

Uterusun adenomatoid tümörü: Olgu sunumu* Adenomatoid tumor of the uterus: A Case report*

Füruzan Kacar ¹, Nil Çulhacı ², Elif Selek ²

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, AYDIN

² SSK İzmir Eğitim Hastanesi Patoloji Bölümü, İZMİR

* Olgu, Adnan Menderes Üniversitesi II. Bilim Haftası etkinliklerinde 11-15 Aralık 2000 tarihinde poster olarak sunulmuştur.

Adenomatoid tümör, kadın genital sisteminde seyrek olarak görülen, serozal mezotelyumdan köken alan benign, nodüler bir tümördür. Tubal yerleşimi uterusu göre daha sık olarak izlenmektedir. Genellikle doğurgan çağdaki kadınlarda izlenir. Makroskopik olarak uterin leiomyomdan ayrılmazlar. Ayırıcı tanıda en sık lenfanjioma, daha az olarak da adenokarsinom yer alır.

Burada; 31 yaşında sezeryan operasyonu sırasında saptanan ve leiomyom olarak düşünülen bir adenomatoid tümör olgusu sunulmuştur. Makroskopik olarak da leiomyom düşündüren olgu histolojik ve immunhistokimyasal inceleme sonucunda "uterusun adenomatoid tümörü" olarak tanı almıştır.

Seyrek görülen uterin adenomatoid tümör literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Adenomatoid tümör, uterus

Adenomatoid tumor is an uncommon benign nodular neoplasm seen in the female genital tract originating from serosal mesothelium. Adenomatoid tumors are much less common than their tubal counterparts. They are usually encountered in women of reproductive age and usually identified as leiomyomas in gross appearance. The most common differential diagnosis is with lymphangioma. Another common differential diagnosis is with adenocarcinoma.

Here we report a case of adenomatoid tumor in a 31 year old woman who underwent cesarian section, a nodule was discovered incidentally and thought to be as leiomyoma. But it is encountered as adenomatoid tumor by the evidence of histopathological and immunohistochemical studies.

Key Words: Adenomatoid tumor, uterus

Adenomatoid tümör (AT) terimi ilk defa Golden ve Ash tarafından kadın ve erkek genital yollarında izlenen, az rastlanan bir tümör gurubu için kullanılmıştır ⁽¹⁾. Daha seyrek olarak bu neoplazm ekstragenital bölgelerden de (adrenal gland, omentum, intestinal mezenter vb.) köken alabilir ⁽²⁾. Kadın genital yollarında AT en sık tuba, daha seyrek olarak ise uterus yerleşimli olarak karşımıza çıkar ⁽¹⁻⁹⁾.

AT mezotelial diferansiyasyon gösterdiğinden "adenomatoid mezotelioma" terimi de kullanılır ⁽³⁾. Çoğu araştırmacı mezotelial orijin konusunda hemfikirdir. Ancak neoplazmin epiteloid, müllerian veya endotelial kökenli olabileceği konusunda değişik görüşler mevcuttur ⁽⁴⁾.

AT'ler makroskopik olarak leiomyomdan ayrılmazlar. Histolojik olarak genellikle adenoid ve tubuler konfigürasyonlar sergilerler. Bazen lenfanjiom, endometrial karsinom veya metastatik karsinomlarla ayırıcı tanısı zor olabilmektedir ^(1,4-6).

