

**Uterusun Endometrioid Adenokarsinomu ile Andiferansiye Uterin Sarkomu Birlikteliği:
Nadir Bir Kollizyon Tümörü****Undifferentiated Uterine Sarcoma with Endometrioid Adenocarcinoma of the Uterus: A Rare
Collision Tumor**Nur Tunç¹ , Çetin Boran² 

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Bolu - Türkiye

Öz

Kollizyon tümörleri histolojik olarak farklı iki tümörün birbirinden bağımsız olarak aynı organda bir arada bulunmasıdır. Özofagus, mide, kolon, akciğer, deri, tiroid bezi, meme, uterus ve overde kollizyon tümörleri bildirilmiştir. Burada uterusunda endometrioid adenokarsinom ve andiferansiye uterin sarkomdan oluşan bir kollizyon tümörü olgusu sunulmaktadır. Bu özelliklere sahip tümörler, malign mikst müllerian tümör (MMMT) kadar agresif seyretmemektedir ve MMMT'lerden kesin ayrımının yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Uterus, kollizyon tümörü, andiferansiye uterin sarkom, endometrioid adenokarsinom

Abstract

Collision tumors consist of two histologically different tumors in the same organ independently of each other. Collision tumors of the esophagus, stomach, colon, lung, skin, thyroid gland, breast, uterus and ovary have been reported. Here, we report a case of a collision tumor of the uterine endometrioid adenocarcinoma and undifferentiated uterine sarcoma. Tumors with these features are not as aggressive as malignant mixed mullerian tumors (MMMTs) and it is important to distinguish them from MMMTs.

Keywords: Uterus, collision tumor, undifferentiated uterine sarcoma, endometrioid adenocarcinoma

GİRİŞ

Kollizyon tümörleri histolojik olarak farklı iki tümörün birbirinden bağımsız olarak aynı organda yan yana bulunmasıdır (1). Özofagus, mide, kolon, akciğer, deri, tiroid bezi ve memede kollizyon tümörleri bildirilmiş olsa da bu tümörler kadın genital sisteminde oldukça nadirdir (2).

Burada uterusunda endometrioid adenokarsinom ve andiferansiye uterin sarkomdan oluşan bir kollizyon tümörünün klinikopatolojik özellikleri bildirilmiş ve literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU

47 yaşında kadın hasta bir aydır devam eden vajinal kanama şikayeti ile kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurdu. Yapılan abdominal ultrasonografide (USG) endometrium ve myometriyumun heterojen olduğu görüldü. Pelvik manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) endometriumda 113 x 101 x 75 mm boyutunda

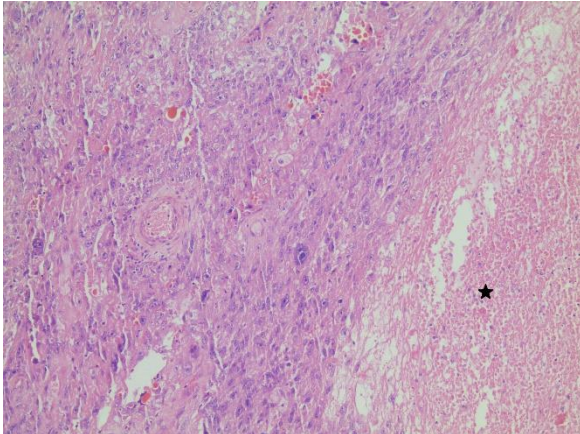
yer yer hemorajik alanlar içeren servikal kanaldan posterior fornikse doğru uzanan kitle izlendi. Uterus sol posterolateral duvarda 4 cm'lik bir segmentte kitlenin subserozal alana uzandığı görüldü. Seroza sınırları belirsizdi ve parametriuma doğru invazyon mevcuttu. Hastanın endometrial küretaj materyali villoglandüler varyant endometrioid karsinom olarak rapor edildi. Hastaya abdominal histerektomi uygulandı.

Uterusun makroskopik incelemesinde fundustan başlayan alt uterin segmente kadar uzanım gösteren, ön ve arka duvar yerleşimli 5 x 2,5 x 2 cm boyutlarında tümöral oluşum izlendi. Ayrıca sol yan duvarda myometriyum içerisinde 4,5 cm çapında kesit yüzü yer yer kanamalı, heterojen görünümde ikinci bir tümöral oluşum mevcuttu.

