

Malign mikst müllerian tümör (karsinosarkom)

Mustafa Kösem, Metin Karakök, Nusret Akpolat

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Van

Amaç: Malign mikst Müllerian tümör (MMMT) nadir görüldüğü ve özellikle küretaj materyallerinde tanı güçlüklerine yol açtığı için bir MMMT olgusu küretaj ve histerektomi materyalleri karşılaştırılarak sunuldu. **Olgu sunumu:** Postmenopozal uterin kanama şikayeti olan 70 yaşında kadın hastanın küretaj ve histerektomi materyalleri değerlendirildi. Küretaj materyalinde tümör dokusu belirgin bir diferansiyasyon göstermeyen papiller yapılardan oluşuyordu. Histerektomi materyali MMMT'e ait karsinomatöz ve sarkomatöz alanları gösterdi. **Sonuç:** MMMT karsinomatöz ve sarkomatöz elementlerin küretaj materyallerinde bulunmaması nedeniyle tanı güçlüklerine yol açabilir, heterolog elementlerin varlığından dolayı histerektomi materyallerinde bile tanı problemleri gösterebilir.

Anahtar kelimeler: Malign mikst Müllerian tümör, karsinosarkom, uterus tümörleri

Malignant mixed Mullerian tumor (carcinosarcoma)

Object: A malignant mixed Mullerian tumor (MMMT) poses especially in curettage materials case was presented comparing curettage and hysterectomy materials due to its rare occurrence and diagnostic difficulties. **Case report:** Curettage and hysterectomy materials of a 70- year-old female patient suffered from post-menopausal uterine bleeding were evaluated. The tumor tissue seen in the curettage material consisted of undifferentiated papillary structures. Hysterectomy material showed carcinomatous and sarcomatous areas of MMMT. **Conclusion:** MMMT may cause diagnostic difficulties owing to absence of carcinomatous and sarcomatous elements in curettage materials. Furthermore, diagnosis may be complicated due to the presence of heterologous elements even in hysterectomy materials.

Key words: Malignant mixed Müllerian tumor, carcinosarcoma, uterin tumors

Genel Tıp Derg 1999;9 (4):149-52.

Malign mikst Müllerian tümör (MMMT) pratik olarak hemen daima postmenopozal kadınlarda görülen, kadın genital traktüsünün nadir bir neoplazmidir (1). Kötü bir prognoza sahip olan bu tümör klinik olarak uterin kanama ve büyüme ile ortaya çıkar (2). En sık yerleşim yeri uterus cismidir (3).

Makroskopik olarak büyük, yumuşak, endometrium ve miyometriumu içine alarak büyüyen polipoid

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr.Mustafa Kösem, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Van

kitle şeklinde görülür (3).

Mikroskopik olarak karakteristik özelliği karsinomatöz ve sarkomatöz komponentlerden oluşan bifazik paternidir (4).

Olgu Sunumu

Postmenopozal uterin kanama şikayeti ile YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran 70 yaşındaki bayan hastanın probe küretaj materyali endometrium karsinomu ön tanısı ile patoloji laboratuvarına gönderildi.

Makroskopik olarak yaklaşık 2 cc hacminde kahverengi-kirli beyaz renkte küretaj materyali izlendi.

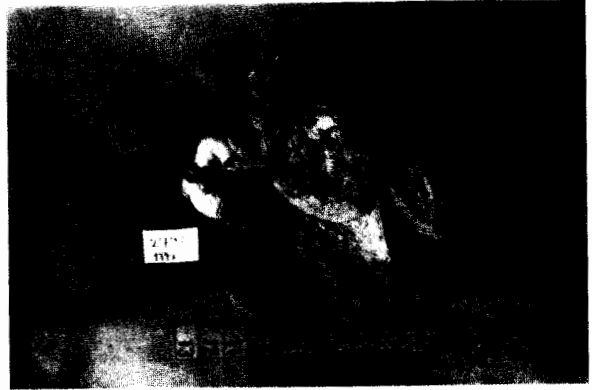
Mikroskopik muayenede kan ve fibrin kitleleri arasında küçük endometrial doku parçaları ile bir kısmı nekrotik görünümde düzensiz papiller yapılar şeklinde tümör dokusu görüldü. Papiller yapılar yüzeyde yer yer tek sıralı kübik epitelle örtülü olup, altta gevşek bağ dokusu stroma içerisinde bazen solid alanlar, bazen de küçük kümeler oluşturmuş endometrial stromal hücrelere benzer, bir kısmı şeffaf bir halo ile çevrilmiş tümör hücrelerinden oluşuyordu (Resim 1).



