

## Gastrik Karsinoid Tümör (Olgu Sunumu)

Celal ÇERÇİ\*, Recep ÇETİN\*, Aliye SARI\*\*, Salim DEMİRCİ\*\*\*

- \* Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ISPARTA  
 \*\* Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ISPARTA  
 \*\*\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkolojik Cerrahi Bilim Dalı, ANKARA

### ÖZET

*Karsinoid tümörlerin primer olarak midede bulunması oldukça nadir görülen bir durumdur. Tüm karsinoid tümörler içinde mide tutulumunun insidansı %2 olarak bildirilirken, mide tümörleri içinde karsinoid tümör insidansında %1 dolaylarındadır (1). Gastrik karsinoid tümörlerin spesifik klinik bulguları yoktur. Karın ağrısı, iştahsızlık, halsizlik, anemi, kanama gibi semptomlarla ortaya çıkabilir (2). Tedavide ise tümör çapının 2 cm. den küçük olduğu durumlarda lokal eksizyon yeterliyken, daha büyük tümörlerde ve invazyon mevcudiyetinde küratif radikal eksizyon uygulanır (3).*

### ABSTRACT

*Primer gastric carcinoid tumor is a rather rare condition. In all carcinoid tumors, incidence of gastric carcinoid is 2% and incidence of gastric carcinoid in gastric tumors is 1% (1). There is no specific symptoms for gastric carcinoma. Symptoms like epigastric pain, anoreksia, weakness, anemia, bleeding can be seen (2). In the treatment, if the tumor is smaller than 2 cm. local excision is the operation method. If the tumor is larger than 2 cm. or if there is invasion the operation method must be curative radical excision (3).*

### GİRİŞ

Karsinoid tümörler genellikle gastrointestinal traktusta görülmesine rağmen, mide yerleşimli karsinoid insidansı oldukça düşüktür. Gastrointestinal traktusta sıklık sırasına göre apendikte %30, rektumda %17, kolon, mide ve duodenumda yerleşir (4,5). Yayımlanmış 3000 vakalık bir karsinoid tümör serisinde gastrik karsinoid tümör insidansı yaklaşık %2 olarak bildirilmiştir (6). Tüm gastrik tümörlerin içinde mide tutulumu gösteren karsinoid tümör insidansı ise %1'in altındadır (4).

### OLGU

Altmışüç yaşındaki bayan hasta Ş.Ç.'nin 2 senedir devam eden, acılı ve yağlı yemeklerden sonra artan karın ağrısı şikayeti oluyormuş. Haziran 1996'da bu şikayeti ile hastaneye başvuran hastanın son iki aydır ağrıları sürekli hale gelmiş. Bu tarihte yapılan fizik muayenede patolojik bulgu sap-

tanamamıştır. Abdominal USG'de karaciğer sol lob komşuluğunda mide antrum kesiminde, duvar kalınlığı yaklaşık 16 mm. olarak ölçülmüştür. Endoskopide angulusun altından itibaren antrumu dolduran, yer yer hemorajik, ülserovejetan tümör kitlesi mevcuttur. Mide duodenum grafisinde antrumda geniş defektif saha tespit edilmiştir. Abdominal BT'de kardiada lümeneye doğru gelişen ileri derecede duvar kalınlığı görülmüştür. Preoperatif endoskopik biyopsinin patolojik sonucu grade III adeno ca. olarak bildirilmiştir. Temmuz 1996 opere edilen hastada antrum küçük kurvatura yerleşmiş 4x5 cm. büyüklüğünde tümöral kitle ile omentum ve transvers kolon mezosunda tutulma ve lenfadenopatiler saptanarak subtotal gastrektomi + transvers kolon rezeksiyonu + R<sub>2</sub> lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Postoperatif patoloji sonucu ise serozaya kadar tüm duvarda infiltrasyon yapan karsinoid tümör olarak geldi. Cerrahi sınırlarda tü-

mör tespit edilemedi. Metastatik lenf nodu ise 18/22 olarak bildirildi (Patoloji No: 15888, Ankara Üniversitesi Patoloji ABD). Ocak 1997'de yapılan abdominal USG'de multiple karaciğer metastazı saptandı. Hastanın Ağustos 1998'de exitus olduğu saptandı.

### TARTIŞMA

Karsinoid tümörler genellikle gastrointestinal traktusta yerleşirken nadiren uterus, meme, testis, epididim, anal bölge ve üst solunum yollarında da görülebildiği bildirilmiştir (7).

Gastrik karsinoid tümörün insidansı ise bazı yayınlarda %14 (1), bazılarında ise %2 (6) olarak belirtilmektedir. Mide karsinoid tümörlerinde karsinoid sendrom görülme sıklığı oldukça azdır ve literatürde sadece 2 vakada bildirilmiştir (8).

Kronik atrofik gastrit, Zollinger Ellison sendromu gibi hipergastrinemi durumlarında karsinoid tümör görülme insidansı yüksektir. Penisiyöz anemide gastrik karsinoid tümör insidansında önemli bir yükselmeye neden olur (9).

Gastrik karsinoid tümörler üç gruba ayrılabilir. Bunlar: Kronik atrofik gastrit ile birlikte olanlar, Zollinger-Ellison sendromu ile birlikte olanlar ve sporadik vakalardır. Bizim hastamız sporadik vakalar grubunda yer almaktadır.

