










To cite this article: Kalyoncu R, Sinaci S, Aykanat Y, Tasci T, Karalok A, Cavusoglu D, Tapisiz OL, Turan T, Tulunay G. Primary gastric adenocarcinoma mimicking metastasis in a patient with advanced-stage endometrial adenocarcinoma. Turk J Womens Health Neonatol 2019; 1: 26-29

■ Olgu Sunumu

İleri evre endometriyum adenokanseri olan bir olguda metastazı taklit eden primer mide adenokanseri

Primary gastric adenocarcinoma mimicking metastasis in a patient with advanced-stage endometrial adenocarcinoma

Rukiye Kalyoncu^{1,2} , Selcan Sinacı^{1,3} , Yeliz Aykanat^{1,4} , Tolga Taşçı^{1,5} , Alper Karalök^{1,6} 
Deniz Çavuşoğlu⁷ , Ömer Lütfi Tapisız^{*1} , Taner Turan¹ , Gökhan Tulunay^{1,8} 

¹Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bölümü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Burdur Devlet Hastanesi, Burdur

³Perinatoloji Bölümü, Ankara Şehir Hastanesi, Ankara

⁴Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul

⁵Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Park Göztepe Hastanesi, İstanbul

⁶Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Liv Hospital/Ulus, İstanbul

⁷Patoloji Bölümü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

⁸Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, TOBB ETU Tıp Fakültesi, Ankara

Öz

Kliniğimizde ileri evre endometriyum kanseri nedeniyle opere olan ve adjuvan kemoterapi tedavisi uygulanan, operasyondan 6 ay sonra mideye metastaz geliştiği düşünülen ancak yapılan tetkikler sonucunda primer mide adenokanseri olduğu belirlenen bir olgunun sunulması planlandı. Amaç endometriyum kanseri nedeni ile takip ve tedavisi yapılan hastaların başka organlarındaki lezyonlarının metastaz yönünde düşünülürken, primer başka bir maligniteye de bağlı olabileceğinin vurgulanmasıdır. Beş yıldır menopozda olan 53 yaşındaki olgu postmenopozal vajinal kanama şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Endometriyal örneklemesinde malign epitelyal tümör saptanan hastaya tip 2 histerektomi + bilateral salpingooforektomi + bilateral retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu + karaciğer biyopsisi yapıldı. Postoperatif patoloji sonucu Evre IVB (FIGO 2009) endometrioid tip Grade III endometriyum kanseri, karaciğerde adenokanser metastazı olarak raporlandı. Adjuvan 6 kür Karboplatin-Paklitaksel kemoterapisi alan hasta son kemoterapisinden 6 hafta sonra melena şikayetiyle gastroenteroloji bölümüne başvurdu. Yapılan endoskopisinde midesindeki şüpheli ülserle lezyondan biyopsi alınan hasta batında yaygın asit ve genel durum bozukluğu nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Mide biyopsi sonucu adenokanser olarak belirlenen hastada endometriyum kanserinin mideye metastazı düşünüldü. İmmunohistokimya boyama ile değerlendirilen mide biyopsi preparatlarında lezyonun primer mide adenokanseri olduğu saptandı. Bunun üzerine operasyon sırasında karaciğerdeki metastatik lezyonlardan alınan biyopsi materyalleri tekrar değerlendirildi; adenokarsinom metastazı, primeri mide/endometriyum ayırt edilemiyor olarak sonuçlandı. Hasta palyatif bakım için uygun bir merkeze refere edildi. Sonuçta; hastada primer endometriyal malignite saptandığında başka bir primer malignitenin de olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca primer maligniteye yönelik tedavi sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek lezyonlar her zaman metastaz yönünde düşünülmemeli, başka bir primer malignitenin gelişebileceği ihtimali her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Endometriyum adenokarsinomu; mide adenokarsinomu; metastaz, taklit etmek

Sorumlu Yazar*: Ömer Lütfi Tapisız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
e-posta: omertapisiz@yahoo.com.tr

