

OVERİN PRİMER VE METASTATİK KARSİNOMLARININ AYIRICI TANISINDA İMMUNHİSTOKİMYANIN DEĞERİ

Dr. Ekrem YAVUZ*, Dr. Çağlar ÇAKIR*, Dr. Nimet AKBAŞ*, Dr. Sıtkı TUZLALI*,
Dr. Faruk TAŞ**, Dr. Rıdvan İLHAN*, Dr. Altan İPLİKÇİ*

ÖZET: Bu çalışmada, overin primer karsinomları ile gastrointestinal sistemden overe metastaz yapan karsinomların ayırıcı tanısında immunhistokimyasal yöntemin değerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaçla, 1999-2001 yılları arasında tanısı konan ve ayırıcı tanı için immunhistokimyasal yöntemle sitokeratin 7 ve 20, karsinoembriyonik antijen ve CA 12.5'in kullanıldığı onbeş vakanın klinik ve patolojik özellikleri dökülmüştür. Bu vakaların, bir kısmında immunhistokimyasal yöntem ile olağan mikroskopik incelemede düşünülen tanı doğrulanmış, bazılarında ise daha önce konulan hatalı tanıların düzeltilmesi sağlanmıştır. Sonuç olarak, primer over karsinomu ile gastrointestinal sistem kökenli metastatik karsinomların ayırıcı tanısında klasik histopatolojik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde, yukarıda belirtilen antikorların kullanıldığı immunhistokimyasal yöntemin oldukça faydalı olduğu kanısına varılmıştır.

ANAHTAR KELİMELE: Immunhistokimya, over, metastatik karsinom, sitokeratin

SUMMARY: THE VALUE OF IMMUNOHISTOCHEMISTRY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PRIMARY AND METASTATIC OVARIAN CARCINOMAS.

The aim of this study is to investigate the value of immunohistochemical methods in the differential diagnosis of primary and metastatic ovarian carcinoma of gastrointestinal origin. Clinicopathologic features of 15 cases in the diagnosis of which we used cytokeratin 7 and 20, carcinoembryonic antigen and CA 12.5, are evaluated. In these cases light microscopic diagnosis is confirmed by the immunohistochemical method and in some, the initial diagnosis is changed. In conclusion, the use of an immunohistochemical panel of antibodies mentioned above is useful when used as a complementary method with the light microscopic features.

KEY WORDS: Immunohistochemistry, ovary, metastatic carcinoma, cytokeratin

GİRİŞ

Overlerde ya da pelvis peritonu üzerinde yaygın tümör bulunduğu, primer over tümörü dışında bir diğer olasılık da gastrointestinal sistem (GIS) kaynaklı bir karsinom metastazıdır. Over karsinomu nedeniyle daha önce opere olan hastaların bir kısmında over karsinomunun batin içindeki nüksleri, klinik açıdan GIS'in primer karsinomunu taklit eder tarzda olabilmektedir. Primer over karsinomu ile GIS kökenli bir karsinomun ayırımını yapmak, hastalığın tedavisini planlamak ve prognoz açısından önem taşımaktadır. Cerrahi patolojide bu ayırım kimi zaman büyük güçlükler gösterir. Bu tür vakalara yaklaşımda, morfolojik bulgular kadar hastanın klinik özellikleri ve tümör belirleyicileri de önem taşımaktadır. Tümörün histopatolojik görünümü kesin tanı için her zaman yeterli olmayabilir. Son yıllarda, bu iki tip tümörün ayırıcı tanısında, immunhistokimyasal yöntemlerin de katkısı olduğu, özellikle bazı sitokeratin alt tiplerinin kullanılabileceği belirtilmiştir (1-6).

Biz de, ayırıcı tanı gücünü çektiğimiz bu türdeki vakaların bir kısmında, immunhistokimyasal yöntemi kullandık. Bu çalışmada, vakalarımızın özelliklerini sunarak, primer over karsinomu ile GIS kökenli bir karsinom metastazı ayırımında immunhistokimyasal incelemenin değerini ortaya koymayı amaçladık.

