

Uterin serviksın minimal deviasyon adenokarsinomu (MDA)*

Ayhan Gül¹, Zeliha Esin Çelik¹, Tansel Çakır², Ersin Çintesun¹, Çetin Çelik¹

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

²Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Alanya

Öz

Minimal deviasyon adenokarsinom(MDA) servikal adenokarsinomların %1-3 oranında görülen bir varyantıdır.Nadir görülmesi nedeniyle standart tanısal metot ve tedavi protokolü yoktur. Uterin servikte 10-12 cm boyutunda kitlesi olan vakamızda tanı servikal biyopsi ile konamadı.Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) MDA tanısı düşünüldü ve operasyon sonrası tanı kondu. Postoperatif olarak adjuvant kemoradyoterapi (KRT) uygulandı ve hasta 16 aylık bir süre rekürrens olmadan izlendi.

Anahtar Kelimeler: Minimal deviasyon adenokarsinom, uterin serviks, radikal histerektomi

Abstract

Minimal deviation adenocarcinoma (MDA) is a variant of cervical adenocarcinomas seen in 1-3%. There is no standard diagnostic methods and treatment protocol because of its rarity.In our case who have a mass in diameter 10-12 centimeters in uterine cervix, the diagnosis could not be established with cervical biopsy. MDA was suspected in magnetic resonance imaging (MRI) and diagnosis was established after surgery. Adjuvant chemoradiation therapy(CRT) was administered in postoperative period and the case was followed for 16 months without recurrence.

Key words: Minimal deviation adenocarcinoma, uterine cervix, radical hysterectomy

Genel Tıp Derg 2018;28(2):85-88

Alınan: 03.03.2018 / 03.04.2018 / Yayınlanma: 29.06.2018

Yazışma adresi: Ayhan Gül, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

E-posta: drayhangul@hotmail.com

Giriş

En sık görülen serviks kanseri squamoz hücreli kanserdir. Minimal deviasyon adenokarsinom (MDA), endoservikal musinoz adenokarsinomun nadir bir varyantıdır ve servikal adenokarsinomların %1-3'ünü oluşturur. Histopatolojisi benign durumlarla karıştığı için tanısı zordur(1,2). Nadir görülmesi nedeniyle standart tanısal ve tedavi protokolü yoktur. Bu yazıda kliniğimizde MDA tanısı almış bir vakayı sunmaktayız.

Vaka Sunumu

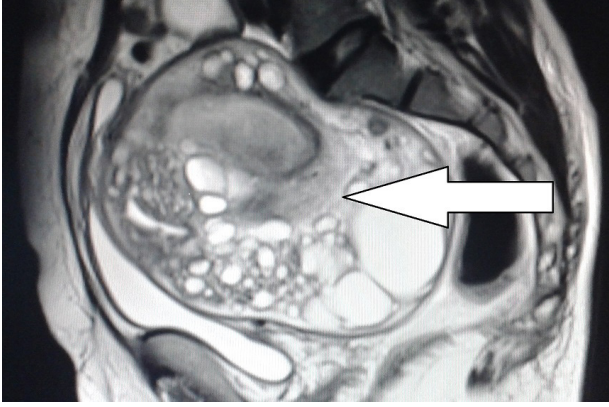
Hastamız 32 yaşında gravida 2 parite 2 premenapozal kadındı. Kliniğimize 6 aydır süren vajinal akıntı ve anormal kanama şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde özellik olmayan hasta iki kez C/S ile doğum yapmıştı. Yapılmış olan servikal smearde bir anormallik yoktu. Jinekolojik muayenede serviks arka-yukarı kısmında 10-12 cm'lik kitle tespit edildi. Kitle uterusu yukarı ve sola deviyeye etmişti. Manyetik rezonans görüntüleme(MRI) 126x118 mm boyutunda servikal bölgeye sınırlı, kistik-solid komponentler-

den oluşan heterojen kitle izlendi. (Resim 1,2). Kitlenin özellikleri MDA tanısını akla getirmekteydi. Hastalık bu ön tanı ve muayene bulguları dahilinde FIGO evreleme sistemine göre evre 2b2 olarak düşünüldü.

