

Mesanenin osteosarkom komponenti baskın sarkomatoid karsinomu*Bladders osteosarcoma component dominant sarcomatoid carcinoma*

Burcu Kemal Okatan*, Beyhan Mollamehmetođlu*, Ali Ertan Okatan**

* Kanuni Eđitim Arařtırma Hastahanesi, Patoloji Bۆlümü, Trabzon

** Karadeniz Teknik Üniversitesi, Üroloji AD, Trabzon

Özet

Mesanenin sarkomatoid karsinomu (SK) malign epitelyal ve sarkomatöz komponentler içeren nadir bir tümördür ve tüm invaziv mesane tümörlerinin %3'ünü oluşturur. Literatürde şimdiye kadar çok az miktarda osteosarkom komponentli karsinosarkom bildirilmiştir. Olgumuz 83 yaşında erkek hasta makroskopik hematüri, dizüri, pelvik ağrı şikayeti ile üroloji polikliniğine başvurmuştur. Histopatolojik çalışmada osteosarkom komponent %99, epitelyal komponent %1 oranında olan karsinosarkom olarak değerlendirilmiş ve immünohistokimyasal çalışmalarla teyid edilmiştir. Bu bulgularla olguya sarkomatoid karsinom (osteosarkom komponenti baskın) tanısı verilmiştir. SK'lar tanı sırasında sıklıkla ileri evre tümörlerdir ve agresif seyir gösterirler. Patologların mesanenin bifazik tümörlerinin ayırıcı tanısında sarkomatoid karsinomu dikkate almaları doğru ve hızlı tanı için önemlidir.

Pam Tıp Derg 2015;8(3):247-250

Anahtar sözcükler: Sarkomatoid karsinom, Osteosarkom komponent, ürotelyal karsinom.

Abstract

The Sarcomatoid carcinoma of bladder (SC) is an unusual tumour which has malignant epithelial and sarcomatoid components and it composes 3% of all invasive bladder tumours. In literature, carcinosarcoma with osteosarcoma component has been rarely reported up to now. In our case, an 83-year-old male patient has consulted to urology service with complaints of macroscopic hematuria, dysuria and pelvic pain. In histopathological study, it has been evaluated as carcinosarcoma that has 99% osteosarcoma component and 1% epithelial component and it has been confirmed by immunohistochemical studies. The diagnosis of sarcomatoid carcinoma (osteosarcoma component is dominant) has been accepted with these findings. SCs are often advanced stage tumours at the time of diagnosis and they show an aggressive progress. It is important for the pathologists to take the sarcomatoid carcinoma in to account in the differential diagnosis of biphasic tumour of bladder for right and fast diagnosis.

Pam Med J 2015;8(3):247-250

Key words: Sarcomatoid Carcinoma, Osteosarcoma Component, Urothelial Carcinoma.

Giriş

Mesanenin sarkomatoid karsinomu (SK) malign epitelyal ve sarkomatöz komponentler içeren nadir bir tümördür ve tüm invaziv mesane tümörlerinin % 3'ünü oluşturur [1-3]. Bu tümörler karsinosarkom, heterolog sarkomatoid karsinom, gerçek malign mikst tümör, bifazik sarkomatoid karsinom ya da heterolog diferansiyasyonlu sarkomatoid karsinom gibi birçok farklı terminoloji ile rapor edilmiştir [4]. Dünya Sağlık örgütünün 2004 sınıflaması,

epitelyal ve mezenşimal diferansiyasyonun morfolojik ve/veya immünohistokimyasal kanıtını gösteren üriner sistemin tüm bifazik malign tümörleri için sarkomatoid karsinom teriminin kullanılmasını önermektedir [3]. Literatürde şimdiye kadar çok az miktarda osteosarkom komponentli sarkomatoid karsinom bildirilmiştir. Olgumuzda osteosarkom komponenti %99, epitelyal komponenti %1 olan sarkomatoid karsinom vakası literatür bilgileri eşliğinde sunulmaktadır.

Burcu Kemal Okatan

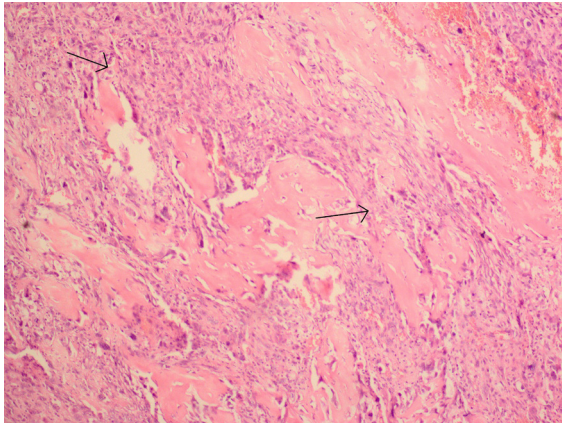
Yazışma Adresi: Kanuni Eđitim Araştırma Hastahanesi, Patoloji Bۆlümü, Trabzon
e-mail: burcukemal61@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 07.08.2014

