Klasik Kaposi Sarkomlu Bir Olguda Gastrointestinal Tutulum

Dr. Vedia Müftüoğlu[1], Dr. Gülden Aydoğ[1],

ÖZET

Klasik Kaposi sarkomunda visseral tutulum oldukça nadir olmakla birlikte, Kaposi sarkomunun diğer tiplerinde nispeten daha sık olarak bildirilmiştir. 1988'den beri iki kez üst gastrointestinal kanama geçiren ve radyolojik, endoskopik tetkiklerde kanama nedeni tam olarak açıklanamayan 35 yaşındaki beyaz erkek hastada son gastrointestinal kanamayı takiben yapılan operasyonla çıkarılan jejunumun 96 cm uzunluğunda bölümünü tutan 1-3 mm çapındaki çok sayıda lezyonların Kaposi sarkomu olduğu histopatolojik olarak tespit edilmiştir. Hastada anti HI V(-) tir ve herhangi bir immunosupressif tedavi almamıştır.

Anahtar Kelimeler : Gastrointestinal sistem, Kaposi sarkomu

SUMMARY

Visceral involvement which is considerably rara in classical Kaposi's sarcoma, has been reported relatively more frequently in other types of Kaposi's sarcoma. In a 35 year old white male patient, who has experienced gastrointestinal beleeding twice since 1988, and no complete explanation was established as the cause of leeding by radiological and endoscopic investigations, a surgical intervention was performed following the last gastrointestinal bleeding, and the multiple lesions, approximately 1-3 milimeters in diameter, involving the excised jejunum of 96 centemeters long, were hystopathologically determined Kaposi's sarcoma. He was negative for anti-HIV and was not on any immuno suppressive therapy.

Key Words : Gastorintestinal System, Kaposi's sarcoma

GİRİŞ

İlk olarak 1872' de Moritz Kaposi tarafından tanımlanan Kaposi sarkomu (KS) etyolojisi bilinmeyen, patogenezi açıklanmamış, deri ve visseral dokuları tutan multisistemik proliferatif bir hastalıktır [1,2].

Günümüzde KS 4 subtipe ayrılmaktadır[1,3,4].

I. Klasik KS; lokalize, nodüler, mavi veya mor renkte, alt ekstremiteleri tutan lezyonlar ile karekterizedir. Orta ve Akdeniz Avrupasında sıktır. Hastalık yavaş ilerler, survi 8-13 yıldır.

2. Afrika KS; ekvatoryal Afrika bölgesinde genç erkeklerde ve çocuklarda görülen agresiv endemik formdur. Visseral tutulum sıktır. Sadece lenf nodlarını tutarak lenfadenopatilerle de seyredebilir. Bu bölgedeki bütün malignitelerin %9 unu oluşturur.

3. İatrojenik KS; uzun süre immunosupresif tedavi alan hastalarda görülür.

4. Epidemik KS; AIDS'li hastalarda olur.Kutanöz lezyonlar genellikle gövde, üst ekstremite ve baş bölgesindedir. Oral lezyonlar sıktır. Lenf nodları, akciğerler ve gastrointestinal trakt sık olarak tututulur. Hastalık agresiv ve progresif olarak ilerler.

Bu makalede 35 yaşındaki erkek hastada hastalığın öyküsü ve jejunumdaki lezyonların histopatolojik özellikleri klasik KS'unda visseral tutulum nadir olduğu için sunulmuştur.

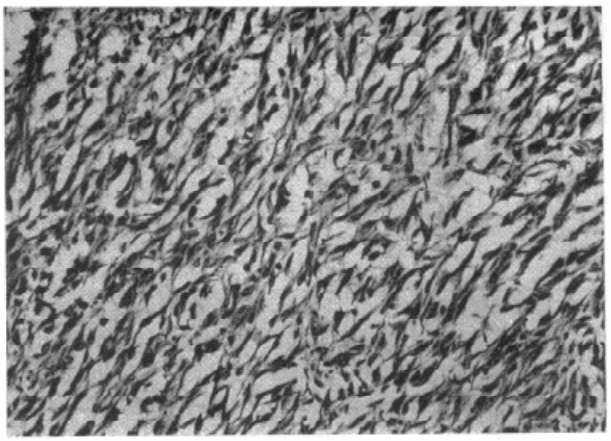
OLGU SUNUMU

İlk olarak 1982'de alt ekstremitelerde küçük ağrısız, mor renkli nodüler lezyonlar nedeniyle dermatoloji kliniğine başvuran hastada Kaposi sarkomu tanısı konulmuş ve radyoterapi uygulanmıştır. Daha sonra sağ kol anteriorunda aynı özellikteki lezyonlar nedeniyle radyoterapi uygulanan hastada radyodermit gelişmiş ve bu nedenle sağ el 2., 3. parmakları ile her iki bacak dizaltı amputasyon uygulanmıştır.

