

GLANS PENİSE İZOLE KAPOSİ SARKOMU

KAPOSİ'S ANGIOSARCOMA OF GLANS PENIS

ATAUS, S.*, YENCİLEK, F.*, DEMİRKESEN, C.**, AKKUŞ, E.*, AKAYDIN, A.*

* *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL*

***İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İSTANBUL*

ÖZET

Damar kaynaklı bir tümör olan Kaposi sarkomu (KS), penis glansını çok nadir olarak tutar. Kırkiki yaşındaki erkek hasta, kliniğimize glans penisin dorsal yüzünde oluşan nodül yakınması ile başvurdu. Nodülden alınan biopsinin patoloji sonucunun KS ile uyumlu olarak gelmesi üzerine, bu bölgeye daha geniş rezeksiyon yapıldı. Bunun dışında bir tedavi uygulanmadı. Ameliyat sonrası birinci yılını dolduran hastada, nüks düşündürülen bir bulguya rastlanmadı. Glans penisteki lezyonların ayırıcı tanısında KS'da mutlaka düşünülmelidir. Glans penise izole lezyonların tedavisinde cerrahi yeterli olup başka herhangi bir ek tedavi yapılmaksızın hasta yakın gözlemlerle izlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkomu, penis, tedavi

ABSTRACT

Kaposi's angiosarcoma (K.S.) is an angioproliferative tumor and the involvement of glans penis is extremely rare. A 42 year-old caucasian man applied to our clinic with the complaint of asymptomatic nodular lesion on the dorsal aspect of the penis. Excisional biopsy was performed from the nodule. Pathologic findings showed the characteristic features of the KS. Then, excision of nodule was performed. No therapy other than surgery was applied. One year after the surgery, nothing was found regarding to recurrence. Finally, among the nodular lesions of the penis, although rare, KS should be thought in the differential diagnosis. In patients with isolated KS of glans penis; after resection, close observation without any further treatment is a reasonable approach.

Key Words: Kaposi's sarcoma, penis, treatment

GİRİŞ

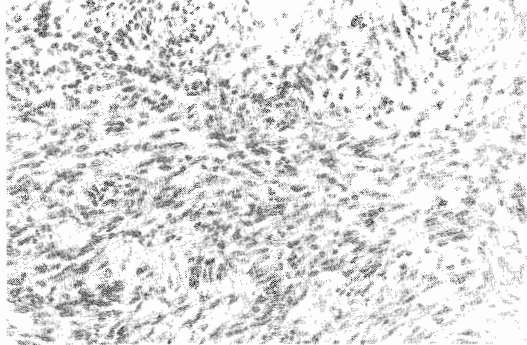
Kaposi sarkomu (KS), damar kaynaklı düşük grade'li malign bir tümör olarak kabul edilmekle birlikte; gerçek bir neoplastik proliferasyon veya reaktif damarsal bir oluşum olup olmadığı hala tartışılmaktadır. Son zamanlarda Herpesvirüs tip 8 suçlanmakla birlikte etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir¹. T hücrelerinden üretilen IL-1 ve TNF-alfa gibi damarsal büyüme faktörlerinin yol açtığı vazoproliferatif yanıt olabileceği konusunda da önemli bulgular vardır². Genel olarak KS'nun 4 tipi vardır. (klasik, endemik, immünsupresyona bağlı ve AIDS'le birlikte görülen tip) Yaygın hastalığın eşlik ettiği durumlarda glans penis tutulumu veya özellikle izole olarak glans penis tutulumu oldukça nadirdir. Hastalığın tedavisinde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi seçenekler bulunmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırk iki yaşında sünnetli hasta, penis glansının dorsal yüzündeki nodüler lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta bu lezyonun 1

