Endometrial Stromal Nodül

Endometrial Stromal Nodule

Yasemin Yuyucu Karabulut¹, Ayşe Sertçelik¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Endometrial stromal nodül (ESN), endometrial stromal tümörlerin benign ucunu oluşturur. Tipik olarak düzgün sınırlı, kapsül bulundurmeyen 0.5 ile 22 (ortalama 7) cm boyutlarında olabilen benign stromal nodüllerdir. Endometrial yerleşimde polipoid olan nodüller myometrial veya subserozal yerleşim de gösterebilir. Myometriuma invazyon oluşturmaması en belirleyici mikroskopik özelliklerindendir. Oldukça nadir görülen bu antite özellikle küretaj materyallerinde düşük gradeli endometrial stromal sarkom (ESS) ile ayırıcı tanısı mümkün olmamaktadır. 64 yaşında, postmenapozal kanama ve pelvik ağrı şikayetleri ile başvuran hastanın küretaj materyalinde izlenen morfolojik bulgular nedeniyle yüksek gradeli malign tümör olarak raporlanmış, daha sonra gönderilen histerektomi materyalinin incelenmesinde myometriuma invazyon görülmemiş ve olgu endometrial stromal nodül olarak raporlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: **Endometrial Stromal Tümörler, Miyometrium**

Endometrial stromal nodule (ESN) represents the benign end of the spectrum within the category of endometrial stromal tumors. Typically well-circumscribed but not encapsulated tumors ranging in size from 0.5 to 22 (mean 7) cm. If centered in endometrium, they are frequently polypoid; they may be intramyometrial or subserosal. On low- power examination, these tumors are well demarcated from the adjacent myometrium. The differentiation of ESN from low-grade endometrial stromal sarcoma is not possible in a curettage specimen. 64 years old patient 's curettage material who has postmenopausal bleeding and pain symptoms was examined and diagnosed as endometrial stromal sarcoma (ESS). But at hysterectomy specimen we saw any invasion of myometrium and change the diagnose as ESN.

Key Words: **Endometrial Stromal Tumors, Myometrium**

Endometrial stromal nodül (ESN), endometrial stromal sarkomun (ESS) benign ucunu oluşturur. Tipik olarak düzgün sınırlı, kapsül bulundurmeyen ortalama 7 cm boyutlarında olabilen ancak 22 cm lere ulaşabilen benign stromal nodüllerdir (1). Sitolojik ve morfolojik özellikleri stromal hücrelere benzer (2). Endometrial stromal tümörler sınıflaması oldukça zor ve kompleks olan tümörler gurubudur (3). Dünya sağlık örgütünün son sınıflamasında uterin stromal tümörler üç guruba ayrılmıştır: benign endometrial stromal nodül (ESN), düşük dereceli endometrial stromal sarkom (LGESS) ve andiferansiye endometrial sarkom (UES) (4). ESN sitolojik olarak ESS' a benzer ancak düzgün sınırlara sahip olması ve myometriuma invazyon göstermemesi ile ESS'dan ayrılır ve klinik olarak benign olduğu düşünülür. UES ise çok nadir

görülmeyle birlikte oldukça maligndir ve tümör hücreleri endometrial stromal diferansiasyonunu kaybetmiştir (4). ESN'lerde klasik olarak endometrial yerleşimde polipoid olan nodüller myometrial veya subserozal yerleşim de gösterebilir. Sarı- beyaz renkli kesit yüzüne sahip olup, kanama, nekroz veya kistik değişiklikler izlenebilir. Myometriuma invazyon oluşturmaması en belirleyici mikroskopik özelliklerindendir. Mikroskopik olarak hiper veya hiposellüler olabilen tümörde zemin mikzoid veya fibrotiktir, proliferatif faz endometrial stromayı andıran bir morfolojiye sahiptir. 10 BBA da 1-5 mitoz izlenebilir.