1988 de gastrointestinal kanama nedeniyle Yüksek İhtisas hastanesi gastorentereloji kliniğinde izlenen hastada endoskopik olarak bulbusta anjiodisplaziyi düşündüren küçük lezyonlar görülmüş fakat kanama odağı tam olarak belirlenememiştir. 1990 da ikinci kez gastrointestinal kanama nedeniyle incelenen hastada radyolojik ve endoskopik tetkilerde patoloji görülmemiştir. Üçüncü kez gastorintestinal kanama nedeniyle araştırılan hastanın radyolojik tetkikleri normal olarak değerlendirilmiş endoskopik incelemede ise midede pembe renkli düzgün kenarlı 3 mm çapında bir nodül saptanmıştır. Kesin kanama odağı tesbit edilemeyen hastaya yapılan laparotomide treitz'in 10 cm distalinden başlayan ve jejunumun büyük kısmını tutan 1-3 mm çapında anjiodisplazik lezyonlar görülerek jejunum çıkarılmıştır.

Materyalin mikroskopik incelemesinde en büyüğü 5 mm çapında olan ve mukozadan en fazla 2 mm kabarıklık gösteren,

1 Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Patoloji Laboratuvarı, Ankara



Resim 1 : Atipik fuziform hücrelerin oluşturduğu yarık benzeri boşluklar (HEx100)

mukoza devamlılığını bozmayan, serozadan da izlenebilen çok sayıda mor renkli nodüller görülmüştür. Bu nodüllerin kesitleri koyu kırmızımsı-mor renkte ve süngerimsi yapıdadır.

Nodüllerden hazırlanan Hematoksilen-eozin boyalı kesitlerin incelenmesinde submukozadan başlayan ve genellikle sirküler kas tabakasını tutan, dar sitoplazmalı, nukleus uçları künt atipik fuziform hücrelerin oluşturduğu damarsal yarıklar izlenmiştir. (Resim 1). Bu yarıkların içinde zorlukla seçilebilen eritrositler mevcuttur. Mitoz, hiyalin cisimcikler ve hemosiderin pigmenti izlenmemiştir. Lezyonların içinde ve lezyona komşu alanlarda genişlemiş lenfatikler ve diğer damarlar görülmüştür.

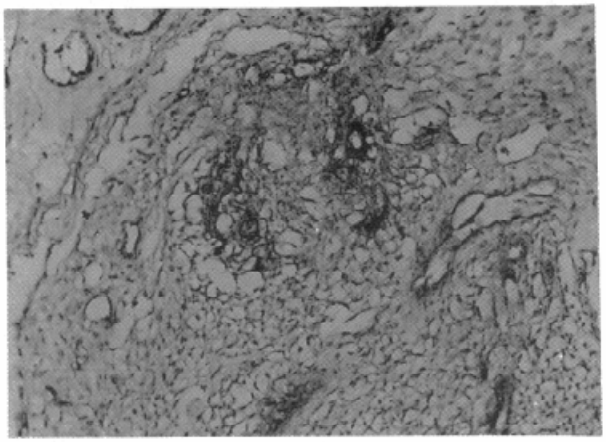
İmmunohistokimyasal olarak immunoperoksidaz yöntemiyle anti-factor VIII-related antijen (Dakopatts, Denmark) kullanılarak yapılan boyamada factor VIII-related antijen lokal olarak izlenmiştir (Resim 2).

TARTIŞMA

Kaposi sarkomu daha çok dermatolojik bir hastalık olmakla birlikte bazen lenf nodları ve visseral tutulum da olabilir [4]. Cilt lezyonları hastalığın stage'ine bağlı olarak makül, plak ve nodüller şeklinde, bazen ülsere veya diffüz infiltratif olabilir[1,5].

