

Ligamentum Rotundumdan Kaynaklanan Bir "Mitotik Olarak Aktif Leiomyom" Olgusu

A "MITOTICALLY ACTIVE LEIOMYOMA" ORIGINATING FROM LIGAMENTUM ROTUNDUM

M. Bülent TIRAŞ*, Adnan KAYA*, M. Zeki TANER*, Leyla MEMİŞ**,
Haldun GÜNER*, Mülazım YILDIRIM*, Leyla CİNEL**

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Ligamentum rotundumdan kaynaklanan ve "Mitotik Olarak Aktif Leiomyom" tanısı konulan bir hasta nedeniyle, leiomyom ve leiomyosarkom arasındaki grupların tartışılması amaçlandı.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Patoloji Anabilim Dalı.

Materyal ve Metod: Pelvik kitle (myoma uteri) ön tanısıyla laparotomi ve kitle ekstirpasyonu + sol salpingo-oofektomi yapılan ve patolojik tanının "Mitotik Olarak Aktif Leiomyom" geldiği bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: Olgunun preoperatif değerlendirilmesi, intra-operatif bulgular ve patolojik sonuçla ilgili bilgiler derlenmiştir.

Sonuç: Çok nadir olarak görülen, ligamentum rotundum kaynaklı bir mitotik olarak aktif leiomyom olgusunda yaklaşımlar ve klinik izlem, literatür ışığında patolojik bilgiler verilerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mitotik olarak aktif leiomyom,
Atipik leiomyom, Leiomyosarkom

T Klin Jinekolo Obst 1995, 5: 119-122

Uterin leiomyomlar, kadınlarda en sık görülen pelvik tümörler olup, 35 yaş üzerindeki kadınların %20'sinde görülmektedir. Bu oran postmortem saptanan vakalar eklendiğinde %50'ye çıkmaktadır (1). Benign leiomyomların malign transformasyonu oldukça nadir ve %0.5'in altındadır. Bir araştırmada, 13.000 leiomyom vakasının takibinde 38 adet (%0.29) malign değişim bildirilmiştir (2).

Uterin leiomyomlar ve leiomyosarkomların birbirinden ayrılmasında temel işlev patolojik incelemeye düşmektedir. Bu iki uterus tümörünün patolojik olarak ayrılabilmesi mikroskopik incelemede belli bir sahadaki

Geliş Tarihi: 11.02.1995

Yazışma Adresi: Bülent TIRAŞ
Çiçekdağ Sok, No. 12/2
Gazi Osman Paşa / ANKARA

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5

SUMMARY

Objective: To discuss borderline forms between leiomyoma and leiomyosarcoma by presenting a patient with the diagnosis of "mitotically active leiomyoma".

Institution: Gazi University Medical Faculty, Dept of Obstetrics and Gynecology.

Material and Methods: A patient with pelvic mass were operated, a huge mass originating from round ligament was extirpated and a left salpingo-oophorectomy was performed. The pathologic diagnosis was "Mitotically Active Leiomyoma".

Findings: Preoperative evaluation of the patient, findings during the operation and the final pathologic diagnosis were presented.

Results: The clinical approach and management in a very rare entity, "mitotically active leiomyoma" originating from round ligament, was presented and related literature were reviewed.

Key Words: Mitotically active leiomyoma,
Atypical leiomyoma, Leiomyosarcoma

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5: 119-122

(10 büyük büyütme alanı-High Power Field, HPF) mitoz sayısının saptanması ile yapılmaktadır. Buna karşın, her iki formu ayırmak her zaman kolay olmamaktadır ve bu iki form arasında kalan bazı subgruplar mevcuttur. 10 HPF'de 5-10 arası mitoz olması genellikle "atipik leiomyom" olarak tanımlanır. Bu spektrumun iki ucunu oluşturan benign leiomyomlar ile leiomyosarkomlar arasındaki insidans oranı 1/800 olarak bilinmektedir (3).