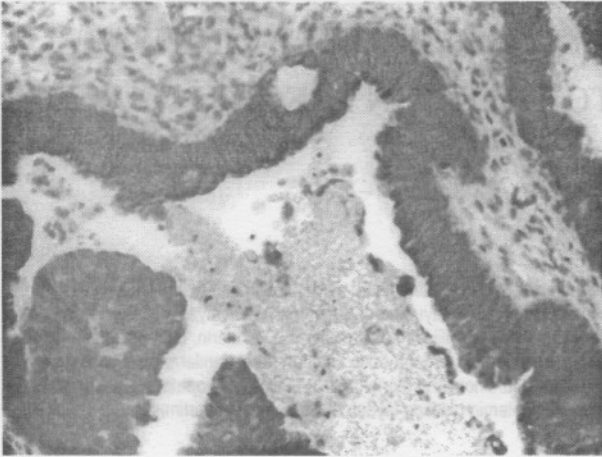
MATERYAL VE METOD

1999-2001 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalında tanısı konulmuş 15 vaka çalışma kapsamına alındı. Vakaların tümünde, operasyon materyallerinden alınan örnekler, %10'luk formalinde fikse edildi ve parafine gömüldü. Elde edilen parafin bloklardan, 3-5 µm kalınlığında kesitler alındı ve hematoksilin-eozin (HE) ile boyandı. HE ile boyalı preparatların mikroskopik incelemesinden sonra, bu inceleme sırasında seçilen uygun bloklarda immunhistokimyasal inceleme yapıldı. Hem over hem de kolonda tümör olan vakalarda, her iki organdan hazırlanan bloklar da immunhistokimyasal inceleme gerçekleştirildi.

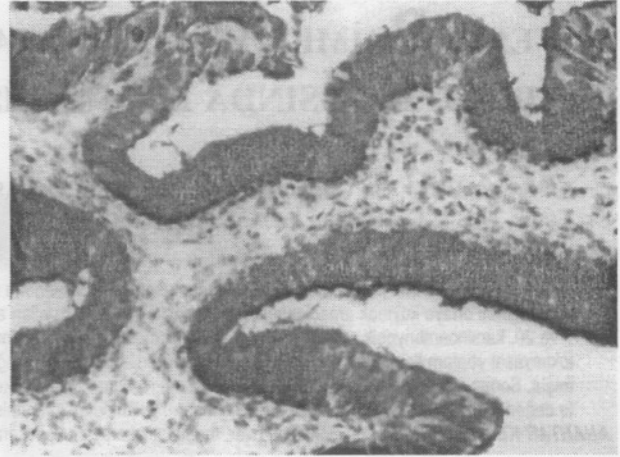
Immunhistokimyasal metod: Seçilen parafin bloklardan, poli-L-ysin ile kaplı lamlara 3-5 µm kalınlığında kesitler alındı. Kesitler deparafinizasyon amacıyla, bir gece etüvyde 56°C'de kurutuldu ve ardından 30 dk ksilolde bekletildi. Dereceleri azalan alkollerden geçirildi ve distile su ile yıkandı. Ardından, antijen retrieval amacıyla, sitrat buffer içinde düdüklü tencerede pH 6'da 1 atm basınç altında 3 dk kaynatıldı ve 20 dk oda ısısında bekletildi. Daha sonra kesitler phosphate buffered saline (PBS) ile yıkandı. Dokulardaki endojen peroksidaz aktivitesini ortadan kaldırmak için, kesitlere %3'lük hidrojen peroksit çözeltisi damlatılıp 20 dk bekletildi. Kesitlere anti sitokeratin 7 (SK 7) (NovoCasta, New Castle, UK, 1/50 dilusyon, 60 dk), anti sitokeratin 20 (SK 20) (NovoCasta, New Castle, UK, 1/50 dilusyon, 60 dk), anti CA 12.5 (NovoCasta, New Castle, UK, 1/100 dilusyon, 60 dk), anti

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

** İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü



Resim 1: Bir kolon adenokarsinomu vakasında diffüz sitoplazmik sitokeratin 20 immunreaktivitesi (SK 20 x310).