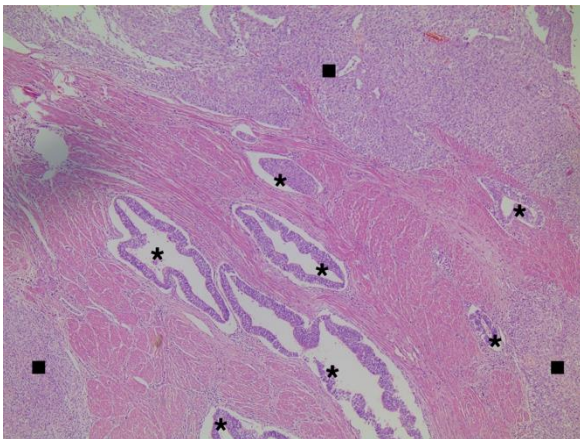
İlk tariflenen kitlenin mikroskopik incelemesinde glandüler ve papiller yapılar oluşturmuş epitelyal hücrelerden oluşan malign tümör izlendi.

Tümörde hüresel atipi düzeyi düşüktü. Atipik mitozlar seyrek ve nekroz yoktu. Tümör myometriyumun yarısından fazlasına invazyeydi.

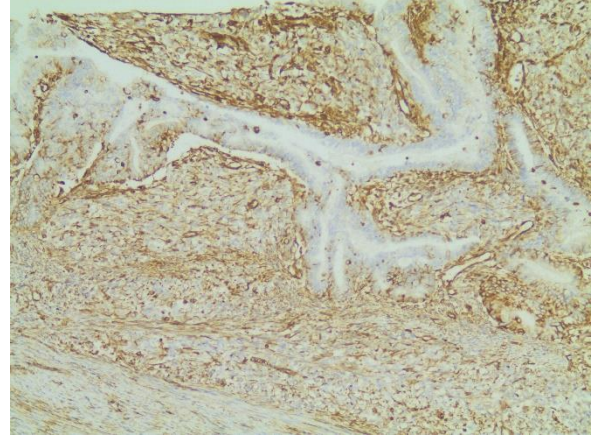
İkinci tariflenen kitlenin mikroskopik incelemesinde çoğunlukla iğsi özellikte atipik hücre demetleri ile karakterli tümöral doku izlendi. Tümörde nekroz ve kanama yaygındı. Mitoz 10 büyük büyütme alanında (BBA) 20' nin üzerindeydi. Tümör büyük oranda uniform görünümde hücrelerden oluşmakla birlikte pleomorfik nükleuslu hücrelerin bulunduğu alanlar da dikkati çekti (Resim 1). İlk tariflenen endometrial karsinom ile bu tümörün myometriyum içerisinde karşılaştıkları ve birbirlerinin içerisine hafiften uzandıkları noktalar görüldü (Resim 2). Tümör myometriyum içerisinde yaygın vasküler invazyon göstermekteydi.



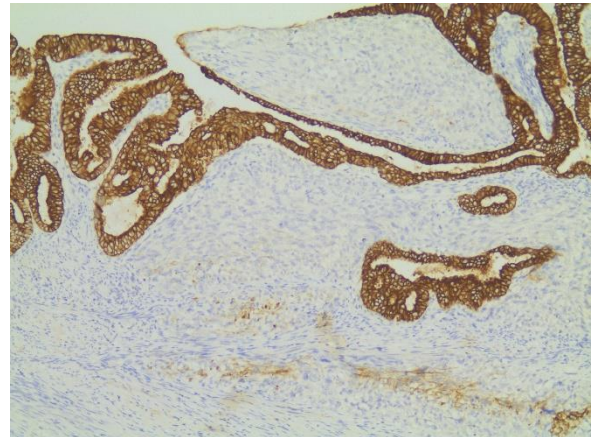
Resim 1: Sarkom komponenti içerisinde yüksek gradeli alanlar ve nekroz (yıldız) (H&E x100)



Resim 2: Endometrial adenokarsinom (yıldızlar) ile uterin sarkomun (kareler) myometriyum içerisinde karşılaştıkları ve birbirlerinin içerisine hafiften uzandıkları alanlar (H&E x40)



