

14. GEBELİK HAFTASINDA TESPİT EDİLEN KOLON KAYNAKLI KRUKENBERG TÜMÖRÜ, DEVAM EDEN GEBELİK

Dr. Ayla Üçkuyu¹, Dr. Emel Ebru Özçimen¹, Dr. Faika Ceylan Sevinç Çiftci¹,
Dr. Elif Karadeli², Dr. Erdal Karagülle³

ÖZET

Gebelikte birlikte krukenberg tümörü nadir görülmekle birlikte teşhisi oldukça zor ve kötü prognozudur. Bu yazıda, nadir görülen bu duruma klinisyenlerin dikkatini çekmek amacıyla, 14. gebelik haftasında krukenberg tümörü tanısı almış, cerrahi ve kemoterapi ile gebeliğin devamı sağlanmış bir olgu sunulmaktadır. İlk trimester ultrasonografisinde uterus ve fetüsün yanısıra adnekslerin de değerlendirilmesi ve şüpheli lezyonların sık takip edilmesi erken tanıya varılmasında büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Krukenberg tümörü, Gebelik.

ABSTRACT

Krukenberg tumor during pregnancy is seldom seen, however is hard to diagnose and the prognosis is poor. Gastrointestinal System Tumors has primal symptoms of nausea, gastrodynia, indigestion, constipation and vomiting; all of which can easily be related to pregnancy. Hence it is very hard to early diagnose these tumors when they are seen during the pregnancy. Moreover abdominal distension caused by the growing fetus may veil the intraabdominal tumors and the diagnosis will be delayed. This paper presents a case of Krukenberg tumor diagnosed at 14 weeks gestational age, after which the pregnancy was allowed to continue after the removal of the tumor and followed by chemotherapy treatment. Adnexes should be assessed closely like uterus and fetus, and suspicious lesions has to be observed frequently at the first trimester ultrasonography to prognose the tumors at earlier stages.

Key words: Krukenberg tumor, Pregnancy.

GİRİŞ

Gebelikte birlikte krukenberg tümörü nadir görülmekle birlikte gebelikte teşhisi oldukça zordur ve kötü prognozudur. Gastrointestinal sistem (GİS) tümörlerinin başlangıç semptomları olan bulantı, kusma, karın ağrısı, şişkinlik ve konstipasyon gibi belirtiler normal bir gebelikte de görülebildiği için, gebelikte birlikte olduğunda bu tümörlerin teşhisi güçtür. Ayrıca büyüyen fetüse bağlı oluşan abdominal distansiyon, bilateral abdominal tümörleri maskeleyebilir ve tanının gecikmesine neden olabilir (1). Bu yazı-

da, nadir görülen bu duruma klinisyenlerin dikkatini çekmek amacıyla, gebelikte krukenberg tümörü tanısı almış bir olgu sunulmaktadır. Literatürde erken haftalarda tanı alıp cerrahi ve kemoterapi ile gebeliğin devamı sağlanan olgu bildirilmemiştir. Bu yönüyle olgumuz ilgi çekicidir.

OLGU

Olgumuz H.Y., 24 yaşında, nullipar olup 14 haftalık gebeliğine eşlik eden epigastirik ağrı, bulantı ve hematemez yakınmasıyla kliniğimize yönlendirildi.

