

## Servikal adenoid bazal karsinom: Olgu sunumu

### *Cervical adenoid basal carcinoma: Case report*

Ulaş Alabalık<sup>1</sup>, Uğur Fırat<sup>1</sup>, Ayşe Nur Keleş<sup>1</sup>, Gül Türkcü<sup>1</sup>, Zuhat Urukçı<sup>2</sup>, Elif Ağaçaayak<sup>3</sup>

#### ÖZET

Adenoid bazal karsinom serviks kanserlerinin %1'den azını oluşturan nadir bir tümördür. Çoğunlukla postmenapozal kadınlarda görülür. Makroskopik olarak bu tümörler genellikle büyük boyutlara ulaşmazlar. Mikroskopik olarak adenoid bazal karsinomlar palizat yapıları ile çevrili adalar yapan, üniform, yuvarlak, bazaloid hücrelerden oluşur. İmmünohistokimyasal olarak CAM 5.2, CK7, EMA ve CEA ekspres ederler. Birimize gönderilen TAH+BSO materyalinin değerlendirilmesinde uterus arka duvarı yerleşimli, 4x3x2 cm boyutlarında endoservikal yüzeyi ülsere kitle saptandı. Kitleden hazırlanan kesitlerin mikroskopik incelemesinde, şiddetli displazinin eşlik ettiği yüzey epiteli altında bazaloid hücrelerden oluşan tümöral yapı izlendi. Tümörün genelde periferde palizatlanma gösteren yuvalanmalar ve adacıklar tarzında gelişim sergilediği gözlemlendi. Tümör hücreleri hafif-orta derecede pleomorfizm ve atipi ile karakterize olup mitotik indeks düşük saptandı. İmmünohistokimyasal çalışmada CEA ve CK7 pozitif, HMWCK, vimentin, CD34 ve HPV18 negatif boyandı. Adenoid bazal karsinom vakaları tipik olarak lokal rekürrens, metastaz ve ölüme yol açmayan çok iyi prognoza sahip tümörlerdir. Hastamız 48. ayını doldurmuş olup herhangi bir nüks ve metastaz izlenmemiştir.

**Anahtar kelimeler:** Adenoid bazal karsinom, adenoid kistik karsinom, uterin serviks

#### GİRİŞ

Adenoid bazal karsinom serviks kanserlerinin %1'den azını oluşturan nadir bir tümördür. Çoğunlukla postmenapozal kadınlarda ve sıklıkla 55-75 yaşları arasında görülür. Tamamına yakını asemptomatiktir ve makroskopik olarak da görünür kitle oluşturmazlar, rutin kontroller esnasında Pap smearde servikal intraepitelyal neoplazi tanısı alırlar [1-3]. Tümör histomorfolojisi çevrede palizadik dizilim

#### ABSTRACT

Adenoid basal carcinomas are rare tumors that accounts for less than 1% of all cervical cancers. Generally they are seen in postmenopausal women. Macroscopically these tumors do not reach large sizes. Microscopically adenoid basal carcinomas are composed of uniform, round, basaloid cells that form nests surrounded by palisade formations. These tumors express CAM 5.2, CK7, EMA, and CEA immunohistochemically. In evaluation of the material referred to our unit, an ulcerated mass lesion that is located on uterine posterior wall is determined. On microscopic examination of sections prepared from the mass, under the surface epithelium accompanied by severe dysplasia, a tumoral formation composed of basaloid cells is observed. It is seen that the tumor demonstrate configurations of nests and islets which comprise generally peripheral palisading. When the tumoral cells are characterized by mild to moderate pleomorphism and atypia, the mitotic index is detected low. In immunohistochemical studies, the tumoral cells are positively stained with CEA and CK7, and negatively stained with HMWCK, vimentin, CD34, and HPV18. Adenoid basal carcinoma cases typically do not manifest with local recurrence or metastasis and have very good prognosis. Our case has filled 48 months after the diagnosis and any local recurrence or metastasis has not been observed. *J Clin Exp Invest 2014; 5 (4): 614-616*

**Key words:** Adenoid basal carcinoma, adenoid cystic carcinoma, uterine cervix

gösteren, üniform, bazaloid hücrelerin oluşturduğu solid adalar ile karakterizedir. Stromal yanıt yoktur ya da çok azdır. Hafif kromatin anomalileri, küçük nükleol ve seyrek mitoz görülebilir [4]. Vakamız, premenapozal dönemde olması, tümör çapının 4 cm'ye ulaşması ve tümörde ülserasyon görülmesi gibi adenoid bazal karsinomda nadir görülen özellikleri bünyesinde barındırmaktadır.

