

# Fetal boyundaki immatür teratomun prenatal ultrason tanısı: olgu sunumu

## Prenatal ultrasonographic diagnosis of fetal neck immature teratoma: case report

Cem Yener<sup>1</sup>, Fusun Varol<sup>1</sup>, Hawa Sütçü<sup>1</sup>, Esra Altan<sup>1</sup>, Sinan Ateş<sup>1</sup>, Cenk Sayın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne, Türkiye

İletişim: Cem Yener

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Edirne, Türkiye  
e-mail: cemyener@trakya.edu.tr

### ÖZET

Teratomlar ve diğer germ hücreli tümörler yaygın görülen pediatrik neoplazmalardır. Gonadal ve extragonadal yerleşim gösterebilirler. Boyundaki konjenital teratomlar çok nadir görülmektedir. Görüntüleme yöntemleri erken teşhisi sağlar ve anomali ile ilişkili olabilecek komplikasyonları öngörmek ve doğum sonrası tedaviyi planlamak için önemlidir. Bu olguda fetal boyundaki teratomun prenatal sonografik özellikleri, ayırıcı tanısı ve görüntüleme yöntemlerinin erken tanı ve tedavideki önemi sunulmaktadır. 37. gebelik haftasında olgu tarafımıza yönlendirildi. Yaptığımız ultrasonografide fetal boyunda solid kitle tespit ettik. Hasta 38. haftada acil olarak sezaryen ile doğurtuldu. Bebek doğumdan sonra 6.günde opere edildi. Patoloji sonucu immatür teratoma ile uyumlu geldi.

**Anahtar kelimeler:** fetal boyunda kitle, prenatal tanı, teratoma

### SUMMARY

Teratomas and other germ cell tumors are common pediatric neoplasms. They may have gonadal and extragonadal locations. Congenital teratomas of the neck are unusual. Imaging provides early diagnosis, which is crucial for planning of the delivery, treatment after delivery and also for preventing of related complications. In this case we present the prenatal sonographic features of the fetal neck teratoma and its role in the early diagnosis and treatment. Patient was referred to our clinic during 37th week of pregnancy. We detected fetal solid neck mass at sonography. In the 38th week of pregnancy, we applied emergent cesarean delivery. Infant was operated after 6 days of delivery. Pathology result was correlated with immature teratoma.

**Keywords:** fetal neck mass, prenatal diagnosis, teratoma

## GİRİŞ

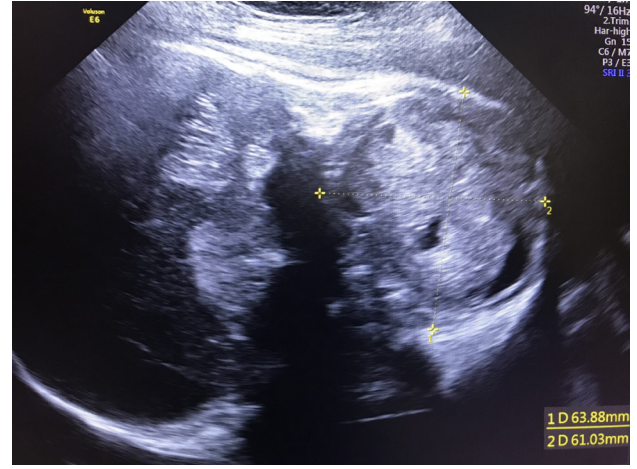
Ultrasonografi, fetal anomalilerin prenatal tanısı için günümüzde yaygın kullanılan bir yöntemdir. Yıllar içinde ultrasonografik görüntülemedeki gelişmeler, santral sinir sistemi, kardiyovasküler ve iskelet sistemi gibi çeşitli sistemlerdeki anomalilerin tanısını koymakta başarı oranlarını artırmıştır. Bununla birlikte, fetal boyun kitleleri gözden kaçabilir. Fetal boyun kitlelerinin prenatal tespit edilmesi ve ayırıcı tanısının yapılması hala kolay değildir.

Konjenital tümörler yeni doğanlarda baş ve boyun bölgesinde çok nadir görülür (1). En yaygın görülen fetal boyun kitleleri kistik higromlardır. Servikal teratom teratomların %5-6'sını oluşturur (2). Fetal boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında ensefalomiyelose, lenfanjiyom / higroma, teratoma, sarkom, hemanjiyom, nöroblastom ve guatr vardır (3). Fetal boyun kitlelerinin prenatal tanısı boyunda kitle ile doğan bebeklerin sağkalım ve morbiditesini iyileştirmiştir (4). Prenatal ultrasonografi ve MR, antenatal tanı doğruluğunu artırabilir (kitlenin lokasyonu, komşu organlarla ilişkisi ve kafa içi yayılımı). Ayrıca doğum sonrası tedavisi için önceden hazırlıklı olmaya yardımcı olabilir (5). Bu olgu sunumunda fetusta boynun sağ lateralinden kaynaklanan solid, heterojen bir kitleyi sunuyoruz.

