

# Klasik Kaposi Sarkomu (Olgu Sunumu)

## KAPOSI'S SARCOMA (CASE REPORT)

Dr.Gülgün ZENGİN\*, Dr.Ayşe SANCAR\*\*, Dr.Nurdan LENK\*,  
Dr.Turgut ÇAYKARA\*, Dr.Ferda ARTÜZ\*, Doç.Dr.Nuran ALLI\*

'Ankara Numune Hastanesi \*Dermatoloji Kliniği, "Radyoterapi Kliniği, ANKARA

### ÖZET

*Kaposi sarkomu başlıca deri ve iç organları tutan, çok sayıda vasküler nodüllerle karakterize multifokal orijinli bir neoplazmdir. Az görülmesi nedeniyle tanı koyduğumuz bir olgumuzu sunmayı uygun gördük ve literatürü kısaca gözden geçirdik.*

**Anahtar kelimeler:** Kaposi sarkomu, Radyoterapi, Kemoterapi

T Klin Dermatoloji 1993, 3:90-92

### SUMMARY

*Kaposi's sarcoma is a neoplasm of multifocal origin characterized with multiple vascular nodules which primarily affects skin and viscera. We hereein report a case which we diagnosed, and reviewed the current literatür briefly.*

**Key words:** Kaposi's sarcoma, Radioteraphy, Chemotherapy

Turk J Dermatol 1993, 3:90-92

Kaposi sarkomu ilk kez 1872'de Macar dermatolog Kaposi tarafından multipl benli pigmente hemorajik sarkom adıyla tanımlanmıştır (1,2). Geçmişte hastalık başlıca Güney ve Doğu Avrupalı yaşlı erkeklerde, Yahudilerde, tropikal Afrika yerlilerinde ve primer ya da iatrojenik immün yetmezliği olanlarda görülen ender bir tümör olarak bilinirdi (3,5). Hastalığı 1980'lerden sonra akkız immün yetmezlik sendromu (AİDS) olan homoseksüel erkeklerde malign bir klinik formunun gözlenmesi güncel hale getirmiştir. Epidemik Kaposi sarkomu adı verilen bu dissemine ve fulminan seyirli klinik form AİDS'li hastaların %10'unda başlangıç bulgusunu oluşturmaktadır (6). Epidemik Kaposi sarkomunun yüksek bir prevalans göstermesine karşılık klasik Kaposi sarkomu (KKS) ender görülen bir tümör olma özelliğini halen korumaktadır (4,7). Bu nedenle KKS tanısı koyduğumuz bir olgumuzun klinik özelliklerini ve tedaviye yanıtını sunmayı uygun gördük.

### OLGU SUNUMU

Otuzyedi yaşında erkek hasta her iki ayağında şişlik, ağrı ve kırmızı-mor kabarıklıkların çıkması yakın-

Geliş Tarihi: 6.5.1993

Kabul Tarihi: 2.7.1993

Yazışma Adresi: Dr.Gülgün ZENGİN

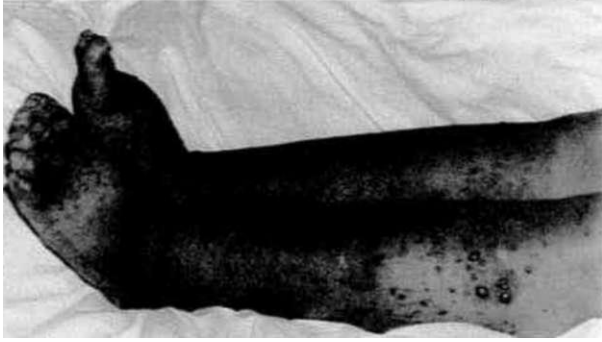
Ankara Numune Hastanesi Dermatoloji Kliniği,  
ANKARA

masıyla polikliniğimize başvurdu. Öyküde hastalığın ik yıl önce başladığı, bacaklarında başlangıçta az sayıda lezyonların zaman zaman kaybolup yeniden çıktığı, soı altı aydır ise bunların sayıca çok arttığı ve ağrının başla dığı öğrenildi.