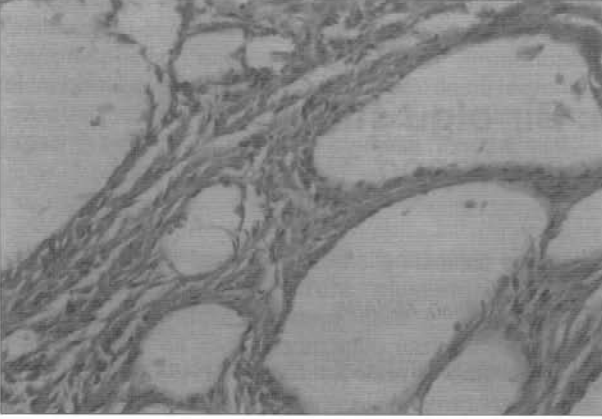
Olgu seyrek görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Olgu 31 yaşında, termde gebe (39.hafta), sağlıklı bir kadındır. Sezeryan operasyonu sırasında, sağlıklı erkek bebek doğurtulmuş ve isthmusa yakın, korpusta subserozal yerleşimli myom nodülü görünümüne kitle enükle edilmiştir. Laboratuvarımıza myom ön tanısı ile ulaşan materyel 4x2x2 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, solid, kirli beyaz renkli, orta sert kıvamlıdır. Kesit yüzü aynı özelliktedir. Seri kesitlerde düz kas demetleri ve yer yer fibröz doku içerisinde tubul ve adenoid yapıya benzer boşluklar görülmüştür. Ancak bu boşlukları döşeyen epitellerin yassılaştığı, atipi kriterleri taşımayan hücreler olduğu dikkati çekmiştir (Resim 1). Yer yer bu tubul-adenoid yapıların da genişlemeler ve birbirleriyle anastomozlar yaptıkları gözlenmiştir. Olağan bir leiomyom olmadığı düşünülerek 5 mikron kalınlığındaki parafin bloklardan hazırlanan kesitlere streptavidin-biotin yöntemiyle sitokeratin (DAKO, Denmark, mouse anti-human, prediluted), FVIII (DAKO, Denmark, rabbit anti-human FVIII related antigen, prediluted) immunhistokimyasal boyaları ve musikarmin histokimyasal boyası uygulanmıştır. Sitokeratin (+), FVIII (-), musikarmin (-) olarak değerlendirilmiştir. Histolojik görünümü ve histokimyasal-immunhistokimyasal boyanma özellikleri nedeniyle olguya "adenomatoid tümör" tanısı konulmuştur.

TARTIŞMA

AT kadın genital organlarında en sık tuba daha sonra uterus yerleşimi göstermektedir ⁽¹⁻⁶⁾. Olgu, sezeryan



Resim 1: Adenomatoid tümörde kas lifleri arasında yassılaştırmış epitel ile döşeli adenoid yapılar (H&Ex200).

operasyonu sırasında rastlantısal olarak farkedilmiş uterus korpus yerleşimli bir tümördür. AT bazen multiple olabilir, ancak biz ameliyat gözlemi dışında (olağan genital organlar) bu konuda bilgiye sahip değiliz. AT'ler genellikle 0.5-1 cm çaplarında olup, büyük boyutlu AT'ler nadirdir⁽⁶⁾. Olguda izlenen AT büyük boyutları (4x2x2 cm) nedeniyle de ilginçtir.

Makroskopik olarak leiomyom, adenomyom ve uterin mezoteliomanın ayırılmanması çok zordur^(5,6). Olgumuz da laboratuvara leiomyom öntanısı ile gönderilmiştir. Bazı AT'lerin sıradan leiomyomlara göre daha sarımsı, daha yumuşak kıvamlı ve daha düzensiz sınırlı olduğu bildirilmektedir⁽¹⁻⁷⁾. Ancak makroskopide materyelin sıradan bir leiomyom görünümünde olduğu gözlenmiştir, farklı bir görünüme rastlanmamıştır. Bu tümörler genellikle serozal yüzeye yakın yerleşirler ancak tümör büyükse endometrium içlerine doğru uzanabilir^(2,5,6). AT myometriumu en azından fokal olarak infiltrate edebilir⁽⁵⁾. Olgudaki AT subserozal yerleşimli ve düzgün sınırlıdır. Histolojik olarak en sık izlenen histolojik patern adenoid ve tubuler paternlerdir. Fibröz doku ya da kas lifleri arasında yassılaştırmış veya küboidal epitel döşeli tubuller veya bez yapısı boşluklar birbirleri ile anastomozlar yaparlar. Sellüler atipi minimal ya da yoktur. Mitoz izlenmez. Genişlemiş tubullerin içlerinde veya döşeyen epitelin stoplazmasında asit mukopolisakkaritler bulunabilir ancak bunlar musikarmin negatiftir. Olgumuz histolojik olarak benzer özellikleri taşımaktadır.