<sup>1</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, Diyarbakır, Türkiye

<sup>2</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji AD, Diyarbakır, Türkiye

<sup>3</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Diyarbakır, Türkiye

**Correspondence:** Ulaş Alabalık,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, Diyarbakır, Türkiye Email: ringerlaktat@hotmail.com

Received: 28.08.2014, Accepted: 05.11.2014

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014, All rights reserved

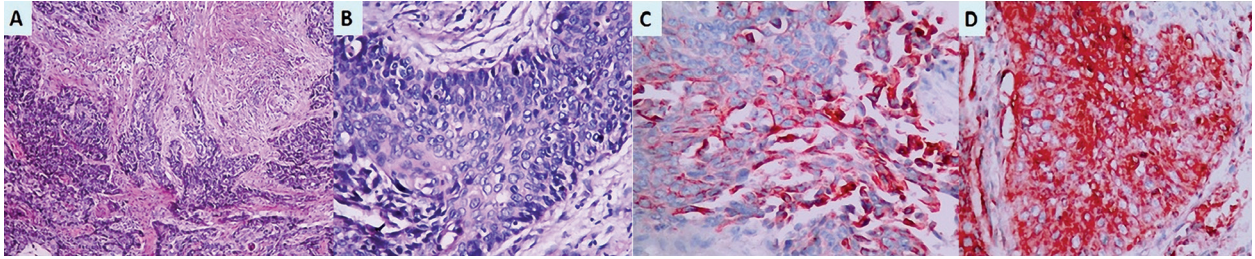
## OLGU SUNUMU

Vakamız düzensiz menstrüel kanama şikayetiyle başvuran, 48 yaşında kadın hastadır. Diyabetes mellitus, hiperkolesterolemi ve astma bronşiale öyküsü bulunan hastaya dış merkezde yapılan smear incelemesinde yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon tanısı verilmesi üzerine hastanemize başvurmuş, yapılan incelemelerde rutin hemogram, biyokimyasal tetkikler ve tümör belirteçlerinin olağan sınırlarda olduğu tespit edilmiştir. Ultrasonografik incelemede serviks arka duvarında 44x33 mm boyutlarında düzensiz sınırlı solid tümöral kitle izlenmesi üzerine hastaya total abdominal histerektomi + bilateral salpingoofektomi (TAH+BSO) ameliyatı yapıldı ve piyes patoloji laboratuvarımıza gönderildi.

Makroskopik incelemede serviks arka duvarı yerleşimli, 4x3x2 cm boyutlarında grimsi renkli, yüzeyi ülser, ortası çökük görünümlü tümöral lezyon saptandı. Tümör endometrial ve parametrial alanlara infiltrate değildi. Her iki over ve tuba olağan görünümdeydi. Mikroskopik değerlendirmede, şiddetli

displazi gösteren yüzey epiteli altında genelde yuvalanmalar ve adacıklar tarzında dizelenmiş, periferinde palizatlanma izlenen, hafif-orta derecede pleomorfizm ve atipi gösteren, 10 büyük büyütme alanında (BBA) 4 adet mitoz içeren, bazaloid hücrelerden oluşmuş tümöral yapı izlendi (Resim 1A, 1B). Tümörde skuamöz metaplazi alanı saptanmadı. Serviksin tamamı örneklediğinde tümörün serviksin ½'sinden azına infiltrate olduğu izlendi. Lenfovasküler invazyon ve nekroz görülmedi. İmmünohistokimyasal çalışmada Karsinoembriyjenik antijen (CEA) (Resim 1C) ve Sitokeratin 7 (CK7) (Resim 1D) pozitif, Yüksek Molekül Ağırlıklı Sitokeratin (HMWCK), vimentin, CD34 ve Human Papilloma Virüs 18 (HPV18) negatif boyandı. Klinik, histomorfolojik ve immünohistokimyasal özellikleri bir arada değerlendirildiğinde vaka "adenoid bazal karsinom" olarak rapor edildi.

