



BÖLÜM 30

MİDENİN MALİGN EPİTELYAL TÜMÖRLERİNDE VE MİDE LENFOMASINDA PATOLOJİ

İbrahim ARAS¹

1. GİRİŞ

Mide kanserleri dünya çapında kanser ile ilişkili ölümlerin ikinci en sık sebebi olup çok çeşitli histopatolojik görünlere sahiptir. Ayrıca mide kanserlerinin histopatolojik tiplerinin saptanması hastanın prognozunu tahmin etmede ve kanser tedavilerini belirlemede önemlidir (1).

2. MİDE ADENOKARSİNOMU

Midenin adenokarsinomu, gastrik mukoza kaynaklı malign epitelyal tümördür (2). Bu tümörlerin yerleşimi coğrafik olarak değişkenlik göstermektedir. Asya ülkelerinde distal mide yerleşimi daha sık görülürken Amerika Birleşik Devletleri'nde kardial ve fundus yerleşimi daha sık görülür (3).

Makroskopik olarak erken mide kansinomlarının üç ana kategoride sınıflandırılır (2,4) (**Tablo 30.1**). İleri mide kansinomlarının sınıflandırılması ise makroskopik olarak Bormann sınıflaması ile yapılır. Bormann sınıflamasında tümörler polipoid, ülser, ülser-infiltratif ve infiltratif olarak sınıflandırılır (5).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD., brahmaras@hotmail.com

7. MİDE LENFOMALARI

Mukoza ilişkili lenfoid dokunun (MALT) ektranodal marjinal zon lenfoması ve diffüz büyük B hücreli lenfoma mide lenfomalarının büyük kısmını oluşturmaktadır (2). Bu yüzden bu kitapta bu iki lenfoma tipi ele alınacaktır.

Mukoza İlişkili Lenfoid Dokunun Ektranodal Marjinal Zon Lenfoması

MALT lenfoma Helikobakter pylori (H. Pylori) enfeksiyonuna sekonder olarak gelişen ve H. Pylori eradikasyonuna belirgin cevap veren bir lenfoma çeşididir (2,27). Histopatolojik olarak lamina propria'yı genişleten hücreler, küçük, hafifçe düzensiz sınırlı çekirdeklere sahip sentrosit benzeri hücrelerdir. Arada tek tek seçilebilen immünoblast veya sentroblast benzeri hücreler görülebilir (2,28). Lenfoma hücreleri epiteli infiltre edebilir ve buna lenfoepitelyal lezyon denir. Fakat bu her olguda gözlenmez (30). İmmünohistokimyasal olarak MALT lenfoma hücreleri marjinal zon hücrelerine benzer şekilde CD20, CD79 ve BCL-2 ile boyanma gösterirken BCL-6, CD5, CD23 ve CD10 boyanma göstermez (2).

Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DLBCL)

DLBCL sindirim sistemin her yerinde görülmekle birlikte en sık midede tutulum gösterir (2,30). Histopatolojik olarak sentroblast veya immünoblast görünümünde büyük hücrelerin tabakalar halinde infiltrasyonu izlenir. Ki67 proliferasyon indeksi genellikle %40'tan fazladır. İmmünohistokimyasal incelemede CD20, CD79a, CD19 ve PAX5 ile boyanma izlenir (2,31).

8. SONUÇ

Mide kanserleri histopatolojik ve immünohistokimyasal olarak birbirlerinden ayrılır. Bu ayrım hastanın prognozunun tahmini ve doğru tedavisi için elzemdir.

KAYNAKLAR

1. Hu B, El Hajj N, Sittler S, et al. Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology. *Journal of gastrointestinal oncology*. 2012;3(3): 251-261.
2. WHO Classification of Tumours Editorial Board. *WHO Classification of Tumours. Digestive System Tumours*. 5th edition. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2019.
3. Ferlay J, Colombet M, Bray F. Cancer incidence in five continent, 2018. (20/08/2021 tarihinde <http://ci5.iarc.fr>. Adresinden ulaşılmıştır.)
4. Japanese Gastric Cancer association. *Japanese classification of gastric carcinoma*. (15th edition). Tokyo(Japan): Kanehara Shuppan; 2017.

