

Kloakojenik karsinoma

Ali KOYUNCUER (*), Ebru ZEMHERİ (**), Fehmi İNEL (**), Erol Rüştü BOZKURT (***)

SUMMARY

Cloacogenic carcinoma

Carcinoma of the anal canal is a relatively uncommon tumor of digestive-system cancers. Most of these carcinomas develop from squamous epithelium, but some arise from the transitional zone between the columnar epithelium of the rectum and the squamous epithelium of the anal canal. The latter type is called cloacogenic or transitional carcinoma. A 46 year-old male who presented with purulan discharge and bleeding from anus had anal tumoral mass. The mass was completely resected and shown to be transisyonaal carcinoma of anus by histopathologic examination. We reported a case of cloacogenic or transitional carcinoma because of rarity.

Key words: Carcinoma, transitional cell, anal canal

Anahtar kelimeler: Karsinom, transizyonel hücre, anüs

Anal kanal habasetleri sık olmayıp, tüm alt gastrointestinal sistem tümörlerinin % 1.5'ini oluştururlar. Oran, yaklaşık olarak her 100 bin kişide 4'tür (1).

Anal kanalın tümörleri skuamöz hücreli karsinom, kloakojenik karsinom, küçük hücreli (nöroendokrin) karsinom, iğsi hücreli (sarkomatoid) karsinom, verrüköz karsinom, adenokarsinom, musinöz (kolloid) adenokarsinom, bazal hücreli karsinom olup (2), en sık gözlenen anal kanser tipi skuamöz hücreli karsinomdur (3).

OLGU

46 yaşında erkek hasta, uzun süredir devam eden kabızlık, anüste ağrı, son 2,5 aydır makattan pürülan akıntı, damlama şeklinde kanama ve son 1 yılda yaklaşık 5 kilo kaybetme şikayetleri ile çekilen bilgisayarlı tomografi tetkikinde rektum ve sigmoid kolon boyunca topografik olarak 6 cm'lik bir segmenti tutan ve cidarda belirgin kalınlaşma ve lümeninde daralmaya neden olan tümöral kitle izlendi. Rektosigmoid karsinom ön tanısı ile cerrahi kliniğine yatırılan hastaya yapılan rektal muayenede, anorektum ön duvarında sert, ağrılı kitle saptandı ve hasta bu bulgular ile ameliyata alındı.

Makroskopik bulgular: 30 cm uzunluğunda bir üst cerrahi sınırdan 2 cm, anal (alt) cerrahi sınırdan 3 cm çap gösteren rektoanal rezeksiyon materyali. Bağırsak açıldığında üzerleri ülsere, hiperemik, kesitleri gri beyaz renkte ve makroskopik olarak bağırsak dışına taşmayan 3 adet tümöral kitle izlendi. Birinci tümöral kitle anal açıklıktan 1 cm uzaklıkta 2x2x1 cm ölçülerinde, bu kitleden 2 cm uzaklıkta 2. tümöral kitle 2x2x2 cm ölçülerinde ve bu kitleden de 5 cm uzaklıkta 6x3x3 cm ölçülerinde 3. tümöral kitle izlendi. 3. tümör bağırsak duvarını çepçevre sarmış ve lümeni oblitere etmiş olarak izlendi. Her üç tümörün kesiti solid kirlili beyaz yer yer kanamalı izlendi (Resim 1).

Mikroskopik Bulgular: İncelenen kesitlerde iki farklı tümöral alan izlendi. Birinci ve daha fazla görülen alanlarda yuvarlak, oval veziküller nüveli, orta derecede büyük, oval, poligon hücrelerin oluşturduğu yuvalar ve demetler yapan, transizyonel hücre özellikleri gösteren tümör izlendi. Bu alanlarda orta derecede pleomorfizm ve atipi dikkati çekti. Daha az görülen diğer alanlarda ise, yuvarlak hiperkromatik nüveli dar sitoplazmalı, yuvarlak, iğsi hücrelerin oluşturduğu az diferansiyasyonlu küçük hücrelerden oluşan tümör mevcuttu. Bu alanlar da yer yer skuamöz diferansiyasyon, keratinizasyon ve glob korne yapıları dikkati çekti.