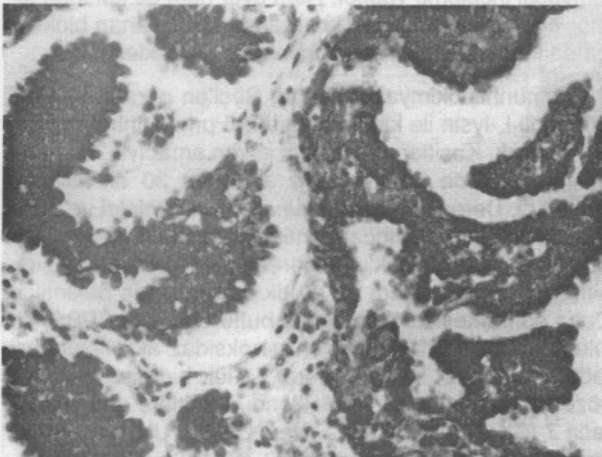
Resim 2: Bir kolon adenokarsinomu vakasında diffüz sitoplazmik CEA immunreaktivitesi (CEA x310).

karsinoembriyonik antijen (CEA) (Biogenex, San Ramon, CA, USA, 1/100 dilusyon, 30 dk) primer antikorları damlatıldı. Ardından sekonder antikor (Lab Vision, Fremont, CA, USA, biotinli goat anti mouse) damlatılarak 25 dk ve daha sonra streptavidin-HRP çözeltisi damlatılarak 20 dk beklendi. Kromojen olarak aminoetilkarbazol (AEC) ve zıt boya olarak Mayer hematoksilin kullanıldı. Bölümler arasında daima PBS ile yıkama işlemi yapıldı. CEA immun boyamasında antijen retrieval uygulanmadı. Tüm işlemler oda sıcaklığında yapıldı.

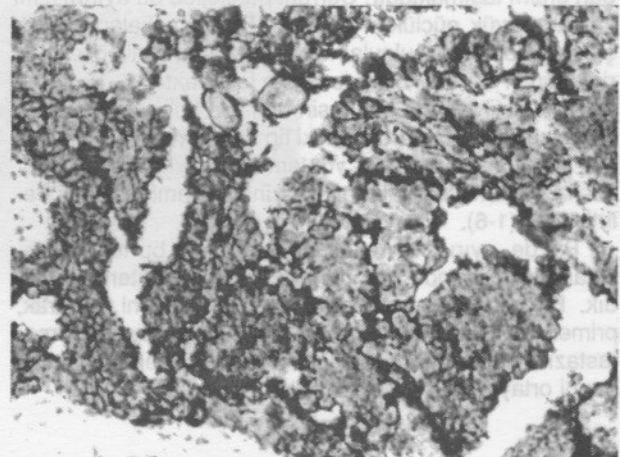
Vakaların tümünde, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'ndeki dosyalar taranarak, tümörlerin yayılım tarzı, kemoterapi cevabı gibi özellikleri değerlendirilerek, patoloji raporunda belirtilen tanı ile bir uyumsuzluk olup olmadığı araştırıldı.

BULGULAR

Vakaların yaş dağılımı 36 ile 75 arasında (ortalama 60,5) değişmekteydi.



Resim 3: Bir over adenokarsinomu vakasında diffüz sitoplazmik sitokeratin 7 immunreaktivitesi (SK 7 x310).



Resim 4: Bir over adenokarsinomu vakasında diffüz membranöz CA 12.5 immunreaktivitesi (CA 12.5 x310).

