

TESTİS SEMİNOMU BOYUN METASTAZI

Dr. Murat Enöz, Prof. Dr. Sami Katırcıoğlu, Doç. Dr. Yusufhan Süoğlu

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı

ÖZET

Kırkbeş yaşında boynun sol tarafında kitle şikayeti olan erkek hastaya sekiz ay önce testis seminomu nedeniyle sağ orşidektomi operasyonu yapılmıştır. Sol boyundaki kitle 4 ay önce ortaya çıkmış ve giderek büyümüştür. Yapılan kulak, burun, boğaz muayenesi ve endoskopik nazofarenks ve larenks muayenesi normaldir. Çekilen toraks ve batına yönelik bilgisayarlı tomografi (BT)'lerinde mediasten ve abdominal aort ve vena kava inferior çevresinde lenfadenopati (LAP)'lar saptandı. Kitleden

ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı ve sonucunda testis seminomu metastazı tanısı konuldu. Hastanın onkolojik değerlendirilmesi sonucu kemoterapi planlandı. Tedavi sürerken, iki ay içerisinde yapılan kontrollerinde boyundaki kitlede küçülme gözlemlendi. Boyunda kitle olan erkek hastalarda ayırıcı tanıda testis tümörü metastazları da düşünülmelidir.

• **Anahtar Kelimeler:** Seminom, metastaz, boyun kitleleri. *Nobel Med 2005; 1 (3): 19-21*

ABSTRACT

THE NECK METASTASES OF TESTICULAR SEMINOMA

45 years-old male patient presented with a left side neck mass. Right orchidectomy was performed 8 months ago because of testicular seminoma. The mass appeared 4 months before the presentation and it was enlarging. Ear, nose, throat examination was normal. Thorax and abdomen CT scan

showed multiple lymph nodes in the mediastinum and around the abdominal aorta and inferior vena cava. Fine needle aspiration revealed a testicular seminoma metastasis. The patient was forwarded to an oncologist for chemotherapy. After two months, the size of the mass was diminished. Testis tumor distant metastases must be considered in differential diagnosis of a neck mass in male patients.

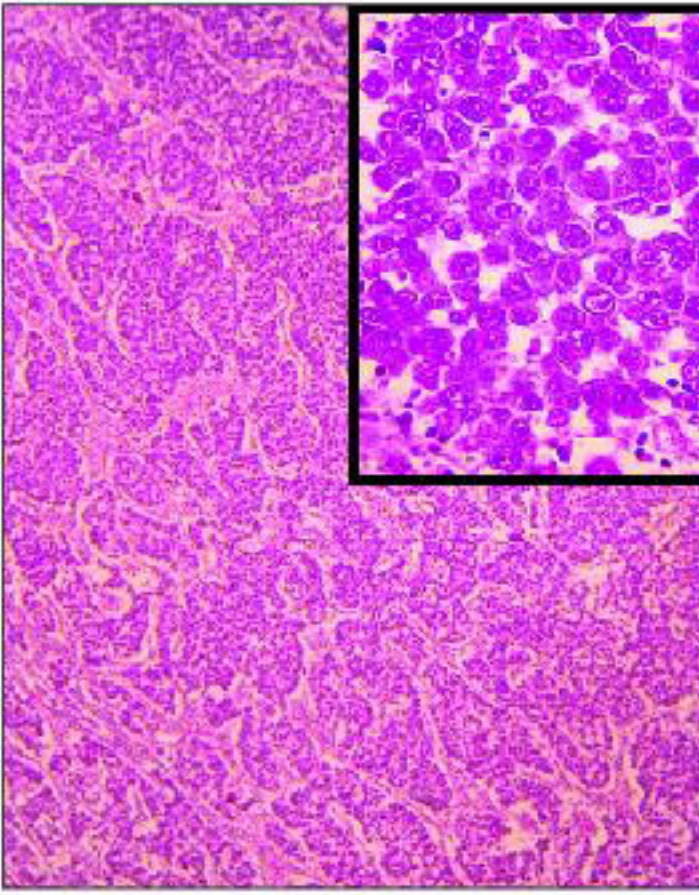
• **Key Words:** Seminoma, metastasis, neck masses. *Nobel Med 2005; 1 (3): 19-21*

GİRİŞ

Testis tümörleri 20-30 yaş arası erkeklerde sık görülen tümörlerdir.¹ Testis tümörlerinin boyuna metastaz sıklığı %5'tir.²

