

Asemptomatik vajinal akıntı ile belirlenen uterin karsinosarkom; nadir bir olgu*Uterine carcinosarcoma presented with asymptomatic vaginal discharge; a rare case***Serap Aynur Simavlı, Emel Bilici**

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Bolu

Özet

Karsinosarkom diğer adı ile malign mikst müllerian tümör (MMMT), nadir görülen, agresif seyirli, genelde postmenopozal yaşlarda oluşan bir neoplazidir. Karsinosarkom daha önceleri uterin sarkomların alt grubu olarak sınıflandırılmasına rağmen günümüzde metaplastik karsinom olarak kabul edilmektedir. 71 yaşındaki hasta 1 aydır olan şeffaf renkli akıntı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan transvajinal ultrasonografide endometriyum 28 mm, polipoid görünümde ve miyometriyum heterojen olarak izlendi. Hastaya probe küretaj yapıldı. Histopatoloji sonucu karsinosarkom olarak rapor edildi. Bu olgu sunumunda postmenopozal asemptomatik vajinal akıntı ile başvuran hastadaki uterin karsinosarkom vakası güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Uterin karsinosarkom, postmenopozal, vajinal akıntı

Abstract

Uterine carcinosarcoma also known as malignant mixed mullerian tumor (MMMT) of uterus is very rare but highly aggressive neoplasm that usually arises in postmenopausal age group. Carcinosarcoma is no longer classified uterine sarcomas subgroup. Today it is accepted as a metaplastic carcinoma. In this case we present a 71 year-old patient with 1-month history of pale vaginal discharge. Transvaginal ultrasonography revealed endometrial thickness of 28mm in polypoid appearance and myometrial heterogeneity. Endometrial curettage was performed. Hystopathologic result was reported as a carcinosarcoma. Here in we discussed an uterine carcinosarcoma of a postmenopausal woman who is represented with asymptomatic vaginal discharge according to the current literature.

Keywords: Uterine carcinosarcoma, postmenopausal, vaginal discharge

Giriş

Uterusun malign mikst müllerian tümörü (MMMT) olarak da bilinen karsinosarkom, genellikle postmenopozal yaş grubunda ortaya çıkan çok nadir ancak oldukça agresif seyirli malign epitelyal ve mezenkimal bileşenler içeren, bifazik görünümde bir tümördür (1). Karsinosarkom daha önceleri uterin sarkomların alt grubu olarak sınıflandırılmasına rağmen günümüzde metaplastik karsinom olarak kabul edilmektedir (2). 2009 Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics:FIGO) uterin karsinosarkomları endometriyum kanserleri içinde sınıflandırmıştır (3).

Agresif adjuvan tedavi stratejilerine rağmen, son kırk yılda hastalıkta sağkalım açısından ölçülebilir bir iyileşme olmamıştır. En önemli prognostik faktör tedavi sırasında hastalığın evresidir. Tümör uterus sınırını geçmişse sağkalım çok kötüdür. Diğer klinik ve patolojik parametrelerin prognostik etkisi tartışmalıdır Primer tedavi seçeneği cerrahidir (5).

Bu olgu sunumunda, asemptomatik vajinal akıntı ile presente olan oldukça nadir görülen uterin

karsinosarkomların özellikleri güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu

Gravida: 3, parite: 3, yaşayan: 2 ve 18 yıllık menopoza hikayesi olan 71 yaşındaki kadın hasta, bir ay önce başlayan şeffaf renkli akıntı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde, uterusun 8 haftalık cesamette, serviksin multipar nitelikte, yoğun akıntılı, hareketlerinin hafif ağrılı olduğu tespit edildi. Uygulanan transvajinal ultrasonografide, endometriyal kalınlık 28 mm polipoid görünümde ve miyometriyum heterojen olarak izlendi. Anemnezinde postmenopozal kanama veya sürekli olan pelvik ağrı şikayeti yoktu. Hastaya probe küretaj yapıldı. Makroskopik olarak yaklaşık 20 cc kahverengi-kırmızı renkli materyal izlendi. Endometriyal karsinom öntansı ile patolojiye gönderildi.

Histopatolojik incelemede tanı karsinosarkom şeklinde rapor edildi. Mikroskopik bulgular arasında atipik hücrelerin yer aldığı geniş fibrotik stroma alanları ile yer yer skuamoz metaplazi ve papiller yapılar oluşturmuş atipik epitelyal hücrelerin oluşturduğu tümöral yapılar yer almakta idi. Yapılan immünohistokimyal incelemede bu yapıla-

İletişim Bilgisi / Correspondence

Uzm. Dr. Serap Aynur Simavlı, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Bolu - Türkiye