Geliş tarihi: 15/04/2010

Kabul tarihi: 20/04/2010

¹Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü KONYA

²Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi Radyoloji Bölümü KONYA

³Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Bölümü KONYA

İletişim: Dr. Ayla Üçkuyu

Yazır M. Gülsaray S. Garanti konutları. 99/15. Selçuklu-KONYA

Tel: 0332 257 06 06

E-posta: uckuyuyayla@gmail.com

Anamnezde 9. gebelik haftasında iken ultrasaund ile fizyolojik olarak yorumlanan overlerde 4 cm'lik kist görüldüğü hikayesi vardı. Hemoglobinin 10 g/dl, gaytada gizli kan pozitif idi. Üst GİS panendoskopisi yapıldı. Pangastirit ve pilor disfonksiyonu görüldü. Trans abdominal ultrasonografi incelemesinde normal karaciğer, safra kesesi, pankreas, dalak, böbrek ve yanı sıra hafif derecede asit görüldü. Uterus içinde 14 hafta ile uyumlu tek canlı normal fetüs vardı. Her iki alt kadrantları dolduran ve üst abdomene uzanan, uterusu bitişik asimetrik solit kistik komponentte, heterojen ekoda, bilateral overyan kitle ve hafif derecede asit gözlemlendi. Sağdaki kitle 20x14x8 cm ve soldaki kitle 17x8.5x7 cm çaplarında idi. Yapılan abdominal renkli dopler sonografisinde kitlelerde malignite lehine düşük rezistans indeksi tespit edildi. Gebelik nedeniyle abdominal tomografi çekilemediği için abdominal kontrastsız Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yapıldı. T2 A görüntülerde septasyonlar içeren büyük boyutlu bilateral hiperintens kitleler görüldü. Lezyonlar her iki alt kadrantdan başlayıp L2 vertebra seviyesine, aorta ve inferior vena kava anterioruna doğru uzanmaktaydı. T1 A görüntülerde bu lezyonların büyük kısmının hipointens olduğu, içlerinde yer yer hemorajiye bağlı olduğu düşünülen hiperintens alanlar mevcuttu. Minimal intraabdominal asit saptandı. Her iki over MRG'de kitlelerden ayrı olarak seçilemedi. Ayırıcı tanıda koryokarsinom ve yolk sak tümörü gibi malign over tümörleri düşünüldü.

Serumda tümör belirteçleri yüksek idi. Ca 125: 205.81 U/ml (5-35), Ca 19.9: 182.05 U/ml (0-37), Ca 15.3: 9.7 IU/ml (7.5-53), CEA: 6.9 ng/ml (0-4.6), AFP: 17.9 ng/ml (0-5). Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. Olgu malignite öntanısı ile midline kesi yapılarak laparotomiye alındı. Laparotomide, haftasıyla uyumlu gebe uterusu yanısıra 20cm'lik sol over tümörü, 12 cm'lik sağ over tümörü, miliyer peritoneal metastazlar ve orta derecede asit görüldü. İlginç olarak uterus serozası üzerinde metastaz görülmeydi. Eksplozasyonun genişletilmesiyle sigmoid kolonda 6 cm'lik tümoral kitle saptandı. Frozen histopatolojik incelemede GIS orijinli olabileceği düşünülen malignite rapor edilmesi üzerine, fetüs içeren uterus korunarak bilateral salpingoofektomi, parsiyel sigmoid kolon rezeksiyonu, uc-uca kolon anastomozu, omentektomi, mezenterik lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Postoperatif dönemde hastaya abdominal dren,

nazogastrik tüp ve seftriakson, metranidazol antibiyoterapisi, parenteral beslenme uygulandı. Endometazin ve progesteron preparatları ile tokoliz yapıldı. Postoperatif dönemde anne ve fetüs için herhangi bir sorun gelişmedi. Hastanın histopatolojik sonucu serozaya invaziv cerrahi sınırlar negatif kolon müsinöz adenokarsinomu ve bilateral taşlı yüzük hücreli krukensberg tümörü, lenf nodu tutulumu pozitif olarak rapor edildi. Hasta ve ailesi durum hakkında ayrıntılı bilgilendirildi. Aile, ilk gebelik ve oofektomi yapılmış olması nedenini ifade ederek, tümör ileri evre olmasına rağmen gebeliğin devamını istediklerini belirtti. Hastanın obstetrik sonografi takiplerinde 22. haftaya kadar fetüste yapısal ve gelişimsel anormallik saptanmadı. 22. gebelik haftasında hasta medikal onkolojiye yönlendirildi. Hastaya dış merkezde 2 kür sistemik kemoterapi (oksiplatin ve fluorourasil) rejimi verildiği öğrenildi. Obstetrik izlemde 28. haftadan sonra fetüste intrauterin gelişme geriliği saptandı. Kemoterapinin standart dozlarda verilebilmesi için aynı dış merkezde 32. gebelik haftasında sezaryen ile 1800 g ağırlığında, prematür infant doğurtulduğu ve postnatal dönemde fetüste ilerleyici hidrosefali gelişimi nedeniyle ventriküloperitoneal şant uygulandığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Mide adenokarsinomunun overe metastazı 1896'da Krukensberg'in ilk tanımından beri bilinmektedir (2). Krukensberg tümörü sıklığı, 1016 olguluk kadın GİS kanserli bir seride %07 olarak bildirilmiştir. Burada 7 krukensbergli olgunun 5'i kolon kaynaklı 2'si gastrik kaynaklı bulunmuştur (3).

Literatürde gebelikte Krukensberg tümörü olgu raporları çok az sayıdadır. Son 10 yılda Pubmed'de İngilizce olarak yayınlanmış 'gebelikte krukensberg tümörü olgu raporları' ve bu olguların özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Krukensberg olgu serilerini sunan 3 çalışmada belirtilen gebelikte komplike olguların tek tek ayrıntılı bilgileri olmadığı için bu tabloda değerlendirmeye alınmadı (Tablo 1).

