



ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΞΑΛΛΑΓΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ΤΕΡΑΤΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΟΛΥΚΛΩΝΙΚΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ (SOMATIC MALIGNANT TRANSFORMATION) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΣΕΜΙΝΩΜΑΤΩΔΗ ΟΓΚΟ ΟΡΧΕΟΣ(NSGCT)

Νάση Δ.^{1,2}, Δαλιάνη Δ.³, Μαραγκούλη Ε⁴, Λάζαρης Α.⁵, Νάση Λ.⁶,Αρδαβάνης Α.⁷

¹Ογκολογικό Τμήμα Γ'ΠΠ, ΓΝΘΑ «Η Σωτηρία», ²Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ³Ευρωκλινική Αθηνών, ⁴Γεν. Νοσοκ.Τρικάλων, ⁵Α'Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, ⁶401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, ⁷Α'Παθολογική Κλινική «Ο Άγιος Σάββας»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

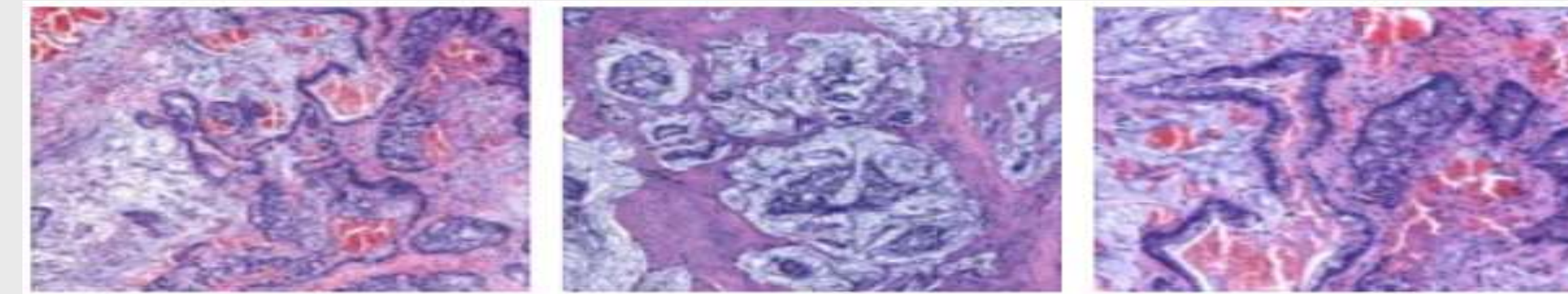
Άνδρας ηλικίας 41 ετών και με ιστορικό εξωγοναδικού Μη Σεμινωματώδους Όγκου Όρχεος προ 18 ετών και Σταδίου Ι Σεμινώματος προ 11 ετών, διαγνώσθηκε με υπερκλειδίους/ υποτροπιδικούς λεμφαδένες οπισθοπεριτοναϊκή μάζα με ιστολογία τερατοκαρκινώματος /βλεννώδους καρκινώματος και ηπατικές μεταστάσεις συμβατές με νευροενδοκρινές καρκίνωμα με εντερική διαφοροποίηση. Και τα 2 καρκινώματα προέρχονταν από το τερατωματικό στοιχείο του NSGCT. Η νόσος δεν ήταν εξαιρεσιμη και έλαβε 4 διαδοχικές γραμμές χημειοθεραπείας με ενδιάμεση ανταπόκριση, ωστόσο κατέληξε μετά από 17 μήνες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

