

Spermatik Kord Sarkomu Olan Hastaya Testis Koruyucu Cerrahi: Nadir Bir Olgu

Testicular Sparing Surgery to a Patient with Liposarcoma of the Spermatic Cord: A Rare Entity

Basri ÇAKIROĞLU,^a
Özkan ONUK,^b
Ayдын İsmet HAZAR,^b
Mustafa Bahadır Can BALCI,^b
Onur FİKRİ,^c
Barış NUHOĞLU^b

^aÜroloji Kliniği,
Hisar Intercontinental Hospital,

^bÜroloji Kliniği,
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
İstanbul

^cÜroloji Kliniği,
Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi,
Edirne

Geliş Tarihi/Received: 30.07.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 12.11.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:

Onur FİKRİ
Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi,
Üroloji Kliniği, Edirne,
TÜRKİYE/TURKEY
runo.runo@gmail.com

ÖZET Spermatik kordun primer malign tümörleri nadirdir ve bu zamana kadar çok az sayıda vaka sunulmuştur. Spermatik kord tümörlerinin %80'i benign karakterdedir ve genellikle yağlı dokudan köken alırlar. Bu tümörler yavaş büyümeleri ve anatomik durum itibarıyla sıklıkla herni, hidrosel, epididim kistleri ile karışmaktadır. Her yaşta hastayı etkileyebilen bu tümörler klinik olarak önemli tümörlerdir. Bu sebepten dolayı ayırıcı tanı için önerilen tedavi cerrahidir ve kitle geniş lokal eksizyon ile çıkarılmalıdır. Patolojik olarak değerlendirme de ileri tedaviler için önem arz etmektedir. Bu çalışmada, bu konuya dikkat çekmek için inguinal kanalda şişme şikâyeti ile başvuran ve organ koruyucu cerrahi uygulanan 55 yaşındaki olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Spermatik kord; liposarkom, miksoid; inguinal kanal; cerrahi

ABSTRACT Primary malignant tumor of the spermatic cord is rare, to date only a few cases have been reported. 80% of these tumours are benign and usually derives from fatty tissue. Slow growth and anatomical location of these tumors may lead to confusion with hernia, epididymal cysts and hydrocele. These tumors, which have effects on all ages, are clinically important. For this reason; surgical treatment is recommended for the differential diagnosis and the mass should be excised widely. Pathological evaluation is important for further treatments. In order to draw attention to this important issue we present in this report a 55 years old patient with swelling in the inguinal canal undergoing organ sparing surgery.

Key Words: Spermatic cord; liposarcoma, myxoid; inguinal canal; surgery

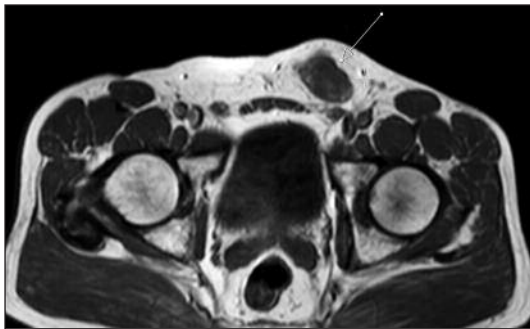
Türkiye Klinikleri J Urology 2015;6(3):67-70

Primer paratestiküler tümörler nadir görülmektedir; bütün intraskrotal tümörlerin %7-10'unu oluşturmakta ve genellikle spermatik korddan köken almaktadırlar.¹ Embriyolojik olarak bu tümörler mezodermden kaynaklanmaktadır.² Spermatik kord tümörlerinin %80'i benign karakterdedir ve sıklıkla yağlı dokudan köken almaktadırlar.³ Genellikle yavaş büyürler ve muayene ile benign lipomalardan ayırt etmek zordur.³ Bu olgular çok nadir görülmektedir, bu güne kadar literatürde 200 civarında vaka bildirilmiştir.⁴ Spermatik kord liposarkomları düşük dereceli ve iyi diferansiye tümörlerdir. Bu kord tümörleri için önerilen tedavi cerrahidir ve kitle geniş lokal eksizyonla çıkarılmalıdır. Lenf nodu diseksiyonu önerilmektedir; çünkü lenf nodu nadir olarak katılmaktadır. Cerrahi sınır pozitif-

