

Endometriyum Adenofibromu

Endometrial Adenofibroma: Case Report

Dr. Sevil SAYHAN,^a
Dr. Nilgün DİCLE,^a
Dr. Merih HANHAN^b

^aPatoloji Laboratuvarı,
^b2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 10.02.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 08.11.2010

*Bu çalışma, 19. Ulusal Patoloji Kongresi
(7–11 Ekim 2009, Kıbrıs)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Merih HANHAN
Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
merhan07@gmail.com

ÖZET Mikst mezodermal tümörler içinde yer alan müllerian adenofibrom endometriyumun ender görülen benign bifazik neoplazmidir. Endometriyal veya endoservikal epitel ve biraz selüler fibromusküler stromal komponentlerden oluşur. Genellikle postmenopozal dönemde görülmesine rağmen, daha genç yaşlarda da ortaya çıkabilir. Mikst mezodermal tümörler arasında yer alan müllerian adenosarkom ve malign mikst mezodermal tümörlerden ayırıcı tanısının yapılması klinik önem taşımaktadır. Vajinal kanama ve pelvik ağrı yakınması ile başvuran 74 yaşındaki kadın hastaya jinekolojik muayene ve ultrasonografik inceleme sonucunda vajene ilerleyen kitle saptanması nedeniyle total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooforektomi operasyonu yapıldı. Makroskopik olarak tüm endometriyal kaviteyi kaplayan 9 x 6 x 5 cm boyutlarında polipoid lezyon izlendi. Mikroskopik incelemede tümör benign küboidal ve kolumnar tipte epitel ve fibrotik mezenkimal hücrelerden oluşmuştu. Fibrotik hücrelerde mitoz, atipi ve selüler görünüm izlenmedi. Olgu endometriyumda ender görülmesi ve adenosarkomlardan ayırıcı tanısının güç olması nedeniyle bu konuda literatür incelenerek sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Adenofibrom; müllerian kanallar

ABSTRACT Mullerian adenofibroma is a rare benign biphasic neoplasm which is classified in mixed mesodermal tumors. It consists of endometrial or endocervical epithelial and some cellular fibromuscular stromal components. Generally it is observed in postmenopausal period. However, it can also occur at younger ages. Differential diagnosis of mullerian adenofibroma from mullerian adenocarcinoma and malign mixed mesodermal tumors which are classified in mixed mesodermal tumors, have clinical importance. A 74-year-old woman patient who applied for vaginal bleeding and pelvic pain, total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy has done because of the mass which is progressive to vagina detected by the gynecologic exam and ultrasound. Macroscopically a polypoid lesion in 9 x 6 x 5 cm diameter that covers all endometrial cavity is observed. In microscopic examination, tumor is consist of benign cuboidal and columnar epithel and fibrotic mesenchymal cells. Mitosis, atypia and cellularity wasn't seen at fibrotic cells. The case presented via searching the literature because of its rareness in endometrium and its difficulty in distinguishing from adenocarcinomas.

Key Words: Adenofibroma; mullerian ducts

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(6):399-402

Mikst mezodermal tümörler üç gruba ayrılır. Müllerian adenofibrom endometrial veya endoservikal epitel ve biraz selüler fibromusküler stromadan oluşur. İkinci gruptaki müllerian adenosarkom, hiperplastik endometriyal veya daha az olarak endoservikal hücrelerle döşeli dallanan bezler ve malign homolog ya da heterolog stromadan oluşur. Bu tümör düşük grade'li bir malignite olup, lokal nüks ve bazen me-

tastaz potansiyeli vardır. Üçüncü gruptaki malign mikst mezodermal tümör ise malign epitelyumiyal ve stromal elemanlardan oluşur. İlk olarak 1959 yılında Ober tarafından bildirilen uterus adenofibromu epitelyal ve mezenkimal komponent içeren benign bir neoplazmdır. Morfolojik olarak aynı mikst müllerian tümör grubunda olan ve daha sık rastlanan düşük grade'li adenosarkom ile tanıda karışabilir.¹⁻³ Tipik olarak endometriumda oluşur, ancak bazen serviks ve ekstra uterin (over, round ve broad ligamanlar ve pelvik duvar) yerleşim gösterebilir.⁴⁻⁸ Rekürrens nadirdir ve konservatif rezeksiyon ile tedavi edilir.

OLGU SUNUMU

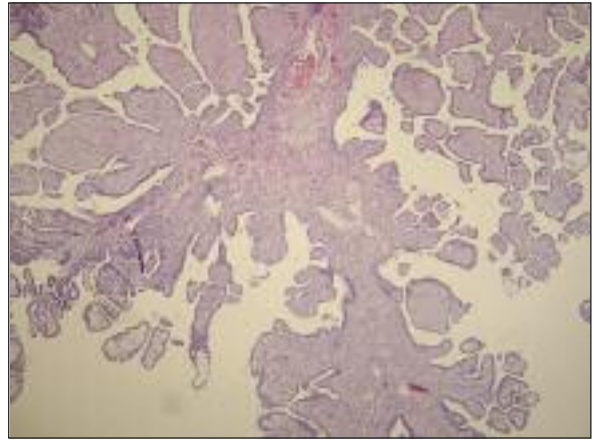
SB Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniğine vajinal kanama ve pelvik ağrı yakınması ile başvuran 74 yaşındaki kadın hastada yapılan jinekolojik muayene sonucu, uterus normalden büyük olup, serviksten vajene uzanan düzensiz polipoid kitle görüldü. Pelvik ultrasonografide uterus 78 x 98 x 146 mm olup, korpus uteride intrakaviter olarak orta hatta 52 x 83 mm'lik semisolid oluşum saptandı.

