

ESETISMERTETÉSEK

Petefészek dermoid cysta talaján kialakuló laphámcarcinoma – két esetismertetés

NYÍRI SÁNDOR DR.¹, MÁTÉ SZABOLCS DR.¹, ZALATNAI ATTILA DR.²,
SZABÓ KATALIN DR.¹, RIGÓ JÁNOS JR. DR.¹

¹ *Semmelweis Egyetem, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest*

² *Semmelweis Egyetem, I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest*

E-posta: nyiris88@gmail.com

■ ÖSSZEFOGLALÁS

A petefészek csírasejt eredetű daganatainak legnagyobb részét a teratomák képezik. Döntő többségük 30 éves kor előtt jelentkezik. Az esetek 85–90%-a érett embrionális szövetekből álló jóindulatú folyamat, míg 10–15% éretlen embrionális szövetekből álló, rosszindulatú daganat. Irodalmi adatok szerint a jóindulatú dermoid cysták 1–2%-ában jöhet létre rosszindulatú átalakulás, leggyakrabban laphámrákot eredményezve. Klinikánk beteganyagából választva, két eset ismertetésén keresztül szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a dermoid cysták gyakorisága miatt reális esélye van annak, hogy praxisunk során találkozunk e problémával, ezért a dermoid cysta egyéb lehetséges szövödményei mellett erre is gondolni kell a kezelés megválasztásakor.

Kulcsszavak: dermoid cysta, teratoma, laphám carcinoma

■ SUMMARY

SQUAMOUS CELL CARCINOMA ARISING FROM OVARIAN DERMOID CYST. TWO CASE REPORTS.

Teratomas constitute the most part of ovarian germ cell tumors. Great majority of dermoid cysts appear before the age of 30 years; 85–90% of them consist of mature embryonic tissues with benign process, while 10–15% are immature ones with malignant process. According to literature, 1–2% of benign dermoid cysts can transform into malignant form, most frequently result in squamous cell carcinoma. We would like to draw attention by two case report, chosen from our patient cohort, that over our praxis because of the frequency of dermoid cysts, there is a real chance to meet with the problem. Finally, this means near other possible complications of teratomas we have to take into account the possibility of malignisation in therapeutic plan.

Keywords: dermoid cyst, teratoma, squamous cell carcinoma

■ BEVEZETÉS

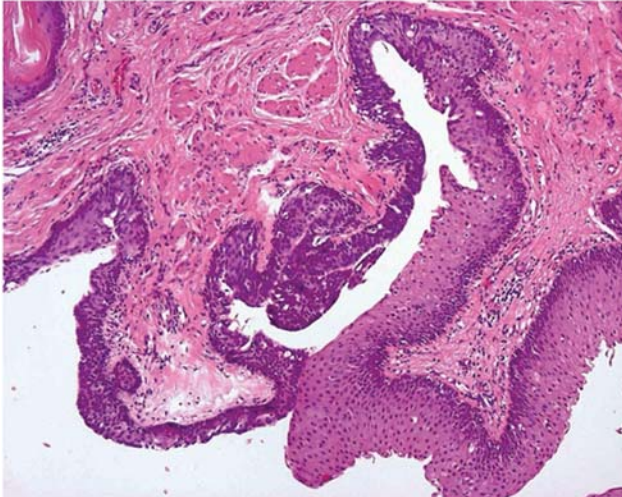
Az érett teratoma vagy más néven dermoid cysta a leggyakoribb csírasejt eredetű petefészek-daganat, mely az összes petefészekdaganat 10–20%-át alkotja (1). Dermoid cysta bármely életkorban kialakulhat, azonban leggyakrabban a fogamzóképes életszakaszban kerül felismerésre (2). A rosszindulatú átalakulás, mely a három csíralemez bármelyikéből kiindulhat, ritka; az esetek csupán 1–2%-ában fordul elő (3). Rosszindulatú átalakulásra hajlamosító tényező az idősebb életkor és a nagyobb tumorméret (2). Leggyakoribb szövettani típus a laphámcarcinoma, melynek kórjólata jelentősen rosszabb, mint a petefészek mirigyhám eredetű daganataié (4).

Tekintettel arra, hogy a mindennapi gyakorlatban dermoid tömlőkkel gyakran találkozhatunk, és bár ritkán, de rosszindulatú elfajulásuk előfordul, két eset ismertetésén keresztül fel szeretnénk hívni a figyelmet ennek a jelentőségére, különös tekintettel a differenciáldiagnosztikai nehézségekre és a lehetséges súlyos következményekre.