Hastaya yapılan genel vücut taramasında metastaz saptanmadı ve takip dışında ek bir tedavi önerilmedi. Hastanın 48 aydır devam eden rutin tetkik ve taramalarında nüks ve metastaz saptanmamış olup takipleri devam etmektedir.



**Resim 1.** A. Küçük, düzensiz sınırlı, periferinde palizatlanma izlenen tümör yuvaları (H&E,X100), B. Tümör yuvalarını oluşturan üniform, küçük, atipisi ve mitotik indeksi düşük bazaloid hücreler (H&E,X400) C. Tümör hücrelerinde CEA pozitifliği (CEA,X400) D. Tümör hücrelerinde CK7pozitifliği (CK7,X400)

## TARTIŞMA

Adenoid bazal karsinom serviksin çok nadir, yaş ilerleyen, genelde postmenapozal dönemdeki Afro-Amerikan kadınlarda görülen bir tümörü olmakla birlikte son yıllarda Asyalı kadınlarda da rapor edilmektedir [5,6]. Vakamızın premenapozal dönemde olmasının çoğunlukla postmenapozal dönemde tanı alan bu tümör için dikkat çekici bir özellik olduğunu düşündük. Hücresel kökeni net bilinmemekle birlikte, immünohistokimyasal ve elektron mikroskopi bulguları serviksin rezerv hücrelerinden geliştiğini desteklemektedir [7,8]. Diğer serviks karsinomları gibi viral etkinin önemli olduğu ve özellikle HPV ile ilişkili olabileceği gösterilmiş, en sık olarak da HPV16 ile ilişkilendirilmiştir [9].

Makroskopik olarak bu tümörler genellikle büyük boyutlara ulaşmazlar. Teramoto ve ark. serilerinde adenoid bazal karsinomlarda ortalama boyutu 0,8 cm, skuamöz karsinom komponent içeren adenoid bazal karsinomlarda ise 0,9 cm olarak belirlenmişlerdir [10]. Nadir vakalarda indurasyon, erozyon, ülserasyon gibi servikal mukoza anormallikleri izlenebilir [11]. Vakamızda tümörün en büyük çapının 4 cm'ye ulaşması yanı sıra ülserasyon görülmesi de adenoid bazal karsinomlarda nadir rastlanılan durumlar olduğundan dikkate değer bulunmuştur.

Adenoid bazal karsinom endoservikal kanal yüzeyine ulaşmaz ve genellikle endoservikal mukoza epiteli ve gland epitelinde intraepitelyal lezyon eşlik edebilmektedir. Nadir olarak displastik skuamöz epitelden de köken alabilirler. Mikroskopik olarak

üniform, yuvarlak, bazaloid hücrelerin oluşturduğu, kenarında palizatlanmalar görülen yuvalanmalar şeklinde karşımıza çıkar. Bu palizadik adaların orta kısımlarında fokal glandüler ve skuamöz diferansiyasyon alanları görülebilir. Desmoplastik reaksiyon görülmez. Mitotik aktivite düşük olup her 10 büyük büyütme alanında 0-9 arasında değişmektedir. Nekroz, vasküler invazyon ve perinöral invazyon görülmez [4,11]. Vakamızda da benzer şekilde kenarında palizatlanmalar bulunan, uniform bazaloid hücrelerin oluşturduğu çok sayıda küçük yuvalanmalar şeklinde dizelenmiş, mitotik aktivitesi düşük (10 BBA'da 4 adet), vasküler ve perinöral invazyon göstermeyen nekrotik alan bulundurmeyen tümöral lezyon tespit ettik. Vakamızda lezyona eşlik eden skuamöz metaplazi alanı yoktu. Adenoid bazal karsinomlar immünohistokimyasal olarak CAM 5.2, CK7, EMA ve CEA ekspresyon ederler [2,8]. Vakamıza uyguladığımız immünohistokimyasal boyalardan CEA ve CK7 pozitif, HMWCK, CD34, vimentin ve HPV18 negatif boyandı.

