

PIRMINĖ GIMDOS KAKLELIO MIULERIO ADENOSARKOMA

Giedrius Putriūnas¹, Vaida Vaitiekūnaitė¹, Andrius Simavičius²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ²Respublikinė Šiaulių ligoninė

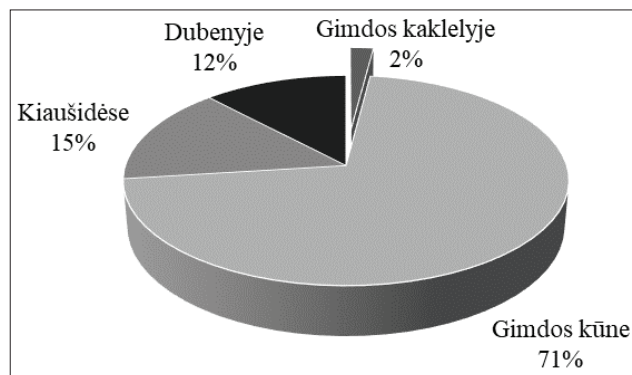
Raktažodžiai: gimdos kaklelio adenosarkoma.

Santrauka

Gimdos kaklelio sarkoma – itin reta ginekologinė patologija. Iš visų piktybinių procesų, išsivystančių gimdos kaklelyje, tik 2 proc. sudaro adenosarkomas, kitaip dar vadinamos Miulerio adenosarkomomis (MAs). Tai mišrus navikas, kuris dėl savo gerybinio komponento retai metastazuoja. Paprastai MAs lokalizuojasi gimdos endometriume, rečiau – kiaušidėse, dubenyje ar gimdos kaklelyje. Šiame staipsnyje aptariamas klinikinis lokaliai išplitusio gimdos kaklelio adenosarkomos atvejis.

Įvadas

Gimdos kaklelio sarkomos sudaro 1 proc. piktybinių gimdos kaklelio procesų, iš jų 2 proc. sudaro adenosarkoma, kitaip dar vadinama Miulerio adenosarkoma (MAs) [2]. MAs yra retas, piktybinis, mišrus navikas, sudarytas iš gerybinių epitelio ir piktybinių stromos komponentų [3]. Gimdos kaklelio adenosarkoma dažniausiai išsivysto reprodukcinio amžiaus moterims ir pasireiškia necikliniu kraujavimu iš makšties arba nustatoma profilaktinės patikros metu [6,7]. Paprastai MAs lokalizuojasi gimdos endometriume, rečiau – kiaušidėse, dubenyje ar gimdos kaklelyje (1 pav.) [1]. Tai



1 pav. Miulerio adenosarkomos lokalizacija

žemo piktybiškumo laipsnio navikas, kurio tolimosios metastazės yra retos, tačiau jie yra linkę lokaliai recidyvuoti [2].

Darbo tikslas – aprašyti Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje nustatytą klinikinį gimdos kaklelio adenosarkomos atvejį.

Klinikinis atvejis

Pacientė 52 metų, 2020 m. rugpjūčio 2 d. stacionaruota į ginekologijos skyrių dėl apie 1 mėn. varginančio negausaus, neciklinio kraujavimo iš genitalijų.

2020-08-03 apžiūrėtas gimdos kaklelis ir atlikta iš priekinės gimdos kaklelio lūpos išeinančio 8×8×9 cm trapezoidinės formos darinio biopsija. Patologų išvada: karcinosarkomos komponentas. Atlikti tyrimai onkologinio proceso išplitimui įvertinti.

2020-08-04 atlikta pilvo-dubens KT: gimda anteverzijoje, sienelė 24 mm storio. Kaklelis 67×57 mm skersmens, infiltruotas, heterogeniškos struktūros, su mažu tankio sritimis, oro tarpais, infiltracija plinta į gimdos kūno apatinę dalį, dubens apatinę dalį, kaklelis glaudžiai liečiasi su tiesiosios žarnos sienele. Aplink kaklelį skysčio ruožai. Dešinioji kiaušidė 22×24 mm, kairioji 19×28 mm. Paraaortaliai, dubens srityje padidėjusių limfmazgių nestebėta. Kauluose metastazėms būdingų pakitimų nenustatyta (2, 3 pav.).

2020-09-01 atlikta cistoskopija. Išvada: navikinio proceso peraugimo į šlapimo puslę nematyti. 2020-09-04 atlikta kolonoskopija: pakitimų, kurie rodytų gimdos kaklelio vėžio plitimą storajame žarnyne nestebėta. Krūtinės ląstos rengenogramoje pakitimų, būdingų metastazėms nerasta.

Įvertinus atliktus tyrimus, multidisciplininėje komisijoje (MDK) nuspręsta taikyti kompleksinį gydymą: radikalią operaciją su adjuvantine terapija.

