

CASE REPORT/OLGU SUNUMU

Endometrial adenokarsinom ile senkron paraaortik lenf nodunda primeri bilinmeyen alt gastrointestinal sistem metastazı, sporadik olgu: Vaka sunumu

Detection rate of paratubal and Morgagni cyst in hysterectomy cases

 Özgün Ceylan¹

¹ Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Endometrial adenokarsinom ile senkron, primer organda semptom vermeden lenf nodu metastazıyla tanısı konulan alt gastrointestinal sistem (GIS) adenokarsinomu birlikteliği olgusunda literatüre katkı sağlamak

Olgu sunumu: Postmenapozal kanama şikayeti ile başvuran 75 yaşındaki multigravid hastaya tanı amaçlı terapötik endometrial küretaj yapıldı. Patoloji sonucu endometrial adeokarsinom ile uyumlu gelen hastanın preop ileri düzey radyolojik görüntülemeleri yapıldı. Görüntülemelerde alt GIS'te duvar kalınlığı ve paraaortik bölgede lenf nodu tutulumları saptanan hastaya endoskopi ve kolonoskopi yapılarak şüpheli alanlardan biyopsi yapıldı. Biyopsi sonuçlarında malignite saptanmayan hasta, lenf nodu metastazı olan endometrium kanseri olarak kabul edilip evreleme cerrahisi yapıldı. Nihai patoloji sonucunda uterusu endometrial adenokarsinom ile beraber paraaortik lenf nodunda alt GIS metastazı tespit edildi. Kalıtsal geçişli kanser sendromları açısından yapılan genetik incelemede genetik defekt saptanmadı. Adjuvan tedavi olarak endometrium için brakiterapi alan hastanın GIS taramaları çoklu kez tekrarlandı ve 12 aylık takip süresi içerisinde paraaortik bölgeye metastaz yapan primer odak saptanamadığı için GIS için adjuvan tedavi planlanmadı. Hastanın takibi mevcut haliyle herhangi bir nüks saptanmadan devam etmektedir.

Sonuç: Kalıtsal geçişli kanser sendromlarında birden fazla organda senkron (aynı anda) ve ya metakron (farklı zamanlarda) kanser gelişebilir. Bu sendromların en bilineni olan Lynch sendromunda tanı anında senkron tümör görülme sıklığı yaklaşık %17-30'dur. Genetik geçişli olmayan sporadik senkron tümörler ise çok daha nadirdir. Kolorektal kanserlerde paraaortik lenf nodu metastazı %2'den azdır, primer organda bulgu vermeden lenf nodu metastazıyla tanısı konulan kolorektal kanser olgularının görülme sıklığı ise bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Adenokarsinom, Endometrium, Gastrointestinal, Senkron

ABSTRACT

Aim: To contribute to the literature in the case of lower gastrointestinal system (GIS) adenocarcinoma coexisting synchronously with endometrial adenocarcinoma, which diagnosed with lymph node metastasis without symptoms in the primary organ.

Case presentation: A 75-year-old multigravid postmenopausal patient presented with abnormal uterine bleeding. Diagnostic and therapeutic endometrial curettage was performed. Histopathological evaluation revealed findings consistent with endometrial adenocarcinoma. Preoperative advanced radiological imaging was conducted, which demonstrated bowel wall thickening in the lower gastrointestinal tract and lymph node involvement in the para-aortic region. Subsequently, endoscopic and colonoscopic evaluations were performed, and biopsies were taken from the suspicious areas. No evidence of malignancy was found in these gastrointestinal biopsies. The patient was diagnosed with endometrial cancer with para-aortic lymph node metastasis and underwent surgical staging. Final pathology confirmed endometrial adenocarcinoma in the uterus, along with gastrointestinal-type metastasis in the para-aortic lymph node. Genetic testing for hereditary cancer syndromes revealed no detectable genetic mutations. As adjuvant treatment, the patient received brachytherapy for endometrial cancer. Multiple gastrointestinal screenings were repeated during the follow-up period. Since no primary gastrointestinal malignancy could be identified during the 12-month follow-up, no additional adjuvant treatment was planned for the gastrointestinal tract. The patient continues to be monitored, with no evidence of recurrence to date.

