

STERNAL METASTAZLI UTERUS LEİOMYOSARKOMU

STERNAL METASTASIS FROM UTERINE LEIOMYOSARCOMA

Adem UÇAR*, Ensar YEKELER*, Fuldem YILDIRIM DÖNMEZ *,
Mehtap TUNACI *, Sezer SAĞLAM **, Gülden ACUNAŞ*

ÖZET

Uterus leiomyosarkomları zayıf metastaz eğilimi olan nadir yumuşak doku tümörleridir. En sık, akciğerler, karaciğer ve beyine metastaz yaparlar. Bu olgu sunumunda sternuma metastaz yapan nüks uterus leiomyosarkomunun manyetik rezonans görüntüleme bulguları sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Uterus leiomyosarkomu, metastaz, sternum, manyetik rezonans görüntüleme

ABSTRACT

Uterine leiomyosarcoma is a rare soft tissue neoplasm having a tendency to the distant metastasis, most commonly to the lung, liver and brain. In this case, magnetic resonance imaging findings of recurrent uterine leiomyosarcoma metastasing to the sternum, which is unusual metastatic site for uterine leiomyosarcoma, are presented.

Key words: Uterine leiomyosarcoma, metastasis, sternum, magnetic resonance imaging

GİRİŞ

Uterus sarkomları nadir olup, tüm uterus malignitelerinin %3-5'ini oluşturur. Uterusun leiomyosarkomu, bütün sarkomların yaklaşık üçte birini oluşturur (2). Uterus leiomyosarkomu, sıklıkla akciğer, karaciğer, kemikler ve para-aortik bölgeye metastaz yapar. Kemikler uterus leiomyosarkomunun en sık metastaz yaptığı bölgelerden biri olmasına rağmen, bizim literatür taramalarımıza göre daha önce sternum metastazı bildirilmemiştir. Ayrıca uterus sarkomlarının ve metastazlarının manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile değerlendirme konusundaki deneyimler sınırlıdır. Bu olguda, lokal nüks gösteren uterus leiomyosarkomu olgusunun, karaciğer ve sternum metastazı sunulmaktadır.

OLGU

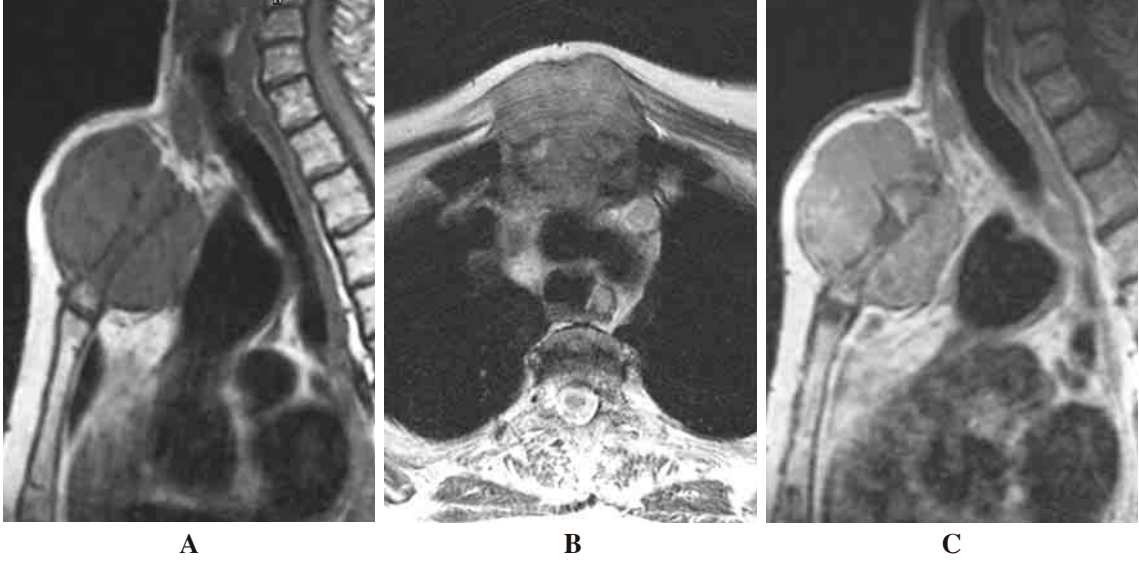
Yetmişbeş yaşında kadın hasta abdominal ağrı ile başvurdu. Dört yıl önce pelviste ele gelen kitle yakınması ile kadının hastalıkları ve doğum uzmanına muayene olan hastanın pelvik ultrasonografi (US) incelemesinde atrofik uterus kaynaklanan, mesane ile komşuluklu, ancak invazyon göstermeyen heterojen solid kitle lezyon saptandı.