Bu yazıda, uterus dışında yer alan ve ligamentum rotundumdan kaynaklanan "Mitotik Olarak Aktif" bir leiomyom olgusu sunulmuş ve bu olgularda klinik ve patolojik yaklaşımın ne olması gerektiği literatür bilgileri ışığında gözden geçirilmiştir.

VAKA TAKDİMİ

Bn. A.K., 37 yaşında, 6 yıllık evli, Gravida: 2, Parite: 1 SAT: 8.12.94, adet düzeni: 28/3-4/N. iki aydır

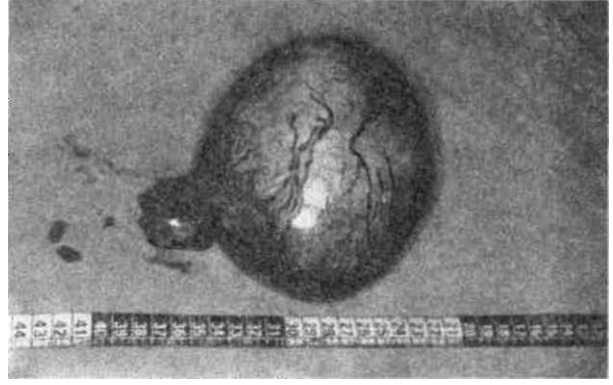
sol kasık ağrısı olan ve karnında şişlik tespit eden hasta kliniğimize başvurduğunda yapılan vaginal muayenesinde; uterus sol yanında leiomyom ya da adneksiel kitle ile uyumlu 15 cm'lik, mobil, solid kıvamda kitle saptandı. Yapılan pelvik USG'de; uterus fundusuna yakın, sol yan duvardan başlayan, sol ligamentum iatumu pelvik yan duvara kadar doldurup, umblikusun 3 cm. altına uzanan 135x127 mm'lik solid ekoda, etrafında hi-poekoik alanlar içeren kitle izlendi.

Gerekli rutin preoperatif tetkikler sonrasında hastaya, Aralık/94'te pelvik kitle (myoma uteri) tanısı ile laparotomi yapıldı. Pelvik eksplorasyonunda; uterus ve sağ överin normal boyut ve görünümde, uterus sol yanında broad ligament içinde, sınırı pelvik tabana uzanan 15x13 cm'lik düzgün yüzeyli, mobil kitle mevcut olduğu saptandı. Kittelin üzerinde seyreden ligamentum rotundumun kalınlaşmış olduğu (2 cm) ve överin bu kitle ile yakın komşuluk gösterdiği izlendi. Bu kitle sol över ile birlikte total olarak çıkarıldı ve frozen'a gönderildi. Sonuç, "benign düz kas tümörü" olarak geldi. Hastamızın fertilitésinin korunması yönündeki isteği göz önüne alınarak, histerektomi ve sağ överin alınması düşünülmüdü.

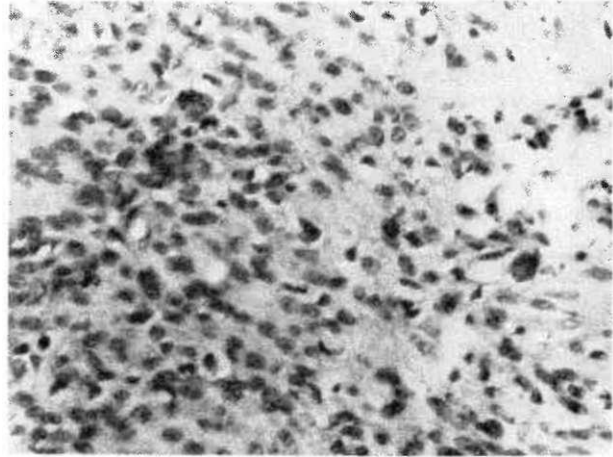
Çıkarılan kitlenin kesin patolojik tanısında; makroskopik olarak kitlenin homojen, myomatöz görünümde, etrafında 6 cm. çaplı düzensiz gri-mor-sarı renkte değişiklik olduğu rapor edildi (Şekil 1). Mikroskopisinde ise, değişken sellülarite gösteren, hafif derecede yer yer atipi içeren iğsi hücreler izlendi (Şekil 2). Sellüler alanlarda daha çok olmak üzere, 10 HPF'de 5-6 mitoz sayıldığı belirtildi (Şekil 3). Ayrıca hyalen nekrotik ve dejenere alanlar olduğuda bildirilerek "Mitotik Olarak Aktif Leiomyom" kesin patolojik tanısı konuldu. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hastamız, 30 gün sonra kontrola çağrılarak 7. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