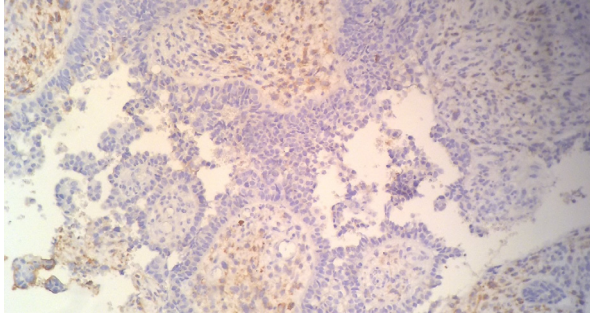
E-mail: serapsimavli@yahoo.com

Geliş tarihi / Received: 07.11.2012

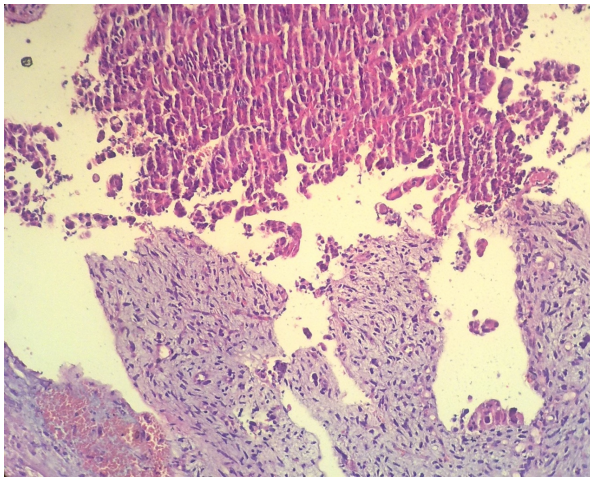
Kabul tarihi / Accepted: 20.11.2012

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None

rın keratin ile (+), epitelyal membran antijeni (EMA) ile (-) ve CD10 ile (+) olarak boyandığı izlendi (Resim1,2).



Resim 1. CD10(+) boyanan sarkoma hücreleri (CD-10 X 200 büyütme ile)



Resim 2. Düzensiz adenoid yapılar oluşturan karsinom alanları ve gevşek stroma içinde belirgin derecede pleomorfik iri-düzensiz nükleuslu, sitoplazma sınırları ayırt edilemeyen sarkomatöz tümör alanları bir arada (H&E x200)

Hasta dış merkezde opere oldu, tanı karsinosarkom olarak doğrulandı, ve hastaya kemoterapi verilmeye başlandı.

Tartışma

Uterus sarkomları ender görülen mezenkimal kaynaklı tümörlerdir. Uterus malignitelerinin %3-7'sini oluştururlar. İki farklı dokudan kaynaklanırlar: myometriyal kastan leiomyosarkom (LMS), endometriyal epitelden; mesodermal (müllerian) ve stromal sarkom gelişir (1,5).

Karsinomatöz ve sarkomatöz bileşenler içeren karsinosarkomların, uterin sarkomların en sık (yaklaşık 2/3) görüleni olduğu biliniyordu (5-6). Ancak revize FIGO 2009 sınıflaması uterin karsinosarkomları diğer uterin sarkomlardan ayrı ola-

rak endometrial kanserler ile birlikte sınıflamaktadır (Tablo1) (3). Günümüzde çoğu araştırmacı uterin karsinosarkomun saf bir sarkomdan ziyade endometriyal karsinomun varyantı olduğunu kabul etmektedir. Sarkomatöz bileşen epitelyal değişim veya metaplastik dönüşüm sonucu oluşmaktadır (6). Risk faktörleri, hastalık paterni, kemoterapi yanıtı, immünohistokimyasal ve moleküler çalışmalar karsinosarkomun endometriyal kanser varyantı olduğunu desteklemektedir. Fakat karsinosarkomların klinik sonuçları endometrioid adenokarsinomlardan daha kötüdür (2). Endometriyal karsinomun karsinosarkom olarak nüksünün görülmesi de epitelyal değişimi ve karsinosarkomun endometriyal kanserin varyantı olduğunu desteklemektedir (7).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda karsinosarkomların monoklonal tümörler olduğu gösterildi (8). Histolojik olarak hem sarkomatöz hem de karsinomatöz elemanlar içeren bifazik tümörlerdir. İmmünohistokimyasal olarak, epitelyal bileşen EMA, sitokeratin ve daha az oranda olmak üzere vimentin ile reaksiyon verir. Mezenkimal bileşende, vimentin, düz kas aktini (SMA), kas spesifik aktini, S-100 protein ve CD10 ile reaksiyon izlenebilirken, EMA ve sitokeratin ile de fokal reaksiyon saptanabilmektedir. Rabdomyosarkom içeren heterolog stromal bileşende ise Desmin ile reaksiyon izlenir (9). Bizim olgumuzda immünohistokimyasal olarak keratin (+), EMA (-), CD10 (+) olarak rapor edildi.