Hastanın özgeçmişinde on yıldır Dekort tablet kul (andığı, sıvıcılık yapan hastaya bu ilacın ellerinde ge lisen kontakt dermatit nedeniyle bir hekim tarafında başlanıldığı ve hastanın o günden sonra bu ilacı almay alışkanlık edindiği belirlendi. Soy geçmişte özellik sap tanmadı.

Hastanın sistemik muayenesinde kuşingoid görü nüm ve jinekomastrli dikkat çekiyordu. Dermatolojik muayenede deri genel olarak kuru ve kepekli görü nümdeydi. Heriki alt ekstremitede ileri derecede öden izleniyordu. Distale doğru sayıları artan 0.5-1 mm çaplı koyu mor-kırmızı renkli, yumuşak kıvamda, nodüler lez yonlar vardı (Şekil 1). Ayak tabanı hiperkeratozeydi ayak tırnakları kalınlaşmıştı. Ora) mukoza, tonsiller ve orofarenks doğal görünümde idi.

Kaposi Sarkomu ön tanısıyla kliniğimize yatırılan hastanın laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 12.£ gr/dl, beyaz küre 10 000/mm, eritrosit sedimentasyon hızı 20 mm/saat bulundu. Lökosit formülü %74 PMNN %2 eozinofil, %18 lenfosit, %6 monosit şeklindeydi Açlık kan şekeri 75 mg/dl, SGOT 58 İÜ, SGPT 177 İÜ, total bilirübin 45.9, direkt bilirübin 21.1 idi. Kan bi yokimyasına ait diğer değerler de normal sınırlar içeri sinde idi.



Şekil 1. Her iki alt ekstremitede koyu mor-kırmızı renkli nodüler lezyonlar (Tedaviden önce).



Şekil 2. Hastanın lezyonlarının tedavi sonrası görünümü.

Serolojik testlerden VDRL (—), antiHIV (—), Ig G 1474, Ig A 417, IgM 207, sítomegalovirüs antikorunu Ig G ve Ig M (+) olarak bulundu. Hastada Hb S antijeni (-) idi.

Hastanın baryumlu özafagus -mlde-duedenum grafisi ve kolon grafisi normal olarak bulundu. Abdominal ultrasonografide karaciğer sağ lobu orta bölgede 12 mm çapında, hemanjiomla uyumlu hiperekoik bir kitle görünümü vardı.

Lezyondan yapılan biopsi Kaposi sarkomu yönünde değerlendirildi (Patoloji Lab. B 7832/B).

Hastadan radyoterapi konsültasyonu istendi. Bunun sonucunda Kaposi sarkomu olarak değerlendirildi ve tedavi için Radyoterapi Servis'i'ne nakledildi. Hastanın her iki bacağına gúnaşırı 200 cGy olmak üzere toplam 3000 cGy radyoterapi uygulandı. Kemoterapi için Lomustin ve Delicene seçildi. Lomustin sabah-akşam 40 mg olmak üzere 1. gün oral yoldan, Deticene ise 1., 2., 3., 4., 5. günlerde 300 mg/gün dozunda intravenöz infüzyon şeklinde uygulandı. Birer aylık aralarla çağrılan hastaya 6 kür tedavi yapıldı. Birinci kürden itibaren hastanın lezyonları geriledi, ağrı ve ödem azaldı. Son kürden sonra lezyonlar tama yakın olacak şekilde kayboldu (Şekil 2).