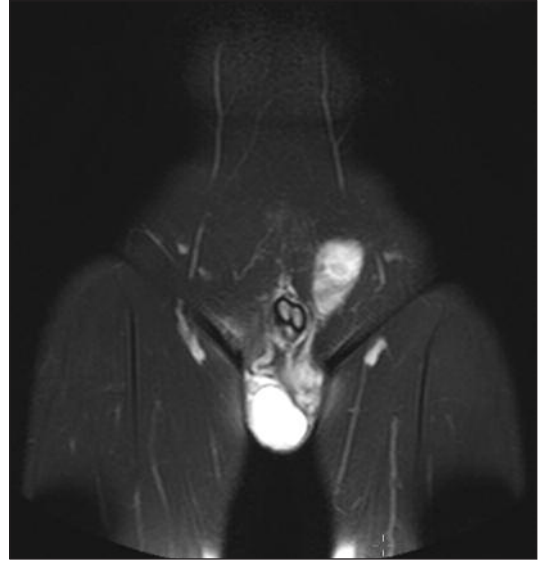
liği olan hastalarda radyoterapi önerilmektedir.^{5,6} Çok geç nüksler olduğu bildirilmiştir, bu yüzden 10 yıllık izlem tavsiye edilmektedir.^{5,6} Spermatik liposarkomların patolojik değerlendirilmesi önemlidir. Ayırımı iyi yapılmalıdır, çünkü tedavi ve izlem histolojik alt tipe göre farklılık göstermektedir.

OLGU SUNUMU

Olguya yazılı onam formu hazırlanmış, bilgilendirme sonrası olgu tarafından imza edilmiştir. 55 yaşındaki erkek olgu, sol kasıkta şişme şikâyeti ile üroloji polikliniğine başvurdu. Olgu, şikâyetinin yaklaşık iki yıldan bu yana mevcut olduğunu, bir aydan beri daha hızlı büyümesi ve ağrı yapması üzerine başvurduğunu ifade etti. Muayenesinde her iki testis skrotumda ve normal yapıda, sol inguinal kanalda eksternal ofrisin hemen altında sert, mobilize, yaklaşık 5 cm çapında kitle saptandı. Ultrasonografi (USG) de sol inguinal kanalda spermatik kordon üzerinde yağ dokusu ile kaslar arasında lokalize 12x46x55 mm boyutlarında hiperekojen solid lezyon izlendi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sol inguinal bölgede lokalize, hafif lobüle kontürlü, spermatik kordonun önünde yerleşimli, 54x30x23 mm boyutlarında yumuşak doku kitlesi mevcuttu ve lenf nodu negatif izlendi (Resim 1,2). Laboratuvar analizinde hemogram, sedimentasyon, bHCG, alfa fetoprotein, LDH normal olarak değerlendirildi. Cerrahi sınır dikkatli bir şekilde korunarak kitle eksize edildi ve spermatik kordon korundu (Resim 3). Operasyon sırasında kitlenin çıkarıldığı çevre dokudan frozen yapıldı ve negatif gelmesi üzere kord ko-



RESİM 1: Aksiyel T1 ağırlıklı imaj; sol inguinal kanalda spermatik korda yakın lobüle kontürlü kitle görülmektedir. Kitle T1 ağırlıklı imajlarda heterojen azalmış sinyallere sahip iken; yağlı içerik veya hemorajiye uyumlu olarak bulunan lezyon periferinde artmış sinyallere sahip olarak görülmektedir.



RESİM 2: Koro yağ baskılı T2 imaj; kitle T2 ağırlıklı yağ baskılı imajlarda artmış sinyal göstermektedir. Bu imajlarda hiç yağlı içerik izlenmemektedir.

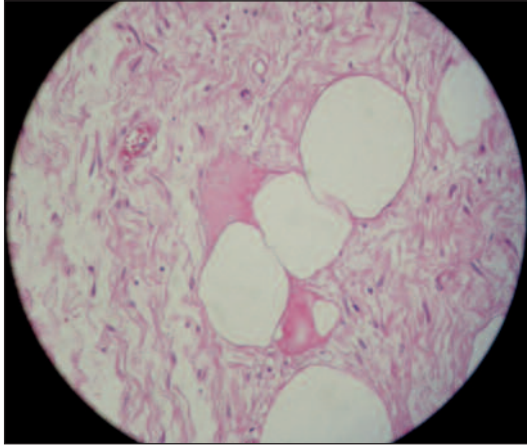


RESİM 3: Operasyon esnasındaki görünüm.

rundu. Patolojisinde, makroskopik olarak 7x6x4 cm boyutlarında yağ dokusundan zengin görünümlü, kesit yüzeyi sarı-pembe renkli lobüle lipomatöz alanların mevcut olduğu, mikroskopik olarak da kesitlerde iğsi hücre proliferasyonu ile matür lipositler ve lipoplast içeren tümöral oluşum izlendi. Cerrahi sınır negatif olup, tümör birkaç odakta miksoid değişiklik içeren iyi diferansiye tip olarak yorumlandı (Resim 4). Olguya cerrahi sonrası ek tedavi uygulanmadı. İlk altı aylık izlemlerinde herhangi bir nüks rastlanmadı ve olgu yıllık izleme alındı.

