

APENDİKSTE LOW GRADE MÜSİNÖZ NEOPLAZM : TANI VE YÖNETİM

Mustafa GÖK¹, Uğur TOPAL¹, Gamze Kübra BOZKUR¹, Merve HAMURCU¹

¹Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Kayseri

(Alınış / Received: 22.10.2018, Kabul / Accepted: 27.12.2018, Online Yayınlanma / Published Online: 31.12.2018)

Anahtar Kelimeler

Akut batın, apendiks
tümörleri, low grade
müsinöz neoplazm

Özet: Apendiks tümörleri klinik olarak nadir görülmektedir. İnvaziv bir yapıya sahip olmadığı sürece perioperatif enflamasyonla ayrımı net olarak cerrah tarafından yapılamayabilir. İntraoperatif frozen tanıda kullanılabilir. İntraoperatif frozen kesit değerlendirilmesi ile daha geniş kapsamlı ameliyatların oranı azaltılabilir. Ayrıca operasyonda perforasyon sonucu gelişebilecek psödomiksoma peritonei riskine karşı dikkatli olmamız konusunda bize uyarıcı olacaktır. Kesin tanısı ise patolojik inceleme ile konulmaktadır. Sağ alt kadran ağrısıyla acil servise başvuran 67 yaşında erkek hasta akut apandisit, apendiks mukoseli ön tanısıyla operasyona alındı. Preoperatif tanı yöntemi olarak kontrastlı batın tomografisi kullanıldı. Tomografide apendiks duvarı normalden kalın ve uç kısmında ~6x4,5cm'lik bir genişliğe ulaşmış ve duvarı proksimalde ılımlı diffuz kalın (apse?, mukosel?) bulundu. Hastaya appendektomi yapıldı. Postoperatif patoloji sonucu apendiks low grade müsinöz neoplazm olarak değerlendirildi.

APPENDIX LOW GRADE MUCINOUS NEOPLASM: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Keywords

Acute abdomen, appendiceal
tumors, low grade mucinous
neoplasm

Abstract: Appendiceal tumors are rarely seen in clinical practice. As long as it does not have an invasive structure, it cannot be clearly differentiated by the surgeon. Intraoperative frozen section can be used for diagnosis. Intraoperative frozen section evaluation can reduce the rate of more extensive operations. In addition, the risk of pseudomyxoma peritonei, which may develop as a result of perforation in the operation, will be alert us to be careful. The definitive diagnosis is made by pathological examination. A 67-year-old male patient, who was admitted to the emergency department with right lower quadrant pain, was operated for acute appendicitis with the diagnosis of appendix mucocele. Contrast-enhanced abdominal tomography was used as a preoperative diagnostic method. The wall of the appendix was thicker than normal and reached a width of ~6x4.5 cm at the end and the wall was found to be moderately diffuse thick (abscess?, mucocele?) proximally. The patient underwent appendectomy. Postoperatively, the appendix was evaluated as low grade mucinous neoplasm.

1. Giriş

Apendiks tümörleri yaklaşık %0.2-0.3 oranında görülen, gastrointestinal sistemin nadir tümörleridir ve apendiksin tüm epitelyal tümörlerinin yaklaşık üçte birini müsinöz tümörler oluşturmaktadır¹⁻³. Apendiks kaynaklı mukosel klinik olarak nadir görülen, apendiks lümeninde dilatasyon, anormal müsin sekresyonu ile karşımıza çıkabilen, enflamatuvar veya tümöral kaynaklı bir patolojidir⁴. Low grade apendikal müsinöz neoplazm (LAMN), apendiks

duvarına belirgin invazyon yapmadan psödomiksoma peritoneiye (PMP) neden olabilmesiyle diğer gastrointestinal sistem neoplazilerinin seyrinden farklılık göstermektedir. LAMN histolojik olarak villöz veya düz proliferatif intestinal tip müsinöz epitel tipi ile karakterizedir. Bu yazıda radyolojik olarak akut apandisit sekonder mukosel olduğu düşünülen, operasyon sonrası spesimen patolojisi low grade müsinöz neoplazm olarak değerlendirilen olgu sunulmak istenmiştir.