ORCID: 0000-0002-7128-8086

Received: 11.12.19 Accepted: 28.12.19

Abstract

We planned to present a case that had undergone surgery for advanced-stage endometrium cancer and had adjuvant chemotherapy for it. Six months after the surgery, she was determined to have gastric metastasis, but after examinations, she was considered to have a primary gastric adenocancer. The objective is to emphasize that lesions, in other organs of the patients who are followed and treated for endometrial cancer, may be associated with other primary malignancies while they are thought to be a metastasis. A-53-year-old patient, who had been in menopause for five years, was admitted to our clinic with a complaint of postmenopausal vaginal bleeding. Type 2 hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, bilateral retroperitoneal lymph node dissection, and a liver biopsy were performed after a result of a malignant epithelial tumor in the endometrial sampling. Stage IVB (FIGO 2009) endometrioid type, Grade III endometrium cancer with adenocancer metastasis in the liver was reported as a postoperative pathology result. Six weeks after 6 cycles of adjuvant Carboplatin and Paclitaxel chemotherapy, the patient was admitted to the gastroenterology department with a complaint of melena. After endoscopic biopsies taken from the suspicious ulcerated lesions in the stomach, she was referred to our clinic with ascites and general condition disorder. As a result of the gastric biopsy, the patient was determined to have endometrium adenocarcinoma metastasis of the stomach. In gastric biopsy specimens evaluated by immunohistochemical staining, the lesion was found to be a primary gastric adenocarcinoma. After the reevaluation of the specimens taken from the metastatic lesions in the liver during the initial operation, adenocarcinoma metastasis indistinguishable between a primary gastric cancer and endometrium cancer was reported. As a result; it should be noted that when a primary endometrial malignancy is detected in a patient, another primary malignancy may also occur. Besides, lesions that occur during or after treatment for primary malignancy should not always be considered for metastasis. The possibility, that another primary malignancy may develop, should always be kept in mind.

Key words: Endometrial adenocarcinoma; gastric adenocarcinoma; metastasis; mimic

Giriş

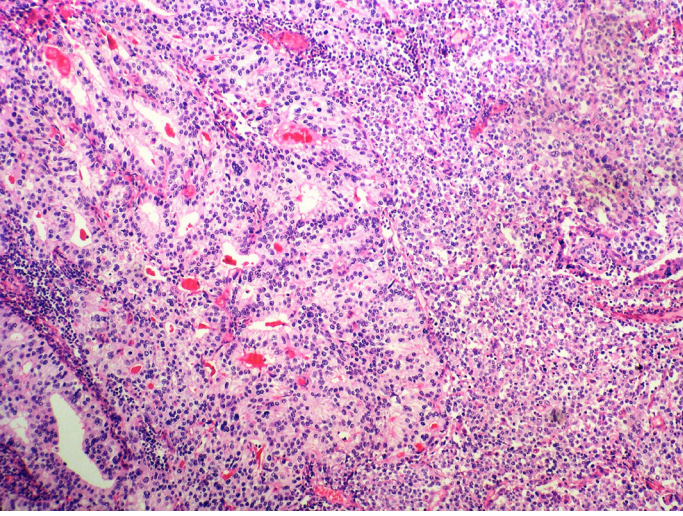
Endometriyum kanseri gelişmiş ülkelerde en sık rastlanan jinekolojik kanserdir (1). Semptomatik olması erken evrede tanı almasını sağlayan önemli bir faktördür. %75-80'i postmenopozal dönemde izlenir. En önemli risk faktörü uzun dönem progesteronla karşılaşmamış östrojen maruziyetidir (2).

Bu olgu sunumunda, karaciğere metastaz yaptığı düşünülen, ileri evre endometriyum kanseri nedeniyle opere olan ve adjuvan kemoterapi tedavisi uygulanan, operasyondan 6 ay sonra midede metastaz geliştiği düşünülen ancak yapılan tetkikler sonucunda primer mide adenokanseri olduğu belirlenen bir olguyu tartışmak istedik. Amacımız endometriyum kanseri nedeni ile takip ve tedavisi yapılan hastaların başka organlarındaki lezyonlarının metastaz yönünde düşünülürken, primer başka bir maligniteye de bağlı olabileceğinin vurgulanmasıdır.