Geliş tarihi: 30.04.2012 • Kabul tarihi: 13.02.2014

İletişim

Dr. Yasemin Yuyucu Karabulut
Tel: 0 (0505) 649 71 96
E-posta: yykarabulut@yahoo.com.tr
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
Samanpazarı/ANKARA

OLGU

64 yaşında, postmenapozal kanama ve pelvik ağrı şikayetleri ile başvuran hastanın küretaj materyalinde kanama ve nekroz komşuluğunda net bir organizasyon göstermeyen, oval- iğsi şekilli, dar, soluk eozinofilik sitoplazmalı, bir kısmının nükleolü belirgin, büyük hiperkromatik nükleuslu hücrelerin oluşturduğu tümöral gelişim izlenmiş (Şekil 1 A-F), ve olgu bu morfolojik bulgular nedeniyle yüksek gradeli malign tümör olarak raporlanmıştır. Bu tanı üzerine gönderilen histerektomi materyalinin 2 cm uzunluğunda

serviks, 5x5x3 cm boyutlarında korpus uteri bulundurduğu izlenmiş ve materyal serviksten açılarak incelendiğinde, endometrial kavite içinde iyi sınırlı, 2,5x2x2 cm boyutlarında yüzeyi nekrotik, myometriyumla belirgin sınırlanma gösteren polipoid lezyon görülmüştür. Lezyon total takibe alınmış ve mikroskopik değerlendirilmede myometriuma net invazyon bulunmadığı izlenmiş, tümör hücrelerinin arterioller çevresinde yuvalanmalar oluşturduğu görülmüştür (Şekil 2 A-D). Küretaj materyalinde bahsedilen yüksek gradeli izlenimi veren alanların çok

dar sahalarda bulunduğu ve aramalara rağmen sadece 2 mitoz bulundurduğu vasküler invazyon bulundurmadığı görülmüştür. Ayırıcı tanı amaçlı olguda SMA, desmin, caldesmon, ER, PR, CD10 immünohistokimyasal boyamaları yapılmıştır. Desmin ile zayıf fokal, CD10 diffüz kuvvetli sitoplazmik (Şekil 3), ER (Şekil 4) ile nükleer boyanma izlenmiş, SMA ve caldesmon negatif bulunmuştur. Mevcut morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular eşliğinde olgu ESN olarak raporlanmıştır.

Şekil 1. A-F: Küretaj materyalinde yaygın kanama ve nekroz komşuluğunda net bir organizasyon göstermeyen, oval- iğsi şekilli, dar, soluk eozinofilik sitoplazmalı, nükleolü belirgin, büyük hiperkromatik nükleuslu hücrelerin oluşturduğu tümör (H&E;A,C,D,Ex100), (H&E;Bx40), (H&E;Fx200).

Şekil 2. A-D: Histerektomi materyaline ait resimlerde arterioller çevresinde yuvalanmalar oluşturan tümör hücreleri (H&E; A,C,Dx100), (H&E;Bx200).

Şekil 3. CD10 ile tümör hücrelerinde diffüz kuvvetli sitoplazmik boyanma (CD10; x100).

Şekil 4. ER ile tümör hücrelerinde nükleer boyanma (ER; x40).

TARTIŞMA

Endometrial stromal tümörler uterin korpusun en nadir görülen tümörlerindendir (4). ESN ise endometrial stromal tümörlerin ¼ kadarını ve uterin tümörlerin %5'ten daha az bir kısmını oluşturur (5). ESN stromal orijinli diğer uterin tümörler gibi peri ve post menopozal dönemde görülür. Tavassoli ve Norris tarafından yürütülen 60 vakalık çalışmada ortalama ESN yaşı 47 olarak saptanmış (7). Çalışmada spesifik bir klinik presentasyon sergilemeyen ESN olgularında anemiye neden olabilecek oranda vajinal kanama, pelvik ve abdominal ağrı en sık görülen semptomlar olup bunun yanında asemptomatik olgulara da rastlanmıştır (7). ESN olgularında en sık görülen preoperatif tanı leiomyoma ve adneksial kitle olarak tespit edilmiş (4,7). Oldukça nadir görülen bu antite özellikle

küretaj materyallerinde düşük gradeli ESS ile ayırıcı tanıya girmesi açısından önem taşımaktadır (1). ESN ve düşük gradeli ESS'un her ikisinde de vimentin ve CD10 pozitifliği izlenir ve fokal aktin pozitifliği görülebilir. Düşük gradeli ESS'da hemen her zaman ER,PR pozitifliği izlenir (6). Ancak bu olgularda immünohistokimya morfolojik ayrımın yeterli olduğu ESN, ESS ayırımından çok diğer uterin tümörlerden ayırıcıdır.