Resim 3: Vimentin pozitif sarkomatöz komponent kahverengine boyanmış olarak görülmektedir. Karsinomatoz glandlar negatiftir (immunohistokimya x100)

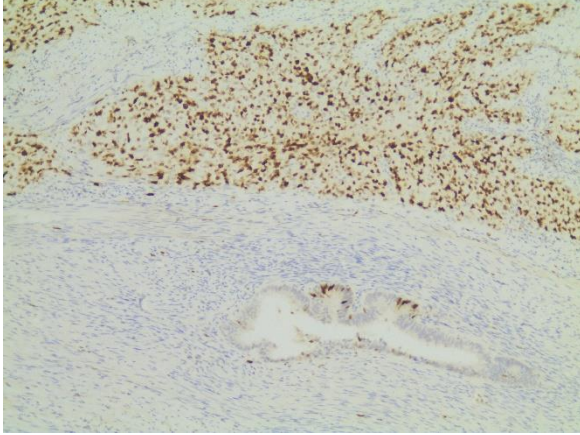


Resim 4: Karsinomatoz glandlar PanCK ile yaygın pozitif iken etrafındaki sarkomatöz komponent negatif boyanmıştır (Kahverengi renk pozitif reaksiyonu gösteriyor, immunohistokimya x100).

İkinci tariflenen kitleye uygulanan immunohistokimyasal çalışmada tümörde CK19, MSA ve SMA ile fokal pozitiflikler görüldü. Vimentin ve CD10 güçlü ve yaygın pozitif. Desmin, pansitokeratin ve kaldesmon negatif boyandı. Vimentin, karsinomatoz komponentte (ilk tariflenen kitle komponenti) negatiftir. PanCK ise yaygın pozitif boyanmıştır (Resim 3-4). Progesteron reseptörü (PR) tümör hücrelerinin %50' sinden fazlasında pozitif. Östrojen reseptörü (ER) tümör hücrelerinin %10-20' sinde hafif şiddette pozitif. CD31 ve CD34 ile yaygın damar invazyonları gösterildi. Ki-67 pozitifliği %80' ler civarındaydı (Resim 5).

Olgu iyi diferansiye endometrioid endometrial adenokarsinom (villoglandüler varyant) ve andiferansiye uterin sarkom olarak raporlandı.

Olgudaki kollizyon tümörünün (iyi diferansiye endometrial karsinom + andiferansiye uterin sarkom) endometrial karsinom komponenti TNM evreleme sistemine göre evre T2b (FIGO IIB) idi. Nükleer grade 1/3, yapısal grade 1/3 idi. Andiferansiye uterin sarkoma ait atipik tümör hücreleri batın sıvısında da tespit edildi.



Resim 5: Kollizyon tümöründe Ki-67 immunreaktivitesi sarkomatöz komponentte (resim üst kısmı) çok daha yaygındır. Resim alt kısmında karsinomatöz bir gland görülüyor (Kahverengi renk pozitif reaksiyonu gösteriyor, immunohistokimya x100).

TARTIŞMA

Kollizyon tümörleri kadın genital sisteminde oldukça nadirdir ve genellikle olgu sunumu şeklinde rapor edilmiştir (3).

Literatürde önceden bildirilen uterusun kollizyon tümörleri gözden geçirildiğinde birçoğu sarkom (uterin sarkom veya leiomyosarkom) ile bir adenokarsinomdan (endometrioid veya papiller seröz) oluşur (1). Ancak uterin sarkom ve endometrioid adenokarsinomdan oluşan uterusun kollizyon tümörlerinin sıklığı bilinmemektedir (3).

Literatürde 1959 yılında Danfort ve Evarston (4) uterusu karsinom ve sarkom birlikteliğinden bahsetmiştir. 1969 yılında Patwardhan ve ark. (5) 55 yaşında bir kadın hastada adenokarsinom ve yüksek dereceli sarkomdan oluşan uterusun kollizyon tümörünü bildirmiştir. Lifschitz ve ark. (6) tarafından 1987 yılında 69 yaşında bir kadın hastanın uterusunda iyi diferansiye adenokarsinom ve yüksek dereceli uterin

sarkomdan oluşan kollizyon tümörü rapor edilmiştir. En son 1999 yılında Lam ve ark. (3), 85 ve 45 yaşlarındaki iki kadın hastada FIGO grade 1 endometrial adenokarsinom ve yüksek dereceli uterin sarkom birlikteliği olan kollizyon tümörü bildirmiştir.