GIS karsinomu olarak tanı alan vakaların dördünde endometrioid tip over karsinomunu, ikisinde müsinöz tip over karsinomunu, birinde ise mikst (müsinöz ve endometrioid) tip over karsinomunu andıran mikroskopik görünüm bulunuyordu. Overin primer karsinomu tanısı alan vakaların dördü seröz tip, ikisi endometrioid tip, biri mikst (endometrioid ve seröz) tip karsinomdu. Diğer vaka ise overin karsinosarkomuydu (Tablo 1).

İlk üç vakamızda hem over hem de kolonda aynı anda tümöral kitleler mevcuttu. Bunlardan ikisinde SK 20 (Resim 1) ve CEA (Resim 2) ile pozitif immunreaksiyon saptanırken, SK 7 ve CA 12.5 negatif olarak bulundu. Her iki karsinom da müsinöz kısımlar içeriyordu ve her ikisi de primer kolon karsinomu ve bunun overe metastazı olarak değerlendirildi. Diğer vaka ise SK 7 (Resim 3) ve CA 12.5 (Resim 4) ile pozitif immunreaksiyon gösterirken, SK 20 ve CEA ile immun boyanma görülmedi ve primer over karsinomu tanısı aldı (Tablo 1).

Daha sonraki dört vakada ise klinik olarak over tümörü düşünülmüştü. Ancak, bunlardan birinde kolon seroza-

TABLO 1: VAKALARIN KLİNİK VE PATOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Prot no	Yaş	Overdeki İHK	Kolondaki İHK	Adeno karsinomun tipi	Batın içi kitleye yapılan İHK	Tümörün köken aldığı organ kararı	Klinik seyir
1 (9801-01)	75			E ve S	SK 20(-) CEA (-) SK 7 (+) CA 12.5 (+)	Over	
2 (5272-01)	67	SK 7 (-) CA 12.5 (-) SK 20 (-) CEA (+)	SK 7 (±) SK 20 (+) CEA (+) CA 12.5 (-)	M		GIS	
3 (5363-00)	69	SK 7 (-) CA 12.5 (-) SK 20 (+) CEA (+)	SK 7 (-) CA 12.5 (-) SK 20 (+) CEA (+)	M		GIS	
4 (28252-99)	58	SK 7 (+) CEA (-) SK 20 (-) Vimentin (+)		S		Over	
5 (22359-99)	65	SK 7 (+) CA 12.5 (+) CEA (-) SK 20 (-)		E		Over	
6 (21195-00)	53	SK 7 (+) CA 12.5 (+) SK 20 (-) CEA (±)		S (Anaplastik hücreli)		Over	
7 (23201-99)	49	SK 7 (+) CA 12.5 (+) CEA (-) SK 20 (-)		E		Over	
8 (9348-01)	36	SK 20 (+) CEA (+) SK 7 (-) CA 12.5 (-)		E ve M		GIS	2 ay sonra kolondaki primer saptandı
9 (23368-00)	61	SK 7 (+) SK 20 (+) CEA (+) CA 12.5 (-)		E		GIS (Pankreas) ve safra yolları dahil	3 ay sonra İİAB ile pankreastaki primer tümör tanısı konuldu
10 (25017-99)	59	SK 20 (+) SK 7 (-) CEA (+) CA 12.5 (-)		E		Kolon	
11 (26228-99)	54	SK 20 (+) SK 7 (±) CEA (+) CA 12.5 (±)		E		Kolon	
12 (7368-01)	70		SK 7 (+) CA 12.5 (+) SK 20 (-) CEA (-)	KS		Over	
13 (10426-01)	64		SK 7 (+) CA 12.5 (+) SK 20 (-) CEA (-)	S		Over	
14 (7192-01)	72		Mide'de SK 7 (+) CA 12.5 (+) SK 20 (-) CEA (-)	S		Over	
15 (9246-00)		SK 7 (-) CA 12.5 (-) SK 20 (+) CEA (+)	SK 7 (-) CA 12.5 (-) SK 20 (+) CEA (+)	E		Kolon	Kolondaki tümör saptandıktan bir yıl önce overdeki metastazına cerrahi girişim

