

Ultrasonografi Eşliğinde Biopsi ile Tanı Konulan, İntramural Yerleşimli Atipik Trofoblastik Tümör

Intramural Atypical Trophoblastic Tumor Diagnosed by Ultrasound Guided Biopsy

Dr. İbrahim ALANBAY/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik , Ankara.

Dr. Hakan ÇOKSUER/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik , Ankara.

Dr. Mutlu ERCAN/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik , Ankara.

Dr. Emre KARAŞAHİN/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik , Ankara.

Dr. Salih DEVECİ/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Patoloji AD., Etlik , Ankara.

Dr. Murat DEDE/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik , Ankara.

Dr. Mufit C.YENEN/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik , Ankara.

ÖZET

Amaç: Ultrasonografi eşliğinde biopsi ile tanı konulan, atipik trofoblastik tümör olgusunun sunulmasıdır.

Olgu: 31 yaşında, Gravidesi 3, Paritesi 1 olan olguya dış merkezde incomplet abortus tanısıyla, D/C işlemi uygulanmıştır. ,- hCG kontrollerinde yükselme saptanması üzerine kliniğimize refere edilmiştir. Kliniğimizde hCG düzeyleri plato çizmesi nedeniyle metotreksat uygulanmıştır. Metotreksat tedavisine yanıt alınmadığından ve hCG değerlerinin yükselmesinden dolayı, ultrasonografi eşliğinde uterin lezyona girilerek yapılan biopsi sonucunda epitelioid trofoblastik tip tümör saptanmıştır. Olguya histerektomi uygulanmıştır. Hastanın operasyon sonrası yapılan takiplerinde şu ana kadar herhangi bir problem ile karşılaşılmasıdır.

Sonuç: Gestasyonel trofoblastik hastalık düşünülen bir hastada hCG değerleri düşük ve kemoterapiye cevap yoksa, ileri histolojik inceleme yapılarak epitelioid trofoblastik tip tümör mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: epitelioid trofoblastik tip tümör, metotreksat, biopsi

ABSTRACT

Objective: To present an intramural atypical trophoblastic tumor case diagnosed by ultrasound guided biopsy

Case: A 31 years old patient gravidity 3, parity 1 referred to our tertiary center with the diagnosis of an incomplete abortion who had been performed dilatation and curettage in another healthcare unit. Her referral reason was the plateau and elevation of ,- hCG levels in her check-ups. When we repeated the tests the patients ,- hCG values were decreased and we planned methotrexate therapy. Unfortunately the patient did not respond to methotrexate treatment and her ,- hCG levels started to elevate. We decided to perform an ultrasound guided biopsy direct to the lesion. An epithelioid trophoblastic type tumor diagnose was confirmed by hystopathological examination. Then hysterectomy was performed and she discharged without any complication. She was free of disease in her follow-up period.

Conclusions: Epithelioid trophoblastic type tumors should be kept in mind for the patients with a diagnosis of gestational trophoblastic disease and has low ,- hCG levels who do not respond to chemotherapy.

Key Words: epithelioid trophoblastic type tumor, methotrexate, biopsy

GİRİŞ

Gestasyonel trofoblastik neoplazi (GTN) invazif mol, koriokarsinoma, plasental site trofoblastik tumor (PSTT) ve epiteloïd trofoblastik tümörleri kapsamaktadır (1). Epiteloïd trofoblastik tip tümör (ETT), trofoblastik tümörlerin sıra dışı tümörü olup, mikroskopik olarak karsinoma benzer. Bu nedenle tanı için ciddi sıkıntı potansiyeli taşır. ETT terimi ilk olarak 1998 yılında Shih ve Kurman tarafından, intermediate trofoblastların olduğu, PSTT ve koriokarsinomadan farklı nadir bir form olarak tanımlanmıştır (2). ETT genellikle reproduktif çağda, bir gestasyonel olayı takiben ortaya çıkmaktadır. Gestasyonel olay ile ETT arasındaki süre 1- 18 yıl arasında olduğu bildirilmektedir (3). En sık klinik prezentasyonu vaginal kanamadır. hCG değerleri yükselmekle beraber, genellikle 2500 değerini aşmaz. Prehisterektomi klinik tanısı myomdan - karsinoma kadar geniş aralıkta olup, genellikle GTN'den şüphelenilmez. En sık korpus ve endoserviks yerleşimlidir (4). Trofoblastik hastalıkların tanısı genellikle ultrasonografi, - hCG ve patolojik tanı esasına dayanmaktadır. Ancak düşük, - hCG ile seyreden ve atipik yerleşimli olgularda tanı koymak oldukça zordur. Bu sunumuzda amaç, düşük, - hCG ile seyreden intramural yerleşimli, trofoblastik hastalık tanısı almış olan olgunun sunulmasıdır.