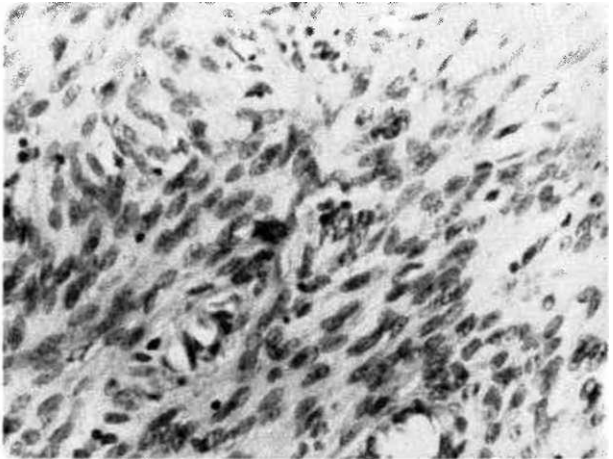
Benign leiomyom ve leiomyosarkom uterusun iyi bilinen tümöral oluşumlarıdır. Benign leiomyomlar, verdikleri semptomların şiddeti, boyutları, tıbbi tedaviye cevapları, hastanın yaşı ve fertilité olanağı ile bu konuda ki isteği de göz önüne alınarak, myomektomi veya histerektomi ile tedavi edilir. Myometrial kaynaklı ve uterus sarkomlarının kabaca 1/3'ünü oluşturan leiomyosarkomlar da ise, TAH+BSO ve adjuvan tedaviler uygulanır (4). 10 HPF'de 5'den az mitoz gösteren ve sitolojik atipi içermeyen myomlar, "sellüler leiomyom" olarak adlandırılır. Bunlarda yoğun sellülarite ve nadir mitotik aktivite mevcut olmakla birlikte pleomorfizm bulunmamaktadır. 10 HPF'de 5-10 arası mitoz gösteren ve yine sellüler atipi içermeyen myomlar "belirsiz malign potansiyelli düz kas tümörleri" olarak tanımlanırken, 10 HPF'de 10'dan fazla mitoz olduğunda tümör malign olarak kabul edilir (1). Benign leiomyom ve leiomyosarkom dışında, myometriumun nadiren leiomyosarkom ile



Şekil 1. Tümörün makroskopik görünümü.
Figure 1. Macroscopic appearance of the tumor.



Şekil 2. Nükleuslarda hafif derecede atipiyi kanıtlayan minimal pleomorfizm (HEX400),
Figure 2. Minimal pleomorfizm which prove low grade nuclear atipism (HEX400).



Şekil 3. Hafif atipi içeren nükleuslarla karakterli düz kas hücre demetleri ve mitotik figürler (HEX400).
Figure 3. Smooth muscle cell clusters which prove low grade nuclear atipism (HEX400).

kariştirilabilen 3 tip sarkom benzeri patolojisi daha vardır. Bunlar;

1. İntravenöz leiomyomatozis, 2. Benign metastazlı leiomyom ve 3. leiomyomatozis peritonealis disseminata' dır. Hepsi ayrı klinik tablolar olmakla birlikte, benzer benign histolojik görünümüne sahiptirler (4).