■ ESETISMERTETÉS

ELSŐ ESET

Az első esetben egy 64 éves, panaszmentes nőbeteg rutin nőgyógyászati vizsgálat során észlelt kismedencei cysta miatt került klinikánkra. A CT-vizsgálat egy 11×11×9 cm-es, vegyes szerkezetű terimét írt le, mely környezetét nem infiltrálta. A tumormarkerek normál tartományban voltak: CA 125: 16 E/ml, HE4: 44 pmol/l, ROMA [Risk Of Ovarian Malignancy]-index: 10,6% (alacsony kockázat), CEA: 1,4 ng/ml, AFP: 3,2 ng/ml. A betegnél méh- és kétoldali függelékeltávolítást, malignitás intraoperatív gyanúja esetén staging műtétet terveztünk. Az intraoperatív szövettani vizsgálat dermoid cystát írt le, így a műtét kiterjesztésére nem került sor. A végleges szövettani feldolgozás az érett teratomában dysplasticus elváltozást (in situ carcinomát) igazolt (1. ábra).



1. ábra. Dermoid cysta in situ laphám carcinoma gócaival. HE festés, 200x-os nagyítás

A beteg az onkológiai bizottság véleménye alapján posztoperatív kezelést nem igényelt, jelenleg szoros megfigyelés alatt áll, és több mint 20 hónapja panaszmentes.

MÁSODIK ESET

Második betegünk 71 éves volt, kórelőzményében két év alatt 28 kg fogyás szerepelt. Más intézményben hat hete tartó lázas állapot, hasi fájdalom után kismencedei tályog gyanúja miatt sürgősséggel hasműtétet végeztek, mely során jobb oldali függelék- és feregnyúlvány eltávolítás történt. A jobb oldali petefészek-tumor a medencefállal szorosan összenőtt, emellett kiterjedt összenövéseket észleltek. A szövettani vizsgálat 12×10×4,5 cm-es nekrotikus, rosszul differenciált laphámrákot, benne dermoid tömlőt igazolt. A laphámrák feltehetően a dermoid tömlő talaján jött létre.

A posztoperatív időszakban, a műtétet követően 1 hónappal végzett hasi ultrahangvizsgálat vastagabb falú húgyhólyagot ábrázolt, ezért cystoscopyt végeztek, mely során a jobb ureterszájadék felett egy 5-6 mm-es papillaris tumor került felismerésre. Transurethralis resectio (TUR) történt. A szövettani vizsgálat neminvazív papillaris tumort igazolt. Hasi és kismencedei CT-vizsgálat a jobb oldali petefészeknek megfelelően egy 7×6×7,1 cm-es inhomogén szerkezetű képletet ábrázolt, ami a hasfalától és egy vékonybélkacstól nem volt elkülöníthető. A kötegezethez a húgyhólyag elülső falát is elérte. Tumormarker-vizsgálatokon a CA 125: 61 E/ml, HE4: 248 pmol/l, ROMA index: 79,8% (magas kockázat). Klinikánk Onkológiai Bizottsága ismételt hasműtétet javasolt a visszamaradt daganat eltávolítása céljából. A műtét során a hasüregben egy csecsemőfőnyi, medencefához fixált, hasfalba törő tumort és kiterjedt összenövéseket találtunk. Méheltávolítást, bal oldali függelékeltávolítást, adhaesiolyist, valamint tumoreltávolítást végeztünk hasfali resectióval. A posztoperatív időszakban vékonybél-perforatio gyanúja miatt sürgősséggel újabb műtétre került sor. Ileocoecalis bélresectióra kényszerültünk és ileostomát alakítottunk ki. A szövettani vizsgálat

recidív laphám-carcinomát, a bélfalban áttétek jelenlétét igazolta. Paclitaxel-carboplatin protokoll szerinti kemoterápiát indítottunk. A kezelés során állapotromlás és MR vizsgálattal igazolt kismencedei kiújulás jelentkezett, melynek kezelésére sugárterápia merült fel, erre azonban nem került sor, mivel a beteg gyors állapotromlást követően pár héten belül elhunyt.

