

Uterusun Mezenkimal Tümörleri

Dr. İlhan Bahri DELİBAŞI

Uterusun mezenkimal tümörleri, mezodermal dokulardan kaynaklanan veya mezodermal diferansiyasyon gösteren tümörlerdir. Farklılaşma tipik olarak uterus korpusunun normal bileşenlerine (endometrial stromal ve myometriyal düz kas hücreleri) doğru olur. Bununla birlikte, heterolog dokulara farklılaşma da, normalde uterusu olmayan mezenkimal doku(örn. çizgili kas, kıkırdak veya kemik), ayrıca görülebilir. Mikst epitelyal ve mezenkimal uterin tümörler benign veya malign epitelyal ve mezenkimal elemanların kombinasyonundan oluşurlar. Bu tümörlerin sınıflandırması her iki bileşenin morfolojik değerlendirilmesine göre yapılır. Kitapta uterusun en sık tümörü olan benign yapıyı myomlar ayrı bir başlık altında incelendiğinden bu bölümde ağırlıklı olarak malign mezenkimal tümörler anlatılacaktır.

Uterin malign mezenkimal tümörler kadın hastalıkları ve doğum hekimleri tarafından pratikte çoğunlukla anılan ismiyle uterin sarkomlar çok yaygın olmayan jinekolojik kanserlerdir. Tümörler içinde küçük bir grup olarak yer almalarına rağmen önemlidirler. Çünkü kadın genital sistem kanserleri içerisinde sık görülenlere kıyasla sarkomlara daha farklı bir yaklaşım gerekmektedir. Az sayıda olmalarından dolayı tedaviyi yönlendirecek yeterli kanıt yoktur. Hastaların perspektifinden bakıldığında zaman,çeşitli nedenlerden dolayı nadir görülen bir kanserle başa çıkmak zorlayıcı hissettirebilir. Örnek olarak, kendilerini daha izole edilmiş hissedebilirler, tanı koyulması daha uzun sürebilir ya da tümörleri hakkında bilgi bulmaları çok daha zor olabilir.

Sarkomlar kadın genital sistemi içerisinde herhangi bir yerde bulunabilirler ancak en yaygın bulunma alanları uterusudur. Tüm jinekolojik kanserler hesaba katıldığında %1' den az görülürler. Genellikle kötü prognoz ile ilişkili agresif davranış sergilerler.

Terminoloji ve Patoloji

Yaygın olmayan jinekolojik kanserlerin doğru histolojik tespiti için kanser merkezinde uzmanlaşmış patoloğlar tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğru patolojik tanı uygun yönetim planlaması için gereklidir. Nadir görülen kanserlerin terminolojisi, patolojilerinin anlaşılmasındaki iyileşmeler ile güncellendiği için kafa karıştırıcı olabilir. Bütün kanserler, tümörün birincil konumu (primer yerleşim yeri)ve hangi hücre tipinden kaynaklandığına (histolojik tip) bağlı olarak sınıflandırılır. Karsinomlar, epitelyal hücrelerden kaynaklanan ve jinekolojik kanserlerin büyük çoğunluğunu oluşturan malign hücrelerdir. Buna karşın sarkomlar düz kas, bağ doku, fibröz doku, yağ ve endotel hücreleri gibi mezenkimal hücrelerden kaynaklanan malign hücrelerdir. Ayrıca tümörde altta yatan hücrenin tespit edilmesi, düşük grade (lowgrade, G1, iyi diferansiyasyon), yüksek grade (highgrade, G3, kötü diferansiyasyon) gibi tümörün derecelendirmesinde önemlidir. Derecelendirme genellikle hücresel anormallik, nekroz varlığı ve hücre proliferasyon oranına (mitotik indeks; belirli bir büyütme alanında tespit edilen mitotik figür sayısı ile ölçülür) dayalı olarak yapılır. Tümörün derecelendirilmesi tümörün nasıl davra-

bu hastalar için kontrendikedir. İlerlemiş veya tekrarlayan hastalığı olan kadınlar genellikle progestinlere veya aromataz inhibitörlerine iyi yanıt verir ve sitoredüktif cerrahi uygun değilse hastalığın uzun yıllar kontrol edilmesinde yardımcı olabilir (11). Progestinlere bağlı yan etki yaşayan kadınlar için aromataz inhibitörleri daha uygun olabilir. Hormon reseptör pozitif uterin leiomyosarkomu olan kadınlar için hormonal tedavi düşünülebilir, ancak faydaları belirsizdir.

Prognoz

Çoğu sarkom için prognoz genel olarak kötüdür ve tek iyileştirici tedavi cerrahidir. Erken evre hastalıkta bile nüks yaygındır ve genellikle ilk 2 yıl içinde nüks eder. Düşük dereceli ESS ve STUMP daha olumlu bir klinik seyire yatkındır.

Kaynaklar

1. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington S, Young RH. WHO classification of tumours of female reproductive organs. 4th. IARC; 2014.
2. Visvanathan K, Lippman SM, Hurley P, et al: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update on the use of pharmacologic interventions including tamoxifen, raloxifene, and aromatase inhibition for breast cancer risk reduction. *Gynecol Oncol* 115:132–143, 2009.
3. Brooks SE, Zhan M, Cote T, et al: Surveillance, epidemiology and end results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989–1999. *Gynecol Oncol* 93:204–208, 2004.
4. Tavassoli FA, Norris HJ: Mesenchymal tumours of the uterus. VII. A clinicopathological study of 60 endometrial stromal nodules. *Histopathology* 5:1–10, 1981.
5. Maluf FC, Aghajanian C, Spriggs D: Endometrial stromal sarcoma: etiology, prognosis and treatment options. *Am J Cancer* 3:13–23, 2004.
6. Prat J. FIGO staging for uterine sarcomas. *Int J Gynecol Obstet.* 2009;104(3):177–178.
7. Koivisto-Korander R, Butzow R, Koivisto A-M, et al: Clinical outcome and prognostic factor in 100 cases of uterine sarcoma: experience in Helsinki University Central Hospital 1990–2001. *Gynecol Oncol* 111:74–81, 2008. 377.
8. Kapp DS, Shin JY, Chan JK: Prognostic factors and survival in 1396 patients with uterine leiomyosarcomas: emphasis on impact of lymphadenectomy and oophorectomy. *Cancer* 112:820–830, 2008.
9. Reed NS, Mangioni C, Malmström H, et al: Phase III randomised study to evaluate the role of adjuvant pelvic radiotherapy in the treatment of

uterine sarcomas stages I and II: an European Organisation for Research and Treatment of Cancer Gynaecological Cancer Group Study (protocol 55874). *Eur J Cancer* 44:808–818, 2008.

10. Hensley ML, Blessing JA, Mannel R, et al: Fixed-dose rate gemcitabine plus docetaxel as first-line therapy for metastatic uterine leiomyosarcoma: a Gynecologic Oncology Group phase II trial. *Gynecol Oncol* 109:329–334, 2008.
11. O’Cearbhaill R, Zhou Q, Iasonos A, et al: Treatment of advanced uterine leiomyosarcoma with aromatase inhibitors. *Gynecol Oncol* 116:424–429, 2010.