

Uterus Adenosarkomu: Olgu Sunumu

Uterine Adenosarcoma: A Case Report

Sevil GÖKTAŞ¹, Mustafa YILDIRIM¹, Dinç SÜREN², Birsal TUTUŞ², Utku Dönem DİLLİ¹,
Mustafa YILDIZ¹

¹ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Antalya

² Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Antalya

Geliş Tarihi / Received: 27.09.2011

Kabul Tarihi / Accepted: 08.02.2012

ÖZET

Uterus adenosarkomları nadir görülen malignitelere dendir. Genelde postmenopozal dönemde görülmekte ve düşük malignite potansiyeli taşımaktadır. Malignite potansiyeli düşük olmasına rağmen cerrahi tedavi sonrası pelvik rekürrens sıklığı %20-25 oranında bildirilmektedir. Pelvik rekürrenslerin hemen hemen hepsinde myometrium invazyonu ya da sarkomatöz büyüme saptanmaktadır. Bu nedenle bu malignitelerin uterus malignitelerinin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması ve yüksek rekürrens oranı nedeni ile yakın takip edilmesi gerektiğini düşünürüz.

Anahtar Kelimeler: Uterus; adenosarkom; kanser.

ABSTRACT

Uterin adenosarcoma is a rare neoplasm. It usually seen in postmenopausal women and has low malignant potential. Despite its low malignant potential, 5 years pelvic recurrence rate is %25-30. Most of these recurrence have either myometrial invasion or sarcomatous growth. So, it must be keep in mind in the differential diagnosis of any uterin malignancies and close follow up is recommend its high recurrence rate.

Keywords: Uterine; adenosarcoma; cancer.

GİRİŞ

Adenosarkomlar uterusun nadir görülen malignitelerinden olup ilk kez 1974 yılında tanımlanmıştır. Histolojik olarak benign neoplastik glandüler epitel ve düşük dereceli sarkomatöz stroma içeren bifazik tümörlerdir. Genelde postmenopozal dönemde görülmekle birlikte düşük malignite potansiyeli taşımaktadır (1). Uterus malignitelerinin %2-3 'ünü sarkomlar oluşturmaktadır. Adeno-sarkomlar ise uterus sarkomları içinde %8 oranında görülmektedir (2). Hastalar sıklıkla kliniğe anormal vajinal kanama ile başvururlar. Kronik servisit, pelvik bölgede ağrı, serviksten vajene uzanan polipoid kitle, tekrar eden servikal polipler sık görülen semptom ve bulgulardır. Ayırıcı tanıda adenofibroma, atipik polipoid adenomyoma, karsinosar-

kom ve endometrial stromal sarkom düşünülmelidir (3).

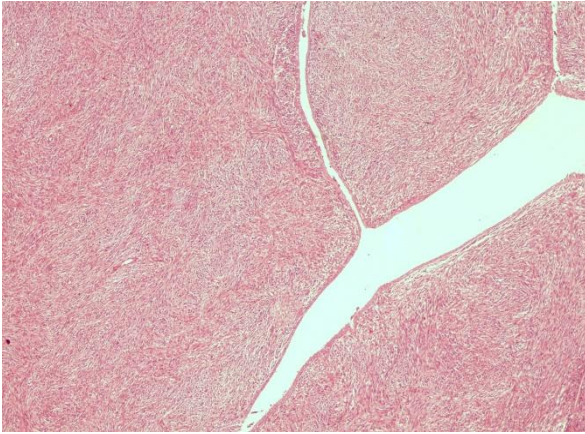
Bu yazımızda postmenopozal dönemde vajinal kanama nedeni ile başvuran ve adenosarkom tespit ettiğimiz hasta nadir görülen bir olgu olması nedeni ile güncel literatür eşliğinde tartışılacaktır.

