

Üst gastrointestinal sistem kanamasının nadir sebebi: Villöz adenom zemininde gelişmiş duodenal adenokarsinom

Rare cause of upper gastrointestinal bleeding: Primer adenocarcinoma of the duodenum arising from villous adenoma

Baybora KIRCALI, Tülay SARIÇAM, Ayşegül ÖZAKYOL, Eser VARDARELİ

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Eskişehir

Primer duodenal adenokarsinomlar tüm gastrointestinal malinitelerin %0.5'lik kısmını oluşturur. Bu tümörler gizli kan kaybı ve kendi kendini sınırlayan kanamaya karakterlidir. Biz tekrarlayan, klinik olarak anlamlı gastrointestinal kanamaya neden olan duodenal adenokarsinom olgusunu rapor ettik. **Olgu:** 59 yaşındaki erkek hasta 1 aydır tekrarlayan melena yakınmasıyla yatırıldı. Öyküde 1,5 ayda 8 kg kayıp ve fizik incelemede anemi bulguları mevcuttu. Laboratuvar incelemede Hb: 7.5 gr/dl, MCV: 69 sedimentasyon: 6 mm/h olarak saptandı. Endoskopide, bulbusun ön duvarı ve duodenum 2. kısmını içine alan aktif kanamalı ülserovejetan kitle lezyonu gözlemlendi. Kanamanın devam etmesi nedeniyle cerrahiye devredilen hastaya Whipple operasyonu uygulandı. Patolojik inceleme sonucu evre III villöz adenomdan kaynaklanan primer duodenal adenokarsinom tespit edildi.

Anahtar sözcükler: Üst gastrointestinal kanama, primer duodenal adenokarsinom, villöz adenom

Duodenal adenokarsinomlar tüm gastrointestinal malignansiyeleri %0.5'lik kısmını oluşturur. Bu malignansiyeler genellikle kan kaybı ve kendini sınırlayan kanamaya karakterlidir. Biz tekrarlayan, klinik olarak anlamlı gastrointestinal kanamaya neden olan duodenal adenokarsinom olgusunu rapor ettik. **Case:** A 59-year-old male was admitted to hospital with recurrent melena. History revealed an 8 kg weight loss in 1.5 months, and signs of anemia were observed on physical examination. Hb: 7.5 g/dl, MCV: 69.7, and sedimentation rate of 6 mm/h were detected in laboratory examination. An actively bleeding, ulcero-vegetan mass involving the anterior wall of the bulb and second part of the duodenum was observed in endoscopy. Since active bleeding continued, Whipple operation was applied in the Surgery Department. Pathologic examination of the surgical samples showed stage III, primary adenocarcinoma of the duodenum arising from villous adenoma.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, duodenal adenocarcinoma, villous adenoma

GİRİŞ VE AMAÇ

Duodenum tüm ince barsak uzunluğunun %10'undan kısa olmasına rağmen, duodenal adenokarsinom tüm gastrointestinal tümörlerin ancak %0.5'den sorumludur. Ancak, ince barsak kanserlerinin ise %30-45'ini oluşturur (1, 2). Geniş otopsi serilerinde primer duodenal adenokarsinomunun insidansı %0.035-0.048 olarak rapor edilmektedir (1-3). Bu tümörlerin klinik olarak anlamlı kanamaya neden olmaları oldukça nadir görülen bir durumdur (4).

Biz 59 yaşında erkek hastada tekrarlayan masif üst gastrointestinal kanamaya neden olan duodenal adenokarsinom olgusunu sunduk.

OLGU

59 yaşındaki erkek hasta 1 ay önce başlayan aralıklı melena yakınması nedeniyle başvurduğu

hastanede yatırılarak takip edilmiş ve 4 ünite transfüzyon yapılarak taburcu edilmiş. Taburcu olduktan 1 hafta sonra, melena yakınmasının tekrar başlaması üzerine merkezimize sevk edilmişti. Sorgulamasında postprandiyal dolgunluk, antiasit ve H-2 reseptör blokerine yanıt vermeyen epigastrik ağrı ve 1,5 ayda yaklaşık 8 kg kilo kaybı olduğu öğrenildi. Aile öyküsünde anlamlı bulgu yoktu. Fizik muayenesinde anemi bulguları dışında anlamlı bulgu yoktu. Tilt testi negatif olarak değerlendirildi.

Başlangıç değerlendirmesinde Hb: 7.5 gr/dl, Htc: % 23.7, Lökosit: 6000/mm³, MCV: 69.7 fl, Trombosit: 334000/mm³, sedimentasyon: 6mm/h, BUN: 21, biyokimyasal tetkikler ve tümör belirleyicileri (Ca 19.9, CEA, AFP) normal sınırlar içinde bulundu.

Üst gastrointestinal endoskopide bulbusun ön duvarını ve duodenum 2. kısmı içine alan, aktif ka-

nama gösteren ülsero-vejetan kitle lezyonu gözlemlendi. Biyopsisinde displastik değişiklikler gözlenen villöz adenoma tespit edildi. Abdominal tomografide, duodenum 2. kısımdan başlayan ve inferiora uzanım gösteren 6x5x4.5 cm boyutlarında nispeten düzgün sınırlı lobule konturlu solid yer kaplayıcı oluşum gözlemlendi.

Kanamamanın devam etmesi üzerine genel cerrahiye devredilen hastanın laparotomisi (frozen) duodenum adenokarsinomu olarak bildirildi ve Whipple operasyonu uygulandı. Rezeksiyon materyalinin patoloji raporu villöz adenom zemininde gelişmiş duodenal adenokarsinomdu ve evre III (T4, N1, M0) olarak değerlendirildi. Operasyon sonrası dönemde 6 kür gemsitabin tedavisi verildi. 6 ay sonrasında nüks tümör gözlemlendi. 5-Florourasil ve sisplatin tedavisine geçildi. Tedavinin ikinci ayında hasta kaybedildi.