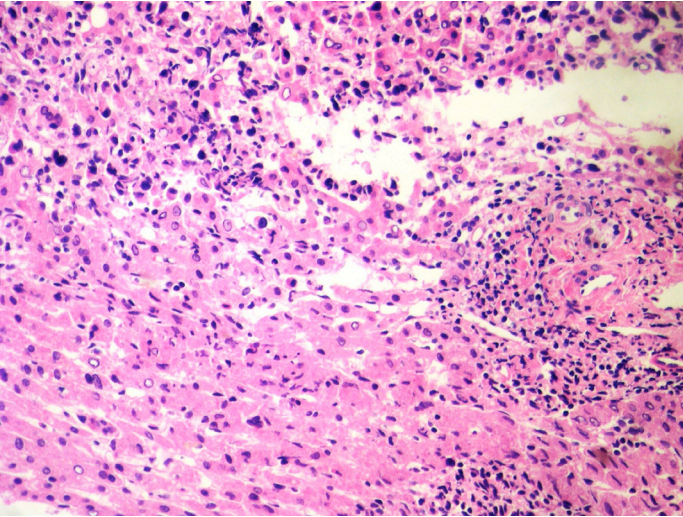
Olgu sunumu

Beş yıldır menopozda olan 53 yaşındaki G3P3Y3 kadın hasta postmenopozal vajinal kanama şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede uterus 8 haftalık cesamette, sağa deviye, adneksler serbest idi. CA 125 düzeyi 41 U/mL, diğer tümör belirteçleri ve laboratuvar bulguları normal değerlerdeydi.

Endometriyal örneklemede malign epitelyal tümör saptanan hastaya operasyon planlandı. Gözlemde uterin serozada tümöral infiltrasyon, metastaz açısından şüpheli palpabl paraaortik lenf nodları ve karaciğer yüzeyinde 4-5 adet 1 cm'in altında tümöral implant olması muhtemel oluşumlar tespit edildi. Hastaya Tip 2 histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, bilateral retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, karaciğerdeki implantların eksizyonu, tümöral debulking operasyonu yapıldı. Postoperatif dönem izleminde problem saptanmayan hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirme sonucunda Evre IVB [International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) 2009] endometrioid tip Grade III endometriyum kanseri olduğu belirlendi (**Şekil 1**). Karaciğerden alınan örneklerin metastazla uyumlu olduğu raporlandı (**Şekil 2**). Hastanın 21 gün ara ile 6 kür Karboplatin-Paklitaksel kemoterapisi alması planlandı. Kemoterapinin birinci ayında yapılan torakoabdominal tomografisinde her iki akciğerde ve karaciğerde metastaz lehine düşünülen nodüller yapılı saptandı. Altı kür adjuvan kemoterapi sonrası yapılan tüm vücut pozitron emisyon tomografisinde (PET) karaciğer, dalak, mide, sol paraaortik ve inguinal bölgedeki lenf nodlarında metastaz lehine tutulum belirlendi.

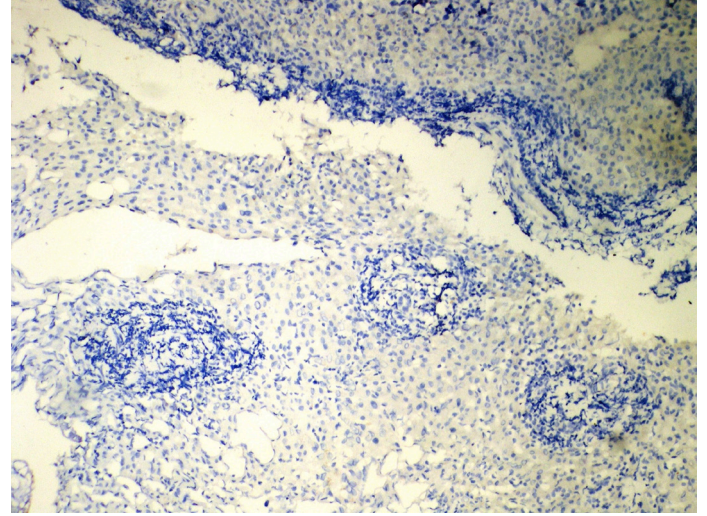


Şekil 1. Grade III endometriyal endometrioid adenokarsinoma H&E (x10).



