

Pseudoanevrizma İle Karışan Bir Epitelial Anjiosarkom Olgusu

C. Levent BİRİNCİOĞLU*, A. Tulga ULUS*, S. Fehmi KATIRCIOĞLU*, Birol YAMAK*, Arzum KALE*, Gülden AYDOĞ**, Oğuz TAŞDEMİR*

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, ANKARA

**Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği*

***Patoloji Kliniği*

Nadir görülen damar kökenli malign bir tümör olan anjiosarkom, en sık ekstremitelerde, deri yumuşak doku, göğüs ve karaciğerde görülmektedir. Geniş sınırlı hemorajik bir kitleye neden olur ve sıklıkla kronik hematoma ile karışır. Bu yazı postoperatif ikinci ayda pantolon greft distal bacağına psödoanevrizma ön tanısı ile ameliyata aldığımız ve epiteloid anjiosarkomla karşılaştığımız bir olgunun takdimini içermektedir.

Epitelial anjiosarkom çok hızlı seyreden kısa sürede büyüyen ve metastaz yapan bir tümördür. Bizim olgumuzda 4 ay içinde tümör şeklini almaya ve hasta kaybedilmiştir. Olgunun ilk ameliyatında bantında malign bir olayın bulunduğunu düşündüren hiçbir bulgu yoktur. Ancak 3 ay sonra pseudoanevrizma tanısı ile açıldığında 8x5 cm büyüklüğünde peritonea ve kolon serozasına yapışık, kolonun diğer tabakalarına invaze olmamış bir tümör tamamen çıkartıldı. 15 gün sonra hasta ileus tablosu ile tekrar açıldığında karın duvarına ve kolona invaze, kolonu ileri derecede daraltan, eskisinden çok daha büyük bir tümör kitle ile karşılaşıldı. Tümör rezektabel bir hal almıştı ve ileostomiden başka yapacak bir şey kalmamıştı. Yoğun bakımda, genel durumu bozuk ve toksik tabloda olan hasta kaybedildi.

An Epitelial Angiosarcoma Diagnosed As Pseudoaneurysm

As the name indicates, this tumor is a malignant neoplasm of vascular origin and may be found anywhere in the body, but most often in the extremities, skin, soft tissue, breast and liver. It usually seem like sharply demarcated, hemorrhagic mass which is confusing with the chronic hematoma. This case report includes, a patient who was operated because of an pseudoaneurysm at the distal part of the graft and pathologically diagnosed as a epiteloid angiosarcoma.

Clinically, angiosarcomas develop in a very short period and make metastasis. In this case, we lost our patient in a four month period. We could not find any sign, seem like malignancy at the first operation. At last, after three months later, when we operated the patient because of an pseudoaneurysm, we found a mass which was adhering to the peritoneum and colon. Patient was operated because of the ileus after 15 days as a third operation and was found a huge mass invading both the abdominal wall and colon. It was not resectable. We lost him in the intensive care unit.

GKDC Dergisi 1998; 6:60-63

Giriş

Kardiyovasküler cerrahi zaman zaman bir takım sürprizleri karşımıza çıkarır. Bu yazımızda postoperatif ikinci ayda pantolon greft distal bacağına psödoanevrizma ön tanısı ile

ameliyata aldığımız ve epiteloid anjiosarkomla karşılaştığımız bir olgumuzu takdim edeceğiz.

Bu yaygın olmayan tümör büyük sıklıkla deride, yumuşak dokuyu ve postmastektomi bölgesini tutar. Anjiosarkomada vasküler

formdaki kanallar hemen hemen hiç belirli olmayabilir. Anjiosarkom undiferensiyel endotelial hücrelerle dōşeli az sayıda, dağınık veya iyi oluşmamış vasküler kanallar içeren anaplastik iğsi hücrelerden meydana gelir. İyi formasyon göstermiş neoplastik damarların papiller endotelial hiperplaziden ayrılması zor olabilir. Diffuz epitelioid komponenti olan bu tümörler karsinoma, melanoma ya da epitelioid leiomyosarkom ile karışabilir (1, 2).