OLGU SUNUMU

Olgumuz 31 yaşında olup, graviditesi 3 (1S/C, 2 D/C), Paritesi 1' dir. Dış bir merkeze adet düzensizliği ve vaginal kanama şikayeti ile başvuran hastanın medikal öyküsü herhangi bir özellik içermemektedir. Hastanın yapılan giriş, - hCG sonucu 38 mIU/ml olarak saptanmıştır. Olguya yapılan jinekolojik muayene sonucunda incomplet abortus tanısı konarak, D/C işlemi uygulanmıştır. Küretaj materyalinin patolojik incelemesi sonucunda herhangi bir trofoblastik hastalık saptanılmayan hastanın yapılan, - hCG kontrollerinde yükselme saptanması üzerine kliniğimize refer edilmiştir. Kliniğimize 1 ay sonrasında başvuran olgunun yapılan, - hCG tetkiki 377 olarak saptanmıştır. Yapılan transvaginal ultrasonografide endometriyal eko ince, intramural 26x18 mm solid- kistik arasında görünüm gösteren ve dopplerde yüksek akım içeren kitle saptanmıştır. Ultrasonografide serviks ve overler normal olarak değerlendirilmiştir.

Yapılan histeroskopide kavite içinde herhangi bir lezyon saptanmayan olguda kitlenin uterin kavite ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bu işlem sırasında alınan endometriyal biopsi sonucunda normal olarak değerlendirilmiştir. Yine bu işlem sırasında laparoskopi ile başta tubalar olmak üzere tüm uterus ve pelvis detaylı olarak değerlendirilmiştir. Laparoskopide herhangi bir patoloji saptanmıştır. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde vulva, vagina, serviks ve uterus normal olarak değerlendirilmiştir. Olguya kesin histopatolojik tanı konmadığından met-hotreaxat tedavisi uygulanmıştır. Tedavi sonrası, -hCG de-



Resim 1-2. Kitlenin transvaginal ultrasonografik görünümü, serviks normal olarak izlenmektedir.

ğerinin başlangıçta düştüğü (171- 98 aralığında) hastanın yapılan takipleri sonrasında ise tekrar yükseldiği (516-602 aralığında) saptanmıştır. Kesin tanı için ultrasonografi eşliğinde kitle içine girilerek biopsi uygulanmıştır. Görüntüleme yöntemleri ve PET ile kitle dışında lezyon saptanmayan olgunun patoloji sonucu 'yüksek grade'li malignite olarak rapor edilmiştir. Skuamoz hücreli karsinom, PSTT ve ETT ayırıcı tanısı, mevcut immünohistokimyasal testlerde kullanılmasına karşın kesin olarak ayırım yapılamamıştır. Ancak klinik görünüm, hCG pozitifliği nedeni ile ETT düşünülmüştür. Olguya kendi isteği ile histerektomi uygulanmıştır. Histerektomi materyalinin incelenmesinde servikal bölge normal olarak değerlendirilirken, intramural yerleşimli, nekrotik ve kistik alanlar içeren ortalama 3cm' lik tümöral kitle saptanmıştır. Patolojik incelemede yüksek derecede atipi saptanmıştır. Hastanın operasyon sonrası yapılan takiplerinde şu ana kadar herhangi bir problem ile karşılaşmamıştır.

TARTIŞMA

ETT nadir görülen bir trofoblastik neoplazidir (2, 3). Genellikle reproduktif dönemde görülür (2, 3). ETT olarak bildirilen olguların yaş aralığı 15- 48 (ortalama 36.1 yıl) olarak bildirilmekte olup, bu olgulardan sadece 1 tanesi postmenopozaldır.(4, 5). Olguların büyük kısmında bir önceki gestasyonel durumu termde gebelik (%70) iken, ETT; abortus ve molar gebelikler sonrasında da gelişebilmektedir (5). ETT tanısı konan 14 olgunun incelenmesinde %30 uterin korpus yerleşimli, %50 uterin alt segment veya endoservikste ve geri kalan %20 olgunun ekstraservik bölgelede (ince bağırsak ve akciğerler) lokalize olduğu saptanmıştır (2, 4,5, 6,7). Anormal vaginal kanama en sık görülen semptomdur. Bizim olgumuzda anormal uterin kanama şikayeti ile başvurmuş olup, - hCG sonucu nedeni ile yanlışlıkla abortus tanısı konmuştur. hCG değerleri yükselmekle beraber, genellikle 2500 değerini aşmaz. Bizim olgumuzda HCG değerleri 37- 600 aralığında olup artma eğilimi göstermiştir.