Genellikle ileri yaş postmenopozal kadınlarda görülür. En sık rastlanan semptom anormal vajinal kanamadır. Hastalar genellikle postmenopozal kanama şikayeti ile başvururlar (%50-75) ve bu semptom hastaların yaklaşık 2/3'ünde erken tanı konulmasını sağlar. Kanama dışında diğer sık rastlanan semptomlar, abdominal ağrı ve distansiyon (%20-30), menstrual düzensizlik (%15), üriner şikayetler (%10), ve barsak şikayetleridir (10). Olgumuz postmenopozal yaşta idi. Şimdiye kadar belirtilen semptomlardan farklı olarak bir aylık şeffaf renkli akıntı dışında herhangi bir şikayeti yoktu.

Karsinosarkom agresif seyirlidir ve tanı konulduğunda hastaların % 60 dan fazlasında uterus dışında hastalık mevcuttur. Cerrahi patolojik evre en önemli prognostik faktördür (5). Genellikle

tüm uterin kaviteyi dolduran polipoid kitle şeklinde gelişir, kanama ve nekroz sık görülür (6).

Doğum yapmamış olmak, östrojen hormon alımı, oral kontraseptif kullanımı, obesite ve özellikle pelvik radyasyon öyküsü risk faktörleridir (6). Bizim olgumuzun anemnezinde 5 yıl oral kontraseptif kullanımı dışında risk faktörü yoktu.

Uterin karsinosarkomlarının primer tedavisi cerrahidir. Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) standart cerrahi olarak kabul edilir. Ek olarak, uterin karsinosarkomlarda peritoneal sitoloji alınması, omentektomi, peritoneal örnekleme ve uygun tümöral debulking işlemlerini de içeren kapsamlı bir cerrahi evreleme yapılmalıdır. Bu olgularda lenf nodu metastazi riski yüksek olduğu için pelvik ve/veya paraaortik lenfadenektomi yapılmalıdır (10). 5 yıllık genel sağkalım oranları çeşitli serilerde %30-39 olarak bildirilmiştir. Tek tek değerlendirildiğinde; evre, grade, menapoz durumu, tedavi modeli ve yaş prognostik faktör olarak bulunmuş; ancak, hepsi birlikte incelendiğinde evrenin prognoz üzerine en etkin değişken olduğu tespit edilmiştir. Prognozu tahmin etmede ve tedavi planında en önemli belirleyici olduğundan evreleme sisteminin güvenilir ve objektif olması önemlidir (2). Agresif gidişi ve kötü prognozu nedeni ile adjuvan tedavilerin gerekli olduğu düşünülmüştür. Ancak şimdiye kadar çok etkili sistemik tedavilerin bulunamamış olması nedeni ile mevcut adjuvan tedavilerin yararlılığı tartışmaya açıktır (1).

Uterin karsinosarkom artık sarkom olarak değil sarkomatöz komponenti karsinomatöz bileşenden de-diferansiye olan metaplastik karsinom olarak kabul edilmektedir. Hala karsinosarkom tümör gelişimi net değildir, bunu belirlemek için daha fazla çalışmalar gereklidir. Hızlı progres gösteren, oldukça kötü prognoza sahip ve nadir görülen bu tümörler genellikle postmenopozal kanama ile prezente olmalarına rağmen erken dönemde akıntı ile de prezente olabilirler.

KAYNAKLAR

1. Brooks SE, Zhan M, Cote T, Baquet CR: Surveillance, epidemiology, and end results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989-1999. *Gynecol Oncol* 2004;93:204-208.
2. Tse KY, Crawford R, Ngan HY: Staging of uterine sarcomas. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011;25:733-749.
3. Prat J: Figo staging for uterine sarcomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;104:177-178.
4. Schweizer W, Demopoulos R, Beller U, Dubin N: Prognostic factors for malignant mixed mullerian tumors of the uterus. *Int J Gynecol Pathol* 1990;9:129-136.
5. Harlow BL, Weiss NS, Lofton S: The epidemiology of sarcomas of the uterus. *J Natl Cancer Inst* 1986;76:399-402.
6. McCluggage WG: Uterine carcinosarcomas (malignant mixed mullerian tumors) are metaplastic carcinomas. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:687-690.
7. Ferrandina G, Zannoni GF, Martinelli E, Vellone V, Prisco MG, Scambia G: Endometrial carcinoma recurring as carcinosarcoma: Report of two cases. *Pathol Res Pract* 2007;203:677-681.
8. Buza N, Tavassoli FA: Comparative analysis of p16 and p53 expression in uterine malignant mixed mullerian tumors. *Int J Gynecol Pathol* 2009;28:514-521.
9. Mikami Y, Hata S, Kiyokawa T, Manabe T: Expression of cd10 in malignant mullerian mixed tumors and adenocarcinomas: An immunohistochemical study. *Mod Pathol* 2002;15:923-930.
10. Gadducci A, Cosio S, Romanini A, Genazzani AR: The management of patients with uterine sarcoma: a debated clinical challenge. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008;65: 129-42.