Tanı konulmasında ve tedaviye cevabın izlenmesinde tümör tarafından salgılanan çeşitli polipeptid hormon ve enzimlerden faydalanılır. Bu hormon ve enzimler alfafetoprotein (FP), human koryonik gonadotropin alt üniti (hCG), plasental alkalen fosfataz, plasental laktojen ve laktik dehidrogenaz (LDH)'dir. FP ve hCG en sık kullanılan tümör belirteçleridir.³

Testis seminomları iyi prognozlu tümörler arasındadır. Radyoterapi ve sisplatin içeren kemoterapi oldukça başarılı tedavi yöntemleridir. Hastalığın testise sınırlı olduğu olguların yaklaşık %100'ünde, ileri metastatik hastalığı olan olguların yaklaşık %80'inde tedaviye tam yanıt elde edilmiştir.⁴



Resim 1: Lenfositlerden zengin stroma içerisinde eozinofilik sitoplazma ve kaba dağılımlı kromatin içeren yuvarlak-oval nükleusa sahip tümöral hücreler (Hematoksilen-Eozin, 40X, küçük resim 100X).

OLGU SUNUMU

Kırkbeş yaşında erkek hasta, dört aydır boynun sol tarafında giderek büyüyen kitle şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol supraklaviküler çukuru dolduran, sert, ağrısız, fikse, yaklaşık 10 X 8 cm boyutlarında kitle mevcuttu. Yapılan kulak, burun, boğaz ve endoskopik larenks, nazofarenks muayeneleri normaldi. Batın muayenesinde herhangi bir organomegali yoktu.

Hastanın hikayesinde sekiz ay önce testis seminomu tanısıyla sağ orşidektomi operasyonu geçirdiği belirtiliyordu (Resim 1).

Tümör markırları olan alfafetoprotein (FP) haricinde human koryonik gonadotropin alt üniti (hCG) ve laktik dehidrogenaz (LDH) değeri normalden yüksekti.

Çekilen boyun manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) boynun solunda, supraklaviküler çukurda 10 x 8 cm büyüklüğündeki kitle, lenfadenopati olarak değerlendirildi (Resim 2). Batın bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde aort ve vena kava inferior çevresinde konglomerat oluşturmuş lenfadenopati ve toraks BT'sinde de mediastende lenfadenopatiler görüldü (Resim 3 ve 4). Boynun solundaki kitleye yönelik yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) sonucu testis seminomu metastazı tanısı konuldu. Hastanın onkolojik değerlendirilmesi sonucu BEP (Bleomisin 30 mg/m², Sisplatin 20 mg/m² ve Etoposid 100

mg/m² toplam dört kür üç hafta arayla verilmek üzere) kemoterapi tedavisi planlandı. Kemoterapi tedavisi devam ederken hastanın iki aylık kontrol süresi içerisinde boyundaki kitlede giderek küçülme olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Testis tümörleri seminom ve seminom dışı germ hücreli tümörler (NSGCT) olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Seminom en sık görülen testiküler germ hücreli tümördür. Tüm testis tümörleri arasında yaklaşık %30 sıklıkla görülür.⁵

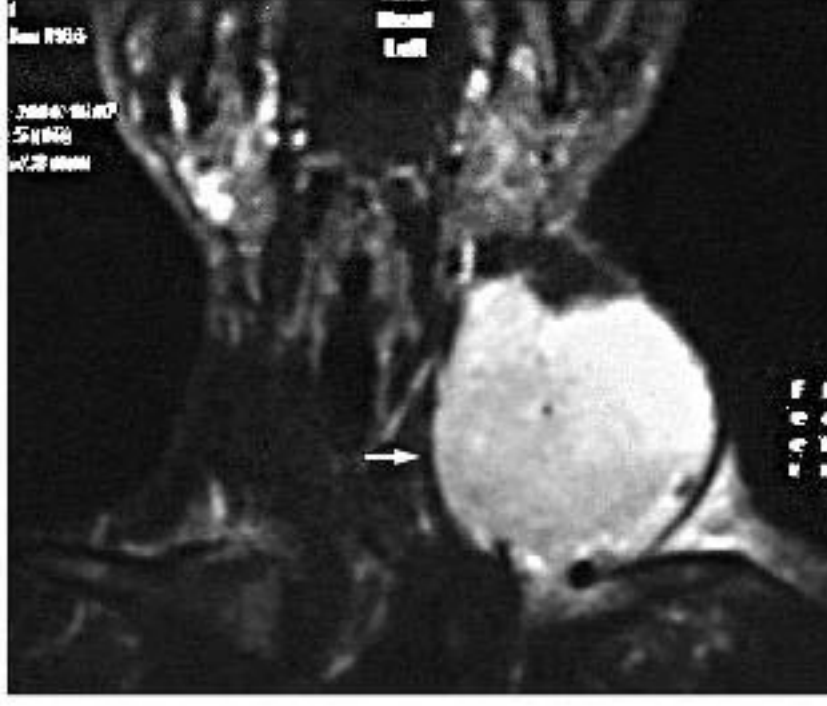
Testis tümörlerinde lenfatik metastaz sıktır. Tipik olarak sırasıyla retroperitoneal, paraaortik ve daha sonra mediastinal ve supraklaviküler yayılım görülür. Hemotojen yolla akciğer, karaciğer, beyin ve iskelet sistemine yayılım görülebilir. Olgumuzda da çekilen batın ve toraks BT'lerinde aort ve vena kava çevresi ve mediastinal metastatik lenfadenopatilerle uyumlu görünüm elde edilmişti.