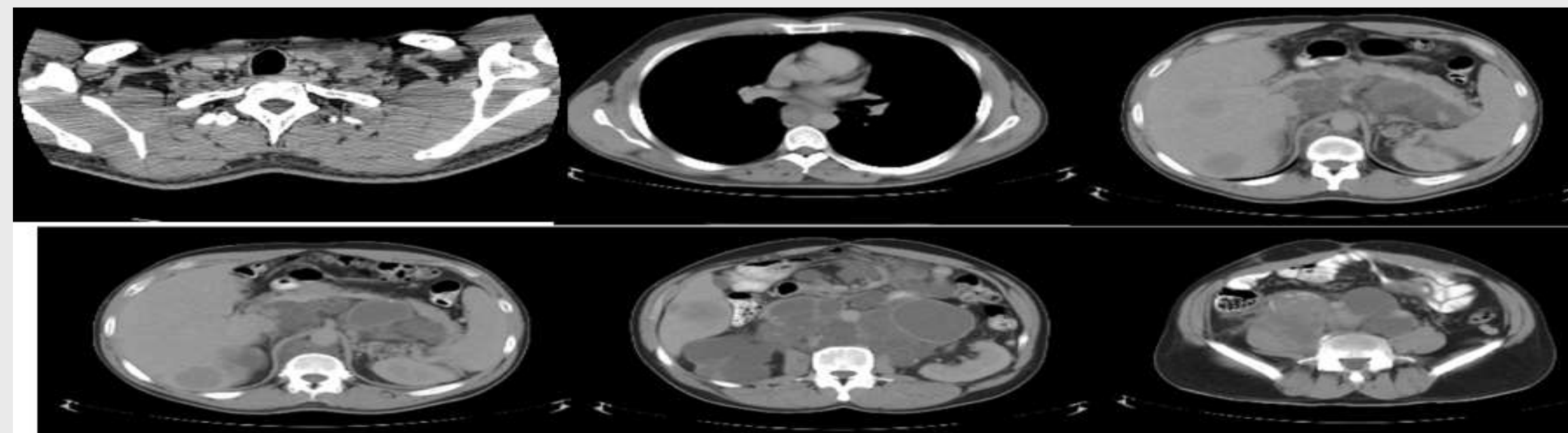
•Ο καρκίνος του όρχεος είναι η πιο συχνή κακοήθεια στους νέους άντρες. Ωστόσο μετά από την αρχική θεραπεία επιβάλλεται εγρήγορη για αφαίρεση υπολειπόμενης νόσου,επί υπόνοιας τερατώματος, λόγω αυξημένου κινδύνου εκτροπής σε κακοήθεια.
•Παρουσιάζουμε την κακοήθη εξαλλαγή παραμελημένου τερατώματος σε βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα και νευροενδοκρινές καρκίνωμα

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ

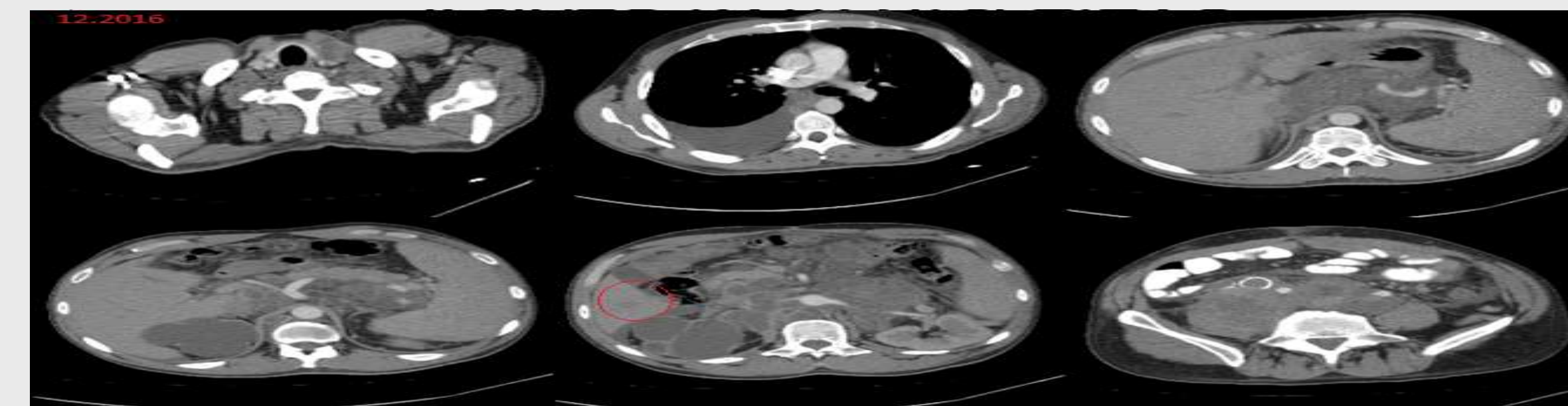
Άνδρας, σε ηλικία 23 ετών, είχε διαγνωσθεί με Εξωγοναδικό Μη Σεμινωματώδη Όγκο Όρχεος οπισθοπεριτοναϊκά και είχε υποβληθεί σε χειρουργική εξαίρεση ιστοπαθολογικά νεκρωτικής κυρίως μάζας με στοιχεία τερατώματος, μετά από χημειοθεραπεία. Από 29 ετών απεικονιζόταν κυστικό μόρφωμα αριστερά παραορτικά, με προοδευτική αύξηση του μεγέθους και των συμπαγών του στοιχείων. Σε ηλικία 30 ετών υποβλήθηκε σε ορχεκτομή λόγω σταδίου Ι σεμινώματος (αλλά με εκτεταμένες περιοχές νέκρωσης ιστοπαθολογικά) και έλαβε επικουρικά Carboplatin (AUC6 x 2).Τελικά,σε ηλικία 41 ετών, διαγνώσθηκε με αυξημένους καρκινικούς δείκτες CEA,NSE,CA19.9 (Εικ.5)- υπερκλειδίους/ υποτροπιδικούς λεμφαδένες (Εικ.2)- οπισθοπεριτοναϊκή μάζα με ιστολογία τερατοκαρκινώματος /βλεννώδους καρκινώματος και ηπατικές μεταστάσεις συμβατές με νευροενδοκρινές καρκίνωμα με εντερική διαφοροποίηση' και τα 2 καρκινώματα προέρχονταν από το τερατωματικό στοιχείο του NSGCT (Εικ.1). Η νόσος ήταν μη εξαιρεσιμη χειρουργικά.