MEGBESZÉLÉS

A dermoid cysta talaján kialakuló rosszindulatú daganat ritka, de a dermoid tömlők gyakorisága, illetve a rosszindulatú átalakulás súlyos következményei miatt fontos tudni a lehetőségéről. Ugyan bármely életkorban előfordulhat, leggyakrabban hosszú időn keresztül fennálló daganatban, a postmenopausában találkozunk vele, ahogy az általunk bemutatott esetekben is 64, illetve 71 éves életkorban jelentkezett (3, 6).

A dermoid cysták általában kevés panaszt okoznak, sokszor tünetmentesek, mint első betegünk esetében (7). A leggyakoribb tünetek késői, előrehaladott állapotban jelentkeznek, melyek közül a haskőrfogat növekedése, tapintható hasi vagy kismencedei terime, ritkábban hasi fájdalom, feszülés, valamint a környező szervek kompressziójából származó panaszok emelhetők ki. A mobilis terimék hajlamosítanak a függelék megcsavarodására (torquatio), mely gyakran akut hasi körkép formájában jelentkezik, és azonnal műtétet igényel, máskor lassú lefolyású szövetelhaláshoz, tályoghoz vezet, mint második betegünknel.

Ahogy a legtöbb petefészek-daganat, úgy a dermoid tömlők nagy része is rutin nőgyógyászati ellenőrzés vagy kismencedei ultrahangvizsgálat során kerül felismerésre. Képzővizsgálatok során a dermoid cysta legtöbbször típusos megjelenésű.

Korai folyamat esetén igen nehéz a jóindulatú dermoid tömlőt a rosszindulatú átalakuláson átesett daganattól elkülöníteni. Elsősorban a tumor mérete és szolid, jó vérellátású területek keltik fel a gyanút, melyet hüvelyi Doppler ultrahangvizsgálattal mért alacsony ellenállású áramlás (RI<0,8) erősíthet meg.

Amennyiben a tumor áttöri a petefészek tokját és a környező szövetekre terjed, ultrahangvizsgálat során a „sliding jel” eltűnése és a környező szervek infiltrációja figyelhető meg. A környezeti terjedés kimutatására, mely nagy valószínűséggel rosszindulatúságra utal, a legalkalmasabb az MR-vizsgálat (11). A CT elsősorban a nyirokcsomó-, valamint a távoli áttétek felismerésében lehet segítségünkre.

A dermoid cysta és ennek talaján kialakuló laphám-carcinoma esetén a tumormarkerek egyaránt emelkedettek lehetnek, ezért differenciáldiagnosztikai értékelésük nehézséget jelent. Számos tanulmány szerint azonban a CEA, a laphámsejt antigén (SCCA), a CA 125 és a CA 19-9 szint szignifikánsan magasabb lehet a rosszindulatú formában (7-10). Eseteink közül a tumormarkerek a lokalizált formában normáltartományban, míg előrehaladott stádiumban emelkedettek voltak. Irodalmi adatok szerint a markerek szérumszintje nincs összefüggésben a tumor méretével vagy FIGO stádiumával (2). A végleges diagnózist szövettani vizsgálattal kapjuk.

A terápia elsősorban műtéti, melynek célja a teljes tumor eltávolítás, valamint a daganatos terjedés felmérése. Hagyományosan a műtét laparotomia útján történik, eltávolításra kerül a méh, mindkét oldali függelék, a nagycseplesz, valamint a kis-medencei és a retroperitonealis nyirokcsomók. Korai stádiumú, jól differenciált daganat esetén szóba jöhet a fertilitás megtartása, és egyre több a tapasztalat a laparoszkópos műtétek szigorú feltételek mellett történő alkalmazásáról. A műtéti kezelés kiegészülhet kemoterápiával, melyre a petefészek laphám carcinomája általában rosszul reagál, illetve reziduális daganat vagy helyi kiújulás esetén sugárterápiával. A kórjóslat stádiumtól függő, előrehaladott daganat esetén rossz (3, 7).

Menopausában felismert, nagyméretű, dermoidnak tűnő daganatok esetén, még akkor is, ha a rosszindulatúságra utaló jelek hiányoznak, a képletek eltávolításánál fokozott óvatosság indokolt. A műtét során törekedni kell arra, hogy a petefészek sérülés nélkül, egészben vagy zsákban (endobag) kerüljön eltávolításra, hogy a tumor szóródásának esélyét csökkentsük. Célszerű intraoperatív szövettani vizsgálatot végezni, amennyiben a műtét kiterjesztésére megvannak a feltételek (megfelelő jártasság, eszközpark, aneszteziológiai háttér, beteg tájékoztatás és beleegyezés). Ellenkező esetben a végleges szövettani lelet birtokában kell a további kezeléssel, esetleg ismételt műtétről dönteni.