Yirmi beş yıldır menopozda olan olguda, 8 yıldır tip II Diabetes mellitus mevcut, tansiyon arteriyel 150/80 mmHg idi. Diğer klinik ve laboratuvar bulguları normal sınırlarda saptandı. Preoperatif yapılan probe küretaj materyalinin histopatolojik bakışında çok az miktarda olağan istemik doku gözlemlendi. Peroperatif donuk kesi (DK) istemi için gönderilen materyal 2 x 1.5 x 1 cm boyutlarında olup dış yüzünde papiller yapılar bulunduran, sert kıvamda, sedefi beyaz renkte idi. Mikroskopik incelemede fibröz bir zeminde tek katlı kübik epitel ile döşeli uzun ince yarıklar oluşturan glandüler yapılar görülmesi üzerine DK sonucu benign mikst epitelyal ve mezenkimal tümör olarak rapor edildi. Bu bulgularla hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooforektomi operasyonu yeterli görüldü.

Makroskopik incelemede histerektomi materyali uzun eksen boyunca açıldığında tüm endometrial kaviteyi kaplayan 9 x 6 x 5 cm boyutlarında polipoid lezyon izlendi (Resim 1). Mikroskopik incelemede benign küboidal ya da kolumnar endomet-



RESİM 1: Endometriyal kavitedeki lezyon.

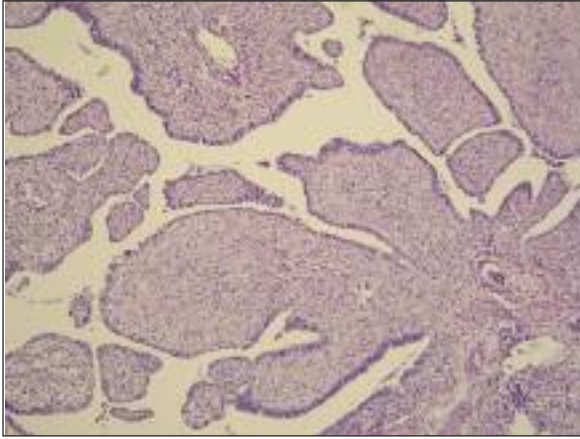


RESİM 2: Adenofibromda endometriyoid epitel ile döşeli fibröz papiller yapı (HE, x80).

riyoid tipte epitel ile örtülü papiller yapılar mevcuttu (Resim 2, 3). Bu yapıların stromasında yer yer hyalinize fibröz bağ dokusu görüldü. Stromal hücrelerde mitoz, atipi ve selüler görünüm saptanmadı.

TARTIŞMA

İlk olarak Ober'in epitel ve stroması benign görünümlü endometriyum tümörünü adenofibrom ola-



RESİM 3: Papiller yapıda benign epitel ve fibröz stroma (HE, x100).

rak tanımlamasından sonra Clement ve Scully 1974'te epitelyal komponenti histolojik olarak benign, mezenkimal komponenti sarkomatöz olan mikst mezodermal tümörü " Müllerian adenosarkom" olarak tanımlamıştır. Her iki tip tümörün aynı bölgede yerleşmesi ve morfolojik olarak aynı grupta yer alması tanısal soruna neden olmakta ve özellikle de endometriyal küretaj materyalinde tanısal güçlük artmaktadır.⁹⁻¹²

Histolojik incelemede benign epitele sahip tubuler, dilate ya da yarık benzeri glandlar, periglandüler hiperselüler stromal yapı, stromal mitotik aktivite ve selüler atipi adenosarkom lehine bulgulardır.^{1,4,9,13} Ancak adenosarkomlarda mitotik aktivite ve stromal selüler atipi değişebilmektedir.¹³

Zaloudek ve ark. en aktif alanlarda mikroskopik 10 büyük büyütme alanında dörtten az mitoz

görülmesini adenofibrom lehine değerlendirdiler.⁴ Olgumuzda stromal hücrelerde mitoz, atipi ve selüler görünüm saptanmadı.

Olgumuzda benign küboidal ya da kolumnar tipte epitelle döşeli, yer yer hyalinize fibröz stromaya sahip papiller yapılar mevcuttu. Tanıda hiperselüler periglandüler stroma gözlenmemesi ve mitoz izlenmemesi tanıda belirleyici oldu. Nadiren stromada yağ doku ve iskelet kası dokusu görülebilmektedir.^{1,14-17}

Adenofibromlar olgumuzda olduğu gibi genellikle endometriyumda oluşmasına rağmen, serviks ve ekstrauterin yerleşim gösterebilirler. Endometriyal yerleşim gösteren tümörlerde nadiren miyometriyum ve miyometriyal venlere invazyon bildirilmiştir.¹⁸ Olgumuzda miyometriyum ve miyometriyum venlerine invazyon gözlenmedi.

