

ENDOMETRİAL KANSER CERRHAHİSİNİ TAKİBEN İNTRAABDOMİNAL DESMOİD TÜMÖR GELİŞİMİ: OLGU SUNUMU

Dr. Göksu Göç¹, Dr. Salih Taşkın¹, Dr. Saba Kiremitçi², Dr. Korhan Kahraman¹, Dr. Fırat Ortaç¹

ÖZET

Desmoid tümörler müskulo-aponevrotik dokudan köken alan benign tümörlerdir. Bu olguda, endometrium kanseri nedeniyle radikal cerrahi sonrası desmoid tümör gelişimi tanımlanmaktadır. Kitle, ön tanıda endometrial kanser rekürrensi olarak düşünülmüştür. Postoperatif 53 ay takip edilen olguda rekürrens gözlenmemiş ve ek tedavi ihtiyacı olmamıştır. Endometrium kanserlerinde, hastalığın evresi erken olsa dahi, tedavi sonrası gelişen abdominal veya pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında desmoid tümörler çok nadir bir neden olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Desmoid; Endometrial Kanser; Fibromatosis.

ABSTRACT

Desmoid tumors are benign-like tumors originating from musculo-aponeurotic tissue. In this report, a desmoid tumor in a patient who underwent radical surgery for endometrial carcinoma is described. The mass lesion was thought as a recurrence of the endometrial cancer. No further treatment was applied and no recurrence observed during 53 months at the postoperative follow up. In patients with abdominal or pelvic mass developing after treatment of endometrial cancer even if it's early-stage, desmoid tumor should be considered as a rare condition in differential diagnosis.

Key Words: Desmoid; Endometrial Cancer; Fibromatosis.

Giriş

Desmoid tümörler (agresif fibromatozis olarak da bilinirler) yavaş gelişen müskulo-aponevrotik dokudan köken alan benign karakterde, ancak lokal agresif davranışları ve uzak metastaz potansiyelleri nedeniyle malign tümörler olarak sınıflandırılırlar. Bu olgu sunumunda, endometrial karsinom nedeniyle radikal cerrahi yapılan bir hastadaki desmoid tümör gelişimi tanımlanmıştır.

OLGU SUNUMU

59 yaşında kadın hasta, sağ alt kadranda 2 ay içinde gelişen şişlik ve buna eşlik eden sağ alt ekstremiterde ödem bulgularıyla kliniğimize başvurdu. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide iliak damarları ve

üreteri pelvis sağ yarıya iten, mesaneyi sola deplase eden 10 x 8 x 7 cm'lik kitle lezyonu izlenmiştir. Sağ renal pelvis ve üreterin proksimal kısmı pelvisteki kitlenin basısına bağlı olarak dilate görünümde izlenmiştir. Tümör belirteçleri (Ca 125, Ca 15-3, Ca 19-9, Ca 72-4, CEA) normal sınırlarda saptanmıştır. Olguya iki sene önce endometrial adeno karsinom (FIGO Grade 2, Endometrioid tip) nedeni ile total abdominal histerektomi, bilateral salpingooforektomi, bilateral pelvik-paraaortik lenf nodu disseksiyonu ve omentektomi kapsayan evrelendirme cerrahisi yapılmıştır. Yaklaşık 20 yıl öncesinde ise sezaryen ve myomektomi öyküsü bulunmaktadır. Hastalığın evresi 2009 FIGO sistemine göre evre 1A saptanması nedeniyle hastaya herhangi bir adjuvan tedavi uygulanmadı.

Geliş tarihi: 28/10/2011

Kabul tarihi: 13/11/2011

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum1 Anabilim Dalı, ANKARA

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ANKARA

İletişim: Dr. Göksu Göç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 06100 Cebeci, ANKARA