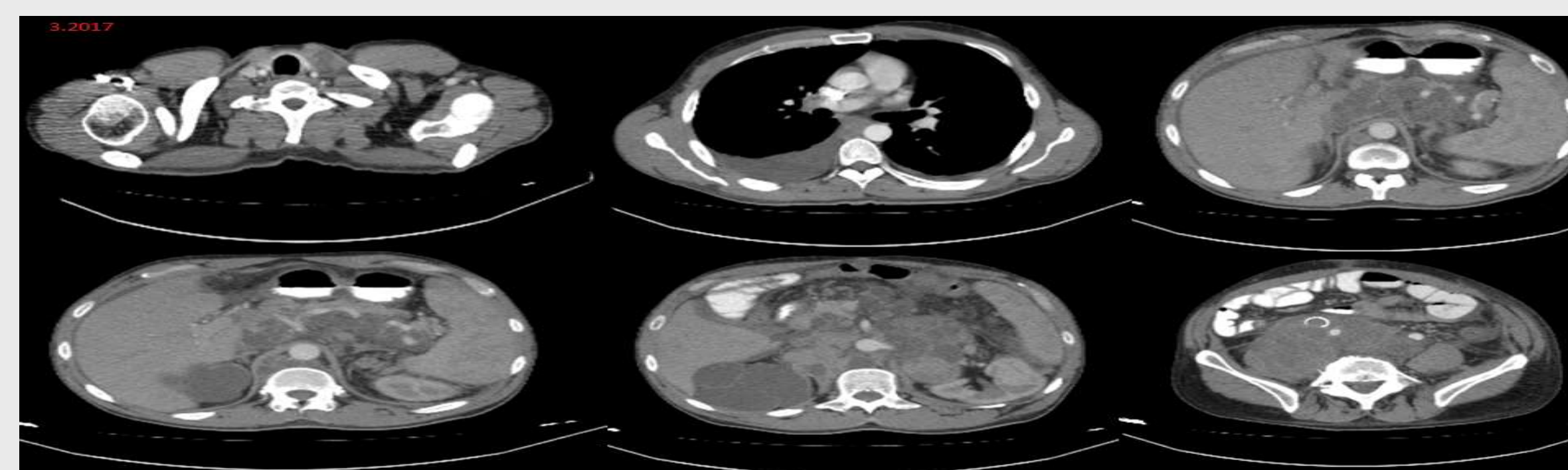
Εικ.1.Νευροενδοκρινές Καρκίνωμα με εντερική διαφοροποίηση από το τεράτωμα του NSGCT