Gastrointestinal sistem tümörünün transperitoneal yolla Douglas boşluğuna yayılması sonucu bilateral overlerin metastatik tutulumuna Krukensberg tümörü denir. GİS tümörlerinin görülme sıklığı % 2-3 iken, Krukensberg tümörünün görülme sıklığı % 0.7 oranındadır. Ortalama yaş 39.5 olmakla birlikte her yaşta görülebilir (3). McGill ve arkadaşları GİS kan-

Tablo 1—2000-2010 Arasında Pubmedde İngilizce Olarak Yayınlanmış Gebelikte Krukenberg Olgularının Özellikleri

Dergi Adı, Yılı	Yazar Adı	Tanı Anında		Başvuru Yakınması	Tanı Anında Gebelik Haftası	Gebelik Sonlanma Şekli, Fetal Sonuç
		Olgu Sayısı	Olgunun Yaşı			
Obstet Gynecol 2009;114:451-2	Taylor J.	1	34	Kolon obstrüksiyon semptomları	15	Normal doğum, canlı bebek
Taiwan J Obstet Gynecol 2009;48(2):167	Singhal SR	1	20	Bulantı, karın ağrısı	20	Prematür vaginal doğum, ex bebek
J Obstet Gynecol 2007;27(3):311	Mechery J	1	34	Karın ağrısı kusma	38	Normal doğum, canlı bebek
Gynecol Endocrinol 2007;23(8):482	Ozdegirmenci O.	1	22	Hızlı gelişen hirsutizm akne (gebelik luteomasi şüphesi)	28	pprom, normal doğum, canlı bebek
Pathol Oncol Res 2006;12(2):108-	Glisic A	1	38	Akut aly karın ağrısı (torsiyon şüphesi)	25	Fetal distres, CS, 600g, pp 3.günde ex
West Indian Med J 2005;54(5):348	Rehmanandan G	1	29	Kusma, karın ağrısı, şişkinlik	27	Cs ile doğum, canlı bebek
Acta Anaesthesiol Scand 2002;46:1272	Okutami T	1	41	Bulantı kusma iştahsızlık	23	CS ile doğum canlı bebek
Eur Jgynaecol Oncol 2000;21(1):58	Sandmeier D	1	35	Kusma, gebelik kolestazi, trombositoz	35	CS ile doğum, canlı bebek

serli kadınlarla ilgili derlemelerinde, krukenberg tümörlerinin % 28.6'sının gebelikle birlikte olduğunu rapor etmişlerdir. GİS tümörleri ile birlikte krukenberg tümörleri, premenopozal kadınlarda postmenopozda olanlara göre daha fazladır (3). Bu bulgu reproduktif çağıdaki GİS tümörlerinin, over metastazına daha fazla yol açma eğilimini ifade eder. Bu ise, fonksiyonel overlerin metastaza daha duyarlı olduğu anlamına gelebilir. Kolorektal kanserli gebe kadınlarda overlere metastaz gelişme riskini artmış olarak bulan çalışmalar (1) bu durumu desteklemektedir.

Gebelikte GİS ve over tümörlerinin erken tanısı oldukça güçtür. Bunun nedeni, bulantı, kusma, karın ağrısı, şişkinlik ve konstipasyon gibi hastalık semptomlarının normal gebelikte de sıklıkla görülebilmemesidir (5). Ayrıca büyüyen fetüsle birlikte oluşan abdominal distansiyon, intra abdominal tümörleri maskeleyebilir ve tanının gecikmesine yol açabilir (1). Tanıya ulaşmada görüntüleme yöntemlerinin kısıtlı kullanılabilmesi veya yetersiz kalması erken tanıyı güçleştirmektedir. Gebelikte özellikle de ilk trimesterde radyasyon teratojenitesi nedeniyle tomografi çekilmesi kontrendike olduğu için, lokal lezyonların veya metastazların belirlenmesi preoperatif olarak genelde yapılamamaktadır. Gebelikte MRG kullanımı radyasyon içermediği için tomografiye göre daha güvenli olmakla birlikte şimdiye kadar gebelikle birlikte görülen kanserlerde MRG deneyimleri sınırlıdır. Kontrastsız MRG ile gebelikteki büyük (>5-cm) kitle lezyonların değerlendirilmesi daha güçtür (5). Bu yüzden olgumuzda da kitlenin yeri ve orijini MRG'de belirlenememiştir.

