TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ, Cilt:16, Sayı:4, 483-486, 1990

BİR RETROPERİTONEAL LEİOMYOSARKOM OLGUSU

A CASE OF RETROPERITONEAL LEIOMYOSARCOMA

HATTAT, H.(*), YALÇIN, V.(*), GİRİŞKEN, G.(**), TURAN, T.(*)

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
(**) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Bir retroperitoneal leiomyosarkom olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

A case of retroperitoneal leimyosarcoma is reported and the literature is reviewed.

GİRİŞ

Leiomyosarkomlar, düz adeleden kaynaklanan habis tümörlerdir ve en sık uterus ile gastrointestinal sistemden kaynaklanırlar. Yumuşak dokudan kaynaklanan olgular ise nadirdir ve genellikle büyük venlerden çıkarlar (1).

Literatürdeki ilk leiomyosarkom olgusu, 1868 yılında Aufrecht tarafından bildirilmiştir (1).

Primer retroperitoneal tümörlerin % 15'ini oluşturan leiomyosarkomlar, retroperitoneal bölgede en sık büyük venlerden olmak üzere böbrek ve üreterden, ayrıca prostat ve mesane gibi çeşitli organ ve dokulardan kaynaklanabilirler (3, 10, 11).

Retroperitoneal bölgede iliak bifurkasyonun hemen altında, promontorium üzerine bir yastık gibi oturan ve buradaki yumuşak dokudan kaynağını alan bir leiomyosarkom olgusunu sunuyoruz.

OLGU

H.K. 63 yaşında erkek hasta, karın alt bölümünde şişkinlik hissi, zaman zaman karın ağrısı, bulantı, konstipasyon ve sık sık idrar yapma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Şikayetleri bir aydır mevcut olan hastamız, bu süre içinde iki kilo kaybettiğini ifade ediyordu.

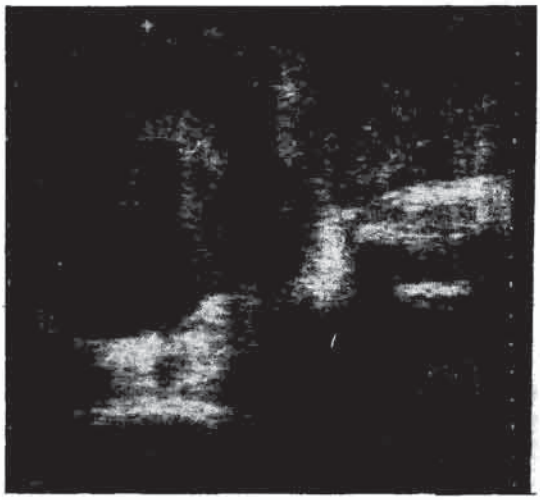
Hastanın klinik muayenesinde, karın duvarında, özellikle sağ tarafta dışarıdan görülebilen bir deformite mevcuttu ve ciltte lokalize venöz genişmeler görülüyordu. Palpasyonda, göbek altından orta hattı sola doğru biraz geçen ve batın sağ alt kadranına yerleşmiş, yarı mobil, üzerinde yer yer sertlikler bulunan yaklaşık 15 x 15 cm. boyutlarında bir kitle palpe edildi. Rektal tuşede prostat kısmen sert ve küçük bir ceviz cesametinde palpe edildi, yapılan iğne biopsisinde ise habasete rastlanmadı. Hastanın diğer sistem muayeneleri normal idi.

Labaratuar tetkiklerinde, hemogram, kan üre ve şekeri, fosfatazları normal sınırlarda idi, idrar sedimentinde bol eritrosit mevcuttu. Akciğer grafisinde bir özellik tespit edilmedi.

Resim 1: Olgumuza ait İVP görülmektedir.

Çekilen İVP de, sağ böbrek toplayıcı sisteminde minimal ektazi, sağ üreterde dilatasyon ve mesaneyi dıştan bası yapıp sola iterek adeta pelvis duvarına yapıştıran bir kitle imajı saptandı (Resim:1).

Ultrasonografide mesane üst kısmında lokalize 10 x 12 cm. boyutlarında cidarları muntazam tümöral kitle tesbit edildi (Resim 2).



Resim 2: Olgumuza ait ultrasonografi görülmekte.

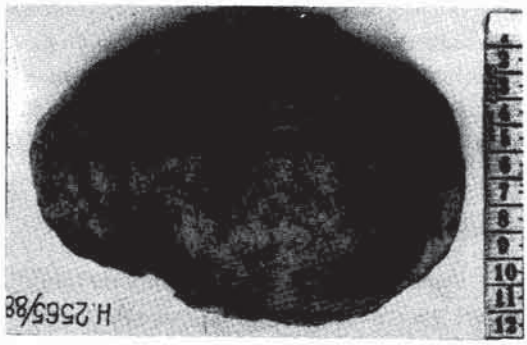
Yapılan CT de pelvis sağ alt kadranında, mezenterde lineer opasiteler ve retrakte görünüm ile birlikte, L5 düzeyinde başlayarak prostat üzerine kadar veziko-rektal uzanan, inguinal düzevde sağ prevezikal yerleşimli, kapsüllü konturlu, sağ 1. sakral foramene kadar giden nonhomojen, 12 cm. boyunda kitle ve sağ böbrekte hidronefroz saptadık. Dalak ve karaciğer normal bulundu, lenfadenopati saptanmadı (Resim 3).