Conclusion: In hereditary cancer syndromes, multiple synchronous (simultaneous) or metachronous (sequential) malignancies can develop across different organ systems. Lynch syndrome, the most well-known of these syndromes, is associated with a synchronous tumor incidence of approximately 17-30% at the time of diagnosis. In contrast, sporadic synchronous tumors that are not genetically inherited are much rarer. Para-aortic lymph node metastasis in colorectal cancer is observed in less than 2% of cases. However, the incidence of colorectal cancers diagnosed solely through lymph node metastasis without detectable primary organ involvement remains unknown.

Keywords: Adenocarcinoma, Endometrium, Gastrointestinal, Synchronous

MAKALE GEÇMİŞİ

Geliş 15.04.2025

Kabul 27.05.2025

Sorumlu Yazar: Özgün Ceylan, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Ankara, Türkiye. E-mail: ozguncyln@hotmail.com **Nasıl Atf Yapılmalı:** Ceylan O. Endometrial adenokarsinom ile senkron paraaortik lenf nodunda primeri bilinmeyen alt gastrointestinal sistem metastazı: vaka sunumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2025;25 (1):18-23.

Dergi Websitesi: <https://dergipark.org.tr/pub/trsgo> **Yayıncı:** Cetus Publishing

GİRİŞ

Endometrial kanser, jinekolojik kanserler arasında en sık görülen malignitedir ve postmenopozal dönemde anormal uterin kanama en yaygın başvuru nedenidir. Erken evrelerde genellikle uterusla sınırlı kalmakta olup, prognozu genellikle iyidir. Ancak ileri evrelerde lenfovasküler invazyon, derin miyometrial invazyon ve özellikle paraaortik lenf nodu tutulumu gibi bulgular hastalığın seyrini belirleyici hale gelmektedir (1).

Endometrial kanserle birlikte görülebilen senkron tümörler, özellikle kalıtsal geçişli kanser sendromlarında dikkate alınması gereken önemli klinik entitelerden biridir. Lynch sendromu gibi DNA tamir genlerinde defekt ile seyreden sendromlarda, endometrium ve gastrointestinal sistem başta olmak üzere farklı organlarda senkron maligniteler izlenebilir (2). Ancak bu senkronite, sporadik olgularda da daha düşük oranlardadır.

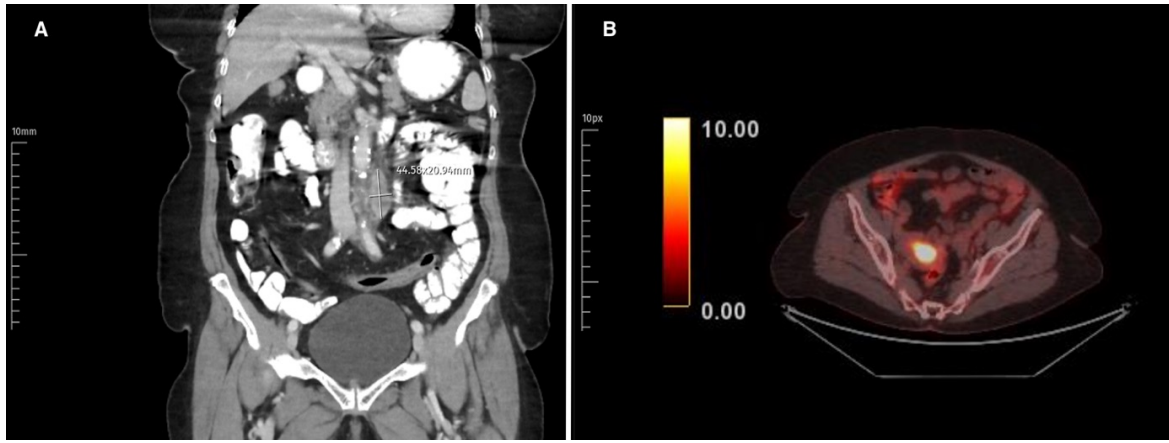
Kolorektal kanserlerde izole paraaortik lenf nodu metastazı nadir görülür ve genellikle ileri evre hastalıkla ilişkilidir. Metastatik yayılımın yönü ve paterni klinik yönetimi etkileyen faktörlerdendir. Daha da karmaşık olan senaryo ise, primeri bilinmeyen ancak metastaz ile saptanan tümör vakalarıdır. Paraaortik bölgede saptanan gastrointestinal tip metastaz varlığı olmasına rağmen primer tümörün gösterilememesi, tanı sürecinde primeri bilinmeyen kanser olasılığını gündeme getirmektedir (3).