### TARTIŞMA

Kaposi sarkomunda histopatolojik tablo aynı olmasına rağmen klinik tablo konakçı faktörüne bağlı olarak değiştiğinden çeşitli klinik tipler tanımlanmıştır. Bunlardan benign karakterli, yavaş ve sessiz seyreden tip KKS olarak bilinir. KKS tüm seyri boyunca deriye lokalize kalabildiği gibi nadiren müköz membranları, lenf nodüllerini ve iç organları tutabilir. Mukoza tutulumu bazen hastalığın başlangıç bulgusunu oluşturabilir. Lenf nodüllerindeki histoloji neoplastik olmaktan ziyade reaktifdir. KKS'nda en sık tutulan iç organlar GİS, akciğer, karaciğer, dalak, adrenaller ve kalptir. Çeşitli organ tutulumlarının hastalığın multifokal orijinli olmasına mı yoksa metastaza mı bağlı olduğu tartışmalıdır (8). Bizim olgumuzda lenfadenopati ve mukoz tutulumu olmadığı gibi iç organ tutulumuna ait herhangi bir bulgu da yoktu. Karaciğerde saptanan kitle hemanjiom olarak değerlendirildi. Karaciğer biopsisi hasta tarafından kabul edilmediği için ayırıcı tanıya gidebilmek açısından aralıklı kontrollerin gereği hastaya anlatıldı.

Kaposi sarkomu başta lenforetiküler orijinli olmak üzere geniş bir spektrum oluşturan malignitelerle seyredebilir (1,3,8). Biz hastamızda herhangi bir malignite saptayamadık.

Hastalığın erken dönemlerinde spontan remisyonlar görülebilir. Bu diğer malign neoplazma ve sarkomlarda olmayan bir özelliktir. İster spontan ister tedavi sonucu olsun Kaposi sarkomunda regresyonu iskemik ve fibrotik özelliktedir. Gerileyen lezyonların yerinde küçük fibröz plak ve skarlar oluşur (9). Bizir hastamız da spontan iyileşme öyküsü vermekteydi ve alt ekstremiteler üzerinde bazı alanlarda deprese skar dokusu izleniyordu.

Kaposi sarkomunun etyopatogeneziinde organizmanın immün dengesinde bir bozulma olduğu düşünülmektedir. Hastalığın hücrel immüniteyi şiddetle baskılayan viral enfeksiyonlar ve çeşitli malignitelerle birlikte olması, organ transplantasyonu sonrası veya başka nedenlerle immün supresif tedavi görenlerde insidansınır

yüksek olması bu düşüncüyü desteklemektedir (2,3). Amerika Birleşik Devletleri'nde genel popülasyona göre AIDS'li hastalarda Kaposi sarkomunun 20 000 kez daha sık görüldüğü saptanmıştır (10). Böbrek transplantasyonu yapılanlardaysa normal popülasyona oranla 50 kat daha sık gözlenmektedir. Siklosporin kullanan organ transplantasyonu hastalarda Kaposi sarkomunun gelişme süresi kısalmakta, insidansı artmaktadır (11).

Kaposi sarkomlu hastalarda HIV, hepatitis B, herpes virüs 1, sitomegalovirüs (CMV) seropozitifliğinin normal popülasyona oranla daha yüksek bulunması ve hastalığın bazı coğrafik bölgelerde yoğunlaşması enfeksiyöz bir ajanın rolünü akla getirmiştir. Enfeksiyöz ajanlardan en fazla üzerinde durulan CMV'tür. Epidemik Kaposi sarkomunda CMV enfeksiyonlarının sıklığı, lezyonlarda CMV genomunun varlığı, Avrupalı ve Kuzey Amerikalı hastalarda CMV antikorunun yüksek bulunması bu düşüncenin kanıtları olarak kabul edilir (12). CMV, T hücre fonksiyonları üzerinde kuvvetli bir inhibisyon oluşturmakta, hücre çoğalmasını uyaran büyüme faktörü gibi bir maddenin yapımına yol açmaktadır. CMV'ün hücrel immünite üzerindeki etkisi diğer fırsatçı enfeksiyonların gelişimine zemin hazırlamaktadır (11,12).