2020-09-14 atlikta operacija: radikalus gimdos ir jos priklausinių pašalinimas (C tipas). Patologų išvada: gimda 8x6,5x54,5 cm, gimdos kaklelio paviršius baltas, vietomis pilko audinio darinys 9,5x8x5 cm. Darinį formuoja standus baltas audinys. Makroskopiškai: navikas infiltruoja gimdos kaklelio ir makšties audinius. Endometriumas pilkos spalvos, lygus. Mikroskopiškai gimdos kaklelyje rastą naviką for-

muoja persipinančiais pluoštais besidėstančios šėivinės ląstelės, turinčios vidutiniškai gausią eozinofiliską citoplazmą ir polimorfiškus, chromatingus branduolius. Navikinių ląstelių mitozės gausios, dalis jų atipinės, stebimi įvairaus dydžio nekrozės židiniai. Vietomis randamos negausios leukinės struktūros, dengiamos endocervikalinio tipo epiteliu. Imunohistocheminiai žymekliai neigiami. Navikinio proceso gimdoje nestebėta. Remiantis patologinės histologijos duomenimis, pakitimai būdingi gimdos kaklelio adenokarcinoma pT1b2N0M0 R0. Pooperacinis laikotarpis sklandus.

2020-09-22 tolimesniam gydymui ligonė perkelta į onkologijos skyrių.

2020-11-18 iki 2020-12-09 taikytas IV kursų gydymas Cisplatina 70 mg per savaitę. Kartu vėmimo ir pykinimo profilaktikai skirtas ondansetronas. Taikytas dubens srities išorinis spindulinis gydymas, apimantis dubens srities limfmazgius 50 Gy po 1,8 Gy. Po to taikyta brachiterapija 28 Gy 4 frakcijomis. Viso gydymo metu pacientės būklė ir hemodinamika išliko stabili, nepageidaujamas spindulinės terapijos poveikis nepasireiškė.

Diskusija

Neretai gimdos kaklelio Mulerio adenokarcinoma imituoja gerybinius gimdos kaklelio polipus ir yra klaidingai diagnozuojama, todėl mikroskopinė naviko diferenciacija yra labai svarbi, siekiant tiksliai diagnozuoti gimdos kaklelio MAs [1,2,6]. Svarbu MAs skirti nuo gimdos kaklelio adenofibromos, nes yra manoma, kad tai gerai diferencijuota adenokarcinoma forma. Pagrindinis adenofibromos ir MAs skirtumas yra tas, kad MAs pasižymi invazija į stromą [7].

Dėl nepakankamų duomenų apie pirminės gimdos kaklelio adenokarcinomos gydymą, nėra aiškių gydymo rekomendacijų [1-7]. Gydant pirminę gimdos kaklelio sarkomą,

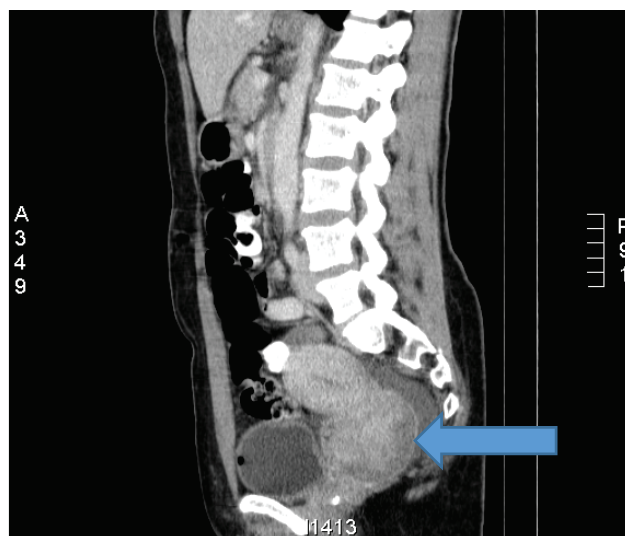
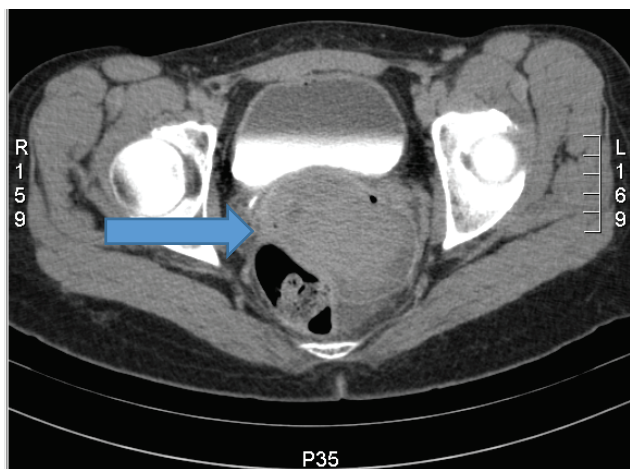
dažniausiai atliekama histerektomija ar histerektomija su salpingo-oophorektomija [1,6]. Literatūros duomenimis, chirurginis metodas turėtų būti pasirenkamas atsižvelgiant į kelis veiksnius: pacientės amžius, noras susilaukti vaikų ir naviko išplitimas į kitus organus [1,2,8,9]. Taikant adjuvantinę terapiją – radioterapiją ar (ir) chemoterapiją, siūloma vadovautis pirminės gimdos adenokarcinomos gydymo gairėmis [2]. Esant pasibaigusiam pacientės reprodukciniam amžiui (52 metai), nuspręsta atlikti radikalią operaciją, atliekant histerektomiją su salpingo-oophorektomija. Dėl patologų išvadose nurodytų gausių mitozės ir nekrozės židinių, siekiant išvengti atsinaujinimo, kartu taikyta adjuvantinė terapija – chemoterapija su išorine spinduline terapija bei brachiterapija.