Şekil 2. Endometriyal karsinoma metastazı olarak düşünülen hepatic adenokarsinoma metastazı H&E (x20).

Kemoterapi protokolü tamamlanmasından 6 hafta sonra melena şikayetiyle gastroenteroloji bölümüne başvuran ve yapılan endoskopisinde midedeki şüpheli ülser lezyondan biyopsi alınan hasta, batında yaygın asit ve genel durum bozukluğu nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Mide biyopsi sonucu adenokanser olarak belirlenen hastada endometriyum kanseri metastazı düşünüldü. İmmunohistokimya boyama ile değerlendirilen mide biyopsi preparatlarında lezyonun primer mide adenokanseri olduğu tespit edildi. Bunun üzerine operasyon sırasında karaciğerdeki metastatik lezyonlardan alınan biyopsi materyalleri tekrar değerlendirildi (Şekil 3); adenokarsinom metastazı, primeri mide/endometriyum kanseri ayırt edilemiyor şeklinde rapor edildi. Genel durumu orta-iyi olan hasta palyatif bakım için yönlendirildikten 3 gün sonra kaybedildi.



Şekil 3. Hepatik metastatik lezyonun immunohistokimyasal değerlendirme ile gösterilen negatif östrojenik reseptivitesi (x10).

Tartışma

Endometriyum kanseri gelişmiş ülkelerde en sık rastlanan jinekolojik kanserdir. Postmenopozal dönemin hastalığı olmakla beraber olguların %5'i 40 yaşından önce, %20-25'i premenopozal dönemde görülmektedir. Jinekolojik kanserler içinde prognozu en iyi olan kanserlerdir. Risk faktörleri arasında atipili endometriyal hiperplazi öyküsü, Lynch Sendromu, obezite, karşılanmamış östrojen tedavisi ve tamoksifen tedavisi gibi durumlar yer almaktadır (3). Sunulan olgu postmenopozal dönemdeydi ve ailesinde kanser öyküsü bulunmamaktaydı. Sıklıkla endometriyum kanser olguları erken semptom vermeleri sebebiyle erken evrede saptansalar da bizim sunduğumuz olgu ileri evrede idi. Olgumuzda belirlenen karaciğerdeki implantlar ilk başta endometriyum kanseri metastazı olarak değerlendirilmişti. Buna karşın verilen tedaviye rağmen hastada tablonun ilerlemesi ve ek bulguların saptanması ile değerlendirildiğinde (mide biyopsi sonucu adenokanser) karaciğerdeki implantların primer mide kanserine bağlı metastazlara bağlı olabileceği düşünüldü. Bu amaçla preparatların immünhistokimyasal boyama ve incelemesi yapıldı ve endometriyum/mide kanseri ayırımı yapılamadığı rapor edildi. İlk aşamada hastamızda primer endometriyum ve mide kanseri birlikteliğinin mevcut olabileceği ve bizim endometriyum kanseri metastazı olarak karaciğerde nitelediğimiz lezyonların primer mide kanserine bağlı olabileceği düşünüldü.

