



Splenogonadal Füzyon; Skrotal Kitle

Splenogonadal Fusion; Scrotal Mass

Devrim KAHRAMAN¹, Özgür ÖZEN², Ahmet GÜDELOĞLU³, Ömer GÜNHAN¹

¹ TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, ANKARA

² Memorial Ankara Hastanesi, Radyoloji Bölümü, ANKARA

³ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, ANKARA

Olgu, 17 Kasım 2017 tarihinde Ulusal Patoloji Kongresinde PS497 No'lu poster olarak Antalya'da sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Testis parankiminde yer tutan ve primer testis kanseri ile karışabilecek pek çok lezyon vardır. Ektopik dokular makroskopik olarak primer testis tümörünü taklit edebilirler. Splenogonadal füzyon, nadir konjenital bir ektopidir ve embriyolojik gelişim sırasında dalak dokusunun testise füzyonu sonucu oluşur.

Olgu: Bu yazıda, klinik olarak sol skrotal tümöral kitle ön tanısı ile radikal orşiektomi uygulanan splenogonadal füzyon olgusu sunulmuştur.

Sonuç: Olgu ve olası patogeneze tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Testis, Dalak, Splenogonadal füzyon

ABSTRACT

Aim: There are several lesions within testis parenchyma that can be confused with primary testicular cancers. Ectopic tissues macroscopically may imitate primary testicular tumors. Splenogonadal fusion is a rare congenital ectopia and occurs as a result of testicular fusion of the spleen tissue during embryological development.

Case: In this article, we report a case of splenogonadal fusion which was clinically thought as left scrotal neoplasia and treated with radical orchiectomy.

Conclusion: The case and possible pathogenesis of the entity are discussed.

Key Words: Testis, Spleen, Splenogonadal fusion

GİRİŞ

Testis ve paratestiküler yapılarda kitle meydana getirecek ve primer testis kanseri ile karışabilecek pek çok lezyon vardır. Makroskopik ya da mikroskopik olarak testis tümörlerini taklit edebilirler. Ektopik dokular, intratestiküler hemoraji veya segmental testiküler infarkt gibi vasküler lezyonlar, enflamatuvar nedenlerle ortaya çıkan oluşumlar ve albuginea kisti ya da epididim kisti gibi kistler nadir görülmekle birlikte makroskopik ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Sertoli hücre hiperplazisi, Leydig hücre hiperplazisi ya da epididimin adenomatoid hiperplazisi gibi lezyonlar ise mikroskopik inceleme sırasında testis tümörlerini taklit edebilirler (1). Testis ve paratestiküler dokuda psödotümör ya

da tümör benzeri lezyonların görülme sıklığı %6-30 arasında değişmektedir (2,3).

Testiste ektopik dokular özellikle makroskopik olarak primer testis tümörünü taklit edebilir. Adrenal kortikal kalıntılar en sık görülen ektopilerdir (1). Bunu, splenogonadal füzyon (SGF) izler (3). Adrenal kortikal kalıntılar sıklıkla rastlantısal olarak saptanır. Splenogonadal füzyon, gonad ve dalağın embriyonik dönemde gelişimsel füzyonu sonucu oluşur. Gestasyonun 5-8. haftaları arasında sol gonadal çıkıntı ve primitif dalak birbirine çok yakın seyreder; bu nedenle SGF sol testiste daha sıktır (4). Günümüze kadar rapor edilen olgu sayısı yaklaşık 150'dir (5). Geniş bir yaş grubunda tanı konulabilmekle birlikte lezyonların büyük bir kısmı 30 yaşın

altındaki bireylerde saptanmaktadır. SGF, başta germ hücreli tümörler olmak üzere bütün primer testis tümörlerini taklit edebileceği gibi, birlikte de görülebilir (5).

Bu yazıda, nadir görülen bir SGF olgusu sunulmakta ve klinikopatolojik önemi tartışılmaktadır.