Serumda tümör belirteçleri gebelerde, gebe olmayanlardaki gibi tanıya gitmede ve takipte yararlıdır. Karsinoembriyonik antijen (CEA) kolon kanseri için tümör belirteçidir. Ancak CEA'nın normal gebelikte serum değerleri hafifçe yüksek olabilir. Bizim olgumuzda da buna paralel olarak CEA'nın hafif yüksekliği vardı. Ayrıca, periton metastazı olduğu için Ca-125 de belirgin yüksekti.

Maternal malignitelerde plesantal bariyer nedeniyle fetal risk çok küçüktür. Metastatik hastalık çok yaygın olsa bile fetüse geçiş son derece nadirdir (4). Bunu destekleyecek şekilde olgumuzda da laparatomik gözlemlerde diğer tüm serozal yüzeylerde miliyer metastazlar olmasına rağmen, gebe uterusunun serozasında bunlar gözlenmemiştir.

Kolon kanserinin primer tedavisi cerrahidir. Distal metastaz yokluğunda geniş cerrahi sınırlarla (en az 5cm'lik tümörsüz cerrahi sınır olmalı) primer tümör rezeksiyonu ile birlikte bölgesel mezenterik lenf nodu rezeksiyonu yapılır. Krukenberg tümörlerinin tedavisinde uzak metastazlar yok ise metastatik overyan tümörlerinin rezeksiyonu ve sitorüduktif cerrahi hastanın hayatta kalım süresini uzatmada çok önemli role sahiptir (7).

Gebelik sırasında krukenberg tümörünün tanısı genellikle ileri evrede konabildiği için prognozu kötüdür. Bu tümörlerin yönetimi gebelik haftasına ve hastanın tercihine bağlı olarak planlanır. Erken gebelik haftalarında sitoredüktif cerrahinin ve kemoradyoterapilerin etkin yapılabilmesi için gebeliğin terminasyonu önerilir. İkinci trimesterde fetüs viabilite kazanuncaya kadar beklenebilir. Tanı 3. trimesterde konmuş ise doğum tercihan vaginal yolla gerçekleştirilmek üzere induksiyon yapılmalı ve sitoredüktif cerrahi uterus involusyonu ve pelvik vasküler konjesyonun rezolusyonununun gerçekleşmesi için postpartum birkaç gün sonrasına ertelenmelidir (8). Olgumuzdaki gibi kesin tanı intraoperatif konulduğunda ve tümör nedeniyle hastaya bilateral salpingo oofektomi yapıldığında gebeliğin devamı hastanın kararıyla sağlanabilir.

Kolonik veya gastrik kaynaklı metastatik over tümörleri gebelikte nadir olmalarına rağmen bulantı, kusma, karın ağrısı, şişkinlik ve konstipasyon gibi belirtilerin varlığında erken multidisipliner değerlendirme ile tanıda gecikmeler önlenir. İlk trimester ultrasonografisinde uterus ve fetüsün yanısıra adnekslerin de değerlendirilmesi ve şüpheli lezyonların sık takip edilerek erken tanıya varılması, daha uzun yaşam süresi elde edilmesinde büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. McGill F, Ritter DB, Rickard CS, Kaleya RN, Wadler S, Greston WM, O'Hanlan KA. Krukenberg tumors: can management be improved? *Gynecol Obstet Invest.* 1999;48(1):61-5.
2. Krukenberg F. Uber das fibrosarcoma ovarii mucocellulare carsinomatodes. *Arch Gynaek* 50; 1896:287-9.
3. McGill F, Ritter DB, Rickard C, Kaleya RN, Wadler S, Greston WM. Management of
4. Krukenberg tumors: an 11-year experience and review of the literature. *Primary Care Update for OB/GYNS.* 1998 July-August; 5(4)157.

5. Heres P, Wiltink J, Cuesta MA. Colon carcinoma during pregnancy: a lethal coincidence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;48:149 – 52.
6. Kömürcü S, Özet A, Öztürk B, Arpacı F, Altundağ MK, Tezcan Y. Colon cancer during pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 2001 Jan;46(1):75-8.
7. Matsuoka Y, Ohtomo K, Araki T, Kojima K, Yoshikawa W, Fuwa S. MR imaging of clear cell carcinoma of the ovary. *Eur. Radiol* 2001;11:946-51.
8. Cosme A, Ojeda E, Bujanda L, et al: Krukenberg tumor secondary to gastric carcinoma in a woman in her eighth month of pregnancy. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24: 63-5.
9. Cappell MS. Colon cancer during pregnancy. *Gastroenterology Clinics of North America* 2003;32:341-83.