Adenoid bazal karsinom ayırıcı tanısı başta Adenoid kistik karsinom olmak üzere bazaloid skuamöz hücreli karsinom ile yapılmalıdır. Tümör küçük boyutlarda olduğunda adenoid bazal hiperplazide aklımıza gelmelidir. Adenoid bazal hiperplazide yuvalanmalar 0.5 mm'den daha küçük, bazal membran devamlı ve lezyonun çevresindeki servikal epitel korunmuştur. Adenoid kistik karsinomlar büyük lezyon yapma eğilimindedirler. Mikroskopik olarak adenoid bazal karsinomun tümör yuvalanmalarından daha büyük nodül yapma eğilimindedirler ve kribriform patern ile hiyalen silindirler, kalın bazal membran görülür. Yüksek mitotik indeks, nekroz, perinöral ve vasküler invazyon sıklıkla görülür [12]. Vakamızda mitotik indeksin düşük olması, nekroz ve vasküler invazyon olmaması yanı sıra kribriform patern sergileyen alanlar izlenmemesi nedeniyle adenoid kistik karsinom tanısı dışlanmıştır. Bazaloid skuamöz hücreli karsinom da adenoid bazal karsinomların özellikle skuamöz diferansiyasyon gösterenleri ile ayırıcı tanısı yapılması gereken bir lezyondur. Bazaloid skuamöz hücreli karsinomlarda çoğu zaman izlenen keratin üretimi ve lezyonun solid yapıda olması ayırıcı tanıda yararlıdır [12]. Vakamızda skuamöz diferansiyasyon izlenmemesi ve lezyonun solid görünümde olmaması nedeniyle bazaloid skuamöz karsinom yönünde düşünülmemiştir.

Adenoid bazal karsinom vakaları tipik olarak lokal rekürrens, metastaz ve ölüme yol açmayan çok iyi prognoza sahip tümörlerdir [2]. Hastamız 48. ayını doldurmuş olup herhangi bir nüks ve metastaz izlenmemiştir.

Sonuç olarak, servikal adenoid bazal karsinom nadir görülen genital sistem tümörü olup özellikle tedavisi, prognozu çok farklı olan ve morfolojik olarak benzerlik gösteren adenoid kistik karsinomdan ayırıcı tanısının dikkatli olarak yapılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Baggish MS, Woodruff JD. Adenoid-basal carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1966 28:213-218.
2. Hart WR. Special types of adenocarcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Pathol* 2002;21:327-346.
3. Wells M, Ostor AG, Crum CP, et al. Epithelial Tumours. In *Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and female genital organs*. Volume 5. Edited by: Tavassoli FA, Devilee P. Lyon: IARC Press; 2003:262-286.
4. Lefrancq T, de Muret A, Michalak S, et al. Adenoid basal carcinoma and adenoid cystic carcinoma of the uterine cervix. *Ann Pathol* 1997;17:196-199.
5. Yoshida T, Fujiwara K, Shimizu M, et al. Adenoid basal carcinoma of the cervix uteri: a case report. *Pathol Int* 1997;47:775-777.
6. Hiroi M, Fukunaga T, Miyazaki E, et al. Adenoid basal carcinoma of the uterine cervix: a case report with ultrastructural findings. *Med Electron Microsc* 2000;33:241-245.
7. Senzaki H, Osaki T, Uemura Y, et al. Adenoid basal carcinoma of the uterine cervix: immunohistochemical study and literature review. *Jpn J Clin Oncol* 1997;27:437-441.
8. Grayson W, Taylor LF, Cooper K. Adenoid cystic and adenoid basal carcinoma of the uterine cervix: comparative morphologic, mucin, and immunohistochemical profile of two rare neoplasms of putative 'reserve cell' origin. *Am J Surg Pathol* 1999;23:448-458.
9. Parwani AW, Simith Sehdev AE, Krman RJ, et al. Cervical adenoid basal tumors comprised of adenoid basal epithelioma associated with various types of invasive carcinoma: clinicopathologic features, human papilloma virüs DNA detection, and p16 expression. *Hum Pathol* 2005;36:82-90.
10. Teramoto N, Nishimura R, Saeki T, et al. Adenoid basal carcinoma of the uterine cervix: report of two cases with reference to adenosquamous carcinoma. *Pathol Int.* 2005;55:445-452.
11. Brainard JA, Hart WR. Adenoid basal epitheliomas of the uterine cervix. A reevaluation of distinctive cervical basaloid lesions currently classified as adenoid basal cell carcinoma and adenoid basal cell hyperplasia. *Am J Surg Pathol* 1998;22:965-975.
12. Grayson W, Cooper K. A reappraisal of 'basaloid carcinoma' of the cervix, and the differential diagnosis of basaloid cervical neoplasms. *Adv Anat Pathol* 2002;9:290-300.