OLGU SUNUMU

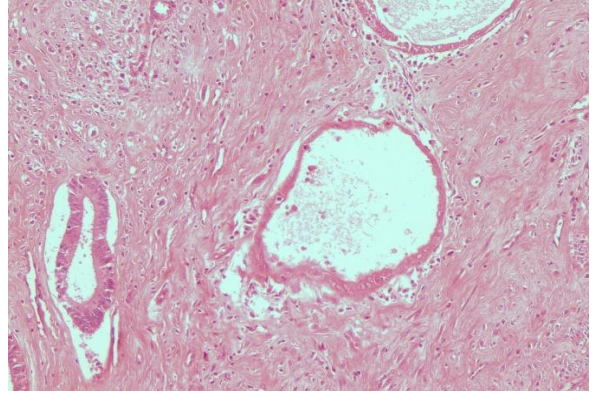
Postmenopozal dönemde ve bir yıldır ara ara lekelenme şeklinde vajinal kanaması ve son zamanlarda ortaya çıkan pelvik ağrı ile kliniğimize başvuran 67 yaşındaki hastanın jinekolojik muayenesinde uterus normalden büyük olarak saptandı. Ultrasonografik incelemede uterus boyutlarında artış saptandı. Uterin fundusta en büyüğü 3,5x2cm boyutlarında çok sayıda intramural myom nodülleri ve servikal bölgede endometriyumdan ayırt edilemeyen 3x2,5cm boyutlarında myom nodülü izlendi. Adneksiyel alanda patoloji

Yazışma ve tıpkı basım için iletişim: Dr. Mustafa Yıldırım
Adres: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği
Varlık mahallesi Kazım Karabekir cad. Soğuksu, 07050 Antalya
e-mail: mustafayildirim7@yahoo.com

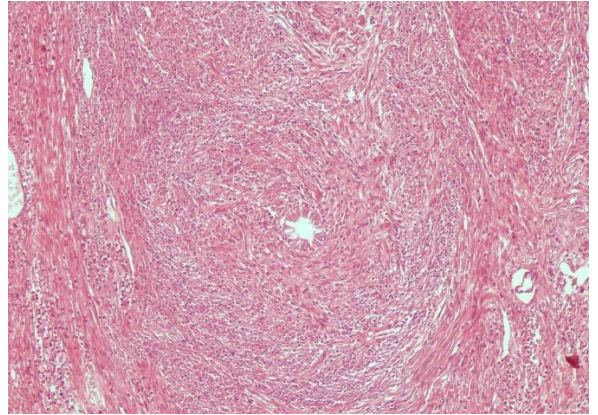
izlenmedi. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Patolojik değerlendirmede, uterus kavitesini doldurmuş büyüğü 4,5x3,5x4cm boyutlarında yumuşak kıvamlı, lobüle konturlu tümör izlendi. Tümör kesit yüzünde milimetrik kist yapıları, fokal hemoraji ve nekroz alanları izlendi. Hazırlanan kesitlerde düşük büyütmede yaprak benzeri yarıklanmalar ve abondan stroma varlığı memenin filloides tümörünü andırmaktaydı (Şekil I). Kistik yapıları ve glandları döşeyen epitel alçak kolumnar görünümde olup çok az alanda hafifi geçmeyen şiddette atipi izlendi (Şekil II) Stromal hücrelerde yer yer glandlar etrafında manşon tarzında sellülarite artımı görüldü (Şekil III). Stromal hücrelerde hafif-orta derecede pleomorfizm izlenmekle birlikte mitotik aktivite 10 büyük büyütme alanında (BBA) 14 olarak sayıldı (Şekil IV). Tümör hacminin yaklaşık olarak %5-10'unda nekroz izlendi. Myometriuma fokal bir alanda invazyon izlendi. Morfolojik olarak heterolog eleman yoktu. İmmünohistokimyasal incelemede stromal hücrelerde desmin ve düz kas aktin (SMA) ekspresyonu gözlemlendi. Olgu adenosarkom olarak değerlendirildi. Hastanın evreleme amaçlı yapılan toraks ve abdomen tomografilerinde patoloji tespit edilmedi. Hasta tedavisiz takip edilmektedir.