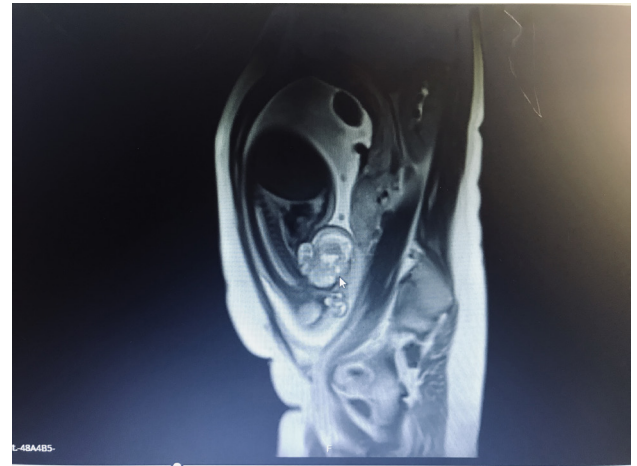
## OLGU

37 yaşında (gravida 3, parite 2) hasta 37. gebelik haftasında perinatoloji kliniğimize ultrasonda kitle fark edilmesi üzerine yönlendirildi. Yaptığımız ultrasonografide fetusta boynun sağ lateralinden kaynaklanan 63\*61 mm heterojen içerikli yer yer kalsifiye solid kitle tespit edildi (Şekil 1). Yapılan ultrasonografide fetusta başka sistemik anomali tespit edilmedi. Polihidramniyoz ya da hidrops bulgusu mevcut değildi. Yapılan doppler ultrasonografide kitlede vaskularizasyon izlenmedi. Bebeğin ultrasonografik ölçümleri 37 hafta ile uyumlu idi. Ön tanımız teratom olmak üzere MR istendi. MR sonucu boyun sağ yarımını dolduran aksiyel çapı yaklaşık 6 cm ölçülen kraniokaudal uzunluğu yaklaşık 6 cm saptanan içerisinde solid ve kistik alanların izlendiği belirgin ekspansil görünümde lezyon ile uyumlu geldi (Şekil 2 ve 3). Hasta perinatoloji konseyine çıkarıldı. Konsey sonucunda hastanın 39. hafta sezaryen ile doğurtulmasına karar verildi. Hastanın 38 hafta 2 günlük iken kontraksiyonları başlaması üzerine acil sezaryen ile doğuma alındı. Sezaryen sırasında çocuk cerrahisi ve yenidoğan ekibi hazır bulundu. 3580 gr APGAR skoru 7-8 olan bir erkek bebek fetal kitleye zarar vermeden doğurtuldu (Şekil 4). Bebeğin spontan solunumu olması üzerine çocuk cerrahisi tarafından

trakeostomi açılmasına gerek görülmedi. Yenidoğan yoğun bakıma alındı. Bebek 6. günde çocuk cerrahisi tarafından ameliyat edildi. Ameliyat sırasında tümörün orta hattan çıktığı ve boyun sağ ön kas demetlerini tamamen harap ettiği görüldü. Kist intakt olarak tümüyle çıkartıldı. Patoloji sonucu immatür teratom grade 3 ile uyumlu geldi. Yapılan incelemelerde yolk sak komponentine rastlanmadı. Bebeğin takiplerde alfa fetoprotein değeri 15.519 ng/mL'den 5.664 ng/mL'ye düşmesi üzerine aylık poliklinik kontrol yapmak üzere bebek eksterne edildi.



Şekil 1. Fetal boyundaki kitlenin ultrasonografik görünümü



Şekil 2. Kitlenin fetal MR sagittal kesitteki görünümü



Şekil 3. Kitlenin fetal MR koronal kesitteki görünümü



Şekil 4. Kitlenin operasyon öncesi görünümü

## TARTIŞMA

Teratoma ektoderm, mezoderm ve endodermden oluşan bir tümördür. Pluripotent hücrelerin anormal gelişmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (6). Konjenital teratomaların en yaygın görüldüğü lokasyon sakrokoksigeal bölgedir; baş ve boyun bölgeleri ise en az görüldüğü yerlerdir. Fetal boynudaki teratom tüm pediatrik tümörlerin %0,1'inden azını oluşturmaktadır. 4.257 tane pediatrik neoplazmaları içeren geniş bir seride, boyunda teratom sadece 4 tane gözlenmiştir (7).

Fetal boyun kitlelerini değerlendirirken, ilk adım boyun kitlesinin anatomik olarak ön veya arkada olmasını tespit etmektir. Anterior yerleşimli kitleler teratom, guatr, brankiyal ark kisti, tiroglossal kanal kisti, hemanjiom, nöroblastom, epignatus, rabdomyom ve laringosel olabilir. Posterior yerleşimli kitleler ise kistik higroma, lenfanjiyom, servikal meningoel, oksipital ensafalosele, hemanjiyom olabilir. Kitle tam olarak lokalize edildikten sonra lezyonun ultrasonografik özellikleri tanımlanmalıdır. Dikkate alınması gereken ayırıcı özellikler kitlenin solid, kistik veya mikst olması, kitlenin duvar kalınlığı, vaskülarizasyonu, herhangi bir kalsifikasyon varlığı, septasyon olması, tek taraflı veya iki taraflı olması gibi özelliklerdir (8). Boyun kitlesi saptanan tüm vakalarda, diğer fetal anomalilerin aranması, amniyotik sıvı hacminin değerlendirilmesi, hidrops varlığının araştırılması ve fetal boyun pozisyonunun belirtilmesi de yapılmalıdır.

