

OVER FİBROTEKOMLARI

ERTEN, O., ÖNVURAL, A., CANDA, T.,
KARABACAK, O.

ÖZET : İki genç kadında teşhis edilen fibrotekomalar son literatürle bu yazıda tartışılmıştır.

ABSTRACT : Oktay ERTEN, Onur KARABACAK, Tulay CANDA, Ata ÖNVURAL, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Gynecology, Obstetrics and Pathology Departments, Inciraltı-İZMİR: ovarian fibrothecomas.

Fibrothecomas diagnosed in two young females are discussed with recent literature.

Key Words : Ovarium, Ovarian Neoplasms, Fibrothecoma

Anahtar Sözcükler : Ovarium, over tümörleri, fibrotekoma.

GİRİŞ

Over tümörleri jinekoloji kliniklerinde sık rastlanan olgulardandır, görülme insidansları da bütün dünyada olduğu gibi bizde de artmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Kliniğinde Aralık 1979-Mart 1985 yılları arasında uygulanan 703 operasyonun 108'i over tümörlerine aittir. Olgu serimizde iki adet fibrotekoma görülmüştür. Tüm over tümörlerinin % 4-8'ini teşkil eden bu ilginç ve nadir tümörün kliniğimizde görülme oranı % 1.9 dur.

Doç.Dr.Oktay ERTEN, Doç.Dr.Ata ÖNVURAL, Dr.R.Onur KARABACAK, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
Doç. Dr.Tulay CANDA, D.E.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı.

MATERYAL METOD

D.E.Ü.T.F. Kadın doğum kliniğinde 108 ovarial tümör operasyonu uygulanmıştır. Bu olguların % 8.3 u malign, % 91.7 si benign tümör olarak bulunmuştur.

Tablo 1 OVER TÜMÖRLERİNİN MART 1975-ARALIK 1985 YILLAR ARASINDA DAĞILIMI

BENİGN	adet	MALİGN	ADET
Basit kist	46	Over ca	6
Polikistik over	20	Teratokarsinom	1
Endometrial kist	8	Seröz kist adenom ca.	1
Dermoid kist-teratom	11	Sex kordonu stromal tm.	1
Seröz kist adenom	10		
Granüloza teka hüç.tm.	2		
Fibrotekom	2		
TOPLAM	99		9

Bu opere ettiğimiz olgulardan ikisinin patolojik sonucu fibrotekom olarak gelmiştir. Olguların sunumu aşağıdadır.

Olgu 1: A.D. Prot.No.3326/1981. 09.09.1981 tarihinde koitus esnasında karın alt bölgesinde hareket eden ve sancıya yol açan kitle hissi şikayeti ile müracaat eden hasta iki aylık evli, 18 yaşında. Hastamızın laboratuvar tetkiklerinde her hangi bir patolojiye rastlanmadı. Jinekolojik muayenede sağ overden kaynaklanan 10X10 cm. boyutunda solid tümör dışında patolojik bulgu yoktu.

Olgu 2: H.K. Prot.No.1848/1985. 28.02.1985 tarihinde sol kasık ağrısı şikayeti ile müracaat eden 32 yaşındaki hastamızın laboratuvar tetkiklerinde her hangi bir patolojiye rastlanmadı. İki doğum yapmış olan hastanın sol overden kaynaklandığı düşünülen 3X7 cm. boyutunda bir kitlenin dışında nisai muayenesinde başka kayda değer bir bulgu yoktu.

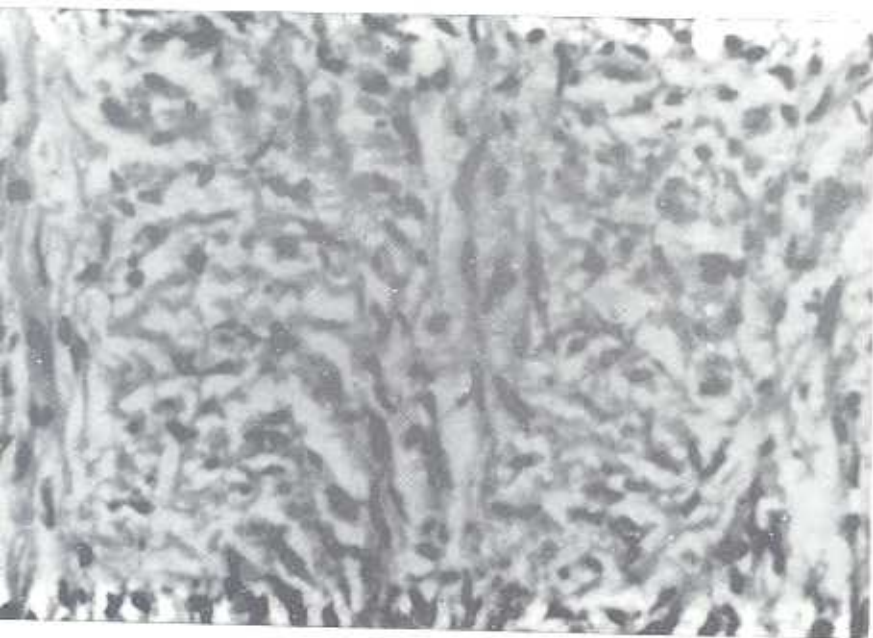
Her iki olgunun operasyonları sırasında batin açıldığında 150-200 cc. asit bulunduğu tespit edildi,olguların operasyon sırasında yapılan frozen tetkiklerinde malignite tespit edilemediğinden tümörlerin ekstirpasyonu yapılarak batin kapatıldı. Birinci olgudan çıkarılan tümörün tümü solid olmasına rağmen diğer tümörün bir kısmının kistik olduğu görüldü. Ameliyat piyesleri D.E.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalında tetkik edildi (Patoloji Prot.No.1114/81, 693/85). Her iki tümörün solid

HASTA H.K.'NİN OPERASYON RİYESİNDEN YAPILAN MULTİPL KESİTLERİN
MİKROSKOPİK GÖRÜNTÜSÜ.