TARTIŞMA

Özofagus, mide ve ince barsak benign neoplazmları üst gastrointestinal sistem kanamalarının sık olmayan nedenleri içinde yer alırlar. Buradaki lezyonlar genellikle gizli, asemptomatik ve kendi kendini sınırlayan kanamalardır. Kinik olarak belirgin kanamalar genellikle malign lezyonlarda görülür (5).

Diğer gastrointestinal sistem tümörleri ile karşılaştırıldığında ince barsak malinitelerinin klinik özellikleri ve prognozuna ait bilgiler sınırlıdır. Bunun nedenleri göreceli olarak sık rastlanmaması ve farklı ince barsak tümörlerinin (Adenokarsinom, lenfoma vs.) burada yer almasıdır. İnce barsak villöz adenomaları en sık duodenumda (özellikle 2. kısmında) görülürler. Villöz adenomlarının benign veya malign olması üzerine tartışmalar devam etmektedir. Ancak çapın 5 cm üzerinde olması durumunda malinite olasılığı çok yüksektir. Beraberinde anemi, sarılık ve obstrüksiyon olması malinite açısından önemli belirleyicilerdir (6).

Duodenal adenokarsinomlar ince barsak kanserlerinin %30-45'ini oluştururlar. Bu hastalarda öncelikli semptom karın ağrısı (%91), kilo kaybı (%47) ve daha az oranda kusma ve gastrointestinal sistem hemorajileridir (7). Klinik olarak anlamlı kanama ise nadirdir (4). Batra ve arkadaşlarının 8754 olgunun yer aldığı endoskopi serisinde 10 adet villöz adenom belirlenmiştir. Bunların içinde kanama sadece 5 hastada gözlenmiştir (8).

Duodenal karsinomların %45'i duodenum 3. ve 4. kesiminden kaynaklanır (4). Buradan kaynaklanan kanama ciddi değildir ve gizli kanama şeklindedir ve tanı genelde total duodenoskopik inceleme ile konur (4, 9). Bir çalışmada duodenal karsinomlularda endoskopi %63.8 diagnostik bulunmuştur. Radyolojik değerlendirme sonrasında yapılan 2. endoskopide tanı koyma oranı %82.4'e yükselmiştir (10). Bir başka seride duodenal adenokarsinomu olan 84 hastanın 7'sinde endoskopi, 61 hastanın 6'sında duodenum grafisi tanısal olmamıştır (7). Tümör dokusundaki displazik alanların değişkenliği biyopsi örneklemelelerinde hatalı sonuçlara neden olmaktadır. Duodenum villöz tümörlerinin değerlendirildiği seride 22 olgunun 12'sinde invazif karsinom örnekleme yetersizliği nedeniyle yanlış negatif olarak değerlendirilmiştir (11).

Duodenal adenokarsinomların nadir görülmesi nedeniyle hastalığın prognostik belirleyicilerindeki tartışmalar devam etmektedir. Ayrıca hastalığın prognozunu belirlemede rapor edilen olgu serileri genellikle küçük gruplardan oluşmaktadır. Ancak tümörün erken evrede yakalanması (rezektabilite, lenf nodu metastazının olmaması) sağkalm uzunluğu ile ilişkili görünmektedir (7).

Sonuç olarak üst gastrointestinal sistem kanaması düşünülerek endoskopi yapılanlarda özellikle mide ve duodenum 1. ve 2. kısımda kanamayı açıklayacak neden bulunmadığında endoskop duodenum 3. ve 4. kısma kadar ilerletilmeli ve malinite şüphesi olan her olguda biyopsi örneklem sayısı artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kleinerman J, Yardumian K, Tamaki HK. Primary carcinoma of the duodenum. *Ann Intern Med* 1950; 32: 451-465.
2. Iovine VM, Doty JE, Irving C, et al. Primary carcinoma of the duodenum. *Am Surg* 1961; 27: 744-750.
3. Sarma DP, Weilbaeher TG. Adenocarcinoma of the duodenum. *J Surg Oncol*. 1987; 34: 262-263.
4. Sharon P, Stalnikovicz R, Rahmilewitz D. Endoscopic diagnosis of duodenal neoplasms causing upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 1982; 4: 35-38.
5. Shivshanker K, Chu DZ, Stroehlein JR, et al. Gastrointestinal hemorrhage in the cancer patient. *Gastrointest Endos* 1983; 28: 273-281.

6. Bjork KJ, Davis DJ, Nagorney DM, et al. Duodenal villous tumors. *Arch Surg* 1990; 125: 961-967.
7. Bakaen FG, Murr MM, Sarr MG, et al. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma. *Arch Surg* 2000; 135: 635-642.
8. Batra SK, Schuman BM, Reddy RR. The endoscopic variety of duodenal villous adenoma. *Endoscopy* 1983; 15: 89-92.
9. Lowell JA, Rossi RL, Munson JL, et al. Primary adenocarcinoma of third and fourth portions of duodenum. *Arch Surg* 1992; 127: 557-560.
10. Tocchi A, Mazzoni G, Puma F, et al. Adenocarcinoma of the third and fourth portions of the duodenum. *Arch Surg* 2003; 138: 80-85.
11. Farnell MB, Sakorafas GH, Sarr MG, et al. Villous tumors of the duodenum: Reappraisal of local vs extended resection. *J Gastrointest Surg* 2000; 4: 13-23.