ETT tümör çapı 0.5-4cm aralığında bildirilmiştir (4, 7). Tüm lezyonlar soliter olup, nodüler yapıdaki tümörün derin olarak serviks ve myometriyumu invaze ettiği bildirilmektedir. Tümör değişik oranlarda nekroz ve hemoraji içeren tipik kahverengi solid- kistik arası görünümündedir (4, 7). Bizim olgumuzda da tümör tek olup uterus korpus yerleşimlidir. Ultrasonografide kistik alanlar nekroz ve hemoraji olarak değerlendirilmiştir. Kitlenin Doppler incelemesinde yaygın vasküler yapı ve yüksek akım izlenmiştir. Histerektomi materyalinin incelenmesi ile tümörün soliter olduğu, myometriuma invaze olduğu ve tümör içinde değişik oranlarda nekroz ve hemoraji olduğu görülmüştür.

Tümörün immunohistokimyasal boyamasında sitokeratin, epitelyal membran antijen ve inhibin pozitifdir. Human plasental laktojen, hCG, plasental alkalın fosfataz ve Melcell adhesion molekül ekspresyonu mevcut olup, fokaldır. P63 çoğu vakada pozitif olup, PSTT ayırımında özellikle faydalıdır (8). Bizim olgumuzda sitokeratin ve hCG pozitifdir. ETT' nin servikal karsinomdan ayırımı zordur. Bunun nedeni ETT' in uterin serviks alt segmenti ve serviksi tutmaya meyilli olmasıdır. Tümör kordonlarının epitelioid görünümde olması, ekstraservik matriksin keratine benzemeside tanıyı zorlaştırmaktadır. Bir çok vaka başlangıçta insitu servikal skaumoz karsinom olarak yanlış tanı almaktadır (9, 10). ETT nadir olduğundan klinik davranışı tam olarak ortaya konamamıştır, fakat metastatik potansiyelinin PSTT ile benzer olduğu bildirilmektedir (7). Bu olgularda histerektomi başarılı olarak kullanılmaktadır. Eğer gestasyonel trofoblastik hastalık düşünülen bir hastada kemoterapiye cevap yok-

sa, ileri histolojik inceleme yapılarak ETT olasılığı düşünülmelidir. Bizim olgumuzda MTX tedavisine yanıt alınmadığından ve hCG değerlerinin yükselmesinden dolayı, histolojik değerlendirme yapılmak için ultrason eşliğinde uterin lezyona girilerek biopsi alınmış ve tanı doğrulanmıştır. Düşük hCG değerleri olan olgularda ETT mutlaka akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Lurain JR.: Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2010
- 2) Shih IM, Kurman RJ.: Epithelioid trophoblastic tumor: a neoplasm distinct from choriocarcinoma and placental site trophoblastic tumor simulating carcinoma. Am J Surg Pathol. 1998; 22: 1393-1403.
- 3) Shih IM, Kurman RJ.: The pathology of intermediate trophoblastic tumors and tumor-like lesions. Int J Gynecol Pathol. 2001; 20: 31-47.
- 4) Allison KH, Jason E. Love JE, Garcia RL.: Epithelioid Trophoblastic Tumor Review of a Rare Neoplasm of the Chorionic-Type Intermediate Trophoblast. Arch Pathol Lab Med. 2006; 130: 1875-877.
- 5) Coulson LE, Kong CS, Zaloudek C.: Epithelioid trophoblastic tumor of the uterus in a postmenopausal woman: a case report and review of the literature. Am J Surg Pathol 2000; 24: 1558-1562.
- 6) Kuo KT, Chen MJ, Lin MC.: Epithelioid trophoblastic tumor of the broad ligament: a case report and review of the literature. Am J Surg Pathol 2004; 28: 405.
- 7) P M L H Vencken, P C Ewing, R P.: Zweemer Epithelioid trophoblastic tumour: a case report and review of the literature J Clin Pathol 2006; 59: 1307-1308.
- 8) Shih IM, Kumaran RJ. p63 expression useful in the distinction of epithelioid trophoblastic and placental site trophoblastic tumors by profiling trophoblastic subpopulations. Am J Surg Pathol 2004; 28: 1177-1183.
- 9) Fadare O, Parkash V, Carcangiu ML, Hui P.: Epithelioid trophoblastic tumor: clinicopathologic features with an emphasis on uterine cervical involvement. Mod Pathol. 2006;19: 72-74.
- 10) Narita F, Takeuchi K, Haman S, et al.: Epithelioid trophoblastic tumor (ETT) initially interpreted as cervical cancer. Int J Gynecol Cancer. 2003; 13: 551-554.