

İMMÜNHİSTOKİMYASAL YÖNTEMLER İLE TANISI DOĞRULANAN BİR PARAZİTİK LEİOMYOMA

A case of parasitic myoma diagnosed by immunohistochemistry

Mansur KAMACI¹, Süleyman ÖZEN², Şahin ZETEROĞLU², Hayal ORAL³,
Muzaffer ŞENGÜL⁴, Ali KOLUSARI⁴

Özet: Bu çalışmada; parazitik myomun stromal tümörlerden ayırt edilmesinde histopatolojik ve immünohistokimyasal yöntemlerin önemini belirten bir olgu sunumu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: İmmünohistokimyasal; Myom

Uterin myomalar insan neoplazileri içinde çok genel bir durum olup sıklıkla çok sayıda cerrahi yöntemin uygulanmasına neden olmaktadır. Leiomyomaların omentum veya komşu organların kan damarları tarafından kanlanması sağlanması durumunda, parazitik myom terimi k u l l a n ı l m a k t a d ı r (1).

Leiomyomaların patogeneğinde yaş, ırk, heredite, lokal ve hormonal sebeplere ilaveten son zamanlarda hücrese düzeyde sitokin, büyüme faktörleri ve ekstrasellüler matriks proteinlerinin de rolü olduğu ifade edilmektedir (1, 2).

İmmünohistokimyasal yöntemler ile tanısı doğrulanan ve ekstrauterin leiomyomalardan ayırtedici tanısında patolojik değerlendirme yöntemlerinin yerini ve önemini vurgulamak için bu olgunun sunumu planlandı.

OLGU SUNUMU

43 yaşında, 22 yıllık evli G5 P5 A0 Y5 olan olgu;

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi 65200 VAN
Kadın Hastalıkları ve Doğum. Prof.Dr.¹, Araş.Gör.Dr.⁴,
Patoloji. Y.Doç.Dr.², Araş.Gör.Dr.³.

Geliş tarihi:2 Eylül 2003

Abstract: A case of parasitic myoma diagnosed by immunohistochemistry is presented. The importance of histopathological and immunohistochemical procedures in the differential diagnosis of parasitic myoma from stromal tumors was discussed.

Key Words: İmmunohistochemistry; Myom

son üç aydır devam eden bel-kasık ağrısı ve menometroraji şeklinde kanama şikayetleriyle Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Kadın Doğum Polikliniğine başvurdu. Jinekolojik muayenesinde; uterus ön yüzünden kaynaklanan yaklaşık 10 cm.lik düzgün kenarlı myomla uyumlu olabileceği düşünülen kitle saptandı.

Pelvik ultrasonografide uterus superiorundan köken alan 70x90 mm boyutlarında solid myom ekojenitesinde kitle saptanan olgu saplı subseröz myom ön tanısıyla operasyona alındı.

Pfannenstiel insizyonla batına girildi. Batın ön duvarındaki parietal periton ile ileum serozasına yapışıklık gösteren 10x10 cm'lik uterusla ilişkisi olmayan serbest şekildedeki myom künt ve keskin diseksiyonlarla parietal peritondan serbestleştirildikten sonra ileoçekal valvin yaklaşık 70 cm kadar proksimalindeki ileumun antimezenterik yüzünde ileum serozasından köken alan 11x8x5 cm boyutlarında 0.5 cm uzunluğunda sapı olan supkapsüllü tümöral oluşum saptandı. İki adet düz pean ile sap kısmı tutuldu, kesildi. İleum serozasındaki sapın güdüğü, 3-0 ipekle sütüre edildi. Uterus, fallopian tüpler ve overlerin normal görünümlü olduğu, douglas ve parietal peritonda herhangi bir myom izlenmedi. Hasta postoperatif beşinci günde problemsiz olarak taburcu edildi.

Histopatoloji: Operasyon materyalinin makroskopik incelemesinde; 230 gr ağırlığında, 11x8x5 cm ölçülerinde, kapsüllü izlenimini veren, pembe beyaz renkte, iyi sınırlı, kesit yüzü solid, homojen pembe renkte fibriler yapıda solid tümöral kitle olduğu görüldü. Mikroskopik olarak içsi şekilli, birbirini çaprazlayan hücrelerden oluşan tümör dokusu izlendi (Resim.1). Sıklıkla veziküler ve uniform nükleuslara sahip hücrelerde atipi izlenmedi. Her 50 büyük büyütme sahasında ortalama 1-2 mitoz sayıldı. Nekroz gözlenmedi. İmmünohistokimyasal olarak yapılan Desmin, Vimentin ve Aktin boyasıyla sitoplazmik pozitif boyama gözlenirken S-100 monoklonal antikoru ve Nöron spesifik enolaz (NSE) boyasıyla negatif boyama izlendi (Resim 2). Olgu sellüler leiomyoma olarak değerlendirildi.

