

İlknur BANLI CESUR¹

GİRİŞ

Çocukluk çağı over tümörleri overin oluşumuna katılan dokulardan köken alır. Epitelyal hücreli, germ hücreli ve seks kord stromal tümörler olarak 3 ana grupta değerlendirilir(1). Epitelyal tümörler overin yüzey epitelinden kaynaklanır ve daha çok erişkin kadınlarda görülür. Çocuk yaş grubunda primer over neoplazmalarının yaklaşık %14'ünü oluşturur ve daha çok adölesan yaş grubunda görülür. Seks kord stromal tümörler ürogenital çıkıntının yüzey epitelinin altında yerleşen mezenkimal kök hücrelerinden kaynaklanan tümörlerdir. Over neoplazmaları arasında en çok endokrin faaliyet gösteren tümörlerdir. Germ hücreli tümörler çocukluk ve adölesan dönemde en sık rastlanan malign over tümörleridir. Farklılaşma derecesine göre disgerminom, endodermal sinüs tümörü, embriyonel karsinom, koriokarsinom, gonadoblastom ve teratom olarak alt gruplara ayrılır.

Teratomlar sık rastlanan over kitleleridir ve üç germ yaprağından oluşmaktadır. Ektoderm (cilt ve sinir dokusu), endoderm (gastrointestinal epitel, bronşiyal epitel, troid dokusu), mezoderm (yağ, kemik, kas, kıkırdak) kaynaklıdır(2). Matür, immatür ve monodermal teratomlar olmak üzere üç farklı tipi vardır. İmmatür teratomlar(İT) over kanserlerinin %1'inden azını oluşturur ve ağırlıklı olarak 15-19 yaş grubunda görülür(3). İçerdikleri nöroepitel miktarına göre derecelendirilir. Tümör ne kadar immatürse, histolojik olarak o kadar yaygın nöroepitelyal doku içerir. Genellikle yavaş büyürler bu nedenle semptomlar tipik değildir. İT solid veya

¹ Uzm. Dr., Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, zcesur@yahoo.com

bildirilmiştir(5). İmmatür teratomlar sıklıkla direkt komşu organlara intraperitoneal yol ile yayılmaktadır. Lokal invazyonla peritonu ve komşu organları invaze eden bu tümörler uzak metastazlarını ise sıklıkla lenfatik drenaj yoluyla yaparlar. Lenfatik yayılım ile karaciğer ve akciğer metastazı görülebilmektedir. Cushing ve ark. yaptığı 46 yıllık bir çalışmada, yüksek düzeyde α -FP veya mikroskopik yolk sac tümör hücreleri varlığında dahi sadece cerrahi ile kür sağlanabileceğini ve nüks vakalarda kemoterapiyi postoperatif dönemde saklayarak immatür teratomlu çocuklarda kemoterapinin uzun süreli etkilerinden kaçınmayı desteklemişlerdir(6). İmmatür teratomda sıklıkla lokal nüks cerrahi tedaviden sonraki 1 yıl içerisinde olmaktadır. Dart ve ark. serisinde teşhisden 15 ay sonra sadece bir hastada lokal nüks görülmüştür(7). Olgumuz postoperatif birinci yılda ve nüks olmamıştır. Bast ve ark. tarafından CA-125 ve CA-19-9'un malign tümör diferansiyasyonu ile ilgili güvenilir bir belirteç olduğu belirtilmiştir(8). Literatürde, bilgimiz dahilinde mevcut olgumuz ile aynı dev İmmatür teratom hastası tanımlanmamıştır.

Çocukluk ve ergenlik çağında over kitlelerinde malignite olasılığı düşüktür. Cerrahinin hedefi tümör dokusunun çevre organlara ve doğurganlığa zarar vermeksizin çıkarılmasıdır. Ameliyat öncesi değerlendirmede görüntülemenin yanı sıra tümör belirteçlerinin ve hormon düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir. Evrelemenin cerrahi olarak yapılması nedeniyle, ameliyat sırasında, rehberlere uygun olarak veri toplanması, evrenin doğru değerlendirilmesi ve sonrasındaki KT ve izlem planının yapılması açısından önemlidir. Doğurganlığı koruyucu cerrahinin olası olmadığı ileri evre hastalıkta tümörün histolojisine göre uygulanacak KT sonrası daha agresif cerrahiler ile sağlanması hedeflenmektedir. Günümüzün şartlarında çocukluk çağı over immatür teratomlarının sağkalım oranları yüksektir, doğurganlık oranı ile ilgili bilgi için kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Peroux E, Franchi Abella S, Sainte-Croix, et al. Ovarian tumors in children and adolescents: A series of 41 cases. *Diagn Interv Imaging*. 2015;96:273-282.
2. Saba L, Guerriero S, Sulcis R, Virgilio B, Melis G and Mallarini G: Mature and immature ovarian teratomas: CT, US and MR imaging characteristics. *Eur J Radiol*. 2009;72:454463.
3. L. C. Resende Barbosa, A.M. Coldibelli Francisco, S. d. Vieira Arch`angelo, F. C. Moreira Soares, M. C. Tessari Ferreira, and R. L. Maia, "Bilateral immature ovarian teratoma in a 12-year-old girl: case report," *Revista da Associaç. ~ao M'edica Brasileira*. 2012;58:138-140.
4. Hinchcliff E, Rauh-Hain JA, Clemmer JT, Diver E, Hall T, Stall J, et al. Racial disparities in survival in malignant germ cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol*. 2016.
5. Li H, et al. Retrospective analysis of 67 consecutive cases of pure ovarian immature teratoma. *Chin Med J (Engl)*. 2002; 115(10):1496-1500.
6. Cushing B, et al. Surgical resection alone is effective treatment for ovarian immature teratoma in children and adolescents: a report of the pediatric oncology group and the children's cancer group. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:353-8.
7. Dark GG, Bower M, Newlands ES, Paradinas F, Rustin GJ. Surveillance policy for stage I ovarian germ cell tumors. *J Clin Oncol*. 1997;15:620-4.
8. Bast RC Jr, Badgwell D, Lu Z, Marquez R, Rosen D, Liu J, Baggerly KA, Atkinson EN, Skates S, Zhang Z, et al: New tumor markers: CA125 and beyond. *Int J Gynecol Cancer*.2005;15: 274281.