Bu yazıda, endometrial adenokarsinom tanısı alan 75 yaşındaki bir hastada, paraaortik lenf nodunda gastrointestinal tipte metastaz saptanması, ancak primer gastrointestinal malignite tespit edilememesi ile seyreden nadir bir olgu sunulmakta ve literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş beş yaşında, 20 yıldır menapoz hikayesi olan multigravid hasta, 2 aydır olan postmenopozal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon olan hastada başka özellik yoktu. Fizik muayenede serviks atrofik görünümde, mens vafında minimal uterin kanama vardı. Transvajinal ultrasonografide uterus 55x40 mm boyutta, endometrial kavitede sınırları net ayırt edilemeyen yaklaşık 4 cm'lik kitle imajı mevcuttu, overler atrofikti. Laboratuvar tetkiklerinde tümör belirteçlerinden serum CA 15-3'teki ılımlı artış (CA 15-3: 36.8 U/ml, normal değeri <28.5 U/ml) dışında diğer belirteçler (CA 125, CA 19-9, CEA, AFP) normal referans aralığındaydı.

Hastaya tanı amaçlı terapötik endometrial küretaj yapıldı ve serviksten sıvı bazlı sitoloji (PAP smear testi) alındı. Sitolojisi malignite açısından negatif gelen, endometrial biyopsi sonucu endometrioid tip endometrial adenokarsinom, grade 1 gelen hastaya ileri radyolojik görüntüleme olarak kontrastli torako-abdominal tomografi çekildi. Tomografi sonucunda endometrial kavitede 34x28x40 mm (TRxAPxKK) boyutunda kaviteyi dolduran kitle izlendi, sağ kornu düzeyinde miyometrial invazyon tespit edildi. Paraçölyak, periportal, parakaval, interaortakaval, sol paraaortik ve her iki iliak zincirlerde en büyüğü sol paraaortik alanda 41x25x16 mm boyutunda nekrotik lenfadenopati-lenf nodları tespit edildi (**şekil 1A**). Rektumda ve rektosigmoid bileşkede yaklaşık 8 cm'lik segmentte en kalın yerinde 14 mm ölçülen şüpheli duvar kalınlığı izlendi. Bunun üzerine hastaya Pozitron Emisyon Tomografisi (PET-CT) çekildi ve sonucunda gastrointestinal sistemde patolojik FDG tutulumu saptanmadı (**şekil 1B**).



Şekil 1. Preop radyolojik görüntülemeler A) Kontrastli Bilgisayarlı Tomografi B) Pozitron Emisyon Tomografisi

Mevcut bulgular ışığında endometrium kanseri ile senkron kolorektal kanser şüphesi ile hastaya gastrointestinal sistem (GİS) taraması için endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Endoskopi işleminde aşikar malignite bulgusuna rastlanmadı, antrumdan biyopsi yapıldı ve sonucu kronik atrofik gastrit olarak raporlandı. Kolonoskopi işleminde aşikar malignite saptanmadı, şüpheli alanlardan çoklu biyopsiler alındı. Biyopsi sonuçları tübüler adenom, düşük dereceli displazi olarak raporlandı. Yapılan tetkikler sonucunda GİS'te malignite saptanmayan hasta, paraaortik lenf nodu metastazı olan endometrium kanseri olarak kabul edildi ve hastaya evreleme cerrahisi olarak total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu ve total omentektomi yapıldı.