OLGU

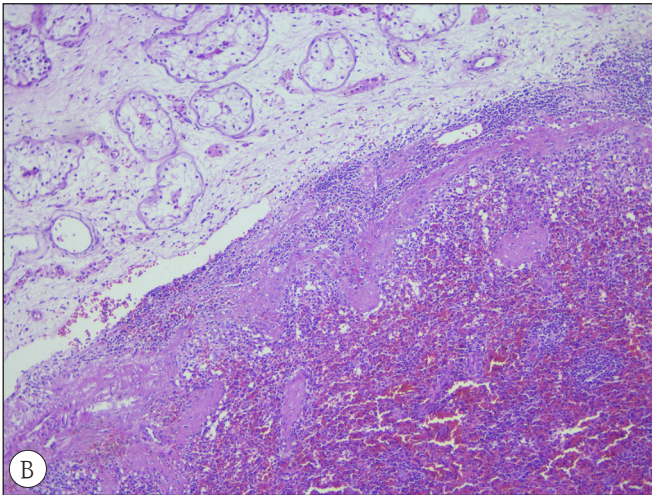
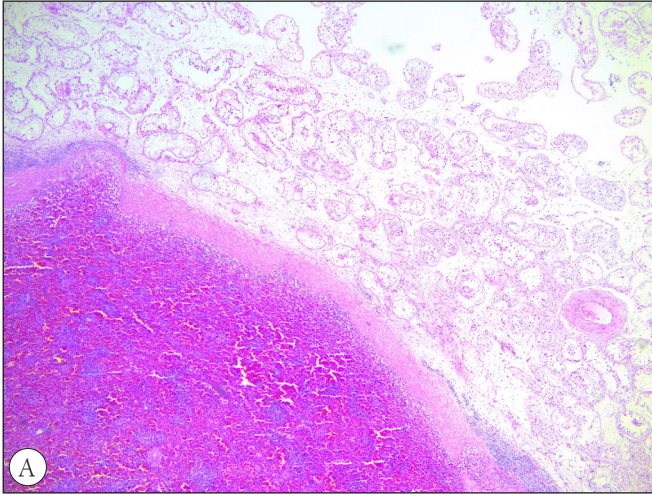
Yirmi yedi yaşında erkek hastada, infertilite açısından yapılan ürolojik değerlendirilmede sol testiste kitle saptanmıştır. Yapılan skrotal ultrasonografide (USG); testis üst kutbunda, yaklaşık 10 mm çapında, iyi sınırlı, vaskülarize yapı raporlanmıştır. Klinik hikayesinde infertilite dışında ek bir özellik saptanmamıştır. Aile öyküsünde birinci derece yakınlarında kardiyovasküler hastalık dışında özellik saptanmamıştır.

Sol testiküler kitleye uygulanan eksizyonel biyopsi dondurularak peroperatuvar incelenmiştir. Makroskopik olarak 2 cm çapındaki biopsi materyalinde, testis parankimi

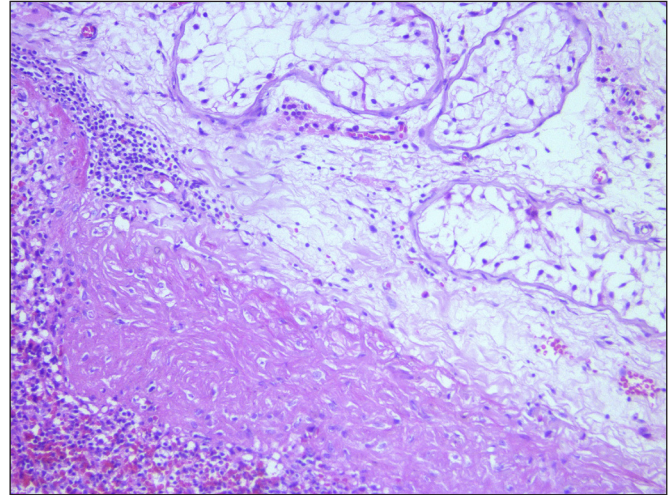
ile çevrili 1 cm çapında kanamalı, iyi sınırlı nodüler lezyon görülmüştür. Dondurulmuş kesitlerde değerlendirmenin sınırlı olması nedeniyle kesin tanı kalıcı kesitlere bırakılmıştır. Operasyon cerrahi ekibin kararı neticesinde radikal orşiektomi yapılarak sonlandırılmıştır. Histolojik kesitlerde testis parankimi içerisinde fibroelastik bir kapsül ile çevrili, arada fibröz trabeküller ile birbirinden ayrılmış lenfoid agregatlardan oluşan beyaz pulpa ve yoğun vasküler yapıları içeren kırmızı pulpadan oluşan dalak dokusu izlenmiştir (Şekil 1). Dalak dokusu testiküler kord içerisinde devamlılık göstermemektedir. Kordda lenfoid bir birikim saptanmamıştır. Çevre testis parankimindeki tubullerin büyük kısmının sadece sertoli hücreleri ile döşeli olduğu görülmektedir (Şekil 2). Bazı tubullerde az sayıda, matürasyon göstermeyen spermatogoniumlar izlenmiştir. Olgu SGF ile uyumlu ektopik dalak dokusu olarak rapor edilmiştir.