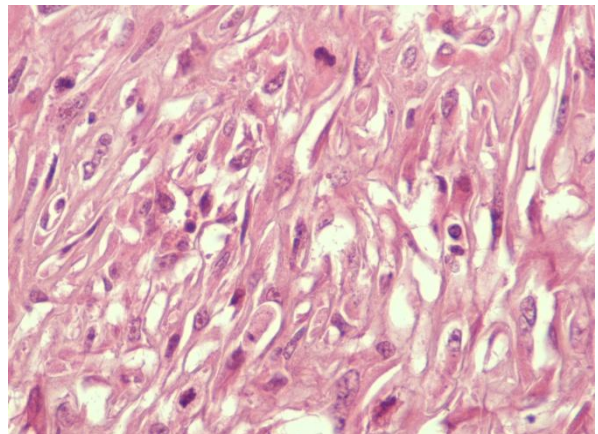
Şekil I: Yaprak benzeri yarıklanmalar ve abondan stroma varlığı (Hematoksilen & Eozin x40).



Şekil II: Kistik yapıları ve glandları döşeyen epitel alçak kolumnar görünümde olup çok az alanda hafifi geçmeyen şiddette atipi izlendi (Hematoksilen & Eozin x100).



Şekil III: Periglandüler "cuffing" veya "cambium" görünümü (Hematoksilen & Eozin x100).



Şekil IV: Stromal hücrelerde mitotik aktivite ve atipi (Hematoksilen & Eozin x400).

TARTIŞMA

Adenosarkomlar nadir görülen jinekolojik malignitelere dendir. Sıklıkla postmenopozal dönemde görülsede adölesan ve genç erişkin kadınlarda da görülebilmektedir. Over, douglas boşluğu, periton ve barsak yerleşimi de bildirilmiştir (4). Adenosarkomlar sıklıkla endometriyumdan gelişmekle birlikte, endoserviksten ve yüksek oranda adenomyozis odağından gelişebilir. Adenosarkomda izlenen en karakteristik bulgulardan biri stromal elemanların glandüler elemanlar etrafında konsantrik manşon şeklinde dizilimidir. Bu görünüme periglandüler "cuffing" veya "cambium" tabakası da denir. Sellüler alanlarda gland yoğunluğu azalmakla birlikte, maksimum nükleer atipi ve mitoz aktivitesi izlenir. Mitoz sayısı tümörden tümöre değişmekle birlikte genelde 10 büyük büyütme alanında ortalama 1 civarındadır. Ancak mitoz sayısı olgudan olguya geniş dağılım gösterebilir. Mitoz izlenmese de karakteristik yaprak benzeri görünüm ve periglandüler manşon tarzında dizilim ile adenosarkom tanısı verilebilir.

Patolojik ayırıcı tanıda en üst sırada bulunan adenofibromdan ayırımında stromal sellülaritenin belirgin olması, beraberinde periglandüler manşon varlığı, stromal hücrelerde hafif dereceden daha fazla atipinin olması önemlidir. Karsinosarkomda rahatlıkla tanılabilen diffüz dağılılan malign epitel elemanlar izlenir. Stromal elemanlar ise oldukça pleomorfik olma eğilimindedir. Periglandüler manşon şeklinde sellülarite artımı izlenmez. Bazı atipik polipoid adenomyomalarda düz kastan oluşan stroma düşük dereceli malignensi bulguları gösterebilir. Ancak atipik polipoid adenomyomalarda epitelyal elemanlarda daha fazla atipi, skuamöz differansiasyon alanları (akantotik morulla yapıları) ve bazı olgularda izlenen santral nekroz karakteristiktir. Endometriyal stromal sarkomlarda bazen tümörün kenarlarında endometriyal glandlar tuzaklanmış halde izlenebilir. Hem bu glandların tümör kenarında olması hem de periglandüler manşon yapılarının olmaması ile ayırıcı tanıya gidilebilir (5).

Myometrium invazyonu ve ekstrauterin yayılım prognozda önemlidir. Primer tümörde sarkomatöz büyüme, lenfovasküler invazyon, derin myometrial invazyon, uterus dışına yayılım uzak metastaz ve rekürrens için risk faktörleridir. Malignite potansiyeli düşük olmasına rağmen cerrahi tedavi sonrası pelvik rekürrens sıklığı %20 - 25 oranında bildirilmektedir.