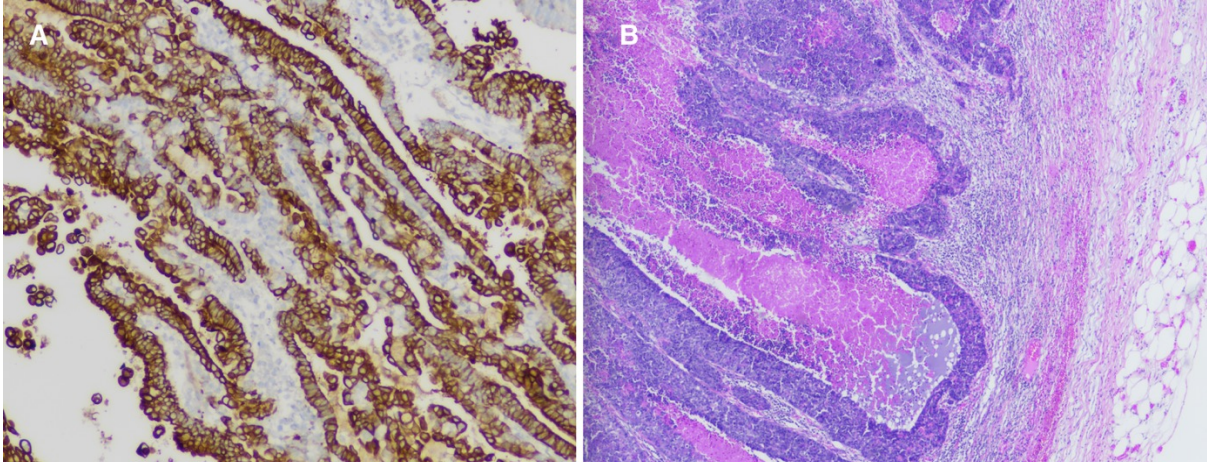
Histolojik incelemede, uterusu endometrial kaviteyi dolduran, 7x4 cm boyutunda, myometriumu %50'den fazla invaze eden, endometrioid tipte, grade 1 endometrial adenokarsinom tespit edildi. Lenfovasküler boşluk tutulumu izlenmedi, lenf nodları ve omentumda endometrial adenokarsinom metastazı izlenmedi. Eksize edilen 28 adet pelvik lenf nodunda metastaz saptanmazken,

27 adet paraaortik lenf nodundan birinde 3.2 cm çapında öncelikle alt GİS kaynaklı olduğu düşünülen adenokarsinom metastazı tespit edildi (şekil 2). Omentumda tümör saptanmadı.



Şekil 2. Lenf nodu diseksiyonu sonrası paraaortik retroperitoneal alanın intraop görüntüsü ve diseke edilen lenf nodlarının şematize edilmiş hali

İmmünohistokimya analizinde, endometrium



Şekil 3. İmmünohistokimyasal analizde A) CK7 ile diffüz pozitif boyanma B) Cam5.2 ile diffüz boyanma

için ER, PR ve CK7 ile diffüz pozitif boyanma (şekil 3a), p53 ile wild tipte boyanma mevcuttu. MLH1 ile kayıp mevcuttu, PMS2, MSH2 ve MS6 ile intakttı. Lenf nodu için Cam5.2 ve SATB2 ile kuvvetli diffüz boyanma (şekil 3b), CDX2 ile pozitif boyanma, P40 ve EMA ile fokal boyanma mevcuttu. Pax8, WT1, PR, ER, GATA3, CK20, CK7, S100 ve calretinin ile boyanma görülmedi. Lynch sendromu ön tanısıyla yapılan genetik incelemede herhangi bir genomik değişiklik saptanmadı.

