

İKİ OLGU NEDENİ İLE MIXT MÜLLERIAN TUMÖRLER

Dr. Nuri Osman HÜTEN (*), Dr. Bilgin AKSOY (**), Dr. S. Hale ONMUŞ (***), Dr. Güler BAĞBOZAN (****),
Doç. Dr. Serpil BOZKURT (*****)

ÖZET: Bu çalışmada, biri ekstrasjenital heterolog adenosarkom diğeri intrauterin homolog adenofibrom olmak üzere iki müllerian mixt tümör olgusu incelendi ve konuyla ilgili literatür gözden geçirildi.

SUMMARY: In this study, we examined two cases of müllerian mixed tumour (heterolog extragenital adenosarcoma and homolog intraterine adenofibrom) and literature was reviewed.

KEY WORDS: Müllerian mixed tumour, extragenital, adenosarcoma, adenofibrom.

GİRİŞ

Uterusun mixt müllerian tümörleri (MMT) epitelyal ve mezenkimal komponentlere sahip birbirinden farklı biolojik davranışlar gösteren bifazik neoplazm grubudur. Bu tümör grubu içerdiği epitelyal ve mezenkimal komponentlerin selim veya habis davranışına göre adenofibrom, adenosarkom, karsinosarkom (malign müllerian mixt tümör) ve karsinofibrom olarak 4 tipi içerir (1,2). Ayrıca mixt müllerian tümörler mezenkimal komponentin içeriği ile de homolog ve heterolog olmak üzere 2 alt gruba ayrılmaktadır. Tümör, uterusun yerli elemanlarını içermekte ise homolog, değil ise heterolog olarak isimlendirilmektedir (1).

Daha ziyade postmenapozal dönemde görülen bu tümörlerde en sık klinik bulgu vaginal kanama olup bunu sırası ile vaginal akıntı, kilo kaybı ve abdominal kitle izlemektedir. Endometrial kanserler için geçerli olan risk faktörlerinin MMT için de geçerli olduğu belirtilmektedir (1).

Adenofibrom ve Adenosarkom sıklıkla endometriumda ve daha az olarak da serviksde veya ikisinde birden yerleşebilir. Karsinosarkom olguları ise sıklıkla intrakaviter görülmektedir. Nadir olarak uterus dışı, over, tuba, vagina, pelvik periton, retroperiton, broad ligaman gibi yerleşimler değişik araştırmacılar tarafından bildirilmiştir. Periton kaynaklı olduğu bildirilen olguların daha ziyade adenosarkom ağırlıklı olduğu ve uterus yerleşimli vakalara göre daha agresif seyrettiği dikkat çekmektedir (1,3).

Extrauterin gelişen adenosarkom histogenezisinde 3 hipotez mevcuttur. 1-Peritonun mezotelyal yüzeyindeki subçölomik mezenkimden gelişim 2- Çölomik epitelin metaplasisi 3-Endometriozis (1).

Adenofibromlar yumuşak kıvamlı papiller görünüşlü, intrakaviter yerleşimli tümörlerdir. Epitelyal komponent Mülleri-

an epitel tiplerinin endometrial, endoservikal tuber veya çok katlı yassı epitel olmak üzere herhangi birini veya birkaçını gösterebilir, mezenkimal komponent ise heterolog veya homolog olabilir ve 10 büyük büyütme sahasında 2 den fazla mitoz göstermezler (1,2). Tümör yüzeyinin papiller oluşu, stromanın hücreden zenginliği ve santral bölgede belirgin damarlanma olmayışı ile ayırıcı tanıda en çok karıştığı endometrial poliplerden ayrılır.

Adenosarkomlar makroskobik olarak yumuşak kıvamlı polipoid veya multistik lezyonlardır, selim olan komponent yine tüm müllerian tip epitelin tüm formlarını içerebilirken, habis mezenkimal komponent ise homolog (Endometrial stromal sarkom, leiomyosarkom veya fibrosarkom) yada heterolog (Rabdomyosarkom, kondrosarkom, osteosarkom veya liposarkom) olabilir. Mezenkimal komponent genellikle epitelyal yapıların etrafında yoğunlaşmaya meyillidir. Bu görünüm kambium tabakası olarak isimlendirilmektedir. Ayrıca belirgin myometrial invazyon ve 10 BBS da 4 den fazla mitoz tümörün karakteristik özellikleridir. Adenofibromdan ayırımında kambium tabakasının varlığı ve mitoz sayısı göz önüne alınmalıdır. Endometrial stromal sarkom ayırıcı tanısında ise papiller formasyon, epitelyal komponentin özellikleri ve kambium tabakasının varlığı önemli rol oynar. Karsinosarkomlar ile yine epitelyal komponentin selim olması ve kambium tabakası ile ayırım yapılır.