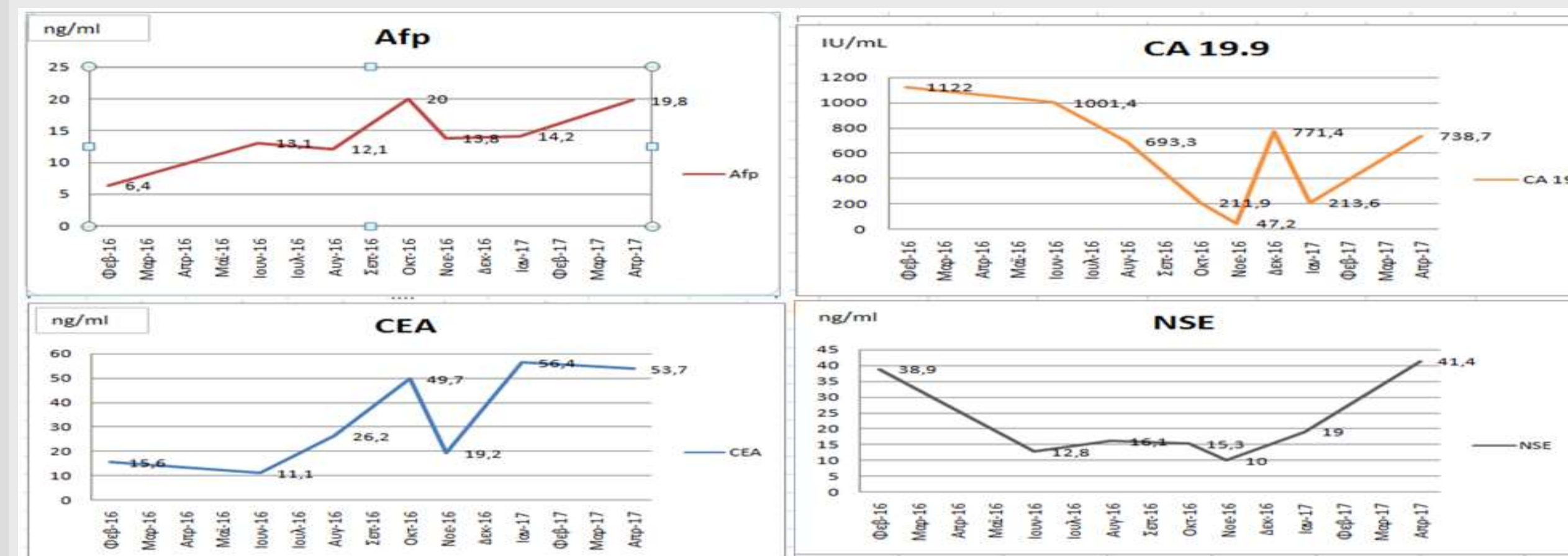
Εικ.2.Υποτροπή της Νόσου με λεμφαδένες – οπισθοπεριτοναϊκή μάζα και ηπατικές μεταστάσεις



Εικ.3.Ενδιάμεση απεικονιστική ανταπόκριση



Εικ.4.Τελική απεικονιστική επιδείνωση



Εικ.5.Κινητική καρκινικών δεικτών

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έλαβε διαδοχικά ΧειΟχ,με ενδιάμεση απεικονιστική και ορολογική ανταπόκριση (Εικ.3), TIP, Gemzar/Irrinotecan και τελικά , μετά από νέα πρόοδο νόσου (Εικ.4) Etoposide/Cisplatin' κατέληξε 17 μήνες μετά τη διάγνωση της κακοήθους εξαλλαγής του τερατώματος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρουσία τερατώματος σε NSGCT απαιτεί εγρήγορη επί παρουσία υπολειπόμενης νόσου απεικονιστικά, λόγω της σπάνιας αλλά δυνητικά θανατηφόρου σωματικής κακοήθους εκτροπής (SMT) σε όγκους (3-6%), που μπορούν να θεραπευτούν μόνο με έγκαιρη χειρουργική εξαίρεση όλων των εστιών της νόσου' πρόκειται για πιο επιθετικά νεοπλάσματα με μεγαλύτερο μεταστατικό δυναμικό και πτωχή πρόγνωση. Οι πιο συχνοί ιστολογικοί υπότυποι είναι σαρκώματα, αδενοκαρκινώματα ή πλακώδη καρκινώματα,PNET, νεφροβλαστώματα και αιματολογικές κακοήθειες. Δημιουργούνται είτε de novo από αδιαφοροποίητα τερατωματικά στοιχεία είτε από αποδιαφοροποίηση πολυδύναμων βλαστικών κυττάρων. Η χημειοθεραπεία πιθανότατα πρέπει να αποφασίζεται με βάση τη χειρότερη πρόγνωση ιστολογία δεδομένης της πλατινοαντοχής τους, αν και δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ulbright TM, Adv Anat Pathol , Volume 11, Number 1, January 2004
2. Mikus G et al, Virchows Arch (2012) 461:27–32
3. Garcia-Labastida L. et al, Actas Urol Esp, 2014 Nov;38(9):622-7
4. Ho SP et al, Case Rep Oncol 2012;5:84–90
5. Malavalil G. et al, Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013 Jul, Vol-7(7): 1439-1440
6. Ibrahim DY et al, Hindawi Case Reports in Pathology Volume 2019, Article ID 5273607
7. Alrehaili M. et al., Am J Case Rep, 2020; 21: e922933
8. Azizi M et al, Transl Androl Urol 2020;9(Suppl 1):S91-S103

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Νάση Δέσποινα
Γ' Πανεπ. Παθολ.Κλινική- ΕΚΠΑ
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
docnasi1@hotmail.gr
2106862864