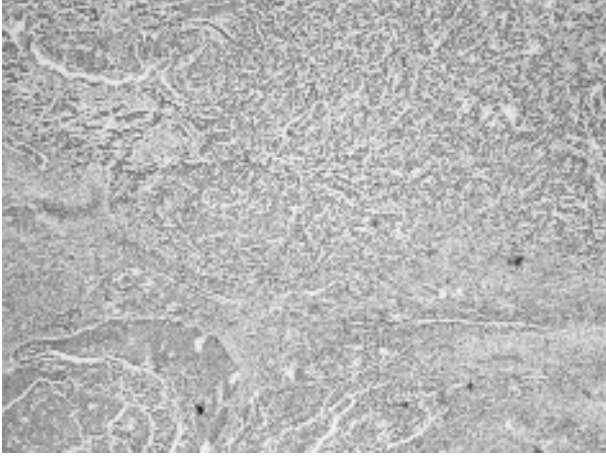
Olgu bu özellikleriyle az diferansiyasyon alanları içeren transizyonel hücreli karsinom olarak değerlendirildi (Resim 2, 3, 4).



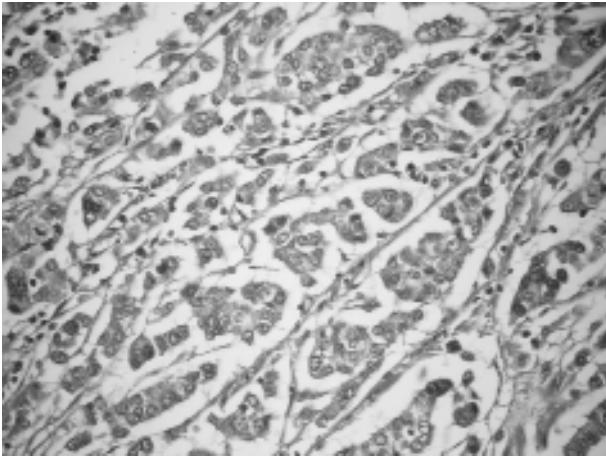
Resim 1. Bağırsak ameliyat materyalinin makroskopik görünümü.



Resim 2. Transizyonel diferansiyasyon gösteren karsinom alanı ile onun altında az diferansiye küçük hücreli karsinom. (H&Ex10) .



Resim 3. Az diferansiye küçük hücreli tümöral alanın ve transizyonel diferansiyasyon gösteren tümöral alanın görüntüsü. (H&Ex10).



Resim 4. Az diferansiye küçük hücreli tümör alanı. (H&Ex40).

TARTIŞMA

Anal kanal karsinomları tüm habis neoplazmların % 0.02'sini oluşturur. Özellikle Human papilloma virus (HPV) ve HIV pozitif hastalarda tümör sıklığının yakın zamanda arttığı rapor edilmiştir (4). Anal kanal tümörlerinin etiolojisinde sigara, seksüel ilişki tarzı, özellikle anal ilişkide bulunmak suçlanırken ve bazı olgularda etiyojoloji belirlenememektedir (5). Salmon ve ark., invaziv anal kanal kanserleri için ortalama yaşı 67 cinsiyet oranını kadın/erkek 5/1 olarak bildirilmektedir (6). Bazaloid skuamöz tip kloakojenik karsinom en sık kadınlarda da (3,6/1) görülmektedir (7). Kloakojenik karsinom % 8.2 oranında görülür (8). Dem ve ark. yaptıkları 32 olgulu bir çalışmada, en sık skuamöz hücreli karsinom (17 olgu) saptarken, transizyonel hücreli karsinomu ise 1 olguda tespit etmişlerdir (9). Anal kanal kanserlerinde en sık rastlanan semptomlar rektal kanama, kitlesel lezyon, ağrı ve kaşıntıdır. Hastalarda sıklıkla sadece bir semptom olur ve bu semptomlar tanıdan yaklaşık 2 hafta ile 96 ay önce ortaya çıkar (ortalama 3,5 ay) (10).

Anal kanaldaki epitelyal tabakalanma ise rektumdan perianal deriye doğru 4 tip bölgeye ayrılır. Kolorektal tip içeren bölge (kolorektal zon), epitelin bir tipi olan transizyonel epitelin olduğu bölge (anal transizyonel zon), skuamöz epitel bölgesi (kesintisiz devam eden) ve perianal derinin keratinize skuamöz epiteli ve deri ekleri alanıdır (11). Anal orifisten yaklaşık 2,5 cm yukarıda prizmatik epitel keskin bir şekilde stratifiye yassı epitele dönüşür. Stratifiye yassı epitel intestinal epitel ve deri arasında yalnızca bir transizyon (değişici) hat olarak kısa bir süre aşağı doğru uzanır (12). Bazaloid ve pleomorfik tipleri kloakojenik karsinomun daha az diferansiye formları olarak bilinir (13). Serota ve ark., bazaloid skuamöz tip kloakojenik karsinomun en sık kadınlarda görüldüğünü, kadınlarda ve erkeklerde ortalama yaşamın 5 yıl olduğunu bildirmişlerdir. Glanduler varyant ise bu tümörün adenokistik veya mukoeptidermoid tipi olup, erkeklerde sıklıkla görülür ve agresif seyredip erken metastazla (inguinal lenf nodu ve mesenterik lenf nodu, karaciğer ve akciğer) kendini gösterir ve bu tümörde ortalama yaşam sınırı 2,5 yıl olarak bildirilmiştir (7).