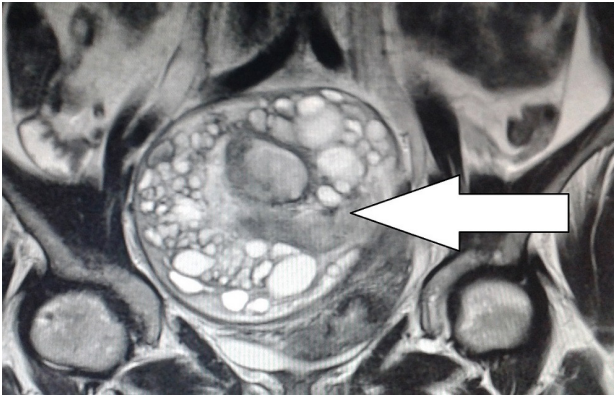
Preoperatif dönemde uygulanan servikal biyopsi ile tanı konamadı. Daha ileri bir değerlendirme yapabilmek, kitleyi çıkarmak ve kesin tanı koymak amacıyla laparotomi planlandı. Laparotomi esnasında servikal bölgede 10-12 cm.lik kitle izlendi (Resim 3,4). Kitleden alınan materyalin frozen incelemesi sonucu MDA olabileceği ancak tanının final patoloji raporu ile konabileceği bildirildi. Hastaya radikal histerektomi ve pelvik-paraaortik lenf nod diseksiyonu uygulandı. Hastanın genç olması nedeni ile her iki over bırakıldı.

Final patoloji raporunda tanı serviks sınırlı MDA olarak bildirildi. Komşu dokulara yayılma veya lenf nodu tutulumu yoktu. Hastaya kemoradyoterapi (KRT) başlandı. 3 siklus haftalık Sisplatin 40 mg/m² ve 28 gün fraksiyone eksternal radyoterapi (RT) uygulandı. Hasta yüksek riskli olarak düşünüldüğü için 3 siklus Karboplatin (AUC=6)

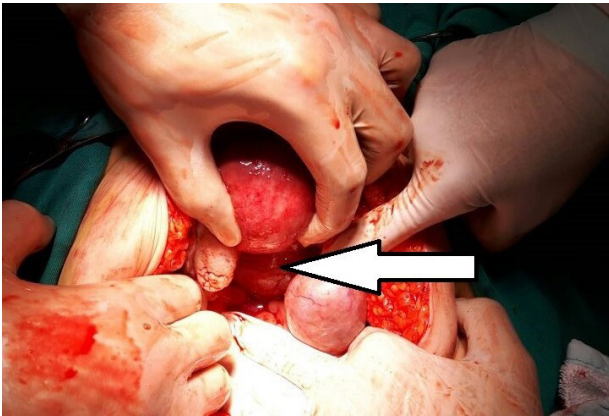
ve Paklitaksel 175 mg/m² ek tedavi aldı. Tedavi bitiminde uygulanan bilgisayarlı tomografi (BT) kontrolünde rekürrens izlenmedi. Hasta toplam 16 ay boyunca rekürrens olmaksızın izlendi.



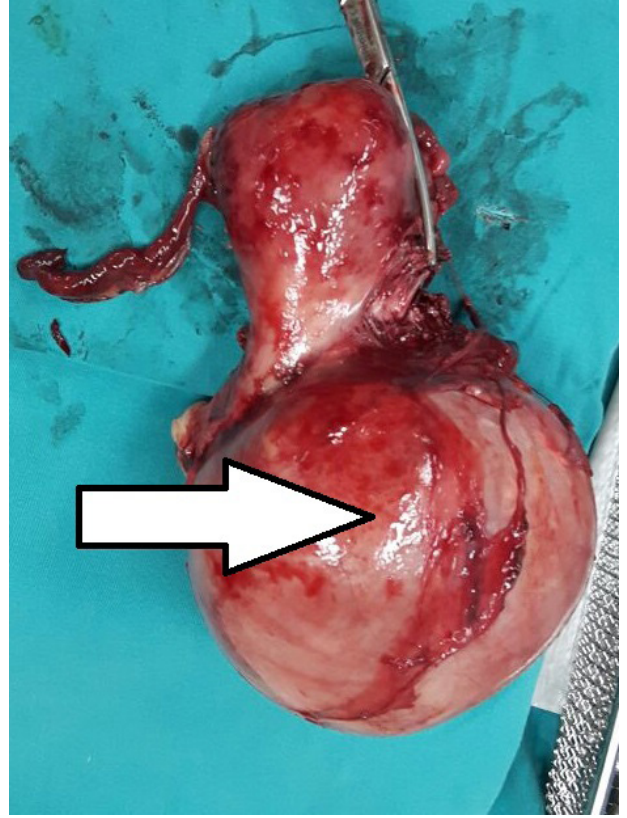
Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



Resim 3.

Tartışma

Adenoma malignum (AM) terimi ilk olarak benign histopatolojik özelliklere sahip bir servikal adenokarsinom için Gusserow tarafından 1870 yılında kullanıldı(3). MDA terimi ise genelde hastalık kötü prognoza sahip olmakla birlikte iyi prognoz bildirilen diğer vakalar için kullanılmıştır(1,3,4).