Hastalık fizik muayene, serolojik tümör belirteçleri ölçümü, batın ve göğüs BT'lerinin değerlendirilmesi ile 3 evreye ayrılır:

- **Evre I**, hastalığın testiste sınırlı olduğu ve metastaz bulgusunun olmadığı evredir. Bu hastalara tedavi için orşidektomi operasyonu bazen de operasyon sonrası profilaktik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu ve/veya kemoterapi tedavisi uygulanır.⁶
- **Evre II**, hastalık, diafragma altı metastaz bulgusunun olduğu evredir.
- **Evre III**, hastalık, diafragma üzeri (çoğunlukla toraks içi olmakla beraber) metastaz bulgusunun olduğu evredir. Sunduğumuz boyun metastazlı olgu Evre III hastalık grubundadır. Bu hastalara tedavi için orşidektomi ve sisplatin bazlı kemoterapi tedavisi uygulanır. Orşidektomi uygulanmış olgularda, boyun metastazı ortaya çıkması üzerine BEP (bleomisin, etoposid, sisplatin) içeren kemoterapi tedavisi uygulanır.

Testiküler kanserler lenfatik yolla ilk olarak retroperitoneal lenf nodlarına metastaz yaparlar. Daha sonra internal juguler ven ile subklavian ven birleşme yerindeki sonlanma noktasına kadar duktus torasikus ile yayılırlar. Bu yolla testis kanserleri en sık sol boyun alt kısmına metastaz yaparlar.⁷ Bu nedenle özellikle sol supraklaviküler kitle şikayetiyle başvuran genç erkek hastalarda eş zamanlı testiküler kitle yönünden araştırılması çok önemlidir.⁸ Boynun sağ tarafına lenfatik yayılım oldukça nadirdir. Olgumuzda da kitlenin yerleşim yeri tipik sol supraklaviküler bölgeydi.

Mencil ve arkadaşları⁹ ileri evre seminom vakalarında →



Resim 2: STIR sekansında boyun MR sagittal kesitinde 10x8 cm büyüklüğünde lenfadenomegali (LAP).



Resim 3: Batın BT kesitinde aort ve vena kava inferior çevresinde konglomerat oluşturmuş lenfadenomegali (LAP).



Resim 4: Toraks BT aksiyal kesitinde mediastende lenfadenomegali (LAP).

yaptıkları çalışmada kemoterapi öncesi yüksek LDH ve hCG seviyelerinin kötü prognostik faktör olduğunu savunmuşlardır. Yine Fossa ve arkadaşları¹⁰ yüksek LDH seviyelerinin ileri evre seminom vakalarında kötü prognostik faktör olduğunu göstermişlerdir. Olgumuzda Alfafetoprotein (FP) haricinde Human koryonik gonadotropin alt ünitesi (hCG) ve Laktik dehidrogenaz (LDH) değeri normalden yüksekti.

Peckham ve arkadaşları¹¹ ile Loehrer ve arkadaşları¹² ileri evre seminom vakalarında önceden retroperitoneal ve mediastinal lenf nodları için radyoterapi uygulanmış olmasının kötü prognostik faktör olduğunu göstermişlerdir.

Bokemeyer ve arkadaşları,¹³ 566 ileri evre metastatik seminomlu hasta içeren meta-analiz çalışmalarına göre

hastaların yaşının 50 yaş üzerinde olması, önceden radyoterapi uygulanmış olması, visseral ya da akciğer metastazı varlığı ve iki veya daha fazla metastatik bölge olmasını kötü prognostik faktör olarak bildirmişlerdir.