TARTIŞMA

Morfolojik olarak ektopik dalak dokuları epididim başı veya testis üst kutbu ile yakın ilişkilidir. Benzer durum kadınlarda ovaryumlar için de söz konusudur. Daha çok ovaryum çevresinde saptanmakla birlikte, belki de klinik olarak daha az dikkat çekici olduğundan, kadınlarda bildirilen olgu sayısı daha azdır. Splenogonadal füzyonun iki şekli tanımlanmıştır. Birincisi 'kesintisiz' olarak adlandırılan ve kalıntının çoğunlukla fibröz bir bant ile dalak ile ilişkisini sürdürdüğü tip; ikincisi ise 'kesintili' olarak adlandırılan ve dalak ile ilişkisi olmayan, ektopik dokunun gonada yapışık olduğu tip. Kesintisiz tip SGF'da eşlik eden mikrognati ve kafatası anomalileri bildirilmiştir (6). Spleno-gonadal füzyonun etiyolojisine yönelik çeşitli hipotezler vardır. Dalak taslağı ve genital kabartı arasında adhezyon ya da apoptoz eksikliği nedeniyle oluşabileceği öne sürülmektedir, ki bu en popüler teoridir (7). Bir diğer teori ise splenik hücrelerin retroperitoneumdan migrasyonudur (5). Ayrıca, gonadal



Şekil 1: Fibröz kapsül ile testis parankiminden ayrılmış dalak dokusu. (H&E, A) x40, (B) x100).



Şekil 2: Dalak dokusu çevresindeki testis parankiminde, seminer tubullerde yalnızca Sertoli hücreleri bulunmaktadır. (H&E, x400).

mezankimde yer alan hematopoetik elemanların indüksiyonu da gelişiminden sorumlu bir mekanizma olarak bildirilmiştir (8). Özellikle kesintisiz tipte sık eşlik eden ek konjenital anomaliler ve ailesel yatkınlığın bildirilmesi etiolojide genetik yatkınlığın da bir neden olabileceğini düşündürmektedir (8). İki erkek kardeşte raporlanan SGF olguları ailesel yatkınlığı destekler niteliktedir (8). USG ayırıcı tanıda çok yardımcı olmamaktadır; şüphelenilen olgularda manyetik rezonans görüntüleme yöntemi olarak tercih edilmelidir (8). Olanak var ise 99mTc-sülfür aksesuar dalağı tespit etmekte yararlıdır (9).

Literatürde, ektopik dalak dokusunun kitle etkisiyle infertiliteye neden olabileceği bildirilmekle birlikte (9), bu durum sadece tek testise sahip hastalarda söz konusu olabilir. Çift testisli ve testislerinden birinde ektopik doku saptanan olgularda baskı etkisini infertilite nedeni olarak öne sürmek yeterli bir açıklama gibi görülmemektedir. Yayınlanan olguların birinde 25 yaşında bir erkek hastada primer infertilite bildirilmiş; ancak bu olguda sağ testis saptanmamış, sol testiste de SGF yanısıra atrofi bulguları tespit edilmiştir (9). Bizim sunduğumuz olguda, SGF olan testiste germ hücrelerin azaldığı ve matürasyonun yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu durum SGF'nin, gonadal gelişimi etkileyen faktörlerden de kaynaklanabileceğini düşündürülebilir. Ancak erkeklerin testis muayenelerinin sıklıkla infertilite gibi durumlarda yapıyor olması nedensel bir ilişki dışında, tamamen rastlantısal olabilir.

Sonuç olarak, testis tümörlerinde peroperatif incelenmenin sınırlı bilgi vermesi ve zorluğu düşünüldüğünde ayırıcı tanıda, özellikle genç hastalardaki hipervasküler lezyonlarda SGF'nin de akılda tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Algaba F, Mikuz G, Baccon-Gibod L, Trias I, Arce Y, Montironi R, Egevad L, Scarpelli M, Lopez-Beltran A. Pseudoneoplastic lesions of the testis and paratesticular structures. *Virchows Arch.* 2007;451:987-97.
2. Collins DH, Pugh RC. Classification and frequency of testicular tumors. *Br J Urol.* 1964;36 (Suppl):1-11.
3. Haas GP, Shumaker BP, Cerny JC. The high incidence of benign testicular tumors. *J Urol.* 1986;136:1219-20.
4. Milliken I, Cherian A, Najmaldin A, Powis MR. Splenogonadal fusion: a rare cause of testicular enlargement. *Pediatr Surg Int.* 2007;23:365-7.
5. Imperial LS, Sidhu SJ. Nonseminomatous germ cell tumor arising in splenogonadal fusion. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2002;126:1222-5.
6. Chen s, Kao Y, Sun H, Lin W. Splenogonadal fusion. *J Formos Med Assoc.* 2008;107:892-95.
7. Le Roux PJ, Heddle RM. Splenogonadal Fusion: is accepted classification system accurate? *BJU Int.* 2000;85:114-5.
8. Chiaramonte C, Siracusa F, Li Voti G. Splenogonadal fusion: genetic disorder? Report of a case and review of the literature. *Urol Case Rep.* 2014;12:2:67-9.
9. Kumar S, Jayant K, Agrawal S, Parmar KM, Singh SK. A rare case of continuous type splenogonadal fusion in a young male with primary infertility. *Case Rep Urol.* 2014;2014:796761.