Her iki over yaşa göre normal görünümde idi. Cerrahi, US bulguları temel alınarak planlandı. Rutin preoperatif laboratuvar değerleri normaldi. Hasta ameliyata alındı ve preoperatif US bulgularına benzer özellikte kitle ile karşılaşıldı. Tümüyle kitlenin çıkarılması ile beraber histerektomi ve bilateral salpingooforektomi yapıldı. Histopatolojik değerlendirme sonucu, hem endometriumdan hem de myometriumdaki kaynaklanan iyi diferansiye leiomyosarkom olarak bildirildi. Hasta reddettiği için kemoterapi rejimi uygulanmadı. Hasta abdominal ağrı ve kabızlık şikayetleri ile hastaneye başvuruncaya kadar kontrol dışı kaldı. Bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde uzak metastaz olmaksızın çok sayıda pelvik kitleler tespit edildi. Relaparotomi uygulandı ve tüm kitleler eksize edildi. İkinci operasyondan sonraki altı aylık takiplerde herhangi bir problem yoktu. Hasta 12 ay sonra aşırı ağrı ve anterior toraks duvarında palpabl kitle ile tekrar hastaneye başvurdu. Hastanın laboratuvar bulguları, anemi (hemoglobin, 8,8 g/dl; hematokrit, %26,6) dışında normaldi. Toraks MRG incelemede, manubrium sternide T1 ağırlıklı görüntülerde kasa göre hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens kitle izlendi. Kontrastlı MRG incelemede, heterojen tarz-

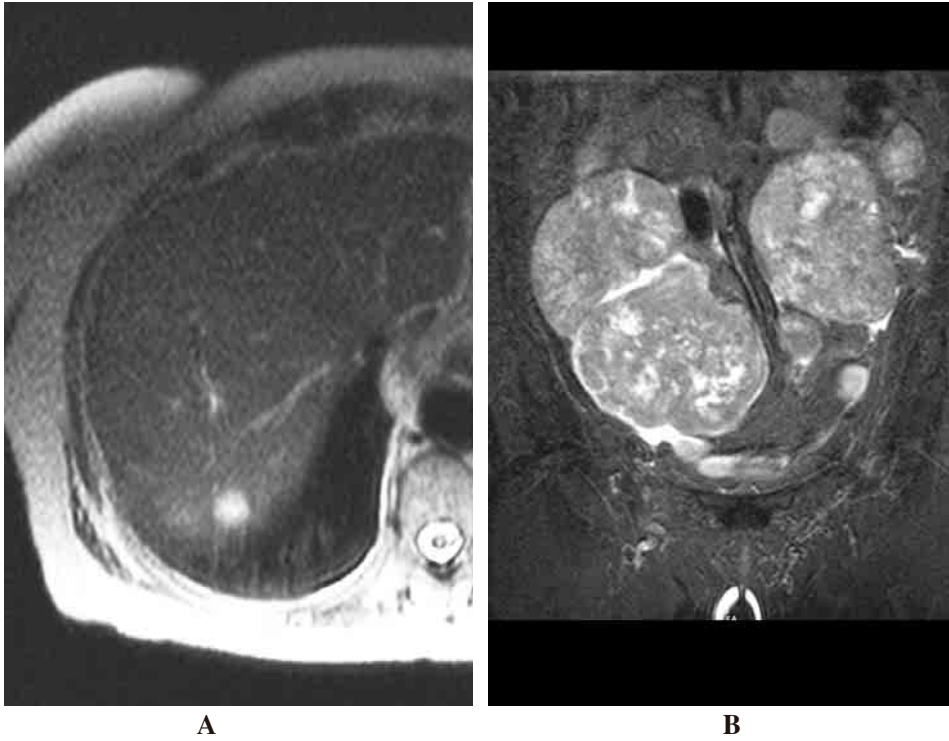
Dergiye geldiği tarih/Date received: 22.03.2004