O'Connor ve ark. (5), 10 HPF'de 5-10 mitoz gösteren, ancak sitolojik atipi içermeyen 73 uterus düz kas tümörünü incelemişlerdir. Bunları nekroz, kanama, vaskulär tutulum, anormal mitoz ve mitoz sayısı yönünden değerlendirmişlerdir. Bu hastaların 14'üne yalnız myomektomi yapılmış ve 23 ay ile 15 yıl arasındaki takipte 13'ünde rezidü veya rekurrent tümör saptanmamıştır. Sadece bir hastada myomektomiden 8 yıl sonra mitotik olarak aktif leiomyom gelişmiştir. Yazarlar sonuç olarak 10 HPF'de 5-10 arası mitoz gösteren fakat ağır atipi içermeyen tümörleri "mitotik olarak aktif leiomyom" olarak değerlendirilip, bunlarda metastazın çok nadir olduğunu ve genç, fertilitésinin devamını arzulayan hastalarda yakın izlem mümkün ise histerektominin gerekli olmadığını bildirmektedirler.

Prayson ve Hart (6), tipik leiomyom histolojisi gösteren, ancak 10 HPF'de 4'den fazla mitoz saptanan 15 uterus düz kas tümörünü yayınlamışlardır. Bu hastaların sekizine histerektomi, birine myomektomi ve sonra histerektomi, altısına yalnız myomektomi yapılmıştır. 6 ay ile 10.5 yıl arası izlemde, hiçbirisinde lokal rekürrens veya metastaz gelişmemiştir. Yazarlar, benign klinik davranış gösteren böyle tümörlerin "belirsiz malign potansiyelli düz kas tümörü" ya da "düşük grade'li leiomyosarkom" yerine, "mitotik olarak aktif leiomyom" olarak adlandırılması gerektiğini ileri sürmektedir.

Mitotik aktivitenin malign potansiyeli değerlendirmede ki önemi, Taylor ve Norris'in (7) 1966'da yaptıkları retrospektif takibe dayanan çalışmalarından beri, yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu yazarlar, mitoz sayısının, histolojik olarak sellüler ve atipik benign leiomyomların, leiomyosarkomlardan ayrılmasındaki değerini vurgulamışlardır.

Perrone ve Dehner (8), 10 HPF'de en az 5 mitoz gösteren 22 uterus düz kas tümörünün klinikopatolojik özelliklerini incelemişlerdir. Yazarlar, 10 HPF'deki 5-15 arası mitoz sayısının, "belirgin" sitojik atipi olmadığı ve diğer tüm klinik ve patolojik kriterler benign leiomyom lehine olduğunda, tümörün agresif davranışı için güvenilir bir belirleyici olmadığını ileri sürmüşlerdir. Genç ve fertilitésinin devamını isteyen hastada yapılan myomektominin yeterli olduğunu, ancak mitotik olarak aktif düz kas tümörlerinin, belirgin sitolojik atipi, nekroz, invaziv tümör sınırları sözkonusu olduğunda mitoz sayısı 10'un altında da olsa malign kabul edilip, bu yönde tedavi edilmesini söylemektedirler.

Bu bilgiler ışığında, mitotik olarak aktif düz kas tümörlerinin kötü prognoz özellikleri şöyle sınıflanabilir:

1. Postmenapozal yaş,
2. Uterin korpus dışına yayılım,
3. Klinik olarak malignité belirtileri,
4. 10 cm'nin üzerinde tümör boyutu,
5. Belirgin sitolojik atipi,
6. İnvaziv tümör sınırları,
7. Nekroz,
8. 10 HPF'de 20'den fazla mitoz sayısı,

Olgumuzda, "mitotik olarak aktif" leiomyomun uterus dışından (lig. rotundum'dan) gelişmiş olması ve boyutunun 10 cm. üzerinde olması kötü prognoz kriterlerine uymakta, se de, "belirgin" atipi olmaması ve sadece yer yer hafif atipi gözlenmiş olması nedeniyle hastaya ikinci ve daha agresif bir girişim uygulanmamıştır.