ay önce oluştuğunu ve giderek büyüdüğünü belirtti. Ciltten hafifçe kabarıklık, ülser yüzeyli, kahverengi sarımsak renkli ve keskin sınırları olan lezyonun çapı 10x5 mm'di. Fizik muayenede organomegali, lenfadenopati veya başka herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hemogram ve biyokimyasal araştırmaların hepsi normaldi. HIV, HBV, HCV ve sifiliz için yapmış olduğumuz serolojik tetkiklerin de sonuçları negatif olarak geldi. Hasta hikayesinde herhangi bir immünsuprese hastalığının olmadığını ve bağışıklık sistemini baskılayan ilaç almadığını belirtti. Anamnezden homoseksüel, ilaç bağımlısı olmadığı ve geçmişte kan transfüzyonu yapılmadığı belirlendi. Akciğer grafisinde patolojik bir görünüm saptanmadı. Ayrıca abdominal ve pelvik magnetik rezonans görüntülemesinde (MRI) normal radyolojik görüntüler elde edildi. Penis dorsal yüzündeki lezyonun nadir görülen bir patoloji olduğu düşünülmeyişi için biyopsi öncesi lezyon görüntülenmedi. Lezyondan genel anestezi altında biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, der-

miste iyi sınırlı bir nodül oluşturan demetler halinde iğsi hücreler izlendi. İğsi hücrelerin arasında eritrosit ve hemosiderin yüklü makrofajlar içeren yarıklar mevcuttu. Nodülün periferinde dilate damarlar ve bu damarlar çevresinde plazmosit, lenfosit ve histiosit içeren iltihabi hücre infiltrasyonu gözlemlendi (Resim 1). Bunun yanı sıra uygulanan immunohistokimyasal yöntemle CD34 antikoruna ile tümör hücreleri pozitif olarak boyandı. Bütün bu histopatolojik bulgularla KS tanısı konan hastaya tekrar cerrahi girişim ile geniş rezeksiyon yapıldı. İkinci rezeksiyon materyalinin histopatolojik bulgusu da yine KS ile uyumlu idi. Hastaya lezyonun eksizyonu dışında herhangi bir ek tedavi uygulanmadı. Ameliyattan sonra 1. yılı dolduran hastamızda nüks düşündüren bir lezyona rastlanmadı



Resim 1: Kaposi sarkomu tumoral çevre. Demetler oluşturan iğsi hücreler ve aralarında eritrosit, hemosiderin yüklü makrofajlar.

TARTIŞMA

KS ilk olarak 1872 yılında Kaposi tarafından 'derinin multipl idiyopatik pigment sarkomu' olarak tanımlanmıştır³. AIDS'in tanımlanmasından sonra penisi tutan KS olgularının bildiriminde bir artma gözlemlenmiştir⁴. Günümüzde daha çok AIDS ile birlikte görüldüğünden AIDS'in bir komplikasyonu gibi düşünülmekte ve izole penis lezyonlarında KS nadiren akla gelmektedir. Özellikle sünnetli kişilerde KS'nun yalnızca penis tutulumu oldukça nadirdir. Literatürü taradığımızda bugüne kadar glans penisine izole 37 olgunun bildirildiğini bulduk. Bu olguların hiçbirinin immün durumu bozuk ya da AIDS'li değillerdi. Risk grubunda veya endemik bölgelerde tanı konan hastalarda, glans penisindeki KS lezyonlarının büyük çoğunluğu şarap kırmızısı renginde maküler lezyon şeklinde tarif edilmiştir. Oysa bizim olgumuzdaki lezyon, kahverengi-sarımtırak