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul

** İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Çapa, İstanbul



Resim 1. T1 ağırlıklı sagittal spin eko MRG incelemede (a) manubrium sternide hipointens yumuşak doku kitlesi izlenmektedir. T2 ağırlıklı aksial görüntülerde (b) kitle lezyon kasa göre hafif hiperintensdir. Sagittal post-kontrast görüntüde (c) heterojen, orta derecede kontrast tutulumu gösteren kitle izlenmektedir.



Resim 2. T2 ağırlıklı aksial MRG'de (a) karaciğerde santral nekroz gösteren metastatik kitle görülmektedir. Koronal yağ supresyonlu T2 ağırlıklı incelemede (b) nüks uterus leiomyosarkomuna ait çok sayıda intraabdominal büyük kitleler izlenmektedir.

da kontrast tutulumu saptandı (Resim 1). Abdominopelvik MRG'de, karaciğerde iki adet ve intraabdominal multipl metastatik odaklar izlendi (Resim 2). Bu bulgular temel alınarak hastaya, paklitaksel (175 mg/m², 3 saat infüzyon, her üç haftada bir) içeren kemoterapi rejimine başlandı. Paklitakselin seçilme nedeni, hastanın yaşlı olması ve ilacın diğer kemoterapi rejimlerine oranla daha az toksik olması idi. Kontrol abdominopelvik ve toraks MRG incelemede, kemoterapiye parsiyel yanıt alındığı izlendi.

TARTIŞMA

Uterus sarkomları, uterus tümörlerinin sadece %3-5'ini kapsayacak kadar nadir olup ortalama görülme yaşı 55'tir (2). Uterus sarkomları üç ana grupta incelenirler: leiomyosarkomlar (%25), endometrial stromal sarkom (%15) ve mikst Müllerian tümör (%50) (4). Mikst Müllerian tümör, bazen tamoksifen tedavisi sonrası gelişebilir (1). Uterus leiomyosarkomları kötü prognozludur ve agresif seyir gösterir. Ortalama sağkalım 20,6 ay olarak bildirilmiştir (2). Ekstraabdominal metastaz, yüksek erken nüks oranı ve erken mikrometastaz varlığı uterus leiomyosarkomları için karakteristiktir. Bundan dolayı hastalığın kaynaklandığı organ olan uterus genellikle tam olarak rezeke edilir (9). En sık metastaz yaptığı organ akciğerlerdir. İntraperitoneal ve pelvik veya paraaortik lenf nodu metastazı da sıktır (6). Olgumuzda, MRG incelemede sternal ve hepatik metastazlar ve pelviste nüks kitle lezyonlar saptanmıştır. Genel olarak tüm leiomyosarkomların primer veya sekonder olarak sternumu tuttuğu olgular sınırlı sayıda (5, 9). Bizim bilgilerimize göre, literatürde uterus sarkomunun sternum metastazı bildirilmemiş olup olgumuz bu anlamda ilktir.