Ayırıcı tanıda öncelikle lenfanjiom gözönüne alınmalıdır. Özellikle AT'nin anjiomatoid konfigürasyonu lenfanjiom ile çok karışır. İmmunhistokimyasal olarak sitokeratin pozitifliği AT tanısını koydurur ve lenfanjiomdan ayırımı sağlar⁽⁶⁾. Uygulanan FVIII negatifliği damar tümörünü ekarte ettirirken, tubuler yapıları döşeyen

epitelde saptanan sitokeratin pozitifliği "adenomatoid tümör" tanısını kuvvetle desteklemiştir. AT endometrial ve metastatik adenokarsinomlarla da karışabilir. Tümörün serozal yüzeyde, derin yerleşimi olması ve normal görünümlü endometrium bezleri, endometrial orijini ekarte ettirir. Tubuler ve adenoid yapıların atipi kriterleri taşımayan, yassılaştırmış epitel döşeli olması malign tümörü ekarte ettirir. Ancak bazen küboidal, hafif nükleer değişiklikleri olan epitel döşeli adenoid benzeri yapılar metastatik karsinomdan ayırımıda güçlüğe yol açabilir⁽⁵⁻⁶⁾. Olgumuzdaki tubuler yapılar da yassılaştırmış, atipi kriterleri taşımayan epitel döşeli olduğundan ve herhangi bir desmoplastik reaksiyon görmediğimizden endometroid ya da metastatik bir adenokarsinom düşünülmemiştir. Lümeninde mukus benzeri salgı olabilmesi ancak bunların musikarmin negatif olması da AT'nin histokimyasal özelliklerindedir^(1,5,6). Olgumuzda da belirgin bir salgısal özellik görülmemesine karşın uygulanan musikarmin boyası negatif olarak saptanmıştır. Daha seyrek olarak, epiteloid leiomyom ve ovarian seks kord tümörlerine benzeyen uterin tümörlerle de karışabilir⁽⁹⁾. Adenomyomda endometrial stroma izlenebilmesi AT den ayırımı sağlar. Lenfanjiomada vasküler kanalların çevresinde ya da içerisinde lenfositler görülmesi tipiktir ve adenomatoid tümörde görülmeyen bir görünümdür. Olgumuzda da tubuler yapılar içerisinde ya da çevresinde lenfositik hücre saptanmadığından lenfanjioma düşünülmemiştir. Uterusta damar tümörleri ise pek seyrek. Olguda FVIII negatif olarak saptanmıştır.

Olgumuz bu özellikleri ile birlikte değerlendirildiğinde "adenomatoid tümör" tanısını almıştır.

AT seyrek görülen benign bir tümör olmasına karşın zaman zaman ayırıcı tanıda güçlükler yol açabilmektedir. Bu nedenle histopatolojik ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken lezyonlardan biridir.

KAYNAKLAR

1. Viedma MU, Pallida SM, Morales TC. Adenomatoid tumors. Arch Pathol Lab Med 1995; 109:636-8.
2. Bell AD, Scully RE. Serous borderline tumors of the peritoneum.. Am J Surg Pathol 1990; 14 :230-9.
3. Honore LH. Uterine mesothelioma. Am. J Obstet Gynecol 1980;132:25.
4. Silverberg S, Kurman Rj. Tumors of the uterine corpus and gestational trophoblastic disease, 3rd ed. Washington : AFIP, 1992; 146-7.
5. Fox H. Obstetrical and Gynaecological Pathology, 4th ed. Newyork: Churchill Livingstone, 1995;574-5.
6. Kurman RJ. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, 4th ed. Newyork: Springer Verlag, 1994;518-9.
7. Bisset DL, Moris JA, Fox H. Giant cystic adenomatoid tumor (mesothelioma) of the uterus. Histopathology 1988;12:555-8.