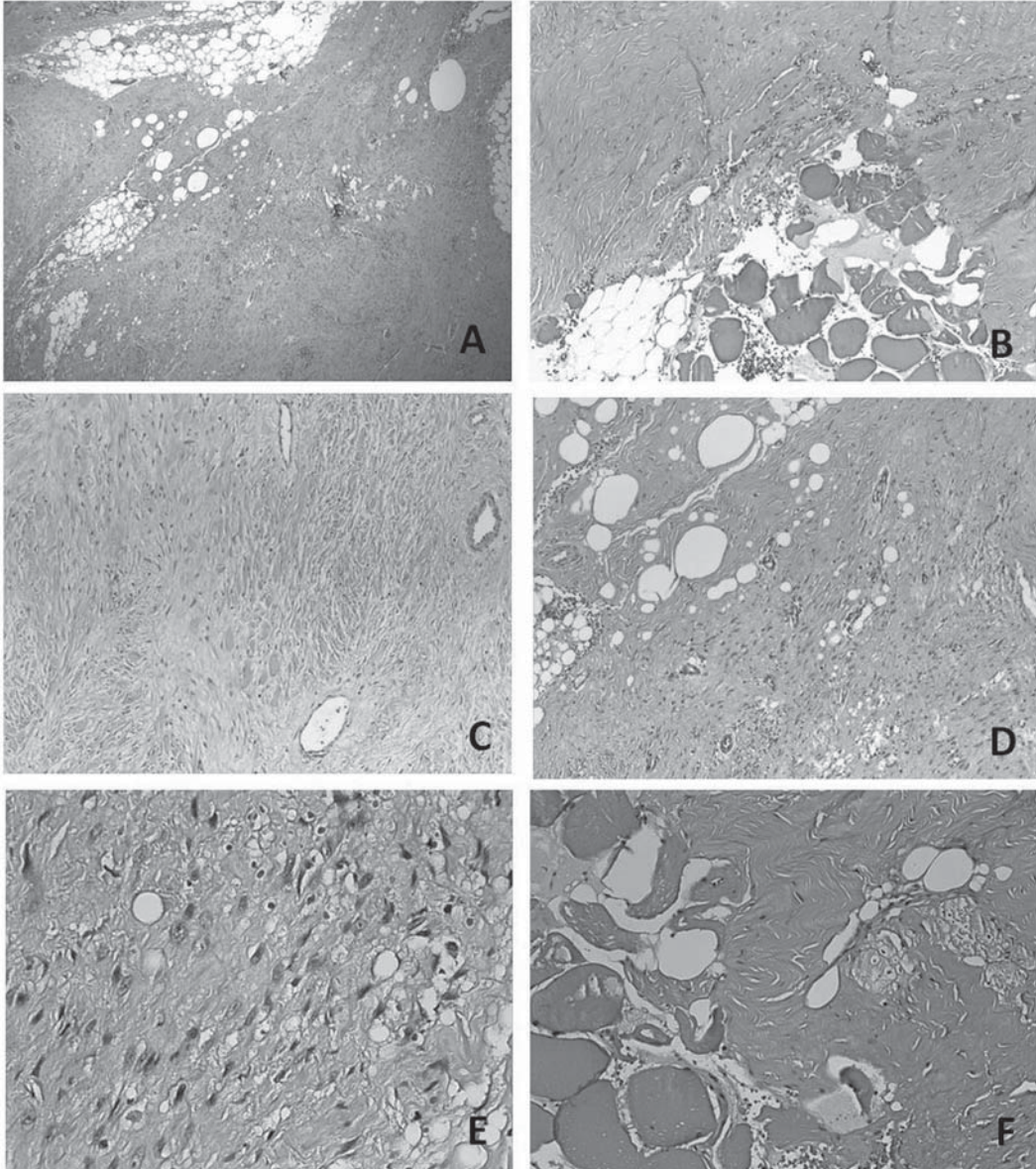
Tel: +90 533 7334915

Email: goksu.goc@gmail.com

Kitle lezyonu endometrial kanserin rekürrensi olarak düşünülerek cerrahi planlandı. Operasyon öncesinde üriner traktüse double j stent yerleştirildikten sonra laparotomi ile kitle lezyonu eksize edildi. İntraoperatif gözlemede kitlenin pelvis sağ yan duvardan geliştiği, mesane ve sağ internal iliak artere ve süperfisyel yapılara invazyon yaptığı gözlemlendi. Lezyon, çevre dokulardan keskin ve künt diseksiyonlarla eksize edildi.

Patolojik değerlendirmede makroskopik olarak elastik komponentin sürekliliği ile birlikte, beyazım-

sı düzensiz yüzeyle kapsülsüz doku şeklinde saptandı. Histopatolojik değerlendirmede miyofibroblast görünümündeki içgic hücreleri ile birlikte değişen düzeylerde kollajen, lipomatöz ve aynı zamanda çizgili kas dokusunun infiltratif büyüme paterni gösterdiği saptandı (Şekil 1). Proliferasyon gösteren içgic hücreleri sitolojik olarak malignensi karakteri taşımamakta ve mitotik aktivitesi düşük gözlenmektedir (<1 mitoz/10 HPF). Nihai patoloji agresif fibromatozis, diğer bir ifadeyle desmoid tümörle uyumlu saptandı.