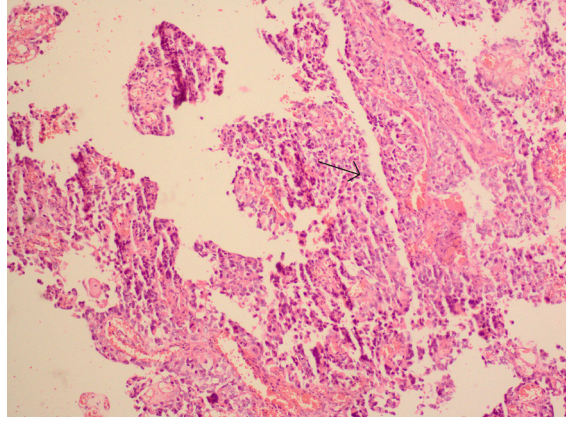
Kabul tarihi: 15.12.2014

Olgu sunumu

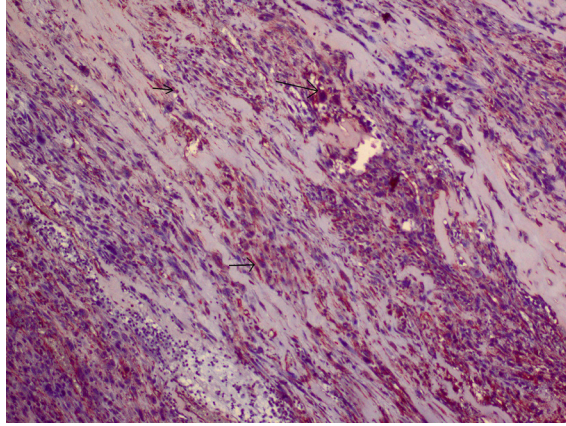
83 yaşında erkek hasta makroskopik hematüri, dizüri, pelvik ağrı şikayetleri ile üroloji polikliniğine başvurdu. Yapılan sistoskopesinde, mesanede yüzeyden kabarık sert yapıda kalsifikasyonlar içeren, soliter-hemorajik tümöral lezyon saptanması üzerine hastaya transüretral rezeksiyon uygulandı. Makroskopik incelemede 30 cc hacminde, içerisinde sert yapılar içeren, gri-beyaz renkte kürete materyal izlendi. Materyalin histopatolojik incelemesinde, geniş alanlarda koagülatif tip tümör nekrozu görüldü. Mevcut tümör alanının % 99'unu malign osteoid matrikste gömülü, oldukça pleomorfik, hiperkromatik nükleuslu, tuhaf görünümlü, yer yer atipik mitozlar içeren, içi hücrelerden oluşan osteosarkom alanı (Resim 1), %1'lik kısmını da fibromüsküler stromada tabakalanma, kohezyon kaybı ve sık mitotik aktivite artışı ile karakterli, atipik ürotelyal hücrelerden oluşan epitelyal komponent (Resim 2) oluşturmaktadır. Osteosarkomatöz alanda, tümör kas tabakasına invazidir. İmmünohistokimyasal (İHK) çalışmada osteosarkomatöz alanlarda vimentin (+) (Resim 3), düz kas aktini (+), S 100 (-), pansitokeratin (panCK) (-) (Resim 4), sitokeratin 20 (CK 20) (-) sonuç vermiştir. Epitelyal alanda panCK (+) (Resim 5), epitelyal membran antijeni (EMA) (+), CK20 (+), vimentin (-) sonuç vermiştir. Bu bulgularla olguya osteosarkom komponenti baskın sarkomatoid karsinom tanısı verilmiştir.



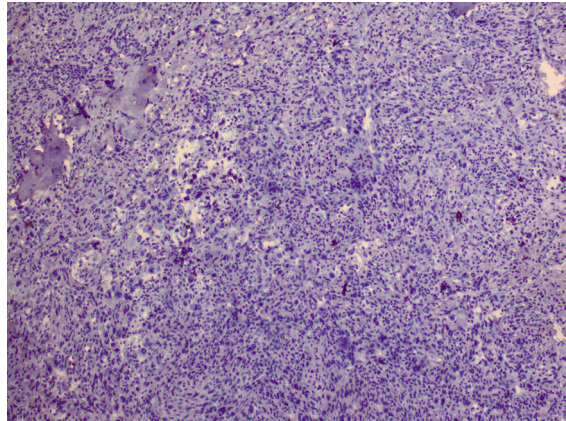
Resim 1: Malign osteoid matrikste gömülü, oldukça pleomorfik, hiperkromatik nükleuslu, tuhaf görünümlü, yer yer atipik mitozlar içeren osteosarkom alanı (HE, x10)