Adenofibromlar lokal nüks gösterebilirler ancak metastaz yapmazlar, adenosarkomlarda myometrium invazyonu ve metastaz saptanır. Daha ziyade sarkomatöz komponent gözlenen metastazlar en sık pelvis ve vaginaya, uzak olarak da akciğer, beyin ve mediastene olur (1).

GEREÇ VE YÖNTEM

Biz bu çalışmamızda SSK/İstanbul hastanesi patoloji laboratuvarına 1993 yılı Aralık ayı içerisinde gönderilmiş ekstrasjenital yerleşimli heterolog adenosarkom ve intrakaviter homolog adenofibrom tanısı alan MMT sunmaktayız. Olguların parafin bloklarından hazırlanan kesitler, H+E ile boyanarak ışık mikroskobunda incelendi.

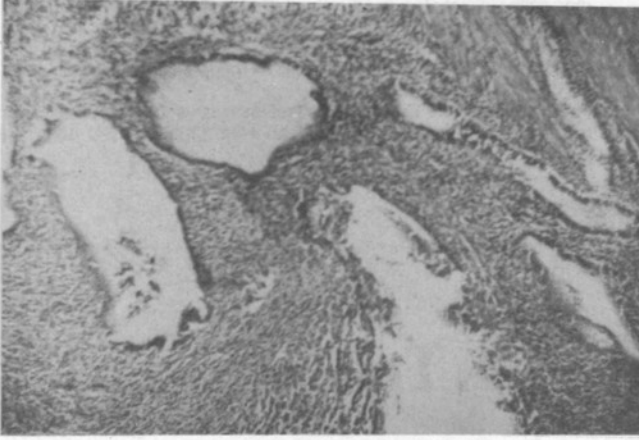
* SSK İstanbul Hastanesi Patoloji Bölümü Başasistanı

** SSK İstanbul Hastanesi Patoloji Bölümü Şef Muavini

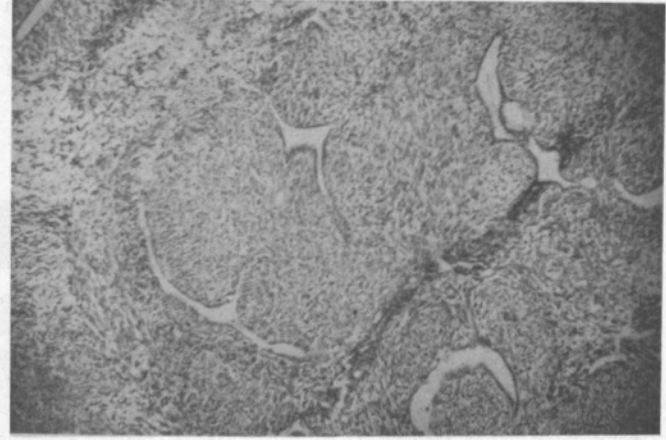
*** SSK İstanbul Hastanesi Patoloji Bölümü Asistanı

**** SSK İstanbul Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Şef Muavini

***** SSK İstanbul Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Şefi



Resim 1 : Adenofibrom : Selim endometrial tipte guddeler ve arada az mitotik figür içeren bücresel stromal komponent izlenmektedir (H-E X 160).



Resim 2 : Adenosarkom: Bol mitotik figür içeren habis stromal komponentin daha ziyade selim guddeler etrafında yoğunluk kazandığı dikkat çekmektedir (H-E X 80).

BULGULAR

İlk olgumuz 60 yaşında, 15 günden beri kanama şikayeti olan kadın hasta olup myoma uteri ön tanısı ile total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulandı. Piyes, her iki adneksi ile birlikte çıkarılmış, açılmış halde kollum-fundus yüksekliği 9 cm, isthmuslar arası mesafe 6 cm olan total histerektomi piyesi idi. Kesitlerde uterus kavitesini tümüyle dolduran geniş alanlarda myometrium ile yapışıklıklar gösteren 4X3X2 cm ölçülerinde solid, gri renkli yer yer büyükçe papiller yapılar gösteren kanamalı tümöral oluşum görüldü. Overler fibrotik görünümde olup tubalardan birinde pyosalpenks saptandı.

Histopatolojik incelemede ise, tümörün myometrium ile yaptığı sınırın pushing border tarzında olduğu ve geniş papiller alanlar oluşturduğu izlendi. Papiller yapıların yüzeyini, içeri doğru invaginasyonla oluşan yarıkları ve guddeleri daha çok endometroid, bazı sahalarda ise çok katlı yassı epitel karakterinde atipik olmayan epitelin döşediği görüldü. Mezenkimal komponent ise endometrial stroma karakterinde olup 10 BBS da 0-2 mitoz içermekteydi. Olgu homolog endometrial adenofibrom olarak rapor edildi (6785/93) (resim 1).