Nepalankūs MAs progostiniai veiksniai: ląstelių atipija, mitozė skaičius, nekrozės židiniai, dydis, invazija į kitus organus bei metastazės [2,5,7]. Remiantis literatūros duomenimis, lyginant su kitos histologinės kilmės gimdos kaklelio sarkomomis, prognozė yra geresnė, o išgyvenamumas 5 metų laikotarpyje sergant gimdos kaklelio adenokarcinoma siekia beveik 90 procentų [4].

Išvados

1. Pirminė gimdos kaklelio adenokarcinoma yra reta liga, tačiau dėl gerybinio komponento išgyvenamumo prognozė gera.

2. Pirminės Mulerio adenokarcinomos gydymas neturi nustatytų tikslų gydymo gairių, todėl renkantis gydymo metodą reikia atsižvelgti į pacientės amžių, norą turėti vaikų bei prognostinius veiksnius.



2, 3 pav. Pilvo ir dubens kompiuterinė tomografija

Literatūra

1. Chin PS, Chia YN, Lim YK, Yam KL. Diagnosis and management of Müllerian adenosarcoma of the uterine cervix. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;121(3):229-32.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.12.015>
2. Seagle BL, Falter KJ, Lee SJ, Frimer M, Samuelson R, Shahabi S. Mullerian adenosarcoma of the cervix: report of two large tumors with sarcomatous overgrowth or heterologous elements. *Gynecol Oncol Case Rep* 2014;9:7-10.
<https://doi.org/10.1016/j.gynor.2014.04.005>
3. Bansal S, Lewin SN, Burke WM, Deutsch I, Sun X, Herzog TJ, Wright JD. Sarcoma of the cervix: natural history and outcomes. *Gynecol Oncol* 2010;118(2):134-8.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.04.021>
4. Albert A, Lee A, Allbright R, Vijayakumar S. Primary sarcoma of the cervix: an analysis of patient and tumor characteristics, treatment patterns, and outcomes. *J Gynecol Oncol* 2020;31(3):e25.
<https://doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e25>
5. Poddaturi V, Pinto KR. Mullerian adenosarcoma of the cervix with heterologous elements and sarcomatous overgrowth. In *Baylor University Medical Center Proceedings*. Taylor & Francis 2016;29(1):65-67.
<https://doi.org/10.1080/08998280.2016.11929364>
6. Jones MW, Lefkowitz M. Adenosarcoma of the uterine cervix: a clinicopathological study of 12 cases. *International Journal of Gynecological Pathology: Official Journal of the International Society of Gynecological Pathologists* 1995;14(3):223-229.
<https://doi.org/10.1097/00004347-199507000-00005>
7. Teco-Cortes JA, Grube-Pagola P, Saldaña-Quiroz VA, Alderete-Vázquez G. Adenosarcoma mulleriano del cérvix: reporte de caso con manejo conservador [Mullerian adenosarcoma of the cervix: case report with conservative management]. *Cir Cir* 2018;86(2):191-195.
<https://doi.org/10.24875/CIRU.M18000027>
8. Ghirardi V, Bizzarri N, Guida F, Vascone C, Costantini B, Scambia G, Fagotti A. Role of surgery in gynaecological sarcomas. *Oncotarget* 2019;10(26):2561-2575.
<https://doi.org/10.18632/oncotarget.26803>
9. Togami S, Kawamura T, Fukuda M, Yanazume S, Kamio M, Kobayashi H. Clinical management of uterine cervical mullerian adenosarcoma: a clinicopathological study of six cases and review of the literature. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2018;57(4):479-482.
<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.04.032>

**PRIMARY MULLER ADENOSARCOMA
OF THE CERVIX**

G. Putriūnas, V. Vaitiekūnaitė, A. Simavičius

Keywords: adenosarcoma of the cervix.

Summary

Adenosarcoma of the cervix is an extremely rare gynaecological pathology. In literature it is also called Muller adenosarcoma (MAs) and of all malignancies that develop in the cervix it consists only 2 percent. MAs is mixed tumor that rarely metastasizes due to its benign component. Adenosarcoma are usually localized in the uterine endometrium, less commonly in the ovaries, pelvis, or cervix. This article discusses the clinical case of locally extended adenosarcoma.

Correspondence to: giedrius.putriunas@gmail.com

Gauta 2021-01-22