Anjiosarkomlar kalp, akciğer ve dalak gibi iç organları etkileyebilir ve nadiren ortaya çıkar. Biz literatürde bu tür karışıklığa yol açan bir olguya rastlamadık.

Olgu Sunumu

Elli dört yaşında erkek hasta son 6 aydır yol yürümekle ortaya çıkan istirahatle gelen alt ekstremitelerde ağrısı şikayeti ile hastaneye başvurdu. Anemnezinde başka bir şikayeti yoktu. 30 yıldır günde 1 paket sigara öyküsü vardı. Diabetes mellitus ve hipertansiyon hikayesi yoktu. Yalnızca 24 sene önce geçirilmiş mide operasyonu öyküsü vardı.

Fizik muayenede; tansiyon arteriel: 140/70 mmHg, Nabız: 70/dk, solunum sayısı: 20/dk, Ateş: 36°C. Baş-boyun muayenesinde tiroid non-palpable, venöz dolgunluk ve karotis üfürümü mevcut değildi. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyordu. Akciđer sesleri tüm alanlarda doğaldı, ral-ronküs yoktu. Kalp sesleri ritmikdi, ek ses-üfürüm duyulmuyordu. Batın palpasyonla yumuşaktı, defans rebaunt yoktu. Barsak sesleri normoaktifdi. Karaciđer ve dalak palpe edilemedi. Bilateral arterio femoralis dahil olmak üzere alt ekstremitelerde periferik nabızlar alınamıyordu. Ekstremitelerde varis, ödem, yara tesbit edilmedi.

Rutin tetkiklerinde ESR: 72 mm/h, diğer rutinler normal sınırlardaydı. Yapılan batın ultrasonografisinde abdominal aortada atherosklerotik değişikler vardı, anevrizma yoktu. Diğer batın organları normal sınırlardaydı. Koroner

anjiyografide koroner damarlar normal olarak tesbit edildi. Yapılan DSA tetkikinde her iki iliak arter ve iliak bifurkasyonda ileri derecede tıkalıcı lezyon dikkati çekmekteydi.

Hasta Leriche sendromu ön tanısıyla operasyona alındı. Göbek altından geçen, açıklığı yukarıya bakan yay şeklinde insizyonla karın açıldı. Batın muayenesini takiben aortanın üstünden retroperiton açıldı. Kros-klempin konulmasını takiben aorta açıldı. İliak bifurkasyonda tam okluzyon mevcuttu. 16-8 mm hemoshield greft ile aorto iliak pantolon greft end to side olarak yerleştirildi. Hasta operasyondan üç ay sonra kasığında ve her iki bacağında ağrı ile hastanemize yeniden başvurdu. Yapılan tetkiklerde ESR: 60 mm/h, Htc: 23.3, BK: 20.000, alt extremide periferik nabızlarının doppler tetkiki normal, batın USG'de sol iliak arter ile greft arasında, sigmod kolon önünde 8x5 cm'lik hematoma tesbit edildi ve hasta hematoma veya false anevrizma ön tanılarıyla operasyona alındı. Sol inguinal kesi ve retroperitoneal yaklaşımla hasta açıldı. Greftin ve iliak arterin normal olduğu görüldü. Buraya komşu intraperitoneal bölgede bir kitle elimize geldi. Periton açıldığında hematoma benzer, vişne çürüğü renginde, düzensiz, frajil, 8x5 cm boyutlarında kitle, inen kolon serozası üzerine yerleşmişti. Bir kısmı da periton dokusna yapıştı. Mezo tarafı normaldi ve lümen açıktı. Genel cerrahi bölümünden konsultasyon istendi. Kitle serozadan ve peritondan serbestleştirildi. Omentum torsiyonu ve nekrozu olabileceği düşünülerek, bu ön tanı ile patolojiye gönderilerek hasta usulünce kapatıldı.