IRODALOM

1. Berek JS. Epithelial ovarian cancer. In: Berek JS, Hacker NF (eds.). Practical Gynecologic Oncology. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005; 443–509.

2. Goudeli C, Varytimiadi A, Koufopoulos N, Syrios J, Terzakis E. An ovarian mature cystic teratoma evolving in squamous cell carcinoma: A case report and review of the literature. Gynecologic Oncology Reports 2017; 19:27–30.

3. Ayhan A, Bukulmez O, Genc C, Karamursel BS, Ayhan A. Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 88:153–57.

4. Avci S, Selcukbiricik F, Bilici A, et al. Squamous cell carcinoma arising in a mature cystic teratoma. Case Rep Obstet and Gynecol 2012; 2012: 314535.

5. Climie AR, Heath LP. Malignant degeneration of the benign cystic teratomas of the ovary. Cancer 1968; 22:824–32.

6. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Sheanakul C, et al. Squamous cell carcinoma arising from dermoid cyst: Case reports and review of literature. Int J Gynecol Cancer 2003; 13:558–63.

7. Hackethal A, Brueggmann D, Bohlmann MK, Franke FE, Tinneberg HR, Münstedt K. Squamous-cell carcinoma in mature cystic teratoma of the ovary: systematic review and analysis of published data. Lancet Oncol 2008; 9:1173–80.

8. Tseng CJ, Chou HH, Huang KG, et al. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. Gynecol Oncol 1996; 63:364–70.

9. Parithivel K, Jagannathan JP, Krajewski K, et al. Ovarian squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma. Cancer imaging 2011; 11:67–9.

10. Miyazaki K, Tokunaga T, Katabuchi H, et al. Clinical usefulness of serum squamous cell carcinoma antigen for early detection of squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. Obstet Gynecol 1991; 78:562–6.

11. Park SB, Kim JK, Kim KR, Cho KS. Preoperative diagnosis of mature cystic teratoma with malignant transformation: analysis of imaging findings and clinical and laboratory data. Arch Gynecol Obstet 2007; 275:25–31.

■ ADALÉK A MAGYAR ORVOSI NYELV EREDETÉHEZ

Bősze Péter

Rác Sámuel. Az egyetemes magyar orvosi szakirodalom úttörő megformálója, orvosi nyelvünk újítója.

1744-ben született Pesten. Székely család gyermeke. Kolozsváron, Nagyszombaton tanult, majd jezsuita noviciusként Bécsben. Később kilepelt a rendből. Orvosi diplomát 1773-ban szerezte. A magyar egyetem dékánja, rektora volt. 1807-ben halt meg.

Munkássága kiterjedt az anatómia, az élettan, a kémia, a szülészet, a sebészet területére, s írt a füredi gyógyvíz hasznáról is. Felismerte többek között, hogy a sebészeti tevékenységet folytató „borbélyok” oktatását ki kell szélesíteni. Ő volt az első, aki magyar nyelven oktatott.

„Legalább a borbélyokat a belső nyavalyáknak orvoslására közönségesen a budai Univerzitasban tanítani kezdte a könyvszerző 1777. eszt. nov. 1. napján. Ilyen tanítások ennek előtte Magyarországon sohasem voltak.” – írta a Borbélyi tanítások első darabjában.

Sok könyvet fordított magyarra és írt deák, német és magyar nyelven. Az utóbbiak közül a leglényegesebbek:

- Az emberi élet általános ismeretét tanító könyv (Buda, 1772).
- Orvosi oktatás, melyben a leggyakrabban és legközönségesebben belső nyavalyáknak jelei és orvosságai röviden leiratnak (Buda, 1776) – a második kiadást lényegesen bővítette.
- Beszéd a nemes magyar nemzethez, hogy Magyarországon lehet s kell is a magyar nyelvet és a magyar tanításokat felállítani, és hogy az univerzitasnak Pest legjobb hely (Buda, 1790).
- A borbélyi tanításoknak első darabja. Az anatómiáról, fiziologiáról, materia medicáról, chirurgiáról és bábaságról. Második darabja. A törvényes orvosi tudományról és az orvosi politizáról (Buda, 1794, 1795).