Bir hastada farklı bölgelerde birden fazla tümör ya eş zamanlı (senkron) ya da ardışık (sekansiyel) olarak ortaya çıkabilir. Bu durumların sıklığı bazı sendromlarda artmaktadır. Ailesel multipl kanser sendromlarından olan Lynch II Sendromu, kolorektal karsinomlara endometriyum, over, incebağırsak,



mide, renal pelvis, üst idrar çıkış yolları, safra kanalı ve beyin gibi diğer bölgelerdeki kanserlerin eşlik edebildiği, DNA onarım genlerindeki hasar sonucu oluşan otozomal dominant geçişli bir sendromdur (4). Görüldüğü üzere endometriyum kanseri bu sendrom dahilinde görülme ihtimali olan malignitelerden biridir. Lynch II Sendromu olan bir kadında tüm yaşamı boyunca %40-60 oranında endometriyum kanseri riski mevcuttur (5). Tanıda aile öyküsü ve genetik araştırma yapılmalıdır. Operasyondan 6 ay sonra saptanan mide kanserinin metastaz değil primer kanser olması olgumuzun genetik geçişli bir sendromu olabileceğini düşündürmektedir. Tanı sonrası kısa sürede kaybedilen hastaya genetik inceleme yapılamamıştır. Fakat bu düşüncemize zıt bir şekilde hastanın ailesinde hiçbir kanser öyküsü mevcut değildi. Bu durum, primer mide adenokanserinin endometriyum adenokanseri ile insidental birlikteliği yönünde düşünmemize neden oldu.

Sunulan olguda midede izlenen lezyon öncelikle, endometriyum adenokanser metastazı olarak düşünülmüştür. Olguya operasyon öncesinde pelvik ve abdominal ultrasonografi yapılmış ancak herhangi bir şüpheli lezyon saptanmamıştır. Bu durum midede başlayan primer adenokanserin görüntüleme yöntemleri ile saptanacak boyut ve nitelikte olmamasından kaynaklı olabilir. Bu aşamada endoskopik değerlendirme yapılmış olsaydı, tanı konulmuş olabilirdi, ancak hastamızın belirlenen herhangi bir semptom veya bulgusu olmadığından preoperatif endoskopik değerlendirme gibi daha ileri bir inceleme olgumuzda yapılmamıştır.

Endometriyum kanserinin eş zamanlı diğer malignitelerle birlikteliğine bakıldığında, en sık izlenen endometriyum-over kanseri birlikteliğidir ve insidansı %1.4-3.8 arasındadır. Bu kanserler genelde iyi diferansiye, erken evre ve çok iyi prognoza sahip histolojik tiptedirler (6). Sunulan olguda overlerde malignite izlenmedi ve hastalık Evre IVB endometriyum kanseri olarak belirlendi. Primer endometriyum kanseri-mide kanseri

birlikteliği olan ve aile öyküsü (genetik geçiş) bulunmayan olgumuz bu yönleri ile diğer olgulardan farklılık göstermekte idi.

Sonuçta, bir hastada primer endometriyum kanseri saptandığında başka bir primer malignitenin de olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca primer maligniteye yönelik tedavi sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek lezyonlar her zaman metastaz yönünde düşünülmemeli, başka bir primer malignitenin gelişebileceği ihtimali her zaman akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin* 2011; 61:212-236.
2. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Fedele L, Balotta F. Reproductive factors and risk of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164:522-527.
3. Barakat RR, Gilewski TA, Almadrones L, Saigo PE, Venkatraman E, Hudis C, et al. Effect of adjuvant tamoxifen on the endometrium in women with breast cancer: a prospective study using office endometrial biopsy. *J Clin Oncol* 2000; 18:3459-3463.
4. Ollikainen M, Abdel-Rahman WM, Moisio AL, Lindroos A, Kariola R, Järvelä I, et al. Molecular analysis of familial endometrial carcinoma: a manifestation of hereditary nonpolyposis colorectal cancer or a separate syndrome? *J Clin Oncol* 2005; 23:4609-4616.
5. Parc YR, Halling KC, Burgart LJ, McDonnell SK, Schaid DJ, Thibodeau SN, et al. Microsatellite instability and hMLH1/hMSH2 expression in young endometrial carcinoma patients: associations with family history and histopathology. *Int J Cancer* 2000; 86:60-66.
6. Eifel P, Hendrickson M, Ross J, Ballon S, Martinez A, Kempson R. Simultaneous presentation of carcinoma involving the ovary and the uterine corpus. *Cancer* 1982;50: 163-170.