Evans ve ark. (9), 37 leiomyosarkomla birlikte 9 ara formdan (üçü atipik leiomyom) oluşan 46 vakayı, diagnostik kriter ve prognostik faktörler açısından incelemişlerdir. Üç atipik leiomyom vakasında nükleer pleomorfizm mevcut iken, nekrozun olmadığını ve mitoz sayısının "bir" olduğunu yada hiç bulunmadığını bildirmişlerdir. Üç vakaya TAH+BSO, TAH+USO ve yalnız TAH yapılmış ve ö'çüde 10,11,25 yıllık izlemde tümör belirtisi göstermemişlerdir. Yazarlar, leiomyosarkom grubunda major prognostik faktörün tümör boyutu olduğunu, mitoz oranı, grade, nekroz, tümör sınırının karakteri, nükleer pleomorfizm derecesi, vasküler invazyon ve hasta yaşının tümör boyutuna göre surviv ve biolojik davranışta önemi olmadığını ileri sürmüşlerdir. Bu yazı dikkate alındığında, vakamız leiomyosarkom kriterlerini taşımadığı için, 15 cm'lik tümör boyutumuz agresif tedavi gerekliliği olarak değerlendirilmemiştir.

Sonuç olarak, benign leiomyom, leiomyosarkom ve ara formlar uterusun en sık rastlanılan patolojileridir. 10 HPF'de 5-10 mitoz olduğunda, atipi hafif derecede ise "mitotik olarak aktif leiomyom", atipi orta ve ağır derecede ise "atipik leiomyom" olarak adlandırılmaktadır (10). Benign leiomyom ve leiomyosarkomlarda tanı ve tedavi belirli olmakla birlikte, leiomyosarkom benzeri formlarda, klinikopatolojik tanı ve tedavi konusunda kesin bir görüş birliği mevcut değildir. Hatta bunların adlandırılması ve kesin kriterleri henüz genel kabul görmüş durumda değildir.

Bu özellikleri ve uterus dışından gelişmesi nedeniyle ilginç olduğunu düşündüğümüz bir vakanın ışığında, bu konuda genel bir fikir vermeye çalışılmıştır. Tüm bu bilgilere dayanarak, hastamıza yaptığımız operasyonun yeterli olduğunu ve "mitotik olarak aktif leiomyom" tanısından sonra ek olarak daha agresif bir girişimin gerekmediğine karar verildi. Bu kararımızda, hastanın fertilitésinin korunması yönündeki arzusu da gözönünde tutulmuş olup, bundan sonraki planımız, hastanın yakın bir izlem altında tutulmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Wallach EE: Myomectomy: Te Linde's Operative Gynecology, Thompson JD, Rock JA, ed, 7. ed. Lippincott co., Philadelphia, 1992,647-662.
2. Montague A, Schwartz A, Woodruff J: Sarcoma arising in a leiomyoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1965; 92:421.
3. Blaustein A: Pathology of the female genital tract. 2 nd ed, New York, Springer-Verlag, 1982.
4. Currie JL. Malignant tumors of the uterin corpus: Te Linde's Operative Gynecology, Thompson JD, Rock JA, ed, 7. ed, Lippincott co., Philadelphia, 1992,1253-1302.
5. O'Connor DM, Norris HJ: Mitotically Active Leiomyomas of the Uterus. Hum Pathol February 1990, vol 21, no 2,; 223-227.
6. Prayson RA, Hart WR. Mitotically Active Leiomyomas of the Uterus. Am Clin Pathol 1992; 97:14-20.
7. Taylor HB, Norris HJ: Mesenchymal tumors of the uterus. IV. Diagnosis and prognosis of leiomyosarcomas. Arch Pathol 1966; 82:40-44
8. Perrone T, Dehner LP: Prognostically Favorable "Mitotically Active" Smooth-Muscle Tumors of the Uterus. Am J Surg Pathol 12(1): 8,1988.
9. Evans HL, Chawla SP, Simpson C, Finn KP: Smooth Muscle Neoplasms of the Uterus Other Than Ordinary Leiomyoma. A study of 46 cases, with emphasis on Diagnostic Criteria and Prognostic Factors. Cancer 62: 2239-2247, 1988.
10. Bell SW, Kempson RL, Hendrickson MR: Problematic uterine smooth muscle neoplasms. A clinicopathologic study of 213 cases. Am J Surg Pathol 18: 535-558; 1994.