sında ve cidarında pasajı tıkayan kitle oluşu, diğerlerinde ise ışık mikroskopik inceleme sırasında kolon karsinomu olasılığı da düşünüldüğü için immunhistokimyasal inceleme uygulandı. Bu inceleme sonucunda bu dört vaka primer over karsinomu olarak değerlendirildi. Tümünde SK 7 ve CA 12.5 ile pozitif immunreaksiyon görülürken, SK 20 ile immun boyanma izlenmedi, birindeki zayıf CEA pozitifliği dışındakilerde CEA immunreaktivitesi saptanmadı (Tablo 1).

Vaka 8, bilateral over kistadenokarsinomu klinik ön tanısıyla opere edildi. Işık mikroskopik incelemede, overlerde GIS karsinomu metastazı varlığı düşünülerek immunhistokimyasal inceleme yapıldı. Bu incelemede, tümör hücrelerinin SK 20 ve CEA ile pozitif immunreaksiyon gösterdiği, SK 7 ve CA 12.5 ile negatif oldukları görüldü. Overde GIS kökenli karsinom metastazı tanısı alan hastada, bu tanıdan 1,5 ay sonra sigmoid kolondaki primer tümör saptanıp opere edildi (Tablo 1).

Over tümörü nedeniyle opere olan ve başka bir patoloji laboratuvarında over karsinomu tanısı alan vaka 9'dan gönderilen hazır blokların ışık mikroskopik incelemesinde, overlerde GIS kökenli karsinom metastazı düşünülerek immunhistokimyasal inceleme yapıldı. Tümör hücrelerinin SK 7, SK 20 ve CEA ile pozitif immunreaksiyon gösterdiği, ancak CA 12.5 ile negatif olduğu saptandı. Patoloji raporunda primer tümörün, pankreas ve safra yolları olasılığı da düşünülerek GIS'de aranması gerektiği belirtildi. Bundan 2 ay sonra pankreasta kitle saptandı. Yapılan ince iğne aspirasyon biopsisinde duktal tipte epitelyal malign tümör hücreleri gözlemlendi (Tablo 1).

Daha önce kolon tümörü nedeniyle opere olan vaka 10 ve 11'de daha sonra overlerde saptanan ve operasyonla çıkarılan tümörlerde, SK 20 ve CEA ile pozitif immunreaksiyon saptandı, SK 7 ve CA12.5 ya negatif bulundu ya da zayıf pozitiflik görüldü. Vakalar, klinik öyküde bulunan kolon karsinomunun overe metastazı olarak tanı aldı (Tablo 1).

Geri kalan dört vakamız da daha önce over tümörü nedeniyle opere olmuştu. Daha sonra ikisinde ince barsak, birinde kolon, birinde mide lokalizasyonunda yeni tümöral kitleler saptandı. Bunların üçünde, primer tümörün GIS'de olduğunu düşündürecek tarzda mukozal lezyonlar bulunuyordu. İnce barsak ve midede tümör içeren üç vakada, tümör hücreleri SK 7 ve CA 12.5 ile pozitif immun boyanma gösterdi. Bunlarda SK 20 ve CEA ile immun boyanma görülmedi ve üçünde de hastanın öyküsünde bulunan over karsinomunun, GIS metastazı tanısı kondu. Sonuncu vakada ise hem kolondaki tümörde, hem de hastanın bir yıl önce primer over karsinomu olarak değerlendirilen overdeki tümöründe immunhistokimyasal inceleme yapıldı. Her iki materyalde de, tümör hücreleri SK 20 ve CEA ile pozitif boyandı, SK 7 ve CA 12.5 ile immun boyanma görülmedi. Bu bulgularla, kolondaki tümörün primer kolon karsinomu olduğu, overdeki tümörün ise primer tümörden daha önce varlığı saptanan bir kolon karsinomu metastazı olduğu kararlaştırıldı.