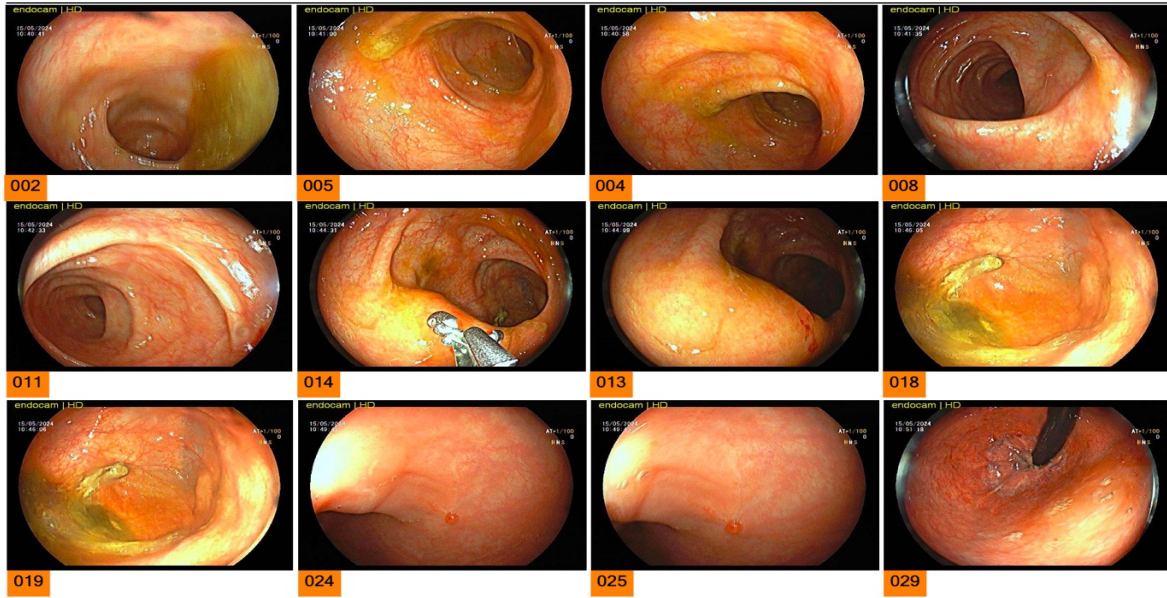
Histolojik, immünohistokimyasal ve genetik inceleme sonrasında hasta uterusu FIGO 2023 evre 1B endometrium kanseri ile senkron sporadik paraaortik lenf nodu metastazı olan alt GİS adenokarsinomu olarak değerlendirildi. Adjuvan tedavi olarak endometrium kanseri için 28 gün vajinal brakiterapi tedavisi aldı. İmmünohistokimya da MLH1 ile kayıp görülmesine rağmen genetik incelemede DNA diziliminde genomik değişiklik saptanmadığı için ek tedavi planlanmadı. Gastrointestinal sistem taraması için postop ikinci ayda tekrar endoskopi ve kolonoskopi yapıldı (şekil 4) şüpheli yerlerden biyopsi tekrarlandı ve malignite tespit edilmedi. Postop dördüncü ayda MR Enterografi ile değerlendirilen hastada rektosigmoid bölgede

simetrik duvar kalınlaşması görülmesi üzerine kolonoskopi üçüncü kez tekrarlandı, patolojik bulgu saptanmadı. Postop altıncı ay ve onuncu ay çekilen kontrol tomografilerinde rektumdaki duvar kalınlığı dışında başka patoloji ve ya nüks bulgusu izlenmedi. Gastrointestinal sistem taramasında primere yönelik odak bulunamadığı ve tümörün hangi organdan kaynaklandığı belirlenemediği için GİS'e yönelik adjuvan tedavi planlanmadı ve hasta üçer aylık intervallerle yakın takibe alındı. On iki aylık takip süresinde hasta halen sağ ve sağlıklıdır, nüks tespit edilmemiştir.