Şekil 1

TARTIŞMA

Desmoid tümör vücudun herhangi bir bölümünde gelişebilmekle birlikte, desmoid tümör lokalizasyonu için başlıca üç anatomik bölge tanımlanmıştır: (i) ekstremiteler, (ii) karın duvarı, (iii) mezenter ve ince barsaklar. Myofibroblastların progresyonda kritik bir öneme sahip olduğu bilinmektedir. Desmoid tümörler genellikle sporadik olarak saptanmaktadır. Kadınlarda ve erken adölesan dönemde daha sıktır. Familial polipozis (gardner sendromu), gebelik gibi yüksek östrojenik durumlar ve travma (özellikle cerrahi travma) desmoid tümör gelişimiyle ilişkili öne sürülen faktörlerdir (1-3). Erken evre endometrium kanserinde rekürrens ihtimali düşüktür ve rekkürrenselerin bu büyüklükte bir kitleyle prezente olması oldukça ilginçti. Desmoid tümörlü hastaların klinik prezentasyonu sıklıkla, abdominal şişlik, ağrı ya da üreter, mesane veya barsak gibi organların basısına bağlı sekonder bulgularla olmaktadır. Radyolojik olarak bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme, tedavi öncesi çevre dokuyla tümör ilişkisini ve yapıları invazyonu değerlendirmek amaçlı yapılmalıdır. Desmoid tümörü, diğer yumuşak doku tümörlerinden ayıran spesifik bir radyolojik tanı yöntemi bulunmamaktadır.

Desmoid tümör histopatolojik olarak monoklonal fibroblast artışı ile karakterizedir. Fibroblastlar lezyonun periferinde yerleşme eğilimindedir ve sellülarite düşüktür. İmmunohistokimyasal incelemeye ihtiyaç duyulabilmektedir. Vimentin, actin ve beta-katenin genellikle pozitifken, desmin, sitokeratin ve s-100 negatif saptanmaktadır (4).

Temel tedavi cerrahi rezeksiyon iken, radyoterapi ve sistemik tedavi de kombine olarak kullanılabilir.

Anti-estrojenler, non-steroidal anti inflamatuvar ilaçlar, sitotoksik ajanlar, tirozin kinaz inhibitörleri de desmoid tümörlerin sistemik tedavisinde kullanılmaktadır (5). Kemoretapi, tamoksifen ve gen terapisi, adjuvan tedavi olarak tercih edilebilecek alternatiflerdir. Tüm bu tedavilere rağmen desmoid tümörlerde rekürrens riski, rezeksiyon sınırlarına bağlı olarak değişmekle birlikte %20-75 arasında saptanmaktadır (5). Yaptığımız çalışmada Türkçe ve İngilizce literatürde daha önce rapor edilmiş endometrial kanser sonrası gelişen desmoid tümör olgusu saptayamadık.

Sonuç olarak, endometrium kanseri sonrasında ortaya çıkan abdomino-pelvik kitlelerde, hastalık erken evrede olsa dahi, desmoid tümörler nadir bir neden olarak düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lopez R, Kemalyan N, Moseley HS et al. Problems in diagnosis and management of desmoid tumors. *Am J Surg* 2009;159:450-453.
2. Sakorafas GH, Nissotakis C, Peros G. Abdominal desmoid tumors. *Surg Oncol* 2007;16:131-142.
3. Schlemmer, M. Desmoid tumors and deep fibromatoses. *Hematol Oncol Clin North Am* 2005; 19:565.
4. Lazar AJ, Tuvin D, Hajibashi S, et al. Specific mutations in the beta-catenin gene (CTNNB1) correlate with local recurrence in sporadic desmoid tumors. *Am J Pathol* 2008;173:1518-1527.
5. Fiore M, Rimareix F, Mariani L, et al. Desmoid-type fibromatosis: a front-line conservative approach to select patients for surgical treatment. *Ann Surg Oncol* 2009;16:2587-2593.
6. Sakorafas GH, Nissotakis C, Peros G. Abdominal desmoid tumors. *Surg Oncol* 2007;16:131-142.