Klasik KS genellikle zayıf ve yaşlı erkeklerde (6-7/ dekatta görülür[1,3,4]. Lokalize veya dissemine cilt lezyonları olan hastalarda, hastalık çok yavaş ilerler[1]. Tümör radyoterapiye ve kemoterapiye relatif olarak sensitifdir[3]. Visseral tutulum olduğunda hastalığın fatal seyredebilmesi lezyonların agresifliğine değil, hemoraji komplikasyonlarına bağlıdır[1].

AIDS'li hastalarda KS en sık rastlanan tümör olup, 82 AIDS



Resim 2 : Tümör hücrelerinde fokal faktör VIII-related antijen boyanması (x100)

li hastayı içeren bir çalışmada 40 olguda KS tespit edilmiştir[6]. Bunların %25'inde ise sistemik hastalık saptanmıştır[6]. AIDS li hastalarda tanımlanan sistemik lezyonlar ağız, farinks, özefagus, mide, duodenum ve kolondadır[3,6,7].

Gastrointestinal traktı tutan submukozal lezyonlar küçük, telenjiektatik, düz veya hafifçe kabarık, kırmızı-mavi renkte multipl nodüller şeklinde izlenir[3]. Rutin gastrointestinal kontrast radyolojik çalışmalarda bu lezyonlar genellikle gözden kaçar[3].

Visseral lezyonlar mikroskopik olarak cilt lezyonlarına benzer[4]. Tümör stromasında belirgin ödem, inflamasyon ve hemoraji olabilir[4]. Tümörsüz komşu dokuda ektatik lenfatikler ile normal arteriol ve venüller görülebilir[4]. Tümör hücrelerinde makrofajlarda veya stromada serbest olarak hemosiderin pigmenti, hiyalin cisimcikler ile yarık şeklindeki boşluklarda eritrositler izlenebilir[4,5]. Cilt lezyonlarında bunlar daha çok plak ve nodüllerde görülürken maküler lezyonlarda saptanmamıştır[5].

Kaposi sarkomunun etyopatogenezi tam olarak açıklanmamıştır. Hastalığın bulunması ve yayılımı için hücresel immün yetmezliğin gerekli olduğu bildirilmiştir[1].

Dissemine KS'unda T4'lerde düşüş görülmekle birlikte T4/T8 oranı korunmuştur[1]. Bununla birlikte KS'nun gelişimini sağlayan immunolojik değişikliğinin naturu tam olarak aydınlatılmamıştır. Ayrıca kongenital immun yetmezliği olan hastalarda KS görülmemiştir[1].

Kaposi sarkomunda spindle hücrelerin muhtemelen endotelyal orijinli olduğu bildirilmektedir[1,5]. Son yapılan bir araştırmada ise KS hücrelerinin hem endotelyal hem de makrofaj antijenlerini taşıdıkları saptanmıştır[2].

KAYNAKLAR

1. Zurrida S., Agresti R., Cefalo G. Juvenile Classic Kaposi's Sarcoma. Pediatr Hematol Oncol 1994; 11: 409-16.
2. Uccini S., Ruco L., Morando F., Stopacciaro A., Dejana E., Lesnani I., et al. Coexpression of Endothelial cell and Macrophage Antigens in Kaposi's Sarcoma Cells. J Pathol 1994; 173: 23-31.
3. Freidman-Kien A., Laubenstien L., Rubinstein P., Buimovici-Klein E., Marmar M., Stahl R et al. Disseminated Kaposi's Sarkoma in Homosexual Men. Ann Rev Intern Med 1982; 96: 693-700.
4. Farmer ER., Hood AF. Pathology of Skin. Ist ed. Connecticut, Apleton et Lange 1990, pp830-34.
5. Haupt HM., Stern JB., Multhaupt H., Newman H. Argyrophilic Nucleolar Organizer Regions and Proliferating Cell Nuclear Antigen / Cyclin in Kaposi's Sarcoma. Arch Pathol Lab Med 1995; 119: 538-41.
6. Boylston AW., Cook HT., Francis ND., Goldin RD. Biopsy Pathology of Acquired Inmmune Deficiency Syndrome (AIDS). J Clin Pathol 1987; 40: 1-8.
7. Dwarkin B., Warmser GP., Rosenthal WS., Heier SK., Braunstein M. Gastorintestinal Manifestations of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. A review of 22 cases. Am J Gastorenterol 1985; 80: 774-78.