Literatürdeki ilk yayın 5 vakanın sunulduğu McKelvey ve Goodlin'in serisidir(3). En geniş vakanın sunulduğu derleme ise Guiling Li ve ark. yaptıkları literatür taramasıdır(5).

Hastaların ortalama yaşı farklı serilerde 44 ve 50.8 olarak bildirilmektedir(5,6). Sunduğumuz vaka ise 32 yaşındaydı.

Literatürde bildirilen vakaların büyük çoğunlu multiptardır(7-10). Bizim vakamız da benzer şekilde multiptar bir kadındır.

Hastalığın semptomları olarak vajinal akıntı %69,4, vajinal kanama %50 ve diğer semptomlar %24,5 oranlarında bildirilmektedir(5). Literatürdeki diğer vakalarda da vajinal akıntı ve kanama en sık izlenen semptomlar olarak görülmektedir. Sunduğumuz vakada da literatüre benzer şekilde hastanın vajinal akıntı ve kanama şikayetleri mevcuttu.

Guiling ve ark.(5) erozyonun eşlik ettiği servikal hipertrofiyi en sık muayene bulgusu olarak bildirmektedir. Bizim vakamızda servikal bölgede kitle mevcuttu.

MDA tanısında servikal sitoloji kullanışlı değildir. Literatürde servikal sitoloji uygulanmış olan 135 vakanın yalnızca 34 tanesinde (%25,1) smearde prekanseröz veya kanseröz bulgular vardı(7,8-10). Sunduğumuz vakada da servikal sitoloji normaldi.

MDA tanısı histopatolojik olarak konmaktadır. Ancak servikal biyopsi her hastada tanı için yeterli olmamaktadır. McKelvey ve ark. raporunda 5 vakanın ikisinde tanı biyopsi ile konamamıştı(3). Guiling ve ark. uygulanan tek servikal biyopsi ile tanı oranlarını %28,1 olarak bildirmektedir(5). 30 vakada ise tanı konabilmesi için 2-5 kez servikal biyopsi uygulanması gerekmiştir. Servikal konizasyon uygulanan tüm vakalarda tanı koymak mümkün olmuştur. Sunduğumuz vakada, literatürle uyumlu olarak servikal biyopsi tanıda yetersiz kalmış tanı operasyon sonrası konmuşdur. MDA derin yerleşimli olduğu için yüzeysel dokunun alındığı biyopsi tekrarlanırsa bile tanı koymada sorun olabilmekte, kitle ekzizyonu ve konizasyon gibi uygulamalarla tanı konabilmektedir.

Ultrasonografi (USG) ,BT ve MRI görüntüleme yöntemleri olarak kullanılmaktadır. MDA'nın ultrasonografik özelliklerini inceleyen bir yayında servikal bölgede solid, multiloküle veya solid-multiloküle görünümün MDA tanısı için anlamlı olduğu bildirilmektedir(11).

MRI' da MDA servikal bölgede derin yerleşimli solid komponentleri olan multikistik lezyon olarak tanımlanmaktadır. İlâveten, MRI bulguları ile tanı konamayacağı bildirilmekle beraber erken tanı koymada faydalı olduğu belirtilmektedir(12,13). Sunduğumuz vakada da MRI, MDA tanısını düşündürmüş ve hastanın yönetiminde faydalı olmuştur.

Literatürde tümör boyutu 1 cm ile 12 cm arasında bildiril-

mektedir(10,13). Vakamızda tümör boyutu MRI' da 12,6 cm olarak raporlanmıştır.

MDA'nın esas tedavisi cerrahidir. McKelvey ve ark. vakaların evrelerini belirtmemekle beraber preoperatif tanı konmuş 4 vakada radikal histerektomi preoperatif tanı konmamış bir vakada ise tip 1 histerektomi ve RT uygulanmışlardır(3).

Guiling Li ve ark. MDA'nın servikal adenokarsinom gibi tedavi edildiğini bildirmiştir(5).

Yazılarında erken evre hastalara cerrahi tedavi uygulanırken ileri evre hastalığı olan vakalarda RT ve/veya KT uygulandığı belirtilmektedir. Literatürdeki diğer vakalarda da benzer yaklaşım izlenmektedir(6,7,10).

Sunduğumuz vakada radikal histerektomi ve pelvik–para-aortik lenf nod diseksiyonu yapılmıştır. Hasta yüksek riskli olduğu düşünüldüğü için adjuvan KRT uygulanmıştır.

5 yıllık ortalama yaşam süreleri evre 1 için 5 yıl , evre 2 için 38,1 ay, evre 3 ve 4 için ise 22,8 ve 5,4 ay olarak bildirilmiştir(5). Sunduğumuz vaka ise postoperatif olarak 16 aylık bir süre rekürrens olmadan izlenmiştir.