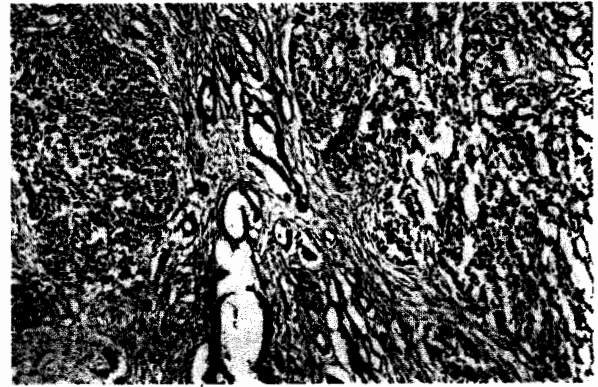
Resim 1. Küretaj materyalinin histopatolojik görünümü. Tek sıralı kübik epitelle döşeli papiller yapılar, alt kenarda endometrium dokusu (H-E X 50)

Bir hafta sonra gönderilen uterus ve adneksler topluca 10x8x5 cm ölçülerinde idi. Adneksler normal görünümde idi ve kesit yüzlerinde özellik izlenmiyordu. Servikal kanal boyunca açıldığında uterusun sağ yan duvarına 5 cm çapında bir alanda yapışıklık gösteren, yüzeyi sarı-pembe renkte ve yer yer papiller yapılardan oluşan, kesit yüzü sarı-beyaz renkte, solid görünümde, elastik kıvamda ve kısmen kolay parçalananan kitle dikkati çekti (Resim 2).

Histopatolojik incelemede geniş sahalarda bağ dokusu içerisinde endometrial stromal hücrelere benzer yapıda yuvarlak tümör hücrelerinin oluşturduğu solid alanlar ile birlikte arada polarite kaybı gösteren düzensiz ve atipik bez yapılarından oluşan, yer yer papiller yapılar ve nekroz odakları gösteren tümör dokusu izlendi (Resim 3). Tümör dokusunun özellikle epitelyal komponentinin miyometriumu invaze ettiği ve serozaya kadar ulaştığı dikkati çekti. Uygulanan vimentin stromal alanlarda, epitelyal membran antijeni (EMA) de glandüler yapılarda pozitif boyanma gösterdi (Resim 4).



Resim 2. Uterus kavitesini dolduran polipoid tümör kitlesi



Resim 3. Her iki yanda endometriyal stromal hücrelere benzeyen tümör hücrelerinin oluşturduğu solid alanlar ve ortada bağ dokusu içerisinde tümoral nitelikte bez yapıları (H-E X 50)



Resim 4. Tümör dokusu içindeki glandüler yapılarda EMA için pozitif boyanma (immünperoksidaz X 250)

Bu bulgular eşliğinde vaka MMTT olarak değerlendirildi.

Tartışma ve sonuç

MMMT'ler patoloğ için tanı jinekolog onkologlar için de tedavi güçlüğü oluşturan tümörlerdir. Neoplazmların bu ilginç grubu için çeşitli histogenetik teoriler ileri sürülmüş (5), ancak herhangi biri üzerinde görüş birliği sağlanamamıştır.

Son yıllarda tamoxifen tedavisi sonrası gelişen vakalar bildirilmeye başlamıştır (6).

Karsinomatöz ve sarkomatöz komponentlerden oluşan MMMT'lerin karsinomatöz komponenti genellikle glandüler tiptir. Bununla birlikte endometrioid, şeffaf hücreli veya papiller seröz tipte de olabilir (7).

Olgumuzda epitelyal alanlar genellikle glandüler tipte idi. Bazı sahalarda ve özellikle küretaj materyalinde papiller seröz tip dikkati çekti.

Sarkomatöz komponent homolog veya heterolog elementler içerebilir. Homolog olduğunda malign stroma, endometrial stromaya benzeyen yuvarlak hücreler veya leiomyosarkom ya da fibrosarkoma benzeyen iğsi hücrelerin herhangi birinden oluşur. Heterolog olduğunda ise iskelet kası, kıkırdak, kemik, yağ gibi spesifik heterolog elementler mevcuttur (7,8).