Kistik higroma en sık görülen fetal boyun kitlesidir. Herhangi bir kalsifikasyon veya vaskülarizasyon içermemesi, ince duvarlı olması ve septasyon içermesiyle kolayca tanısı konulabilir. Kistik higromalar posteriorde gözlenir ve bilateraldir. Genellikle ilk trimesterde saptanır (9). Fetal guatr ise ön kompartmanda görülen kitlelerden birisidir ve vaskülarite izlenir. Homojen olması, hiperekoik özelliği, orta hatta ve bilobüle olmasıyla teratom ile ayırıcı tanısı yapılır. Hemanjiyomlarda ise yoğun vaskülarizasyon izlenir.

Servikal yerleşimli teratomlar matür ya da immatür olabilir. 20 yenidoğanı içeren bir çalışmada %35 oranında havayolu obstrüksiyonu saptanmıştır (10). 7 büyük servikal teratom olgusunun takip edildiği çalışmada 4 olguda hidrops geliştiği gözlenmiştir. Hidrops gelişmeyen olgulara ise doğum sonrası entübasyon, trakeostomi ve plasenta desteğinde rezeksiyon yapılmıştır (11). Hidrops gelişmeyen olgulara terme kadar takip edilebilir.

Fetal boyun kitleleri için yönetim stratejileri arasında in utero rezeksiyon, ex utero intrapartum tedavi (EXIT) prosedürü, eğer kitle trakeayı kapatıyorsa doğumda fetusa trakeostomi açmak ve postnatal rezeksiyon yer alır. Kitlenin erken operasyonu kitlenin malign olma olasılığından dolayı gereklidir. Olgumuzda boyun kitlesinin cerrahi eksizyonu başarılı olmasına rağmen, operatif mortalite % 9 ile % 15 arasında değişmektedir (12).

Sonuç olarak fetus boynundaki kitleler nadir olarak görülse de prenatal olarak tespit edilmesi hem doğum

planlaması hem de doğum sonrası tedavi için önemlidir. Ultrasonda fetal boyunda kitle saptandığında kitlenin boynun hangi bölgesinden kaynaklandığı tespit edilmeli (anterior, posterior ya da lateral), vaskularizasyonuna bakılmalı ve kistin içeriği dikkate alınmalıdır. Gerektiğinde fetal MR kitlenin ayırıcı tanısında yardımcı olabilir. Prenatal takipte tespit edilen hastaların tersiyer multidisipliner merkezlere yönlendirilmesi fetal mortaliteyi ve morbiditeyi azaltacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Gupta A, Maddalozzo J, Win Htin T, Shah A, Chou PM. Spindle cell rhabdomyosarcoma of the tongue in an infant: a case report with emphasis on differential diagnosis of childhood spindle cell lesions. *Pathol Res Pract.* 2004;200: 537–43.
2. Rauff S, Kien TE. Ultrasound diagnosis of fetal neck masses: a case series. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2013;2013: 243590.
3. Güzelmansur I, Aksoy HT, Hakverdi S, Seven M, Dilmen U, Dilmen G. Fetal cervical neuroblastoma: prenatal diagnosis. *Case Rep Med.* 2011;2011: 529749.
4. Cass DL. Impact of prenatal diagnosis and therapy on neonatal surgery. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2011;16: 130–38.
5. Tonni G, De Felice C, Centini G, Ginanneschi C. Cervical and oral teratoma in the fetus: a systematic review of etiology, pathology, diagnosis, treatment and prognosis. *Arch Gynecol Obstet.* 2010;282: 355–61.
6. Herman TE, Siegel MJ. Imaging case book: cervical teratoma. *JPerinatol* 2008;28L: 649–51.
7. Catte LD, De Backer A, Goosens A. Teratoma, neck. *The fetus. Sono World* 1992;01: 15–20.
8. Rempen A, Feige A. Differential diagnosis of sonographically detected tumours in the fetal cervical region. *Eur J Obstet GynecolReprod Biol* 1985;20: 89–105.
9. Paladini D, Volpe P. Ultrasound of congenital fetal anomalies. Florida, USA: CRC Press; 2014:137-41.
10. Azizkhan RG, Haase GM, Applebaum H, Dillon PW, Coran AG, King DR, et al. Diagnosis, management and outcome of cervicofacial teratomas in neonates: A Childrens Cancer Group Study. *J Pediatr Surg* 1995;30:312-16.
11. Hirose S, Sydorak RM, Tsao K, Cauldwell CB, Newman KD, Mychaliska GB, et al. Spectrum of intrapartum management strategies for giantfetal cervical teratoma. *J Pediatr Surg* 2003;38:446-50.
12. Mohammad MA. Thyroid cervico-thoracic teratoma in a 14-month old child. *Afr J Paediatr Surg* 2010;7:117–19.