Bizim hastamızda CMV Ig G ve Ig M antikorlarının saptanması viral teoriyi desteklemektedir. Ayrıca uzun süreli kortikosteroid kullanımı da hastanın immün sistemini olumsuz yönde etkileyerek hastalığın gelişimine katkıda bulunmuş olabilir. Hastamızda HLA tayini yapılmamış olmakla birlikte literatürde Kaposi sarkomlu hastalarda bazı HLA tiplerine daha sık rastlandığının bildirilmesi enfeksiyöz ya da diğer ajanlara karşı immün cevabı etkileyen genetik bir komponentin varlığını düşündürmektedir (2,4).

Kaposi sarkomunda tedavi klinik tipe ve AIDS'le birlikteliğe göre değişir. KKS radyoterapi ve kemoterapiye iyi cevap verir. Lezyon sayısı az da soliter lezyonların cerrahi eksizyonu lokal tedavinin etkili ve güvenli seçeneklerini oluşturur. Lezyonları yaygın olan KKS hastalarına da sistemik radyoterapi ve kemoterapi gerekebilir. Epidemik Kaposi sarkomunda ise sistemik tedavi kaçınılmazdır. Bu amaçla zidovudin gibi antiviral ajanlar, immünomodülatörler ve çeşitli sitotoksik kemo-

terapötik ajanlar kullanılır (1-3,6,8,13). Bizim hastanın radyoterapi ve kemoterapinin kombine uygulanması oldukça iyi yanıt vermiştir.

## KAYNAKLAR

1. Arnold HL, Odom RB, James WD. Andrew's diseases of the skin. 8th ed. Tokyo: WB Saunders, 1990; 704-7.
2. Dalglish AG. Kaposi's sarcoma. BR J Cancer 1991; 64:3
3. Caro AW, Bronstein BR. Tumors of the skin. In: Mosche SL, Hurley HJ, editors. Dermatology, 2<sup>nd</sup> ed. Tokyo: WB Saunders, 1985; 20:1610-15.
4. Friedman-Birnbaum R, Weltfriend S, Katz I. Kaposi's sarcoma. Retrospective study of 67 cases with the classical form. Dermatologica, 1990; 180:13-7.
5. Mitsuyasu RT, Taylor JMG, Glaspy J, Fahey JL. Heterogeneity of epidemic Kaposi's sarcoma. Cancer, 1986; 57:165-61.
6. Gill PS, Rarick MU, Espina B, Loureiro C, Bernstein-Sing M, Akil B, et al. Advanced acquired immune deficiency syndrome-related Kaposi's sarcoma. Cancer, 1990; 65:107-78.
7. Dartanel S, Dartanel H. Epidemik Kaposi sarkomu. Le Mee, 1989; 20:177-82.
8. Ziegler JL, Lutzner MA, Corart Am. Kaposi's sarcoma. In Fitzpatrick TB, Freedberg IM, ed. Dermatology In general medicine, 4<sup>th</sup> ed. Toronto: McGraw Hill, 1987; 1078-85.
9. Browne SG. The hemorrhagic type of regression in Kaposi sarcoma. Arch Dermatol 1966; 94:328-30.
10. Beral U, Peterman TA, Berkelman RL, Jaffe HV. Kaposi sarcoma among persons with AIDS: a sexually transmitted infection? Lancet, 1990; 335:123-8.
11. Gülekon A, Gürer MA, Keskin N, Ataoğlu Ö. Böbrek transplantasyonu yapılmış iki olguda Kaposi sarkomu. XII. Adana: Ulusal Dermatoloji Kongresi Bülteni, 1990: 635-41.
12. Siegal B, Kriss SL, Schifer A, Sayar J, Engelberg I, Vonsky A, et al. Kaposi's sarcoma in immunosuppression. Cancer, 1990; 65:492-8.
13. Settling U, Hood AF. Local therapies for cutaneous Kaposi sarcoma in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Arch Dermatol, 1991, 127:1479-81.