MDA tanısı olan 25 vakanın bulunduğu bir yayında Human Papilloma Virus (HPV) pozitifliği araştırılmıştır(14). Vakaların dördünde (%16) HPV testi pozitif olarak bulunmuş, bunlardan birinde HPV tip 16, ikinci vakada tip 18 ve diğerinde ise tip16 ve 18 birlikte tespit edilmiştir. Son vakada ise tip tayini yapılmamıştır. MDA ile HPV pozitifliğinin ilişkili olmadığı sonucuna varmışlardır. Sunduğumuz vakada HPV testi uygulanmamıştır.

MDA oldukça nadir görülen bir tümördür. Görüntüleme yöntemleri faydalı olmakla beraber tanı için derin alınmış biyopsi veya ekzizyon gerekmektedir. Hastalığın esas tedavisi cerrahidir. Adjuvan KRT veya RT uygulanabilir. Tanı ve tedavi protokolleri oluşturulması için daha fazla çalışma ve ileri araştırmalar gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Silverberg SG, Hurg WG. Minimal deviation adenocarcinoma ("adenoma malignum") of the cervix: a reappraisal. Am J Obstet Gynecol 1975;121:971-5.
2. Gusserow ALS. Ueber sarcoma des uterus. Arch Gynakol 1870; 1:240e51.
3. McKelvey JL, Goodlin RR. Adenoma malignum of the cervix. Cancer 1963;16:549-57.

4. Gliks CB, Young RH, Aguirre P, De Lellis RA, Scully RE. Adenoma malignum (minimal deviation adenocarcinoma) of the uterine cervix. A clinic pathological and immunohistochemical analysis of 26 cases. *Am J SurgPath* 1989;13:717-29.
5. Guiling Li, Wei Jiang, Suiqi Gui, Congjian Xu. Minimal deviation adenocarcinoma of the uterine cervix. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 110(2010)89-92.
6. Kyung-Taek Lim, In-Ho Lee, Tae-Jin Kim, Yong-soon Kwon, Jin-Gyu Jeong, Soo-Jin Shin. Adenoma malignum of the uterine cervix: Clinicopathologic analysis of 18 cases. *Kashsiung Journal of Medicine Sciences* (2012) 28,161-4.
7. Yuko nishii, Takeshi Fuguda, Kenji Imai, Makato Yamauchi, Yasunori Hashuguchi, Tomoyuki Ichimura, Tomoyo Yasui, Toshiyuki Sumi. Minimal deviation mucinous adenocarcinoma of the uterine cervix that proved difficult to differentiate from endometrial cancer: A case report *Oncology letters* 8:2481-2, 2014.
8. Yen-Po Chen, Szu-Pei Ho, Wen-Shiung Liou, Chia-Jung Chen. Minimal deviation adenocarcinoma of the uterine cervix. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 54(2015)447-9.
9. Manjula Jain, Savita Agarwal, Sonal Malhotra: Minimal deviation adenocarcinoma and its mimickers: A case report with review of literature. *Annals of pathology and laboratory medicine*, Vol 02, No.02, April-June 2015.
10. Dah-Jing Ding, Thang-Yuan Chu, Yung-Hsiang Hsu, Tzu Chi. Minimal deviation adenocarcinoma of the uterine cervix: A case report. *Medical Journal* 28(2016) 79-81.
11. S.B.Park, M.H. Moon, S.R.Hong, M.S.Lee, H.C.Cho, B.H. Han, K.T.Lims. Adenoma malignum of the uterine cervix: ultrasonographic findings in 11 patients. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38:716-21.
12. Yamashita Y, Takahashi M, Katabuchi H, Fukumatsu Y, Miyazaki K, Okamura H: Adenoma malignum: MRI appearance mimicking nabothian cysts. *Am J Radiol* 1994;162(3):649-50.
13. Gotoh T, Kikuchi Y, Takano M, Kita T, Oqata S, Aida S, Anzai M; An extremely rare case of adenoma malignum with large cystic tumor which resulted in urinary obstruction. *Gynecol Oncol* 2002;84(2):339-43.
14. Jia-Ying Xu, Akiiko Hashi, Tetsuo Kondo, Tsutumo Yuminamochi, Masatoshi Nara, Keiko Hashi, Shin-Ichi Murata, Ryohei Katoh, Kazuhiko Hoshi. Absence of Human Papilloma Infectio in Minimal Deviation Adenocarcinoma and Lobular Endocervical Glandular Hyperplasia. *International Journal of Gynecological Pathology* 24:296-302.