Vakalara bu patolojik tanıların konulmasından sonraki dönemde onkolojik takiplerinde, kemoterapiye cevap tarzları, yaptıkları metastaz türleri, serolojik tümör markerları gibi özellikleri ile patolojik tanıları arasında bir uyumsuzluk saptanmadı.

TARTIŞMA

Metastatik over karsinomları, tüm over tümörlerinin %3-8'ini ve tüm malign over tümörlerinin %10-30'unu oluşturur. Uterus kökenli tümörler dışında, en sık kolon, mide ve meme karsinomlarının metastazları görülmektedir. İstanbul Tıp Fakültesinde Anabilim Dalımıza sadece Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında opere edilerek gelen malign over tümörü materyali içerisinde metastatik over tümör sıklığı % 8.8 olarak saptanmıştır. Bunların % 6.8'i ekstras genital kökenli metastatik tümörlerdir. Bunların % 65'i gastrointestinal (12 vaka kolon, 8 vaka mide, 1 vaka da rektum lokalizasyonludur), % 21'i de meme kökenlidir (7-10). Over karsinomları ve GIS karsinomları, ayırıcı tanı güçlüğü yaratacak kadar morfolojik benzerlik göstermelerine rağmen, tedavi protokolleri, yayılım tarzları, kemoterapiye cevap verme ve prognoz özellikleri açısından belirgin farklılıklar gösterirler. Bu farklılıklar nedeniyle, bu iki tip tümör arasında ayırıcı tanı daha da önem kazanmaktadır. Ayrıca, kombine tedavi protokolleri nedeniyle hastaların sağ kalım süreleri uzamıştır. Primer over ya da kolon karsinomu nedeniyle opere olan hastaların önemli bir kısmında, daha sonra diğer bir organda gelişen yeni bir tümörü andıran tarzda batın içi nüksler olabilmektedir. Bu nüks tümörlerin detaylı patolojik incelemesinde de, aynı ayırıcı tanı sorunları bulunmaktadır (7,8).

Overlerdeki GIS kökenli karsinom metastazları, genellikle endometrioid ya da müsinöz over karsinomunu andıran mikroskopik görünümlere sahip olmaktadır. Bu tümörlerin, primer over karsinomlarından ayırımında, immunhistokimyasal yöntemlerin faydalı olduğunu ileri süren çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda, genellikle sitokeratin alt tipleri, CEA ve CA 12.5 kullanılmıştır (1-6).

Bu çalışmalarda, over tümörlerinin çok büyük bir oranda SK 7 ve CA 12.5 ile pozitif immunreaktivite gösterdiği ve SK 20 immunreaktivitesi göstermediği belirlenmiştir. Aynı çalışmalar, kolon kökenli karsinomların ise, SK 20 immunreaktivitesi gösterdiğini, SK 7 ve CA 12.5 immunreaktivitesi göstermediğini saptamıştır (1-6). Çalışmamızın bulguları, yukarıda belirtilen sonuçlarla uyumludur. Over vakalarımızın tümünde, SK 7 ve CA 12.5 immunreaktivitesi saptadık. Hiçbir over karsinomu vakamızda SK 20 immunreaktivitesi görmedik, sadece birinde kuşkuyla CEA immun boyanması gözledik. Ancak, primer over müsinöz karsinomlarında hem SK 7 hem de SK 20 ve CEA immunreaksiyonu görülebilmektedir. Bizim günlük deneyimimizde aynı anda SK 7 ve SK 20 immunreaktivitesi gözlediğimiz bazı primer over müsinöz adenokarsinomu vakalarımız olmakla beraber, bu vakalarda klinik açıdan gastrointestinal karsinom ile over karsinomu ayırımı gereksinimi olmadığından bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Buna karşın, çalışmamızdaki GIS karsinomu vakalarının tümünde SK 20 ve CEA immunreaktivitesi saptarken, birinde kuşkuyla yer vermeyecek tarzda, diğer ikisinde kuşkuyla SK 7 immun boyanması izledik, hiç birinde CA 12.5 immunreaktivitesi gözlemedik.