TARTIŞMA

Spermatik kord sarkomu ilk kez 1845 yılında Le Sauvage tarafından rapor edilmiştir.²



RESİM 4: Fibrosklerotik stromada matür liposit ile lipoblast ve yer yer hücre-sellik gösteren fibrosklerotik stromada matür lipositler (HE, x10).

Liposarkom spermatik kordun son derece nadir görülen bir tümörü olup, tüm paratestiküler sarkomların %3-7'sini oluşturmaktadır. Tümör erişkinlerde çocuklardan daha sıktır, 24-79 yaşları arasında daha sık görülmektedir ve ortalama yaş 61'dir.⁴ Hastaların %58'i 60 yaş veya daha üzerindedir.⁴ Bizim olgumuzun diğer vakalarda olduğu gibi erişkin yaş aralığında olması literatürle uyumlu olarak dikkati çekmektedir.

Spermatik kord liposarkomları sıklıkla ağrısız yavaş büyüyen inguinal kitleler olarak karşımıza çıkmaktadır, bu yüzden onları lipomlardan ayırt etmek zordur.⁷ Ancak ağrı ile birlikte şişme olan birkaç vaka bildirilmiştir.⁸⁻¹¹

Bizim olgumuzda da yaklaşık beş yıl önce bir şişlik fark edilmiş ve lipom olarak izlenmiş, ama son bir yıl içinde kitlede hızlı büyüme olmuş, bu hızlı büyüme ile kliniğimize başvuran olgunun muayenesinde kitlenin sert olması dikkati çekmiştir. Muayenede kitlenin sert olması ve mobilizasyonunun lipomlara göre daha az olması spermatik kord malignitesini akla getirmelidir.

USG'de genellikle nonspesifik bulgu verilmektedir ve operasyon öncesinde tanıyı desteklemek için bilgisayarlı tomografi (BT) veya MRG yapılmalıdır.¹²

Yüksek çözünürlüklü USG, kontrastlı BT ve MRG skrotum ve içeriğinin muayenesinde görüntüleme modaliteleri olmuştur ve hepsi bu kitlelerin lipomatöz karakteri ile ilgili faydalı bilgiler sun-

maktadır.¹³ USG tipik olarak benign lipomlara benzeyen, testisten ayrı solid, hiperekojen, heterojen lezyonları göstermektedir. BT genellikle yumuşak doku nodülleri veya lipomatöz olmayan septa ile birlikte yağ oranı zayıflamış kitleyi göstermektedir.¹⁴

Hangi tarafta daha sık görüldüğü ile ilgili yapılan literatür araştırmalarında görüş birliği yoktur. Bir çalışmada sağ tarafta daha fazla görüldüğü, diğer çalışmalarda solda daha çok görüldüğü ileri sürülmektedir.^{14,15} Bizim olgumuzda tümör, sol taraf spermatik kordondan köken almıştır.

USG tipik olarak daha küçük ve homojen olan benign lipomlarla karşılaştırıldığında, testisten ayrı solid, hiperekojen, heterojen lezyon göstermektedir. Bunlar dört histolojik alt tipe ayrılmaktadır (iyi diferansiye, miksoid, pleomorfik ve dediferansiye).⁷

Liposarkomlar Dünya Sağlık Örgütü'ne göre beş patolojik alt tipe ayrılmaktadır: İyi diferansiye (%40-45), miksoid/yuvarlak hücreli, lipoblastik, fibroblastik ve pleomorfik.¹⁶⁻¹⁸ Sınıflamada yüksek ya da düşük diferansiye gruplara ek olarak %5-10 vaka mikst tiptedir.^{5,7} Olgumuzun patolojik alt tipi miksoid değişiklik içeren iyi diferansiye tip olarak yorumlanmıştır. Bu hastalarda testis koruyucu kitle eksizyonu tartışmalıdır. Eksizyonun yetersiz olduğu kanıtlanmıştır. Tekrarlayan geniş eksizyonlarda %27 oranında mikroskobik rezidü hastalık saptanmıştır.¹⁹

Olgumuzda da cerrahi sınırdan frozen yollanmış ve negatif gelmesi üzere spermatik kord korunmuştur. Ballo ve ark.nın bildirdiği tek başına kitle eksizyonu sonrasında lokal nüks oranı 10 yıllık %30 ve 15 yıllık %42 olarak gösterilmiştir.²⁰ Bizim olgumuza da bütün riskler anlatılmış, fakat olgu inguinal orşiektomi yerine testis koruyucu cerrahi tercihinde bulunmuştur. Olgunun cerrahi sınırının negatif gelmesi üzere yıllık izleme alınmıştır.