Resim 3: Olgumuza ait CT görülmektedir.

Ameliyatta, göbekaltı median ensizyon ile katlar geçilerek periton açıldı ve barsaklar yukarı itildikten sonra sigmoid kolon korunarak sağ retroperitoneal mesafeye girildi. Mevcut kitle, keskin ve künt disseksiyon ile etraf dokulardan kapsülü ile birlikte enüklee edilerek çıkarıldı. Kitlenin kollateral damarlardan oldukça zengin olduğu görüldü.

Tümör iliak bifurkasyonun altında, promotorium üzerine bir yastık gibi oturmuş ve mesaneyi tamamen sola deviye etmişti. Kitle çıkarıldıktan sonra iliak damarların salim olduğu ve tümörün belirli bir pedikülü olmadığı görüldü. Daha sonra loja bir adet dren konarak katlar kapatıldı.

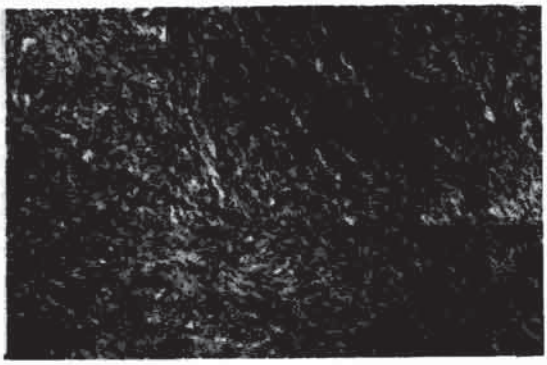
Çıkarılan kitle 18 x 12 x 7 cm. ölçülerinde düzgün kapsüllü olup, kesintinde kısmen lifli beyaz renkli bir doku ve içinde dağılmış sarı renkli alanlar görüldü. (Resim 4)



Resim 4: Tümörün makroskopik görünümü.

Mikroskopik incelemede, ince uzunca çekirdekli, dar sitoplazmalı fusiform hücrelerin yaptığı demetlerden oluşan tümör dokusu saptandı. Bazı yerlerde tümör hücreleri polizadvari dizilme göstermekte ve masson boyası ile kırmızı fibriller yapmaktaydı. Hücreler seyrek olarak mitoz göstermekteydi (Resim 5).

Histopatolojik tanı: Leiomyosarkom (Patoloji no:2565/88)



Resim 5: Tümörün mikroskopik görünümü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Leiomyosarkomlar genellikle 50-70 yaşlar arasında görülen habis tümörlerdir. Hastalar çoğu kez karın ağrısı, karında şişkinlikler hissi, bulantı gibi gastro-intestinal sisteme ait semptomlarla hekime başvururlar (5). Vasküler kaynaklı tümörler, Budd-Chiari ve nefrotik sendrom şeklinde de belirti verebilirler (6).

Retroperitoneal leiomyosarkomların tanısında labaratuar bulguları pek yardımcı olmamakta ve teşhiste en çok radyolojik yöntemlerden faydalanılmaktadır (2, 6). Bu maksat için en çok US, İVP, anjio-venografi ve CT kulanılmakta olup, olgumuzda da olduğu gibi, bu yöntemler arasında bize en değerli bilgileri CT vermektedir.

Makroskopik olarak leiomyosarkomlar büyük, lobule ve kapsüllü tümörlerdir (2). Kesitte, kapsülle çevrili bir doku içinde solid ve kistik alanlar içerirler (1). Genellikle etraf dokulara fazla fikse olmazlar, bundan dolayı olguların % 50'sinde cerrahi müdahale ile tümörün tamamen rezeke edilmesi mümkün olmaktadır (1, 4). Bizim olgumuzda da tümör kapsüllü olup, etraf dokulara fikse değildi ve total rezeksiyon gerçekleştirildi.

Mikroskopik incelemede leiomyosarkomlar iğsi hücrelerden yapılıdırlar. Hücreler her 10 HPF (High Power Field) de beş veya daha fazla mitoz gösterirler ve bu özellik, leiomyomlardan ayırt edilmelerinde önemli bir kriterdir (7). Tümör hücrelerinin genellikle tek bir doğrultuda dizildiği gözlenir (1). Hücrelerde belirgin pleomorfizm göze çarpar ve olguların % 50'sinde nekroz, dörtte birinde de miksoid değişim saptanır (7).