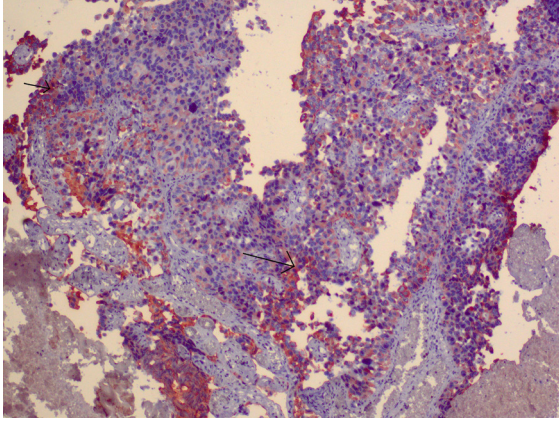
Resim 2. Atipik ürotelyal hücrelerden oluşan epitelyal komponent (HE, x10)



Resim 3. İmmünohistokimyasal çalışmada osteosarkomatöz alanlarda vimentin pozitifliği (x10)



Resim 4. İmmünohistokimyasal (İHK) çalışmada osteosarkomatöz alanlarda pansitokeratin (panCK) negatifliği (x 10)



Resim 5. Epitelyal alanda panCK pozitifliği (x10)

Tartışma

Sarkomatoid Karsinomlar (SK) 'lar vücudun herhangi bir yerinde görülebilmekle birlikte özellikle genitoüriner sistemde karşımıza çıkan nadir ve agresif tümörlerdir [1]. En yaygın şekilde kadında postmenopozal uterusu ve erkekte mesanede görülmektedir. Genellikle 60 yaş ve üzeri hastalarda görülür ve erkeklerde kadınlardan daha yaygın ortaya çıkmaktadır [4,5]. Osteosarkom komponentli sarkomatoid karsinom oldukça nadirdir ve literatürde yalnızca 40 vaka rapor edilmiştir [6]. Bunlarda lokal rekürrens çok sıktır ve lezyonun tamamının rezeksiyonu çok zordur [6]. Sarkomatoid tümörlerdeki tanısal özellikler, görülme yaşları ve klinik yakınmalar mesaneinin ürotelyal karsinomlarına benzerdir ve en sık yakınma makroskopik hematüridir [1,7]. Bizim olgumuzda da hasta öncelikle hematüri şikayeti ile üroloji polikliniğimize başvurmuştur.

Sıklıkla yayınlarda sarkomatoid kanser ve karsinosarkom deyimleri eş anlamlı kullanılmaktadır. Buna göre bazı çalışmalarda olgular sarkomatoid karsinom ve karsinosarkom şeklinde ayrı ayrı gruplar olarak belirtilse de günümüzde tanısal, sağkalım ve klinik gidiş özellikleri açısından bu ayrımın pratik olmadığı görülmektedir [7]. SK'lar malign mezenşimal ve epitelyal komponentlerin bir arada görüldüğü bifazik tümörlerdir [8]. Sarkomatoid alanlar genellikle kondrosarkom, fibrosarkom, leiomyosarkom, rabdomyosarkom veya osteosarkom olabilecek iken karsinomatöz alanlar yüksek dereceli ürotelyal karsinom, skuamoz hücreli karsinom ya da adenokarsinom olabilirler. Bizim olgumuzda, sarkomatöz alanı %99 oranında osteosarkom oluşturur iken karsinomatöz alanları %1'lik kısım ile yüksek dereceli ürotelyal karsinom oluşturmaktadır. Genellikle tanı hematoksilen

eozin kesitleriyle rahatlıkla konur. Ancak nadiren tanı zorlukları yaşanmaktadır. Bu durumda immünohistokimyasal çalışmalara başvurulur. Bu tümörlerde karsinomatöz komponent sadece epitelyal bileşeni destekleyen panCK, EMA ve CK 20 gibi boyalarla pozitifken sarkomatöz komponentte fokal olarak boyanabilir [1] ya da boyanmaz. Vakamızda osteosarkom alanlarında aradaki malign stromada vimentin (+), düz kas aktini (+), panCK (-); epitelyal alanlarda panCK (+), vimentin (-) sonuç vermiştir. İHK çalışmada epitelyal ve sarkomatöz alanların kesin bir sınırla ayrılması karsinosarkom olarak düşündürse de [9], yapılan son sınıflamada ikisinin aynı antite olduğu vurgulanmaktadır [3,7].