Tedavide total abdominal histerektomi en etkin yöntemdir. Ancak fertilitenin korunması istenen genç hastalarda tekrarlayan küretajlar ile birlikte histereskobik rezeksiyon uygulanabilir. Adenofibrom benign bir lezyon olmasına rağmen tam tedavi edilemeyen olgularda nüks edebilir.⁴ Bilateral salpingooforektomi ve total abdominal histerektomi ile tedavi edilen olgumuz sekiz yıldır nüks belirtisi göstermeksizin yaşamını sürdürmektedir.

Olgu endometriyumda ender görülmesi, preoperatif tanı konabilme güçlükleri ve parafin bloklarda adenosarkomlardan ayırıcı tanısının güç olması nedeniyle konuyla ilgili literatür incelenerek sunuldu.

KAYNAKLAR

1. Mc Cluggage WG, Haller U, Kurman RJ, Kubik-Huch RA. Mixed epithelial and mesenchymal tumors. In: Tavassolo FA, Devilee P, eds. Pathology and Genetics of tumors of the Breast and Female Genital Organs. 5th ed. Lyon: IARC Pres; 2003. p.245-9.
2. Hayasaka K, Morita K, Saitoh T, Tanaka Y. Uterine adenofibroma and endometrial stromal sarcoma associated with tamoxifen therapy: MR findings. Comput Med Imaging Graph 2006;30(5):315-8.
3. Bettaieb I, Mekni A, Bellil K, Haouet S, Bellil S, Kchir N, et al. Endometrial adenofibroma: a rare entity. Arch Gynecol Obstet 2007;275(3): 191-3.
4. Zaloudek C, Hendrickson MR. Mesenchymal tumors of the uterus. In: Kurman RJ, ed. Blaustein's Pathology of the Female genital Tract. 5th ed. New York: Springer-Verlag; 2002. p.561-615.
5. Nishida T, Sugiyama T, Ushijima K, Kataoka A, Fujiyoshi K, Tanaka H, et al. An unusual endometrioid adenofibroma of the uterine cervix: a histologic and immunohistochemical study. Int J Gynecol Cancer 1995;5(3):236-239.
6. Bellil K, Haouet S, Ben Fadhel C, Kchir N, Chelli H, Zitouna M. [Endometrial adenofibroma]. Gynecol Obstet Fertil 2001;29(6):447-50.
7. Haberal A, Cil AP, Gunes M, Cavusoglu D. Papillary adenofibroma of the cervix: a case report. Ultrasound Obstet Gynecol 2005;26(2): 186-7.
8. Gemer O, Mor C, Segal S. Uterine adenofibroma presenting as a cystic adnexal mass. Arch Gynecol Obstet 1995;256(2):99-101.
9. Hendrickson MR, Longacre TA, Kempson RL. The uterine corpus. In: Sternberg SS, ed. Diagnostic Surgical Pathology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. p.2203-5.
10. Altaras M, Cohen I, Cordoba M, Ben Aderet N. Papillary adenofibroma of the endometrium: case report and review of the literature. Gynecol Oncol 1984;19(2):216-21.

11. Czernobilsky B, Hohlweg-Majert P, Dallenbach-Hellweg G. Uterine adenosarcoma: a clinicopathologic study of 11 cases with a reevaluation of histologic criteria. *Arch Gynecol* 1983;233(4):281-94.
12. Gallardo A, Prat J. Mullerian adenosarcoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 55 cases challenging the existence of adenofibroma. *Am J Surg Pathol* 2009;33(2):278-88.
13. Nucci MR, Quade BJ. Uterine mesenchymal tumors. In: Crum CP, Lee KR, eds. *Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology*. 1st ed. Missouri: Elsevier- Saunders; 2006. p.611-73.
14. Akbulut M, Zekioglu O, Terek MC, Ozdemir N. Lipoadenofibroma of the endometrium: a rare variant of benign mullerian mixed tumor. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278(3):283-6.
15. Horie Y, Ikawa S, Kadowaki K, Minagawa Y, Kigawa J, Terakawa N. Lipoadenofibroma of the uterine corpus. Report of a new variant of adenofibroma (benign müllerian mixed tumor). *Arch Pathol Lab Med* 1995;119(3):274-6.
16. Sinkre P, Miller DS, Milchgrub S, Hameed A. Adenomyofibroma of the endometrium with skeletal muscle differentiation. *Int J Gynecol Pathol* 2000;19(3):280-3.
17. Miles PA, Herrera GA, Greenberg H, Trujillo I. Müllerian adenofibroma of the endometrium. A report of a case with ultrastructural study. *Diagn Gynecol Obstet* 1982;4(3):215-21.
18. Clement PB, Scully RE. Müllerian adenofibroma of the uterus with invasion of myometrium and pelvic veins. *Int J Gynecol Pathol* 1990;9(4):363-71.