2. Olgu sunumu

2 gündür olan sağ alt kadranda ağrı şikayeti ile acil servise başvuran 67 yaşındaki erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde ateşi 38°C idi, sağ alt kadranda hassasiyeti ve reboundu vardı, diğer sistemik muayeneleri doğaldı. Yapılan laboratuvar incelemede, tam kan sayımında beyaz küre sayısı (WBC) $15.8 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, hemoglobin (HGB) 14.4 g/dL, hematokrit (HCT) %42.1, platelet (PLT) $196 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ olarak ölçüldü. Tam idrar tahlili ve biyokimyasal parametrelerde anormal sonuç yoktu. Özgeçmişinde kronik hastalığı ve geçirilmiş cerrahisi yoktu. Çekilen kontrastlı batin tomografisinde apendiks duvarı normalden kalın ve uç kısmında yaklaşık 6x4.5cm'lik bir genişliğe ulaşmış ve duvarı proksimalde ılımlı diffuz kalın (apse?, mukosel?) olarak raporlandı (Şekil1,2). Mukosel ve perforasyon için apandisit ön tanılarını ile hastaya cerrahi planlandı. Laparoskopik bakıda apendiks hiperemik, ödemli ve uç kısmında yaklaşık 6 cm genişliğe ulaşan davul tokmağı şeklinde yapı olduğu görüldü.



Şekil 1



Şekil 2

Eksplorasyona devam edildiğinde apendiks kökünde perforasyon görülmesi üzerine McBurney insizyon ile laparotomi yapılmasına karar verildi. Apendiks karın

duvarına temas ettirilmeden dışarı alınarak apendektomi tamamlandı (Şekil 3). Operasyon sırasında sahada müsin kaçağı izlenmedi. Operasyonun gerçekleştiği saatte frozen inceleme yapılamayıp hastanın histopatolojik incelemesinde apendiks duvarında serbest müsin izlenmedi. Apendiks duvarında epitelyal hücre görülmedi. Lümende düşük dereceli displastik epitelle döşeli alanlar görüldü. Cerrahi sınırdaki lezyon görülmedi. Hastanın postoperatif takipleri sorunsuz geçti. Postoperatif 3. günde taburcu edildi. Tekrar hastaneye başvurusu olmadı. Taburculuk sonrası 10. gün kontrollünde tümör markerleri CEA, CA19.9 normal idi. Hastanın takibine medikal onkoloji bölümü ile birlikte devam edildi.



Şekil 3

3. Tartışma

Apendiks tümörleri kadın ve orta yaş hastalarda daha sık görülen tümörlerdir⁵. Operasyon öncesinde ve operasyon sırasında bu tümörler inflamatuvar süreçler ile karıştırılabilir. Olgular akut apandisit lehine değerlendirilerek apendektomi sonrası patolojide tümör tespit edilmesi ile veya peroperatif tümör şüphesi sonucu frozen section incelemesi ile değerlendirilerek tanımlanabilmektedir. Low grade müsinöz neoplazmların tedavi ve takip süreci ile ilgili literatürde kesin bilgiler olmamakla birlikte genellikle lokal tümörlerde basit apendektomi, çekal invazyon, büyük tümör varlığında veya nüks durumunda sağ hemikolektomi, PMP gelişmesi durumunda hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HIPEC), sitoreduktif cerrahi ve kemoterapi uygulamaları vardır⁶⁻¹⁰. Takip süreleri kesin kriterler ile belirlenmese de yıllık bilgisayarlı tomografi (BT), CEA,