Anal marjin tümörleri birincil olarak inguinal lenf düğümlerine, anal kanal tümörleri ise öncelikle perirektal ve superior rektal lenfatiklere, daha sonra inferior mesenterik lenf düğümlerine ve paraaortik lenf düğümleri-

ne drene olur ⁽¹³⁾. Birincil anal kanserli hastalar için inguinal lenf düğümü kötü prognostik faktördür ⁽¹⁴⁾. Hastalara en sık uygulanan cerrahi tedavi abdominoperineal rezeksiyon olup, radyoterapi anal karsinomunun standart tedavilerindedir ^(15,16).

Anal karsinomların genel olarak prognozu tümörün invazyon derinliği, lenf nodu tutulumu, tümör büyüklüğü, tümörün nüksü ve mikroskopik tiplerine bağlıdır. Sırasıyla iyi, orta ve kötü diferansiye tümörlerin 5 yıllık yaşam süreleri % 90, % 60 ve % 0 olarak bildirilmiştir ⁽²⁾.

KAYNAKLAR

1. **Ball SC:** Squamous intraepithelial lesion of the Anus in a man with HIV infection. *Medscape, AIDS Read* 14(9):478-480, 2004.
2. **Rosai J, Ackerman LV:** Tumors, anus, gastrointestinal tract. 9. nd. Ed. (11):856-71, 2004.
3. **Mihalov MM:** Anal canal, gastrointestinal system. *Differential Diagnosis in Surgical Pathology*. W.B. Saunders Company 2002, 194-195.
4. **Ruiz Molina JM, Gomez Aceytuno R, Gallardo Rincon D, Herrera R, Mondragon Sanchez RJ, Onate Ocana LF, Aiello Crocifoglio V:** Cancer of the anal canal. *Rev Gastroenterol Mex* 62(3):184-8, 1997.
5. **Deans GT, McAleer JJ, Spence RA:** Malignant anal tumours. *Br J Surg* 81(4):500-8, 1994.
6. **Salmon RJ, Zafrani B, Labib A, Asselain B, Girodet J:** Prognosis of cloacogenic and squamous cancers of the anal canal. *Dis Colon Rectum* 29(5):336-40, 1986.
7. **Serota AI, Weil M, Williams RA, Wollman JS, Wilson SE:** Anal cloacogenic carcinoma: classification and clinical behavior. *Arch Surg* 116(4):456-9, 1981.
8. **Touboul E, Schlienger M, Buffat L, Lefkopoulos D, Pene F, Parc R, Turet E, Gallot D, Malafosse M, Laugier A:** Epidermoid carcinoma of the anal canal. Results of curative-intent radiation therapy in a series of 270 patients. *Cancer* 73(6):1569-79, 1994.
9. **Dem A, Kasse AA, Diop M, Toure P:** Cancers of the anus: 32 cases. *Dakar Med* 45(1):74-6, 2000.
10. **Vietharsdottir H, Moeller PH, Johannsson J, Jonasson JG:** Anal cancer in Iceland 1987-2003. A population based study. *Laeknabladid* 92(5):365-72, 2006.
11. **Sternberg SS:** Anal Canal, *Histology for Pathologist*. 2 ed. (24):551-571, 1997.
12. **Kaya M, Polat S, Mete UÖ, Tap Ö:** Rektoanal Kavşak, Sindirim Sistemi. Özel Histoloji Ders Notları, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları s. 88, 1997.
13. **Bayar S:** Anal bölgenin kanserleri. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi* 2001(6):3.
14. **Peley G, Farkas E, Sinkovics I, Kovacs T, Keresztes S, Orosz Z, Koves I:** Inguinal sentinel lymph node biopsy for staging anal cancer. *Scand J Surg* 91(4):336-8, 2002.
15. **Leow CK, Chung CC, Lau WY, Li AK:** Malignant anal tumours in the Chinese population in Hong Kong. *Surg Oncol* 5(2):65-8, 1996.
16. **Wagner JP, Mahe MA, Romestaing P, Rocher FP, Berger C, Trillet-Lenoir V, Gerard JP:** Radiation therapy in the conservative treatment of carcinoma of the anal canal. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 29(1):17-23, 1994.