renkli ve nodüler yapıdaydı. Hastaların tümünde KS tanısı, klinik ve histopatolojik bulguların bir arada değerlendirilmesiyle konulmuş, bu tümör için radyolojik görüntüleme teknikleri pek kullanılmamıştır⁵⁻⁸. Fakat M. Guy ve ark., tüm radyolojik incelemeler içinde MRI'in; penis ve peniste patolojinin anatomisini en iyi şekilde gösteren görüntüleme yöntemi olduğunu bildirmişlerdir⁹. 1960 sonları ve 1970 başlarında izole penil KS'lu hastalar, ya total ya da parsiyel penis amputasyonu ile tedavi edilmeye çalışılmışlardır. 1975 yılında ise Houston ve ark. 11 olguluk serilerinde, glans penisine izole KS'lu hastalarda konservatif lokal cerrahiye ancak gerektiğinde radyoterapi ve methotrexate eklenmesini önermişlerdir⁶. Eksizyondan başka hiçbir tedavinin yapılmadığı penis glansa izole KS'lu bir hastanın 3 yıllık takibi sonucunda nüks görülmediğini bildirilen bir olgu çalışması da bu görüşü desteklemektedir⁷. Nihayet Casado ve ark.nın glans penisine izole KS olgusunda ilk tanı tarihinden 6 ay sonra spontan regresyon olduğunu ve bu hastanın 1.5 yıllık takibinde herhangi bir nüks rastlanmadığını bildirmeleri ile KS'nun malign neoplazmdan çok benign bir lezyon ve potansiyel olarak kontrol edilebilir hiperplazi olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır⁸. Bizde olgumuzda literatür bilgilerini göz önüne alarak cerrahi tedaviye ek olarak herhangi bir tedavi önermedik. Hasta halen 1 yıldır takibimizdedir ve nüks ya da yeni odak belirtisi yoktur.

SONUÇ

Özellikle immün yetmezlikli ve AIDS'li hastalarda görülen KS'nun visseral ve kütanöz yaygın olma özelliği vardır. Glans penis tutulumu ise çok nadir olmakla birlikte; ürologlar, KS için risk grubunda olmayan kişilerde bile, penil lezyonların ayırıcı tanısında KS olasılığını akla getirmelidirler. Takip süremiz uzun olmamakla birlikte glans penisinin izole KS'da daha önce yayınlanan benzer olguları da göz önüne alarak cerrahi tedavinin yeterli olduğu ve herhangi bir ek tedaviye gerek olmadığı kanısındayız.

KAYNAKLAR:

- 1- Requena L., Sanqueza OP.: Cutaneous vascular proliferations. Part III Malignant neoplasms, cutaneous neoplasms with significant vascular component and disorders erroneously considered

- as vascular neoplasms. *J Am Dermatol* 38: 143-175, 1998.
- 2- **Kumar V, Cotran R, Robbins S.:** Basic pathology, 5th edition: 302-4, 1992.
- 3- **Kaposi M.:** Idiopathic multiple pigmented sarcoma of the skin, (Reprinted from *Arch. f. Derm. Syphilis*, 4:265, 1892.) *CA*, 32:342,1982.
- 4- **Lynch D.F.,Schellhammer P.F.:** Tumors of the penis in: Kaposi's sarcoma, Walsh P.C., Retik A.B., Vaughan E.D.(eds) *Campbell's Urology* vol.3, 2456-2457, 1998.
- 5- **Zambolin T., Simone C., Baronchelli C., Cunico CS.:** Kaposi sarcoma of the penis. *Br.J Urol* 63:645-6, 1989.
- 6- **Houston W., Pontin A., Kuhn T. and Mambo N.:** Kaposi's sarcoma of the penis. *Br J Urol* 47:315-18, 1975.
- 7- **Maiche A. G., Holsti P., Grohn P. and Wasenius V.M.:** Kaposi' sarcoma of penis. *Br J Urol* 58:557, 1986.
- 8- **Casado M., Jimenez F., Borbujo J. and Almagro M.:** Spontaneous healing of the Kaposi's angiosarcoma of the penis. *J. Urol.*,139:1313-15, 1988
- 9- **Guy M., Singer D., Barzilai N. and Eisenkraft S.:** Primary classic Kaposi's sarcoma of glans penis-appearance on magnetic resonance imaging. *Br J Urol* 74:521-2, 1994.