Diğer olgu ise; 46 yaşında kadın hasta olup dismenore ve batında kitle nedeni ile laparotomiye alındı. Yapılan frozen section sonucunun habis gelmesi incelemesinde en büyüğü 35 cm uzunluğundaki barsak materyellerinin serozal yüzeylerinde en büyüğü 4 cm çaplı düzensiz sarı-gri renkli tümöral oluşumlar saptandı. Kollum-fundus yüksekliği 9 cm, isthmuslar arası mesafesi. 0 6 cm olan her iki adneksi ile birlikte gönderilmiş uterus piyesinde ise myometriumda 5 cm çapında adenomyozis alanı ve parametriumu bitişik yaklaşık 5x4x4 cm ölçülerinde kanamalı sarı-gri renkli tümör kitle görüldü. Piyes ile birlikte gönderilmiş en büyüğü 10x8x5 cm ölçüleri de tümör parçaları; kanamalı, lobuler yer yer kistik ve sarı-gri renkli olup kesit yüzeylerinin parlak görünümde olduğu izlendi. Beraber gönderilmiş omentum materyellerinde ise yer yer sarı-gri renkli tümöral odaklar tesbit edildi. Over ve tubalarda patolojik özellik görülmedi.

Histopatolojik incelemede ise tümörün yüzeyinin, invaginasyonla oluşan yarıkların ve gudde formasyonlarının atipi gösteren endometroid tip epitel döşeli olduğu izlendi. Yüzeyi örten epitelin yer yer mezotel karakteri gösterdiği, mezenkimal komponentin damardan oldukça zengin olduğu, hücresel popülasyonun daha ziyade endometrial stromal

sarkomu andırdığı görüldü. Bu hücrelerin fuziform yada oval vesiküler nüveli, küçük nükleollü olduğu ve belirgin olarak guddesel yapıların etrafında yoğunlaştığı gözlemlendi. 10 BBS da 10-20 mitoz görüldü. Bir sahada kondrosarkom alanı saptanan olgu bu özellikleri ile heterolog tip extragenital adenosarkom olarak rapor edildi (6866-6952/93)(Resim 2).

TARTIŞMA

Literatürde her ne kadar adenofibrom-adenosarkom ayrımında kullanılan 10 BBS sahasında 2 mitozdan daha az mitoz görülmesi halinde olguların adenofibrom olarak tanımlanması önerilmekte ise de biz adenofibrom olgusunda belirgin atipi ve pleomorfizm nedeni ile kliniği olgunun malign davranabileceği konusunda uyardık (1,2). Takip altındaki hastada nüks saptanmadı. Ayrıca olguda görülen adenomyozis müllerian tümörlere eşlik edebilen bir bulgudur (1). Adenosarkom olgusunda epitelyal komponentdeki atipi, hücre yoğunluğu ve bol mitoz nedeni ile ayırıcı tanıda karsinosarkomla tanı güçlüğü oluşmuştur. Ancak bu tür lezyonlarda yüzey ve gudde epitelinde belirgin atipi ve pleomorfizm görülebileceğinden literatürde bahsedilmektedir (4). Ayrıca bu alanlar, tümörün epitel popülasyonu içerisinde çok az miktarda olup diğer epitel alanlarında da belirgin proliferasyon gözlenmekte idi.

Adenosarkom olgusunda da adenomyozis varlığı ve periton mezotelinde endometrial-müllerian metaplazinin bulunuyor olması extragenital mixt müllerian tümör etyopatogenezi içindeki endometriozis hipotezin ve çöломik epitelin yani periton mezotelinin kaynak oluşturabileceği hipotezini desteklemektedir (1).

KAYNAKLAR

1. Fortune DW and Östor AG. Mixed müllerian tumours of the uteri. In: H Fox ed. Haines and Taylor Obstetrical and Gynaecological Pathology, 3rd ed. Vol: 1. Edinburgh, London, Melbourne and New York: Churchill Livingstone, 1987:457-478.
2. Hendrickson M.R and Kempson R.L The uterine corpus in: Sternberg S.S ed. Diagnostic surgical pathology. 2nd ed. Vol: 2. New York: Raven Press, 1994:2091-2193.
3. Kao G.F., Norris H.J. Benign and low grade variants of mixed mesodermal tumor (adenosarcoma) of the ovary and adnexial region. Cancer 1978;42:1314-1324.
4. P.B Clement & P.E Scully. Pathology of uterine sarcomas in: Malcolm Coppleson Gynecologic oncology vol 2: Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, Tokyo. 1992:803-825.