1979; p:438-448.
7. Sciara J.J.: Sciara gynecology and obstetrics; Scully R.E. Sex cord stromal, lipid cell and germ cell tumors of the ovary. Vol. 4, Rev. Ed.1987; p:31.
8. Scully R.E.: Ovarian tumors; A review. Am.J.Pathology 1977; 87:686-717.
9. Tindall V.R.: Jefferate's principals of gynaecology. 5th. edition, Butterworth and Co.Publishers, London 1987; p:461-463.