Ayrıca tanıda osseoz metaplazi gösteren ürotelyal karsinomlar, primer osteosarkom ve non-neoplastik olarak polipoid sistitis glandülaris, ayrıca postoperatif iğsi hücreli nodül ve inflamatuvar psödötümör yer almaktadır [6]. Yoğun mitotik aktivite, atipik mitoz varlığı ve pleomorfizm olguda non-neoplastik lezyonları; osteoid alanların malign görünümde olması ancak eşlik eden yüksek dereceli ürotelyal karsinom odağının mevcudiyeti primer osteosarkomu ekarte etmemize sebep olmuştur.

Sarkomatöz tümörlerde görülen epitelyal komponent genellikle yüksek derecelidir, bu tümörler genelde ileri evrededir ve hastalık seyirleri de kötüdür [4,7,11]. Bizim olgumuzda da epitelyal komponent çok küçük bir odakta yüksek dereceli ürotelyal karsinom olarak temsil edilmiştir. SK'lar tanı sırasında sıklıkla ileri evre tümörlerdir [4,12] ve agresif seyir gösterirler [13]. Bir çalışmada radikal sistektomi ameliyatı sonrası takiplerde hastaların tamamının primer hastalığa bağlı metastazlar nedeniyle ortalama 13.4 ayda kaybedildiği görülmüştür [7].

Cerrahi rezeksiyon primer tedavi seçeneğidir [4,5]. Adjuvan radyoterapi ya da kemoterapinin yararı görülmektedir [4,11]. Agresif gidişli bu tümörde metastaz kaçınılmazdır. Olgumuzda hasta radikal sistektomi açısından değerlendirilmesi için üroloji polikliniğine yönlendirilmiştir.

Sonuç olarak, materyalimizde %99 oranında osteosarkom alanının olması ve sadece %1'lik kısımda yüksek dereceli ürotelyal karsinom odağının olması nedeniyle patologların primer mesane osteosarkomu tanısı koymadan önce bol örnekleme yaparak SK tanısını ekarte etmeleri gerekmektedir. Mesaneinin bifazik tümörlerinin ayrıca tanısında sarkomatoid karsinomu dikkate almaları doğru ve hızlı tanı için önemlidir. Ürologların bu nadir, agresif tümörün farkında olmaları gerekmektedir.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Tan A, Ünal E, Özdemir NÖ, Çelen İ. Sarkomatoid carcinoma of the urinary bladder: case report. J of Clin and Anal Med 2012;1401: 1-3
2. Erdemir F, Uluocak N, Tunç M, Özcan F, Gökçe Ö, Kılıçaslan I. Mesanenin sarkomatoid karsinomu. Türk Ürol Derg 2006;32:462-66
3. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editors. World health organization classification of tumors. Pathology and genetics of tumor of the urinary system and male genital organs. 1st ed. Lyon:IARC Press, 2004. p:102
4. Şen Türk N, Zümrütbaş A E , Acar C, Aybek Z. Üreterin primer sarkomatoid karsinomu. Ege Tıp Derg 2012;51:129-133
5. Perimenis P, Athanasopoulos A, Gerathy J, Speakman M. Carcinosarcoma of the ureter: a rare, pleomorphic, aggressive malignancy. Int Urol Nephrol 2003;35:491-493.
6. Akoluk A, Barazani Y, Slova D, Shah S, Tareen B. Carcinoma of the bladder: case report and review of the literature. Can Urol Assoc J 2011;5:E69–E73.
7. Erdemir F, Uluocak N, Tunç M, Öcan F, Gökçe Ö, Kılıçaslan I. Mesanenin sarkomatoid kanseri. Türk Ürol Derg 2006;32:462-466.
8. Lopez-Beltran A, Paselli A, Rothenberg HJ, Wollan PC, Zincke H, Blute ML, et al. Carcinosarcoma and sarkomatoid carcinoma of the bladder: clinicopathologic study of 41 cases. J Urol 1998;159:1497-1503.
9. Uygun N, Demirkesen C, Özbay G ve ark. Mesane karsinosarkomu: bir olgu sunumu. Ankara Patoloji Bülteni 1995;12:45-47.
10. Zachariadis C, Efthimiou I, Giannakopoulos S, et al. A case report of urinary bladder carcinosarcoma and review of the literature. Case Rep Urol, 2011;2011:1–3.
11. Darko A, Das K, Bhalla RS, Heller D. Carcinosarcoma of the ureter: report of a case with unusual histology and review of the literature. Int J Urol 2006;13:1528-1531.
12. Busby JE, Brown GA, Tamboli P, et al. Upper urinary tract tumors with nontransitional histology: a single-center experience. Urology 2006;67:518-523.
13. Baschinsky DY, Chen JH, Vadmal MS, Lucas JG, Bahnson RR, Niemann TH. Carcinoma of the urinary bladder- an aggressive tumor with diverse histogenesis. a clinicopathologic study of 4 cases and review of the literature. Arch Pathol Lab Med 2000;124:1172-8.