CA19.9 ile takip edilebilir; ancak 1 yıl içerisinde çekilen BT'de lokal rekürrens tespit edilerek tamamlayıcı cerrahi uygulanan hastalar da tanımlanmaktadır¹¹⁻¹³. Maligniteye eşlik eden mukosel olgularında spontan veya operasyon esnasında gelişebilen rüptürün psödomiksoma peritonei oranında artışa ve sağ kalım oranında azalmayla ilişkili olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur⁶. Sunduğumuz vaka örneği akut apandisit düşünülerek acil operasyona alınan ve spesimen patolojisi low grade müsinöz neoplazm olarak gelen hastanın tanı ve tedavi planı açısından literatürdeki vakaların bir örneğini teşkil etmektedir. Hastanemizde frozen section çalışma saatlerinin kısıtlı olması nedeniyle apendiks tümöründen şüphelenilmesine rağmen kesin tanı operasyon sürecinde değil spesimen patolojisi ile konulmuştur. Cerrahi sınırlar negatif olduğundan ve patoloji low grade müsinöz neoplazi olarak raporlandığından hastaya ikincil cerrahi işlem planlanmamıştır.

4. Sonuç

Apendiks müsinöz neoplazmları nadir görülen apendiks kitlelerinden bir tanesi olarak karşımıza çıkar ve preoperatif tanı genellikle koyulamaz. Apandiküler kitlelerin detaylı preoperatif değerlendirilmesi cerrahi tekniğin seçiminde önemli bir rol oynar Akut ya da plastrone apandisit ön tanısı ile opere edilen hastalardan apendiks müsinöz neoplazi düşünülen hastalarda frozen inceleme yapılmalıdır. İntraoperatif frozen kesit değerlendirmesi ile daha geniş ameliyatların oranı azaltılabilir. Operasyonda perforasyon sonucu gelişebilecek psödomiksoma peritonei riskine karşı dikkatli olmamız konusunda bize uyarıcı olacaktır.

Kaynakça

1. Smeenk RM, van Velthuysen ML, Verwaal VJ, et al. Appendiceal neoplasms and pseudomyxoma peritonei: a population based study. *Eur J Surg Oncol*. 2008;34:196-201.
2. Shaib WL, Assi R, Shamseddine A, et al. Appendiceal mucinous neoplasms: diagnosis and management. *Oncologist*. 2017;22:1107-16.
3. Lam-Himlin D, Montgomery E, Torbenson M. Nonneoplastic and Neoplastic Disorders of the Appendix. In: Iacobuzio-Donahue CA, Montgomery E, editors. *Gastrointestinal and Liver Pathology* 2nd ed. Philadelphia: Elsevier, 2012: 57-296.
4. Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB. Mucocele of the appendix: imaging findings. *Am J Roentgenol*. 1992; 159: 69-72.
5. Sugarbaker PH. Peritonectomy procedures. *Ann Surg*. 1995;221:29-42
6. Dachman AH, Lichtenstein LE, Friedman AC. Mucocele of the appendix and

- pseudomyxoma peritonei. *Am J Roentgenol*. 1985; 144:923-9.
7. Nouri K, Demmel M, Ott J, et al. Villous mucinous cystadenoma of the appendix in a postmenopausal woman. *JLS*. 2010;14:296-8.
8. Jacquet P, Stephens AD, Averbach AM, et al. Analysis of morbidity and mortality in 60 patients with peritoneal carcinomatosis treated by cytoreductive surgery and heated intraoperative intraperitoneal chemotherapy. *Cancer*. 1996;77:2622-9.
9. Misdraji J. Mucinous epithelial neoplasms of the appendix and pseudomyxoma peritonei. *Mod Pathol*. 2015;28:67-79.
10. Foster JM, Gupta PK, Carreau JH, et al. Right hemicolectomy is not routinely indicated in pseudomyxoma peritonei. *Am Surg*. 2012;78:171-7.
11. Panarelli NC, Yantiss RK. Mucinous neoplasms of the appendix and peritoneum. *Arch Pathol Lab Med*. 2011;135:1261-8.
12. Zagrodnik DF, Rose DM. Mucinous cystadenoma of the appendix: diagnosis, surgical management, and follow-up. *Curr Surg*. 2003;60:341-3.
13. Youssef H, Newman C, Chandrakumaran K. Operative findings, early complications, and long-term survival in 456 patients with pseudomyxoma peritonei syndrome of appendiceal origin. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54:293-9.