İleri evre olgularda sadece radyoterapi ile hastalığın tamamen iyileşme oranı %50-65'tir.^{14,15,16} Standart ilk basamak tedavisi olan sisplatin içeren kemoterapi rejimleri ile tamamen iyileşme oranı %70-90'dır.^{4, 9, 12, 17, 18, 19}

SONUÇ

Boyunda kitle şikayetiyle başvuran genç erkek hastalarda ayırıcı tanıda testis tümörlerinin uzak metastazları da hatırlanmalıdır.



İ	İLETİŞİM İÇİN: Dr. Murat Enöz, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, İSTANBUL, muratenoz@yahoo.com
✓	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 25 / 04 / 2005 • KABUL TARİHİ: 26 / 09 / 2005

REFERANSLAR

- 1 Einhorn LH. Cancer: Principles and Practise of Oncology. Philadelphia: Lippincott, 1989; 1071-1098.
- 2 See WA, Laurenzo JF, Dreicer R, Hoffman HT. Incidence and management of testicular carcinoma metastatic to the neck. J Urol 1996; 155: 590-592.
- 3 Bartlett NL, Freiha FS, Torti FM. Serum markers in germ cell neoplasms. Hematol Oncol Clin North Am 1991; 5: 1245-1260.
- 4 International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor- based staging system for metastatic germ cell cancers. International Germ Cell Cancer Collaborative Group. J Clin Oncol 1997; 15: 594-603.
- 5 Metastatic testicular seminoma-a case report. Auris Nasus Larynx 2002; 29: 219-222.
- 6 Modified neck dissection for metastatic nonseminomatous testicular carcinoma. Laryngoscope 1999; 109: 1241-1244.
- 7 Donohue JP, Zachary JM, Maynard BR. Distribution of nodal metastasis in non-seminomatous testis cancer. J Urol 1982; 128: 315-320.
- 8 Metastases of germ cell tumors to the ENT area-a rare differential diagnosis of lymph node metastases in unknown primary tumor. Laryngorhinootologie 1996; 75: 616-618.
- 9 Mencil P, Motzer R, Bajorin D, et al. Advanced seminoma: treatment results, survival, and prognostic factors in 142 patients. J Clin Oncol 1994; 12: 120-126.
- 10 Fossa SD, Oliver RTD, Stenning SP, et al. Prognostic factors for patients with advanced seminoma treated with platinum-based chemotherapy. Eur J Cancer 1997; 33: 1380-1387.
- 11 Peckham MJ, Horwich A, Hendry WF. Advanced seminoma: treatment with cisplatin based combination chemotherapy or carboplatin (JM8). Br J Cancer 1985; 52: 7-13
- 12 Loehrer P, Birch R, Williams S, Einhorn L. Chemotherapy of metastatic seminoma: the Southeastern Cancer Study Group experience. J Clin Oncol 1987; 5: 1212-1220.
- 13 Bokemeyer C, Kollmannsberger C, Flechon A, et al. Prognostic factors in patients with advanced metastatic seminoma treated with either single agent carboplatin or cisplatin- based combination chemotherapy: a meta-analysis of prospective European trials [abstract 740]. Proc Am Soc Clin Oncol 2002; 21: 186.
- 14 Warde P, Gospodarowicz M, Panzarella T, et al. Management of Stage II seminoma. J Clin Oncol 1998; 16: 290-294.
- 15 Polansky SM, Barwick KW, Ravin CE. Primary mediastinal seminoma. Am J Radiol 1979; 132: 17-21.
- 16 Fizazi K, Culine S, Droz JP, et al. Initial management of primary mediastinal seminoma: radiotherapy or cisplatinbased chemotherapy? Eur J Cancer 1998; 34: 347-352.
- 17 Friedman E, Garnick M, Stomper P, et al. Therapeutic guidelines and results in advanced seminoma. J Clin Oncol 1985; 3: 1325-1332.
- 18 Logothetis CJ, Samuels ML, Ogden SL, et al. Cyclophosphamide and sequential cisplatin for advanced seminoma: long-term follow-up in 52 patients. J Urol 1987; 138: 789-794.
- 19 Culine S, Theodore C, Droz JP, et al. Cisplatin-based chemotherapy in advanced seminoma: the Institut Gustave Roussy experience. Eur J Cancer 1998; 34: 353-358.