1- H. K. ARAÇ





3- FIBROTEKOM SAHASI YANYANA.

bölümlerinde mikroskopik olarak iğ hücre demetleri, kollagen hücreler arası madde ve arada vakuollü sitoplazmalı hücre grupları görülmekte idi. Ayrıca yüksek büyütmede 10 sahada mitotik insidans araştırıldı, Pratt ve scully'ye (1) göre bir sahada 4 veya daha fazla mitoz görülür ise malignitenin bulunabileceği düşünülerek bu inceleme yapıldı. Olgularımızda mitoz çok nadir olarak görüldü. İkinci tümörün kistik bölümünün incelenmesinde ise follikül kisti vardı. Her iki piyese de fibrotekoma tanısı kondu.

TARTIŞMA

Over tümörleri sınıflandırılması tartışmalıdır ve değişik sınıflandırmalar vardır. WHO sınıflandırmasına göre fibrotekomalar sex kordonu tümörlerinden granuloza-stroma hücreli tümörler grubuna girer (2). Buna karşılık fizyopatolojik ve embriyolojik yapısına göre over tümörleri sınıflandırılmasında ise mezotelial hücreli tümörlerin stromal mezensimal tümörler grubunda yer alırlar (3).

Birinci sınıflamada tümörün daha çok hormonal aktivasyonu göz önüne alınmasına rağmen diğer sınıflamada orjindeki mezensimal potansiyel ön planda tutulmuştur.

Tümörün stroma hücrelerinin kollagen üreten fibroblastlar şeklinde farklılaşması veya östrojen salgılayan hücrelere dönmesi söz konusudur (4). buna bağlı olarak tümörün tekal komponenti ne kadar fazla ise östrojen hormon üretimini o kadar fazla olmaktadır.

Fibrotekomalarda sıklıkla görülen klinik tablo hormon salgılanmasına bağlı olarak endometrial hiperplazi ve kanamalardır. Bilhassa postmenapozal devrede endometrial karsinoma kadar ilerleyebilen hiperplazilerin nedeni olabilmektedir (4). Menapoz öncesi ise amenore ve anovulasyon görülerek polikistik over sendromunu taklit eden bir tablo ortaya çıkarabilmektedir. Bizim olgularımızın ikisinde de menstruasyonlar düzgün olup hastaneye müracaat sebepleri dysparaunia ve kasık ağrısı gibi tümör kitlesine bağlı sekonder şikayetlerdi.

Ayrıca bu grup tümörler ileri yaş tümörleridir (5). Bizim olgularımızın ikisi de genç olup bu tabloya uymamaktadır. Bu grup tümörlerde Meigs sendromu (6,7) sıkça görülen bir fenomen olmasına rağmen olgularımızda sadece intraabdominal 100-150 cc. Serbest asit tespit edilmiştir.

Çeşitli merkezler bu tümörlerin tüm over tümörleri içinde %4-6 (3,8) oranında görüldüğünü bildirmektedir. Yaptığımız araştırmada ise biz bu insidansı % 1.9 olarak tespit ettik ki, bu oran çok düşüktür.

SONUÇ

Stromal menşeli tümörlerin genellikle ileri yaşlarda bulunacağı, hormon aktif olabileceği ve sıklıkla Meigs sendromu ile beraber bulunacağı ileri sürülmekte ise de takdim ettiğimiz olgulardan anlaşıldığı üzere bu tümörlerin hormon aktivasyonu yapılmadan ve Meigs sendromu ile beraber olmadan çok genç yaşlarda da ortaya çıkabileceği anlaşılmaktadır. Bilhassa solid over tümörü tespit edilen genç hastalarda bu grup tümörlerin olabileceği düşünülmesi ve mümkünse operasyon esnasında frozen section tekniği ile tümör cinsi tayin edilmelidir. Bu tümörlerde genç yaşlarda malignite insidansı hemen hiç olmadığından konservatif operasyonun tercih edilmesi gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Alvarez, DE R : Textbook of Gynecology, SF. 353-355 Lea Febiger 1977.
2. Amin, H.K., Okagaki, T. : Classification of Fibroma and Fibrotercoma of Ovary, Cancer 1977; 27: 438-446.
3. Benson, R.C.: Current Obstetrics Gynecology SF. 268-3rd Edition 1980.
4. Meigs, J.V., Armstrong, S.H., and Hamilton, H.H.: Further contributions to the syndrome of fibroma of the ovary with fluid in abdomen and chest. Meigs Sendrome. AMJ Obstet. Gynecol., 1943; 46: 19
5. Meigs, J.V.: Fibroma of Ovary With Acites and Hydrothorax. AM.J. Obstet. Gynecol., 1954; 67:962.
6. Novak, E. Woodruff J.D. : Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology SF. 451-455, Eight Edition 1979.
7. Pratt, J., Scully, R.E. : Cellular Fibromas and Fibrosarcomas of Ovary. Cancer 1981 ; 47:2663-2670.
8. Scully, Robert E.: Ovarian Tumors A Review. American Journal of Pathology 1977; 87:686-717.