MRG, uterus leiomyomu ve leiomyosarkomu arasındaki farkları ortaya koymada en yararlı görüntüleme yöntemidir. Uterus leiomyomları sıklıkla T1 ve T2 ağırlıklı imajlarda homojen düşük sinyal intensitesi gösterirler (3). Bunun tersine, leiomyosarkomların ya sadece T2 ağırlıklı imajlarda veya hem T1 hem de T2 ağırlıklı imajlarda heterojen yüksek sinyal intensitesi göstermesinin leiomyosarkomlar için karakteristik olduğuna inanılır. Bu durum lezyon içi hemoraji veya tümör nekrozu gibi sekonder patolojik değişiklikleri yansıtır (3). Dejenerasyona uğrayan leiomyomların görünüm olarak leiomyosarkom ile karıştırılması nedeniyle bu tümörlerde ayırıcı tanıyı yapmak zordur (3). Bizim olgumuzda, US'de tespit edilen lezyonların leiomyomu düşündürmesi nedeniyle operasyon öncesi MRG tetkiki yapılmamıştı.

McLeod ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (7), leiomyosarkomdan kaynaklanan hepatik metastazların sıklıkla santral nekroz gösteren solid kitleler şeklinde olduğu tarif edilmiştir. Hepatik metastazlı 44 leiomyosar-

kom olgusunun değerlendirilmesinde santral nekrozlu 29 olgu (%66) ve kistik komponent içeren 15 olgu (%34) tanımlamışlardır. Büyük santral nekrozlu karaciğer tümörleri T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens olarak izlenirler. Olgumuzda, hepatik metastazlar santral nekroz nedeniyle hiperintens izlenmekteydi.

Metastatik uterus leiomyosarkomunun hepatik metastaz dışındaki MRG bulguları birkaç bildiri ile sınırlıdır (8, 9). Primer uterus leiomyosarkomlarını dejeneren benign leiomyomlardan kesin olarak ayırt ettirebilecek karakteristik görüntüleme özellikleri mevcut değildir. Bunun gibi metastatik lezyonlar için de benzer durum geçerlidir. Uterus leiomyosarkomları için metastatik olgularda, primer tümörü düşündürülen spesifik görüntüleme bulgusu bildirilmemiştir (3). Olgumuzda saptanan lezyonların MRG özellikleri non-spesifik idi.

Primer ve metastatik uterus leiomyosarkomları nadir rastlanan jinekolojik tümörlerdendir. Görüntüleme yöntemlerinden özellikle MRG, lezyonların saptanmasında ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde yararlı olmasına rağmen, primer veya metastatik lezyonlar için spesifik görüntüleme bulgularına sahip değildir.

KAYNAKLAR

1. Arici DS, Aker H, Yildiz E, Tasyurt A. Mullerian adenocarcinoma of the uterus associated with tamoxifen therapy. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 264:105-107.
2. DiSaia PJ, Creasman WT. Sarcoma of the uterus. In: DiSaia PJ, Creasman WT (eds). *Clinical gynecologic oncology*. Mosby-Year Book, St Louis 1993; pp. 194-209.
3. Fujii S. An atlas of MRI with histopathology on smooth muscle tumors of the uterus, Medical View, Partonon Publishing. Tokyo, Japan, 1999; pp. 73-80.
4. Kempson R, Bari W. Uterine sarcomas: classification, diagnosis, and prognosis. *Hum Pathol* 1970; 1:331-349.
5. Lopez R, Didolkar MS, Karakousis C, Baffi R, Bakamjian V. Problems in resection of chest wall sarcomas. *Am Surg* 1979; 5: 471-477.
6. Major FJ, Blessing JA, Silverberg SG, Morrow CP, Creasman WT, Currie JL, Yordan E, Brady MF. Prognostic factors in uterine sarcoma: A Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 1993; 71:1702-1709.
7. McLeod AJ, Zornoza J, Shirkhoda A. Leiomyosarcoma: computed tomographic findings. *Radiology* 1984; 152:133-136.
8. Takemori M, Nishimura R, Sugimura K, Mitta M. Thoracic vertebral bone metastasis from uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol* 1993; 51:244-247.
9. Wronski M, de Palma P, Arbit E. Leiomyosarcoma of the uterus metastatic to brain: a case report and a review of the literature. *Gynecol Oncol* 1994; 54: 237-241.