Endometrioid adenokarsinom ve uterin sarkom birlikteliğindeki kollizyon tümörleri malign mikst müllerian tümör (MMMT) ile karıştırılabilir. MMMT primer uterus malignitelerinin %5' inden azını, malign mezenkimal komponentli uterus malignitelerinin %50' sini oluşturur. MMMT' ler oldukça agresif tümörlerdir (7). WHO-2014 sınıflamasında mikst epitelyal ve mezenkimal tümörler başlığı altında yer almaktadır (8). Histolojik olarak hem mezenkimal hem de epitelyal bileşenlerden oluşmaktadır (9). Bu olguda mikroskopik incelemede mezenkimal ve epitelyal komponentte iki ayrı tümör tespit edilmiştir ve her iki komponentin birbirinden bağımsız olduğu gösterilmiştir. Birçok MMMT olgusunda immunohistokimyasal çalışmalarla mezenkimal komponentte epitelyal farklılaşma gösterilmiş iken bu olguda malign mezenkimal hücrelerde pansitokeratin ile boyanma görülmemiştir. Bu nedenle olgudaki farklı iki tümörün patolojik ve immunohistokimyasal özellikleri değerlendirildiğinde iki tümör komponentinin birbirinden bağımsız olarak uterusu bir kollizyon tümörü oluşturduğu görülmüştür.

Kollizyon tümörlerinin nadir görülmeleri sebebiyle ortalama sağ kalım süreleri hakkında net bir bilgi yoktur. Çoğu olguda yüksek dereceli uterin sarkom varlığı sağkalım süresini mezenkimal komponentin belirlediğini göstermektedir. Ancak yine de kollizyon tümörleri MMMT' lardan daha az agresiftir. Lam ve ark. (3) yaptığı çalışmada her iki komponentte de Ki-67 proliferasyon indeksinin yüksek olmasına rağmen kollizyon tümörünün MMMT' den daha az agresif olduğu görülmüştür (3). Bizim çalışmamızda da Ki-67 pozitifliği %80' ler civarında olmasına rağmen hasta 14 aylık

sağkalım göstermiştir.

Sonuç olarak uterusu endometrioid adenokarsinom ve andiferansiye uterin sarkomdan oluşan bir kollizyon tümörünün klinikopatolojik özellikleri bildirilmiştir. Bu özelliklere sahip tümörler MMT'ler kadar agresif seyretmemektedir ve MMT'lerden kesin ayırımının yapılması önemlidir.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Tanveer N, Gupta B, Pathre A, Rajaram S, Goyal N. A rare collision tumour of uterus squamous cell carcinoma and endometrial stromal sarcoma. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2017; 11(2): ED20-ED22
2. Jang KS, Lee WM, Kim YJ, Cho SH. Collision of three histologically distinct endometrial cancers of the uterus. *J Korean Med Sci* 2012; 27: 89-92.
3. Lam KY, Khoo US, Cheung A. Collision of endometrioid carcinoma and stromal sarcoma of the uterus: a report of two cases. *Int J Gynecol Pathol* 1999; 18: 77-81.
4. Danfort WC, III E. Sarcoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1959; 598-606.
5. Patwardhan JR, Gadgil RK. Collision tumor of the uterus. *Indian J Cancer* 1969; 6: 194-7
6. Lifschitz-Mercer B, Czernobilsky B, Dgani R, Dallenbach Hellweg G, Moll R, Franke WW. Immunocytochemical study of an endometrial diffuse clear cell stromal sarcoma and other endometrial stromal sarcomas. *Cancer* 1987; 59: 1494-9
7. Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM (eds). *Blaunstein's pathology of the female genital tract*. 6th ed., Springer-Verlag, New York, 2011; 426-30.
8. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, et al. *WHO classification of tumours of female reproductive organs*. 4th edn. Volume 6. Lyon, France: IARC Press, 2014.
9. Rosai J. *Rosai and Ackerman's surgical pathology, Volume 2*. 10th ed. Elsevier-Mosby, Edinburg, 2011; 1504-7.