Çalışmamızın ve bazı diğer çalışmaların sonuçları, bu immun belirleyicilerin tek tek kullanıldığında yanıltıcı olabileceğini göstermiştir. Çalışmamızda, ikisi kuşkuyla zayıf da olsa, üç GIS kökenli karsinom vakasında SK 7 immunreaktivitesi saptadık. Bu bulgumuzla uyumlu olacak

şekilde, Torenbeek ve ark. yaptıkları çalışmada 29 kolon karsinomu vakasının onbirinde SK 7, beşinde CA 12.5 immunreaktivitesi; 19 over karsinomu vakasının 8'inde SK 20, dördünde CEA immun boyanması olduğunu bildirmiştir. Ancak, bu beklenmeyen immunreaksiyonların önemli bir kısmı fokal, ya da parsiyel olarak nitelendirilmiştir (11).

Sonuç olarak, günlük patoloji uygulamalarında over karsinomlarının, overe metastaz yapan gastrointestinal sistem karsinomları ile ayırıcı tanısının yapılmasında ve over ya da kolon karsinomu nedeniyle operasyon öyküsü olan, batin içinde overlerde ya da gastrointestinal sistemin bir kısmında yeni kiteller saptanan vakalarda ayırıcı tanının yapılmasında, konvansiyonel histopatolojik bulgularla beraber, sitokeratin alt tiplerinin de kullanıldığı bir immun-histokimyasal incelemenin faydalı olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

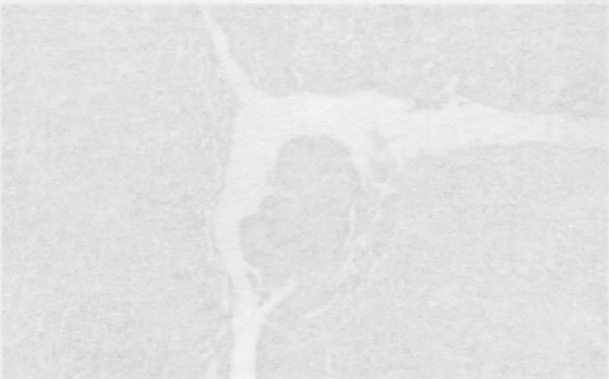
1. Mobus VJ, Moll R, Gerharz CD et al. Establishment of new ovarian and colon carcinoma cell lines: differentiation is only possible by cytokeratin analysis. *Br J Cancer* 1994; 69: 422-428.
2. Loy TS, Calaluze RD, Keeney GL. Cytokeratin immunostaining in differentiating primary ovarian carcinoma from metastatic colonic adenocarcinoma. *Mod Pathol* 1996; 9: 1040-1044.
3. Lagendijk JH, Mullink H, Van Diest PJ, Meijer GA, Meijer CJLM. Tracing the origin of adenocarcinomas with unknown primary using immunohistochemistry: differential diagnosis between colonic and ovarian carcinomas as primary sites. *Hum Pathol* 1998; 29: 491-497.
4. Kılıç G, Abadi M. Jejunal adenocarcinoma presenting as a primary ovarian carcinoma: a case report. *Gynecol Oncol* 2000; 78: 255-258.
5. Lindner V, Gasser B, Debbiche A, Tomb L, Vetter JM, Walter P. Ovarian metastasis of colorectal adenocarcinomas. A clinico-pathologic study of 41 cases. *Ann Pathol* 1999; 19: 492-498.
6. De Costanzo DC, Elias JM, Chumas JC. Necrosis in 84 ovarian carcinomas: a morphologic study of primary versus metastatic colonic carcinoma with a selective immunohistochemical analysis of cytokeratin subtypes and carcinoembryonic antigen. *Int J Gynecol Pathol* 1997; 16: 245-249.
7. Seidman JD, Russel P, Kurman RJ. Surface Epithelial Tumors of the Ovary. *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract*. Ed. Kurman RJ, Springer, 5th ed, New York, 2001; 791-904.
8. Scully RE, Young RH, Clement PB. Secondary Tumors. Tumors of the Ovary, Maldeveloped Gonads, Fallopian Tube, and Broad Ligament. *Atlas of Tumor Pathology*. AFIP, 3rd series, fascicle 23, Bethesda, 1998: 335-373.
9. Yavuz E, Yavuz H, Tuzlali S, İlhan R, İplikçi A. Overe metastaz yapmış meme karsinomu olgusu. *Okmeydanı Tıp Derg* 1998; 15: 51-53.
10. Akhan SE, Kılıç G, Salihoğlu Y, Bengisu E, Berkman S. Nongenital metastatic cancers of the ovary: A clinical analysis. *Eur J Gynecol Oncol*; 2001; 22: 379-383.
11. Torenbeek R, Lagendijk JH, Van Diest PJ, Bril H, Van de Molengraft FJLM, Meijer CJLM. Value of panel antibodies to identify the primary origin of adenocarcinomas presenting as bladder carcinoma. *Histopathology* 1999; 32: 20-27.