Hipergastrinemi ile birlikte görülen gastrik karsinoid tümörler daha iyi biyolojik davranış gösterirken, sporadik vakalar daha agresiv cerrahi tedaviye ihtiyaç gösterirler (9).

Gastrik karsinoid tümörlerinde semptomlar anemi, kanama ve epigastrik ağrı, iştahsızlık ve kilo kaybıdır (2). Oniki vakalık bir gastrik karsinoid serisinde 7 vakada kronik karın ağrısı (%58), 3 vaka kusma (%25), 1 vakada diyare (%8) şikayetleri ağırlıklı olarak ortaya çıkmıştır (10). Bizim vakamızda da ağırlıklı semptom çoğu hastada olduğu gibi epigastrik ağrı olarak gözüküyordu. Semptomatik hastalarda serozal invazyonun olduğu, asemptomatiklerde ise intramural tutulum olduğu Jakaria ve arkadaşlarınınca gösterilmiştir (2). Ancak bizim vakamızda seroza tutulum olmasına rağmen semptomlar mevcuttu.

Rogers ve Murpy'e göre lenf tutulumunun olduğu vakalarda bile 5 yıllık survy %63 dolaylarındayken (11), bazı yayınlarda bu oran %20'lere kadar düşmektedir (12).

Ultrasonografik endoskopi tüm gastrointestinal karsinoid tümörlerdeki tutulumun derinliği ve lenf nodu metastazını tayin etmede faydalı bir yöntem olarak gösterilmektedir (13).

Patolojik tanıda vakamızda endoskopik biyopsi sonucu adeno ca. olarak bildirilmesine rağmen, postoperatif patoloji sonucu karsinoid tümör olarak bildirilmiştir. İntestinal karsinoid tümörlerde adenokarsinoid form mevcuttur ve hem adeno ca. hem de karsinoid tümör özellikleri taşımaktadır, ancak gastrik karsinoid tümörde bu formdan ve tanı karışıklığından bahsedilmemektedir (14).

Tümör çapının 2 cm. den az olduğu, musküler invazyon ve lenf nodu tutulumu göstermeyen tümörlerle, tesadüfen tespit edilen gastrik karsinoid tümörlerde lokal eksizyonun yeterli olacağı literatürde bildirilmektedir (3). Tümör çapının 2 cm. nin üzerinde olduğu veya invazyonun olduğu durumlarda küratif radikal rezeksiyon uygulanmalıdır.

### SONUÇ

Karsinoid tümörlerde sadece mide tutulumunun bulunması oldukça nadir görülen bir durumdur. Farklı rakamlar verilse de tüm karsinoid tümörler içinde sadece gastrik karsinoid tümör görülme oranı %2 dolaylarındadır ve bu tip hastalarda karsinoid sendrom da son derece enderdir. Oldukça nadir görülen bir hastalık olduğu için olgunun sunulması uygun görülmüştür.

### KAYNAKLAR

1. Godwin, JD. *Carsinoid tumors: an analysis of 2837 cases. Cancer* 1975; 36: 500-69.
2. Zakaria YM, Q van SHO, Hajdi SI. *Carcinoid tumor of gastrointestinal tract. Cancer* 1975; 35: 588-91.
3. Loftus JP., Van Heerden JA. *Surgical management of of gastrointestinal carcinoid tumors. Advances in Surgery* 1995; 28: 317-36.
4. Charles RN, Kelley ML, Campeti F. *Primary duodenal tumor, a study of 31 cases. Arch intern Med* 1963; 111: 23-33.
5. Mersell DE, Mausbach CH, Gosbutt JT. *Carcinoid tumor of duodenum: Endoscopic diagnosis of two cases. Gastrointest Endosc* 1985; 31: 269-71.
6. Schwartz S. *Principles of Surgery* 1985.
7. Hauser H, Wolf G, Uranus S, Kliimpfinger M. *Neuroendocrine tumors in various organ systems in a ten year period. European Journal of Surgical Oncology.* 1995; 21(3): 297-300.
8. Sini-Marja Sjöblom. *Gastric Carcinoid tumors and atrophic gastritis. Acta Chis Jeand* 1987; 153: 37-

- 43.
9. Gilligon CJ. Gastric carcinoid tumors: the biology on therapy of an enigmatic and controversial lesion. *American Journal of Gastroenterology*.1995; 90(3): 338-52.
10. Sjoblom SM, Sipponen P, Miettinen M et al. Gastroscopic screening for gastric carcinoids and carcinoma in pernicious anemia. *Endoscopy* 1998; 20: 52-6.
11. Rogers LW, Murphy RC. Gastric carcinoid and gastric carcinoma. *American Journal of Surgical Pathology* 1979; 3: 195-202.
12. Wareing TH. Carcinoid and Carcinoid syndrome. *The American Journal of Surgery* 1983: 145.
13. Yoshikane H. Carcinoid tumors of gastrointestinal tract: evaluation with endoscopic ultrasonography. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1993; 39(3): 375-80.
14. Stenberg. *Diagnostic Surgical Pathology* 1994; 2: 1300-1, 1400-1.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Celal ÇERÇİCİ

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ISPARTA