Tablo I. Reith'in stromal tümör değerlendirme parametreleri

1. Ölçü (<10 cm, >10 cm)
2. Sellülerite (düşük, yüksek)
3. Mitoz (50 büyük büyütmede 0-2, >2)
4. Nükleer atipi (varlığı, yokluğu)
5. Hücre tipi (epiteloid, iç veya karışık)

Resim 1. Birbirini çaprazlayan içsi hücrelerden oluşan tümöral gelişme izlenmektedir (H.E x 50).

Resim 2. Aynı tümörde düz kas aktin ile sitoplazmik boyanma görülmektedir (immünohistokimyasal x 50).

6. Nekroz (varlığı, yokluğu)

TARTIŞMA

Bazı durumlarda uterin saphı myomlar komşu organlar, periton veya omentuma bağlanarak primer kanlanma odağını kaybederek ikincil bir dolaşım kaynağı kazanabilirler. Bu tümörler parazitik leiomyom olarak adlandırılırlar (1). Olgumuzdaki myom ileum serozası üzerinde bir saphı beslenmesi, histopatolojik ve immünohistokimyasal boya yöntemleri ile de desteklenerek sellüler leiomyoma tanısı almış olması ve lokalizasyonu nedeniyle parazitik leiomyoma olarak değerlendirilmiştir. Parazitik leiomyomlarla ayırıcı tanısında yeri olan bir tanı da, düz kas liflerinin öncülleri olan elementlerden oluşan leiomyoblastomadır. Leiomyoblastomalar, mezodermal embriyonel hücrelerin matür ve immatür öncü düz kas liflerinden oluşan tümörler olup gastrointestinal, ürogenital ve kan damarlarından kaynaklanabildiği bilinmektedir (3).

Ancak ışık mikroskopunda epiteloid immatür kas hücreleri yerine içsi şekilli kas hücrelerinin görülmesi nedeniyle leiomyoblastoma tanısından uzaklaşıldı.

Düz kas hücrelerinin multifokal proliferasyonu ile oluşan leiomyomazis peritonealis disseminata (LPD); uterus ve peritoneal kavitede çok sayıda myom gelişimi ile tanımlanan klinik bir tablodur (4).

Olgumuzun intraoperatif değerlendirilmesinde uterus, fallopian tüpler, overler ve peritoneal kavitede myom gelişimi söz konusu olmayıp sadece ileum serozasında myomun saptanmasıyla tümöral kitlenin LPD olmadığı düşünülmüştür.

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer bir hastalık da gastrointestinal sistemin stromal tümörleridir (5). Bunlar belirli oranlarda immünohistokimyasal boyalarla desmin, vimentin, düz kas aktin ile pozitif ve S-100 ve NSE negatif olarak boyanmıştır. İmmünohistokimyasal boyama yöntem sonuçları ve Reith'in stromal tümör değerlendirme parametreleri (Tablo.I); olgumuzun stromal tümör olmadığını desteklemektedir. Bu

ayrıntılardan sonra ileum üzerine ince bir sapla bağlı olan bu tümöral kitlenin parazitik myom tanısı almasının daha anlamlı olacağı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Creasman WT. Disorders of the uterine corpus. Scott JR, Disaina P, Hammond CB, Spellacy WN, (Editors). Danforth's Obstetrics and Gynecology 8 th Edition. Philadelphia: Lipincott Company 1994: 929.
2. Sözen A, Arıcı A. Interactions of cytokines, growth factors, and the extracellular matrix in the cellular biology of uterine leiomyomata. Fertil Steril 2002;78:1-12
3. Wolfe SA, Mackles A. Uncommon myogenic tumors of the female genital tract. Obstet Gynecol 1963; 22, 199-200.
4. Strine T, Kuzmic-Prusac I, Eterovic, Jakic J, Scukanec M. Leiomyomatosis peritonealis disseminata in a postmenopausal woman. Arch Gynecol Obstet 2000; 264:97-98.
5. Reith JD, Goldblum JR, Lyles RH, Weis SW. Extragastrintestinal (soft tissue) stromal tumors: an analysis of 48 cases with emphasis on histologic predictors of outcome. Mod Pathol 2000; 13:577-585.