Pelvik rekürrenslerin hemen hemen hepsinde myometrium invazyonu ya da sarkomatöz büyüme saptanmaktadır (3). SEER verileri kullanılarak yapılan 544 hastalık bir çalışmada tanı anında hastaların % 60'ı evre 1, %4,6'sı ise evre 4 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada uterus duvar invazyonu olan hastalarda 5 yıllık sağkalım % 63, uterus dışına yayılım olduğunda ise %50' den az, evre 4 hastalıkta ise %15 olarak rapor edilmiştir (6).

Adenosarkomların nadiren de olsa karsinosarkoma dönüşebildiği gösterilmiştir (7). Bu nedenle cerrahi tedavi esas olup diğer tedavi şekilleri de hastalığın evresine göre tedaviye eklenmelidir. Tedavide evre 1 hastalıkta total abdominal histerektomi ve bilateral adnektomi yeterli olurken myometrial invazyon ve sarkomatöz büyüme özelliğine göre hastalara adjuvan kimyasal tedavi önerilebilir. Genç hastalarda ise lokal eksizeyon ya da tek başına histerektomi önerilebilir. Evre 2 hastalıkta net bir tedavi yaklaşımı söz konusu olmasa da bu hastaların tedavisinde modifiye radikal histerektomi, bilateral adnektomi ve pelvik lenfadenektomi ile 56 aylık hastaliksız izlem bildirilmektedir (8). Evre 3 hastalıkta ise modifiye radikal histerektomi, bilateral adnektomi, omentektomi ve preoperatif ya da postoperatif kemoterapi ile 34-56 aylık hastaliksız izlem bildirilmiştir (9). Biz de hastamıza tanı anında evre 1 olduğu için total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi uyguladık. Sarkomatöz büyüme olmaması ve derin myometrial invazyon olmaması nedeni ile hastamıza cerrahiye ek bir tedavi uygulamadık.

Uterus adenosarkomlarının nadir görülmesine rağmen farklı klinik seyirleri nedeni ile uterus malignitelerinin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması ve yüksek rekürrens oranı nedeni ile bu hastaların yakın takip edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Clement PB. Müllerial Adenosarcoma of the Uterus with Sarcomatous Overgrowth: A Clinicopathological Analysis of 10 Cases. Am J Surg Pathol 1989;13:28.
2. Piura B, Rabinovich A, Meirovitz M, et al. Müllerial Adenosarcoma of the Uterus: Case Report and Review of Literature. Eur J Gynecol Oncol 2000;21:387-90.

3. Clement PB, Scully RE. Mullerian Adenosarcoma of the Uterus: a Clinicopathologic Analysis of 100 Cases With a Review of The Literature. *Hum Pathol* 1990;21(4):363-81.
4. Murugasu A, Miller J, Proietto A, et al. Extragenital Mullerian Adenosarcoma with Sarcomatous Overgrowth Arising in an Endometriotic Cyst in the Pouch of Douglas. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13(3):371-5.
5. Robboy's Pathology of the Female Reproductive Tract. Mesenchymal Uterine Tumors and Adenomyosis. 2nd edition, Elsevier Limited, 2009:440-43.
6. Arend R, Bagaria M, Lewin SN, et al. Long -Term Outcome and Natural History of Uterine Adenosarcomas. *Gynecol Oncol* 2010;119(2):305-8.
7. Seidman JD, Chauhan S. Evaluation of the Relationship Between Adenosarcoma Carcinosarcoma and Hypothesis of the Histogenesis Uterine Sarcomas. *Int J Gynecol Pathol* 2003;22(1):75-82.
8. Shi Y, Liu Z, Peng Z, et al. The Diagnosis and Treatment of Mullerian Adenosarcoma of the Uterus. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48(6):596-600.
9. Guidozi F, Smith T, Koller AB, et al. Management of Uterine Mullerian Adenosarcoma with Extrauterine Metastatic Deposits. *Gynecol Oncol* 2000;77(3):464-6.