Malign stroma küretaj numunelerinde belirsiz olabilir ve vaka yanlışlıkla adenokarsinom olarak rapor edilebilir (3).

Olgumuzda sarkomatöz komponent endometrial stromaya benzer yuvarlak hücrelerden oluşuyordu.

Epitelyal elementlerin papillalar şeklinde olabilmesi, küretaj materyalinde papiller Müllerian adenosarkom ile birlikte "psammon body"ler içerebilmesi de overin metastatik papiller seröz kistadenokarsinomu ile karıştırılmasına yol açabilir (3,9).

Sunduğumuz olguda da küretaj materyali genellikle papiller yapılardan oluşuyordu ve tek sıralı kübik yüzey epiteli dışında epitelyal komponent gözlenmiyordu.

İmmünohistokimyasal çalışmalarda keratin ve epitelyal membran antijeni (EMA), epitelyal alanların hemen tamamında pozitif boyanma göstermiştir. Sarkomatöz alanlar ise vakaların yaklaşık yarısında pozitif boyanma göstermektedir. Vimentin sarkomatöz alanların tamamında, epitelyal

alanların ise yaklaşık 3/4'ünde pozitif boyanma göstermektedir (4).

Vakamızda epitelyal alanlar EMA ile pozitif, vimentin ile negatif boyanma gösterirken, sarkomatöz alanlar vimentin ile pozitif, EMA ile negatif boyanma gösterdi.

Küretaj materyalindeki tümöral dokunun tamamen papiller yapılardan meydana gelmesi, bu yapıların da yüzey epiteli dışında stromada epitelyal komponent içermemesi, aynı zamanda endometrial stromal sarkomla uyumlu sarkomatöz alanların gevşek bağ dokusu stroma içerisinde fazla belirgin olmayışı, küretaj materyalinden tanı koymamızı oldukça güçleştirdi.

Kesin tanı verilmeden vakanın malign olduğunun jinekologlara bildirilmesi sonucu yapılan histerektomi sonrasında olgu MMMT olarak değerlendirildi.

Olgumuzda da görüldüğü gibi MMMT'nin farklı sahalarda farklı görüntüler ortaya koyması, özellikle küretaj materyallerinde yanıtıcı mikroskopik görüntülere yol açabilmektedir. Bu nedenle bu tür küretaj materyallerinin patoloğlar tarafından dikkatle incelenmesinin ve nadir bir neoplazi olan MMMT tanısının mutlaka göz önünde bulundurulmasının gerekli olduğuna inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Chumas JC, Mann WJ, Tseng L. Malignant mixed Mullerian tumor of the endometrium in a young woman with polycystic ovaries. *Cancer* 1983;52:1478-81.
2. Barwick KW, Li Volsi VA. Malignant mixed Mullerian tumors of the uterus. *Am J Surg Pathol* 1979;125-35.
3. Rosai J. *Ackerman's surgical pathology*. 8nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1996.
4. Meis JM, Lawrance WD. The immunohistochemical profile of malignant mixed Mullerian tumor. *Am J Clin Pathol* 1990;94:1-7.
5. George E, Manivel JC, Dehner LP, Wick MR. Malignant mixed Mullerian tumors: An immunohistochemical study of 47 cases, with histogenetic considerations and clinical correlation. *Hum Pathol* 1991;2:215-23.
6. Friedrich M, Villena-Heinsen C, Mink D, Bonkhoff H, Schmidt W. Carcinosarcoma, endometrial intraepithelial carcinoma and endometriosis after tamoxifen therapy in breast cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;82:85-7.
7. Silverberg SG, Maj FJ, Blessing JA, Fetter B, Askin FB, Liao SY, et al. Carcinosarcoma (malignant mixed mesodermal tumor) of the uterus: A gynecologic oncology group pathologic study of 203 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1990;9:1-19.

8. Baschinsky DY, Niemann TH, Eaton LA, Frankel WL. Malignant mixed Mullerian tumor with rhabdoid features: A report of two cases and a review of the literature. *Gynecol Oncol* 1999;3:145-50.
9. Kılıç G, Şensu S. Uterusun papiller müllerian adenosarkomu. *Türk Onkoloji Derg* 1990;10:72-4.