BULGULAR

567 erkek, 673 bayan hasta (toplam 1220 hasta) çağışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları 1 aydan 79 yaşa kadar değişmekteydi, ortalama yaş 19.6 idi. Akromiyoepitelyal koloniler 101 olguda (%16,22) (Resim 1), kript apseleri 80 olguda (%13,37), kist olguları 37 olguda (%6,22) (Resim 2), granülom 7 olguda (%1,22) (Resim 3), fibroz bant kalınlaşması 84 olguda (%13,84) ve fibrozis 7 olguda (%1,22) saptandı.

TARTIŞMA

Palatin tonsiller otoarınkalin her iki tarafında patolojik ve patolojikal kistler tarafından oluşturulmuş bir fossada yerleşmiş büyük lenfoid doku kitlenidir (5,6). Embriyonel gelişim sırasında ikinci boğaz döşeyen epitel-



Resim 1. Tonsiller kript içersinde Akromiyoepitelyal koloni (HE %60)

GİRİŞ

Tonsilla palatina'lar immün sistemin çevre ile temas ettiği bir noktaya yerleşmişlerdir (1). İmmünojenik yanıtta ve üst solunum yollarında enfeksiyone karşı güncel önemi rol oynarlar (2). Palatin tonsiller inflamasyon gibi patolojik durumlar karşısında morfolojik ve histolojik olarak stabil değillerdir (3). Bu morfolojik değişiklik kendi sınırlı müayenede genellikle tonsil hiperplazisi olarak gösterir ki, bu da oldukça sık uygulanan bir operasyon olan tonsilektomi için bir endikasyondur. Beklenmedik bir patolojik durumla karşılaşma olasılığı oldukça düşük olsa da tüm tonsilektomi materyallerinin mikroskopik incelenmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir (4). Bu çalışma palatin tonsilektomi materyallerinde sıklıkla karşılaşılan benign histopatolojik lezyonların tanımlanması amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Sık tonsillit geçirme öyküsü, yakın ginek ve proktolojik nedenlerle 1990-2000 yılları arasında tonsilektomi operasyonu geçirmiş 1220 hasta'ya ait Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı arşivinde bulunan Hemastokilen-Eozin (H-E) boyalı kesitler yeniden incelendi ve akromiyoepitelyal kolonilerin, kriptik apselerin, kist olgularının (akutöz epitel döşeli ve keratinli dolu kriptik lenfoid oluşturan kistler), granülomların ve fibrotik interstisyel reaksiyonların (fibroz bant kalınlaşması ve fibrozis) varlığı araştırıldı ve bulunma miktarları belirlendi.