Tümörün uzak metastazı genellikle akciğer ve karaciğeredir. Lokal invazyon ile de komşu dokulara yayılırlar (7). Olgumuzda metastaza rastlanmadı.

Literatüre gözden geçirdiğimizde, Pack ve Tabah, tedavi ettikleri 120 retroperitoneal tümör içinde 5 leiomyosarkom olgusu (8), Ackerman ve arkadaşları 265 retroperitoneal tümör içinde 29 leiomyosarkom olgusu bildirmişlerdir (9). Saul Kay ve arkadaşları ise 1950-68 yılları arasında izledikleri 13 retroperitoneal leiomyosarkom olgusu sunmuşlardır (4).

Leiomyosarkomların prognozu hakkında çeşitli yazarlar değişik sonuçlar bildirmiştir. Saul Kay ve arkadaşları kendi olgularında, total rezeksiyonun yüz güldürücü bir prognoz sağladığı sonucuna varmışlardır (4). Sandra V. Moore ve Joaquin S. Aldrete, 1959-78 yılları arasında takip ettikleri 2 leiomyosarkom olgusundan birine parsiyel rezeksiyon radyoterapi uygulamışlar ve olguyu 35 ay, diğer olguya da sadece radyoterapi kemoterapi uygulamışlar ve 152 ay, sağ olarak takip etmişlerdir. Böylece tümör rezeksiyonunun total yapılmadığında prognozu değiştirmediği sonucuna varmışlardır (5).

Özellikle uzak, metastaz bulunmayan ve cerrahi tedavi ile tümörün tamamen rezeke edildiği olgularda, prognoz daha iyidir. Böyle hastalarda ayrıca bir tedaviye gerek görülmemektedir (4).

Cerrahi tedavi ile tümörün tam olarak rezeke edilmediği veya uzak metastazı olan olgularda, yardımcı olarak radyoterapi ve kemoterapi uygulanmalıdır (4, 5). Bu gibi hastalarda 2 yıllık sürvi oranı % 16'dır (7).

Olgumuza total eksizyon uygulanmış olup, radyoterapi ve kemoterapi uygulaması yapılmamıştır. Post-op iki ve altı ay sonraki tetkiklerinde bir patolojiye rastlanmayan hastamız halen sağ ve kontrolumuz altındadır.

KAYNAKLAR

1. **Hadju, S.I.**: Pathology of Soft Tissue Tumors. Copyright by Lea and Febiger, p:311-15, 1979.

2. **Plous, Ronely, H., Gordon, Ronald, E., Geller, Stephen, A.:** Retrovesical Myxoid Leiomyosarcoma. Arch. Pathol. Lab. Med., volume:110, p:1194-96, 1986.
3. **Williams, Richard, D.:** Adult and Pediatric Urology. Renal, Perinetal and Ureteral Neoplasms, Year Book Medical Publishers, Inc., vol:1, p:513-54, 1987.
4. **Kay, Saul., McNeill, Donald, D.:** Leiomyosarcoma of Retroperitoneum. Surg. Gynecol. Obstet., 129:285-88, 1969.
5. **Moore, Sandra, V., Aldrete, Joaquin, S.:** Primary Retroperitoneal Sarcomas: The Role of Surgical Treatment. The American Journal of Surgery, vol:142, p:358-61, 1981.
6. **Taheri, Syde, A., Conner, George, W.:** Leiomyosarcoma of Iliac Veins. Surgery, 94:516-20, 1983.
7. **Ranchod, Mahendra, Kempson, Richard, L.:** Smooth Muscle Tumors of the Gastrointestinal Tract and Retroperitoneum. Cancer, 39:255-62, 1977.
8. **Pack, G.T., and Tabah, E.J.:** Collective review. Primary retroperitoneal tumors, a study of 120 cases. Int. Abstr. Surg., pp:209 and 313, 99, 1954.
9. **Ackerman, L.V.:** Tumors of the retroperitoneum. A tlas of Tumor Pathology, Fascicles 23 and 24. Washington: Armed Forces Institude of Pathology, 1954.
10. **Gonzales, E.B.:** Leiomylosarcoma of iliac and femoral veins. Arch. Surg., 91:623-4, 1965.
11. **Herman, C., Morales, P.:** Leiomyosarcoma of renal vein. Urology, 18:395-8, 1981.

Prof. Dr. NEJAT KAPLANOĞLU'nu kaybettik.

Türk ürolojisine değerli hekimler yetiştiren, Ege ve Dokuz Eylül Tıp Fakülteleri değerli öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nejat Kaplanoğlu'nu aralık ayı içinde kaybetmiş bulunuyoruz.

Değerli ailesine ve Türk üroloji camiasına başsağlığı dileriz.

TÜRK ÜROLOJİ DERNEĞİ