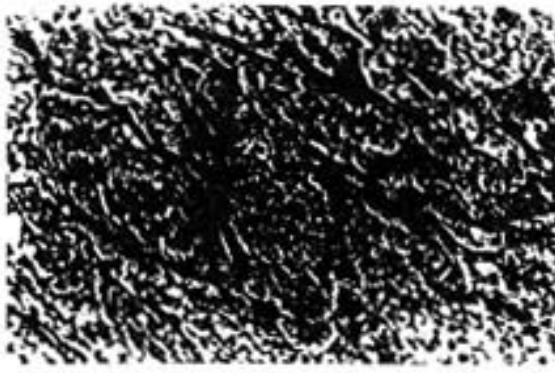
Hastanın operasyondan sonra şikayetlerinin artarak devam etmesi üzerine genel cerrahi kliniğine nakledildi. Ameliyatı takiben 15. günde gaz gaita çıkaramama nedeniyle yapılan kolonoskopide geçişe güçlükle izin veren dıştan infiltrate olduğu düşünölen kitle tesbit edilmesi üzerine acil olarak laparotomi yapıldı. Hasta genel anestezi altında median insizyonla açıldı. Batın duvarında kolona invaze, nonrezektabel

bol damarlı ve bol kanamalı kitle gözlemlendi. Hastaya ileostomi açılarak operasyonuna son verildi. Operasyon sonrası yoğun akımda kardiak arrest gelişti ve hasta kaybedildi.

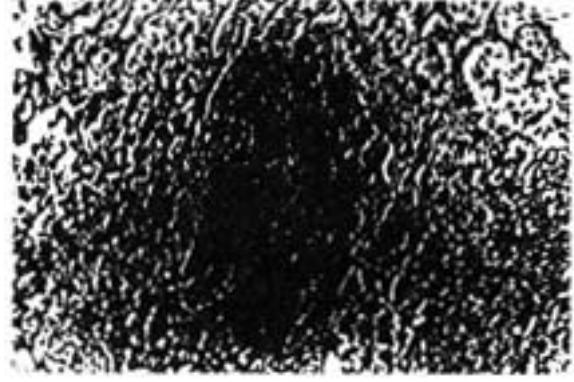
Patoloji

Makroskopik Bulgular: 8x5x3 cm boyutlarında yarından fazlası nekrotik veya çok sayıda kanama odakları bulunan, sarı-kahve renkli görünümde düzensiz doku parçası.

Miroskopik Bulgular: Kesitlerin incelenmesine, arada az miktarda fibröz doku bantlarının izlendiği dokuda yaygın tümöral infiltrasyon izlenmektedir. Tümör hücreleri belirgin nükleer pleomorfizm gösteren, sınırları lobüle veziküler nükleuslu, eozinofilik sitoplazmalı atipik hücreler olup genellikle boşluklar oluşturacak şekilde dizilişlerdir. Bazı alanlarda tümör hücreleri küçük papiller yapıları çevrenmektedir. Tümör hücreleri ile çevrili boşlukların birbirleriyle anastomoz gösterdikleri izlenmektedir. Bazı boşlukları eritrositler doldurmaktadır. Tümör hücreleri arasında ve üzerinde çok sayıda nötrofil lökosit infiltrasyonu vardır. Arada geniş nekroz alanları izlenmektedir (Şekil 1). Histokimyasal olarak yapılan retikülün boyasında tümör hücrelerini gruplar halinde saran retikülün lifleri izlenmektedir (Şekil 1). Histokimyasal olarak yapılan retikülün boyasında tümör hücrelerini gruplar halinde saran retikülün lifleri izlenmektedir (Şekil 2). Tanı; high grade epitloid anjiosarkom olarak konulmuştur.



Şekil 1. Epitelle benzer hücreler tarafından döşenmiş lümeni olan anjiosarkom görülmektedir (Hematoxilin and Eosinx100)



Şekil 2. Damarların luminal kısmına yerleşmiş olan hücreler görülmektedir (Retikülünx40)

Tartışma

Adından da anlaşılacağı üzere bu tümör, anaplastik ve atipik hücreler içeren, endotel hücrelerinin oluşturduğu kitlelerden oluşan, damar orjili malign bir neoplazmdır. Her yaşta ve her iki cinste de oluşabilir (1).