5. Polat FR, Duran Y. Mide kanseri ve erken tanının önemi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 2018;6(1): 32-35.
6. Yakirevich E, Resnick MB. Pathology of Gastric Cancer and Its Precursor Lesions. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2013;42: 261-284.
7. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so called intestinal type carcinoma. An attempt at a histo-clinical classification. *Acta pathologica et microbiologica Scandinavica*. 1965;64: 31-49.
8. Ming SC, Goldman H, Freiman DG. İntestinal metaplasia and histogenesis of carcinoma in human stomachs. Light and electron microscopic study. *Cancer*. 1967;20: 1418-1429.
9. Endoh Y, Tamura G, Motoyama T, et al. Well-differentiated adenocarcinoma mimicking complete type intestinal metaplasia in the stomach. *Human Pathology*. 1999;30: 826-832.
10. Kaibara N, Kimura O, Nishidoi H, et al. High incidence of liver metastasis in gastric cancer with medullary growth pattern. *Journal of Surgical Oncology*. 1985;28: 195-198.
11. Murayama H, Imai T, Kikuchi J. Solid carcinomas of the stomach. A combined histochemical, light and electron microscopy study. *Cancer* 1983;51: 1673-1681.
12. Rosai J, Ackerman LV, Rosai J. *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*. 10th Edition. New York: Mosby; 2011.
13. Mariette C, Carneiro F, Grabsch HI, et al. Consensus on the pathological definition and classification of poorly cohesive gastric carcinoma. *Gastric Cancer*. 2019;22: 1-9.
14. Yasuda K, Adachi Y, Shiraishi N, et al. Papillary adenocarcinoma of the stomach. *Gastric Cancer*. 2000;3(1): 33-38.
15. Rokutan H, Hosoda F, Hama N, et al. Comprehensive mutation profiling of mucinous gastric carcinoma. *The Journal of Pathology*. 2016;240(2): 137-148.
16. Margolskee E, Jobanputra V, Lewis SK, et al. İndolent small intestinal CD4+ T-cell lymphoma is a distinct entity with unique biologic and clinical features. *PLoS One*. 2013;8(7).
17. Kwon CH, Kim YK, Lee S, et al. Gastric poorly cohesive carcinoma: a correlative study of mutational signatures and prognostic significance based on histopathological subtypes. *Histopathology*. 2018;72(4): 556-568.
18. Carvalho B, Buffart TE, Reis RM, et al. Mixed gastric carcinomas show similar chromosomal aberrations in both their diffuse and glandular components. *Cellular Oncology*. 2006;28(5-6):283-294.
19. Zheng HC, Li XH, Hara T, et al. Mixed type gastric carcinomas exhibit more aggressive features and indicate the histogenesis of carcinomas. *Virchows Archiv*. 2008;452(5): 525-534.
20. İshikura H, Kirimoto K, Shamoto M, et al. Hepatoid adenocarcinomas of the stomach. An analysis of seven cases. *Cancer*. 1986;58: 119-126.
21. Roberts CC, Colby TV, Batts KP. Carcinoma of the stomach with hepatocyte differentiation (hepatoid adenocarcinoma). *Mayo Clinic Proceedings*. 1997;72: 1154-1160.
22. Roh JH, Srivastava A, Lauwers GY, et al. Micropapillary carcinoma of stomach: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 11 cases. *The American Journal of Surgical Pathology*. 2010;34(8): 1139-1146.
23. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. 10th edition. Philadelphia: Elsevier; 2021.
24. van Velthuysen ML, Groen EJ, van der Noort V, et al. Grading of neuroendocrine neoplasms: mitoses and Ki67 are both essential. *Neuroendocrinology*. 2014;100(2-3): 221-227.
25. Silvia Uccella, Fausto Sessa, Stefano La Rosa. Diagnostic Approach to Neuroendocrine Neoplasms of the Gastrointestinal Tract and Pancreas. *Türk Patoloji Dergisi*. 2015;31: 113-127.
26. Frizziero M, Chakrabarty B, Nagy B, et al. Mixed Neuroendocrine Non-Neuroendocrine Neoplasms: A Systematic Review of a Controversial and Underestimated Diagnosis. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(1): 273.

27. Juárez-Salcedo LM, Sokol L, Chavez JC, Dalia S. Primary Gastric Lymphoma, Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Treatment. *Cancer Control*. 2018;25: 1-12.
28. Bacon CM, Du MQ, Dogan A. Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma: a practical guide for pathologists. *Journal of clinical pathology*. 2007;60(4): 361-372.
29. Papadaki L, Wotherspoon AC, Isaacson PG. The lymphoepithelial lesion of gastric low grade B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT): an ultrastructural study. *Histopathology*. 1992;21(5): 415-421.
30. J Pohl. Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Stomach. *Video Journal and Encyclopedia of GI Endoscopy*. 2013;1(1): 199.
31. Xie Y, Pittaluga S, Jaffe ES. The histological classification of diffuse large B-cell lymphomas. *Seminars in Hematology*. 2015;52(2): 57-66.