Endometrial stromal nodülün özellikle küretaj materyallerinde başta düşük gradeli ESS olmak üzere birçok stromal malign tümör ile ayırıcı tanıya ayrımı mümkün olmayabilir (8). Benzer şekilde sellüler leiomyomlar da soft krem- beyaz kesit yüzüne sahip olması, mikroskopik incelemede sellüler olması ve belirgin vaskülarite göstermesi nedeniyle ESN ile ayırıcı tanıya girebilir. Tipik fasiküler stromal alanların, büyük

kalın duvarlı damarların görülmesi ve yaprak benzeri boşlukların varlığı ayırıcı tanıya yardımcı olabilecek kriterlerdir (9). ESN'de seks cord stromal tümörde izlenen epitelyal benzeri alanların bulunması özellikle de küretaj materyallerinde ayırıcı tanıya sorun yaratabilmektedir ve bu olgularda immünohistokimyasal boyamalar ayırıcı tanıya yardımcı olamazlar. Tanı histerektomi materyalinde non-infiltratif sınırların görülmesi ile netleşir (10). Bu tür vakalarda endometrial stromal nodülün ekarte edilemediği raporda vurgulanmalı ve kesin tanının histerektomi materyalinde verilmesinin uygun olacağı bildirilmelidir. Ayrıca fokal seks cord like differansiasyon gösteren vakaların relaps ve metastaz gösterebileceği patoloji raporunda bildirilmelidir (2).

KAYNAKLAR

1. Marisa R. Nucci, Oliva E. Gynecologic Pathology. A volume in the series Foundations in Diagnostic Pathology. 1st ed. China: 2009; 293-302.
2. F.Z.Fdili Alaoui, H. Chaara, H. Bouguern, M. A. Melhouf, H.Fatemi, A. Belmlih, and A. Amarti. Endometrial Stromal Nodule: Report of a Case. Case Reports in Medicine. 2011 jan. Article ID 260647, doi:10.1155/2011/260647. 5 pages.
3. C. Zaloudek and M.R. Hendricson. (Eds): Mesenchymal tumors of the uterus. In Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. 5th ed., Springer, New York, NY, USA, 2001; 561-615.
4. S.Elagoz, F. Kıvanç, H. Aker. Endometrial Stromal Tumors- a report of 5 cases. Aegean Pathology Journal, 2005; 2: 140-145.
5. K. Ryuko, K. Takahashi, K. Miyazaki, A case of endometrial stromal nodül, Shimane Journal of Medical Science, 1996; 14: 27-28.
6. M.R. Hendricson, F.A. Tavassoli, R.L. Kempson, et al. Mesenchymal tumors and related lesions. In World Health Organization Classification of Tumours. Tumors of the Breast and Female Genital Organs. Fattaneh A. Tavassoli, Peter Devilee (Eds). IARC Press: Lyon 2003; 233-244
7. K. R. Kim, S. Y. Jun, I. A. Park, et al. Endometrial Stromal tumor with limited infiltration and probable extrauterine metastasis: report of a case. Annals of Diagnostic Pathology, 2005; 9: 57-60.
8. Lambole J.L., Crambert A, Le Moigne F, et al. A rare tumor: endometrial stromal nodule. J Radiol. 2010; 11:1161-1163.
9. Baker P, Oliva E. Endometrial stromal tumours of the uterus: a practical approach using conventional morphology and ancillary techniques. J Clin Pathol 2007; 235-43.
10. K. L. Chang, G.S. Crabtree, S. K. Lim-Tan, et al. Primary uterine endometrial stromal neoplasms. A clinicopathologic study of 117 cases. American Journal of Surgical Pathology, 1990; 14: 415-438.