TARTIŞMA

Sunulan olgu, postmenopozal kanama ile başvuran ve endometrial adenokarsinom tanısı alan bir hastada, GİS tipte metastaz içeren paraaortik lenf nodlarının saptanması, ancak primer GİS tümörünün gösterilememesi ile dikkat çekmektedir. Bu klinik tablo, senkron tümör, metastatik yayılım paterni ve primeri bilinmeyen kanser olasılıkları açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Senkron tümörler, yani eş zamanlı veya kısa süre arayla saptanan iki ya da daha fazla primer malignite, özellikle kalıtsal kanser



Şekil 4. Kolonoskopi görüntüleri

sendromlarında daha sık görülmektedir. Lynch sendromu gibi herediter nonpolipozis kolorektal kanser durumlarında, tanı anında senkron tümör insidansı yaklaşık %17-30 düzeyinde bildirilmiştir (4). Bu hastalarda en sık etkilenen organlar kolorektal bölge, endometrium, mide ve üriner sistemdir. Sporadik olgularda ise senkronite oranı %2–5 arasında değişmektedir (5). Sunulan olguda, genetik analizlerde patojenik varyant saptanmaması ve aile öyküsünün olmaması nedeniyle, endometrial kanserin sporadik kökenli olduğu düşünülmektedir. Ancak paraaortik lenf nodundaki GİS tipte metastaz bulgusu, senkron tümör olasılığını gündeme getirmiştir.

Primeri bilinmeyen kanser olguları, metastatik hastalıkla başvuran fakat primer odak tespit edilemeyen, yaklaşık %3–5 oranında rastlanan klinik durumlardır (3). Paraaortik lenf nodu metastazı, primeri bilinmeyen kanser kapsamında nadir olarak bildirilmekle birlikte, genellikle GİS kaynaklı tümörlerden şüphelenilmektedir. Bu olgularda tedavi genellikle metastatik dokunun histolojik alt tipine ve immünohistokimyasal profiline göre

planlanmaktadır. Bizim hastamızda, detaylı endoskopik ve radyolojik değerlendirmelere rağmen primer GİS tümörü gösterilememiştir. Bu nedenle tedavi, bilinen endometrial adenokarsinom üzerinden planlanmış; adjuvan brakiterapi uygulanmış ve GİS'e yönelik ek tedavi, takip sürecinde primer tespit edilmediği için gerekli görülmemiştir.

Sonuç olarak bu olgu, endometrial adenokarsinom zemininde paraaortik lenf nodunda GİS tipi metastaz görülmesiyle dikkat çekmekte; tanı ve tedavide multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Kalıtsal kanser sendromları dışlanmış olsa da, senkronite ve primeri bilinmeyen kanser olasılığı göz önünde bulundurularak detaylı takip ve yeniden değerlendirme önem taşımaktadır.

BİLDİRİMLER

Çıkar Çatışması

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek

Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, vd. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. Int J Gynecol Cancer. Ocak 2021;31(1):12-39.
2. Valencia Cardona AF, Cruz Barbosa JS, Cortés Buelvas A. Synchronous adenocarcinoma of the endometrium and colon in a woman with Lynch syndrome associated with a mutation of the MSH6 gene. Rev Esp Patol. 10 Nisan 2025;58(3):100826.
3. Pavlidis N, Pentheroudakis G. Cancer of unknown primary site. The Lancet. 2012;379(9824):1428-35.
4. Takeda T, Banno K, Yanokura M, Anko M, Kobayashi A, Sera A, vd. Synchronous endometrial and ovarian cancer in Lynch syndrome with a MSH2 germline mutation: A case report. Mol Clin Oncol. Kasım 2018;9(5):479-84.
5. Buyukdogan M. Kolorektal kanserde genetik ve etiyolojik faktorler. Selcuk Tip Dergisi. 2009;25(3):171-80.