Nadiren görülen damar kökenli malign bir tümör olan anjiosarkomanın epitloid formu vücutta her hangi bir yerde olabilmekle beraber, en sık ekstremitelerde, deri yumuşak doku, göğüs ve karaciğerde meydana gelme eğilimindedir. Geniş sınırlı hemorajik bir kitleye neden olur ve sıklıkla kronik hematoma ile karışır (1). Histolojik çalışmada bu tümörler diğer anjiosarkomlara benzer dizilim gösterirler. Bununla beraber çok yüksek derecede uniform olma eğilimindedir ve endotel, epitloid displazik değişim gösterir. Makroskopik olarak damar tümörü niteliği içerirlerse de endotel hücre proliferasyonu fazla olduğundan bunların damar tümörü olduğunu söylemek bazen de güç olabilir (2-5).

Epitloid anjiosarkom olarak adlandırılan bu tümörler yüksek atipik hücrelerle çevrili tabakalardan ibarettir ve bunları bazıları intrasitoplazmik lümen ihtiva eder. Anjiosarkomda vasküler kanallar yumuşak alanları disseke eder ve onların kendi doku yüzeylerini yeniden düzenlemiş gibi görünürler. Kanallar birbirleri ile bağlantı

kurmuş ve anastomozlar sonucunda sinuzoidler oluşmuştur (1,2).

Retikülin preparatında vasküler lümenin dışının temiz olması tanıda faydalı olabilir, ancak üzerinde durulması gereken şey damarların iç yüzeyine bu hücrelerin uzanabilmesidir (1,2).

Klinik olarak, anjiosarkomlar malign tümörlerin tüm klasik özelliklerini gösterir. Lokal ve distal metastatik invazyonları vardır. Bizim vakamızda operasyon materyali mulpitle irregüler hamorajik fragmanlardan oluşmaktaydı. Bu kitlelerin histolojik çalışmasında hemorajik stromada dolgun görümlü epiteloid endotelial hücreler tarafından kaplanmış lümeden ibaret olduğu görüldü (Şekil 1). Retikülin preparatında damara benzer yapılar lüminal tarafında uzanan hücreler gösterildi (Şekil 2).

Epitelial anjiyosarkom çok hızlı seyreden kısa sürede büyüyen ve metastaz yapan bir tümördür (3). Bizim olgumuzda 4 ay içinde tümör şeklini almış ve hasta kaybedilmiştir. Olgunun ilk ameliyatında batında metastatik bir olayın bulunduğunu düşündüren hiçbir bulgu yoktu. Ancak 3 ay sonra pseudoanevrizma tanısı ile açtığımızda 8x5 cm büyüklüğünde peritona ve kolon serozasına yapışık, kolonun diğer tabkalarına invaze olmamış bir tümör tamamen çıkartıldı. 15 gün sonra hasta ileus tablosu ile tekrar açıldığında karın duvarına ve kolona invaze, kolunu ileri derecede daraltan, eskisinden çok daha büyük bir tümoral kitle ile karşılaşıldı. Tümör unrezektable bir hal almıştı ve ileostomiden başka yapacak bir şey kalmamıştı. Yoğun bakımda genel durumu bozuk ve toksik tabloda olan hasta kaybedildi.

Kaynaklar

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Pathologic basis of disease. 1984; WB Saunders Company: 542-543.
2. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. 3rd ed. Mosby St. Louis. 1995; 656-657.
3. Taxy JB, Battifora H. Angiosarcoma of the gastrointestinal tract. Cancer 1988; 62:210-216.
4. Maddox JC, Evans HL. Angiosarcoma of skin and soft tissue: a study of 44 cases. Cancer 1981; 48:1097-1921.
5. Holden CA, Spittle MF, Jones EW. Angiosarcoma of the face and scalp: prognosis and treatment. Cancer 1987; 59:1046-1057.

Yazışma Adresi: Dr. C. Levent BİRİNCİOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği
06100 Sıhhiye, Ankara/TÜRIYE
Fax: +90 (312) 466 32 02
e-mail: Ulus@escortnet.com