Spermatik kord liposarkomu nadir görülmektedir. Çok az sayıda hasta olduğu için tedavi ve takibi hakkında yeterli bilgi mevcut değildir. Her ne kadar tedavi için radikal orşiektomi önerilse de cerrahi öncesinde kesin tanı konulamadığı için hastalara testis koruyucu cerrahi de yapılabilmektedir.

Spermatik kord liposarkomu tanısı alan ve öncesinde testis koruyucu cerrahi yapılan hastalarda yüksek nüks oranı nedeni ile inguinal orşiektomi

yapılabilir. Bu hastalarda cerrahi sınırlar negatif olsa da geç nüksler olduğu için izlemleri uzun dönem yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sogani PC, Grabstald H, Whitmore WF Jr. Spermatic cord sarcoma in adults. *J Urol* 1978;120(3):301-5.
2. Hinman F, Gibson TE. Tumors of the epididymis, spermatic cord and testicular tunics: a review of literature and report of three new cases. *Arch Surg* 1924;8:100.
3. Peyrí Rey E, Urban Ramón A, Martínez Fernández M, Sanmarti Da Silva B. [Dedifferentiated liposarcoma of spermatic cord: degeneration of lipoma previously resected]. *Actas Urol Esp* 2003;27(5):383-6.
4. Li F, Tian R, Yin C, Dai X, Wang H, Xu N, et al. Liposarcoma of the spermatic cord mimicking a left inguinal hernia: a case report and literature review. *World J Surg Oncol* 2013;11:18.
5. Demirci U, Buyukberber S, Cakir A, Ozturk B, Akyurek N, Unver B, et al. Synchronous testicular liposarcoma and prostate adenocarcinoma: a case report. *Cases J* 2010;3:27.
6. Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatic cord sarcomas: management and results. *Ann Surg Oncol* 2003;10(6):669-75.
7. García Morúa A, Lozano Salinas JF, Valdés Sepúlveda F, Zapata H, Gómez Guerra LS. [Liposarcoma of the espermatic cord: our experience and review of the literature]. *Actas Urol Esp* 2009;33(7):811-5.
8. Treadwell T, Treadwell MA, Owen M, McConnell TH, Ashworth CT. Giant liposarcoma of the spermatic cord. *South Med J* 1981;74(6):753-5.
9. Hassan JM, Quisling SV, Melvin WV, Sharp KW. Liposarcoma of the spermatic cord masquerading as an incarcerated inguinal hernia. *Am Surg* 2003;69(2):163-5.
10. Bouropoulos C, Skopelitou A, Vaggos G, Papamichael C. Liposarcoma of the spermatic cord. *Int Urol Nephrol* 2001;33(2):397-8.
11. Hsu YF, Chou YY, Cheng YH. Spermatic cord myxoid liposarcoma presenting as an incarcerated inguinal hernia: report of a case and review of literatures. *Hernia* 2012;16(6):719-22.
12. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. From the archives of the AFIP: extratesticular scrotal masses: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2003;23(1):215-40.
13. Cheng YC, Chou YH, Chiou HJ. Liposarcoma of the spermatic cord: a report of two cases and a review of the literature. *J Med Ultrasound* 2004;12(4):125-30.
14. Papageorgiou MS, Dadakas G, Donev K. Liposarcoma of the spermatic cord: a case report. *Case Rep Med* 2011;2011:197584.
15. Vorstman B, Block NL, Politano VA. The management of spermatic cord liposarcomas. *J Urol* 1984;131(1):66-9.
16. Matei D, Rocco B, Scardino E, Verweij F, Renne G, Fasani R, et al. Spermatic cord liposarcoma: a report of four cases. *Anticancer Res* 2003;23(3C):2933-4.
17. Montgomery E, Fisher C. Paratesticular liposarcoma: a clinicopathologic study. *Am J Surg Pathol* 2003;27(1):40-7.
18. Malizia M, Brunocilla E, Bertaccini A, Palmieri F, Vitullo G, Martorana G. Liposarcoma of the spermatic cord: description of two clinical cases and re-view of the literature. *Arc Ital Urol Androl* 2005;77(2):115-7.
19. Catton C, Jewett M, O'Sullivan B, Kandel R. Paratesticular sarcoma: failure patterns after definitive local therapy. *J Urol* 1999;161(6):1844-7.
20. Ballo MT, Zagars GK, Pisters PW, Feig BW, Patel SR, vonEschenbach AC. Spermatic cord sarcoma: outcome, patterns of failure and management. *J Urol* 2001;166(4):1306-10.