

Ampulla Vater'deki Mikroadenomatöz Proliferasyon Zemininde ve Duodenumda Gelişmiş Karsinom

Carcinoma Arising in Microadenomatous Proliferation of Ampulla of Vater and Duodenum

Sare Kabukçuoğlu¹ Özgül Paşaoğlu¹
Serap Işıksoy¹ Nilüfer Tel¹ Bekir Yaşar²

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

¹Patoloji Anabilim Dalı ²Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Özet: Ampulla Vater karsinomları erken evrede ampulla lümenini tıkayarak semptom vermeleri nedeniyle periampuller bölge tümörlerinden ve kolorektal karsinomlardan daha iyi prognoz gösterir. Çok az görülen tümörler olup, opere edilebilen pankreatoduodenal tümörlerin % 10,2-% 36 sını oluşturur. Mikroadenom ve intramukozal adenomların %42-91 oranında bu invaziv lezyonlara eşlik ettiği gösterilmiştir. 64 yaşında erkek hastada tanımlanan ampulla Vater'deki mikroadenomatöz proliferasyon zemininde ve duodenumda iki odak halinde gelişmiş evre II karsinom, yerleşim yerine bağlı olan değişik özellikleri ve az görülmesi nedeniyle kaynak bilgileri eşliğinde sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Ampulla Vater karsinomu

* Hepatopankreatobilier Bilimler Kongresi'nde (1-4 Kasım 1997, İzmir) sunulmuştur.

Summary: Obstructing the orifice or the ductal lumen, carcinoma of the ampulla of Vater can be diagnosed early and unlike other periampuller neoplasms and colorectal carcinomas have a good prognosis. These neoplasms are rare and make up about % 10,2-% 36 of all operable pancreaticoduodenal neoplasms. Adenomas and microadenomatous structures have been found in the vicinity of the carcinomas in 42-91 per cent of all cases. 64-year-old male patient presented with carcinoma of duodenum and ampulla of Vater which is localized on a microadenomatous proliferation. This case is presented here because of rarity and different features related with its localization.

Key Words: Carcinoma of the ampulla Vater

* Presented in Hepatopankreatobilier Sciences Congress (1-4 November 1997, İzmir).

Ampulla Vater bölgesinde başta villöz adenomlar olmak üzere lenfangiomlar, karsinoidler, leiomyofibromlar, lipomlar, nöromlar, yangısal polip ve gangliositik paragangliomlar gibi benign tümörler ve karsinomlar görülebilir (1, 2). Ampulla Vater karsinomları seyrek olup otopsi dizilerinde % 0,063- % 0,21 oranında bildirilmiştir. Opere edilebilen pankreatoduodenal tümörlerin % 10,2-% 36'sını oluştururlar. Periapuller bölge neoplazmaları dışında tutulursa pankreas, safra kesesi ve ekstrahepatik safra kanallarına ait karsinomlardan daha az sıklıkta görülürler (3). Tüm epitelyal malignitelerin % 1 ini, gastrointestinal sistem karsinomlarının ise % 5'ini oluştururlar. Bu bölgenin karsinomlarının komşuluğunda yüksek oranda tübüler ve villöz adenom, adenomatöz kalıntılar ve mikroadenomların varlığı gösterilmiştir (4).

Ampuller bölgede, birleşik kanalın bir kısmını tutan ve mikroadenomatöz proliferasyon zemininde gelişmiş mukozal karsinom ile komşu duodenumda eş zamanlı oluşmuş submukozaya dek ilerleyen karsinom olgusu yerleşimine bağlı olarak erken evrede yakalanabilmesi ve az görülmesi nedeniyle kaynak bilgileri ışığında sunuldu.

Olgu Sunumu

64 yaşında erkek hasta (H.K, 3410-13/ 97) bir aydır olan sarılık, kusma, karın ağrısı yakınması nedeniyle Kütahya Devlet Hastahanesi'ne başvurdu. Burada alınan endoskopik biopside adenokarsinom saptanması üzerine hastahanemize gelen hastada ultrasonografide ampulla Vater'de tıkanıklık, koledok ve Wirsung kanallarında dilatasyon saptandı. Total bilirubin 4.7 mg/dl, direkt bilirubin 3.6 mg/dl, ALT 126 U/L, AST / 165 U/L, alkalin fosfataz 1217 U/L idi. Whipple operasyonu uygulandı. Makroskopik incelemede ampulla Vater duodenum lümeninde 2 x 2 x 1.5 cm boyutlarında bir kitle oluşturuyordu. Bu alan komşuluğunda duodenumda 2 x 2 cm'lik bir alanda plilerde düzensizlik vardı. Mikroskopik incelemede periampuller bölgeyi tutup birleşik kanala doğru uzanan, birleşik kanalın ampuller kitle içerisindeki 2 mm lik kısmını tutmamış iyi diferansiye adenokarsinom izlendi. Ampuller bölgede yüzey epiteli mikroadenomatöz proliferasyon gösteriyordu. Komşu duodenumda da submukozaya dek uzanan ve lenfatik invazyon oluşturan diğer bir adenokarsinom odağı saptandı. Safra kesesi, pankreas, pankreasa ait kanallarda ve cerrahi sınırlarda tümöral dokuya rastlanmadı (Resim 1-3).

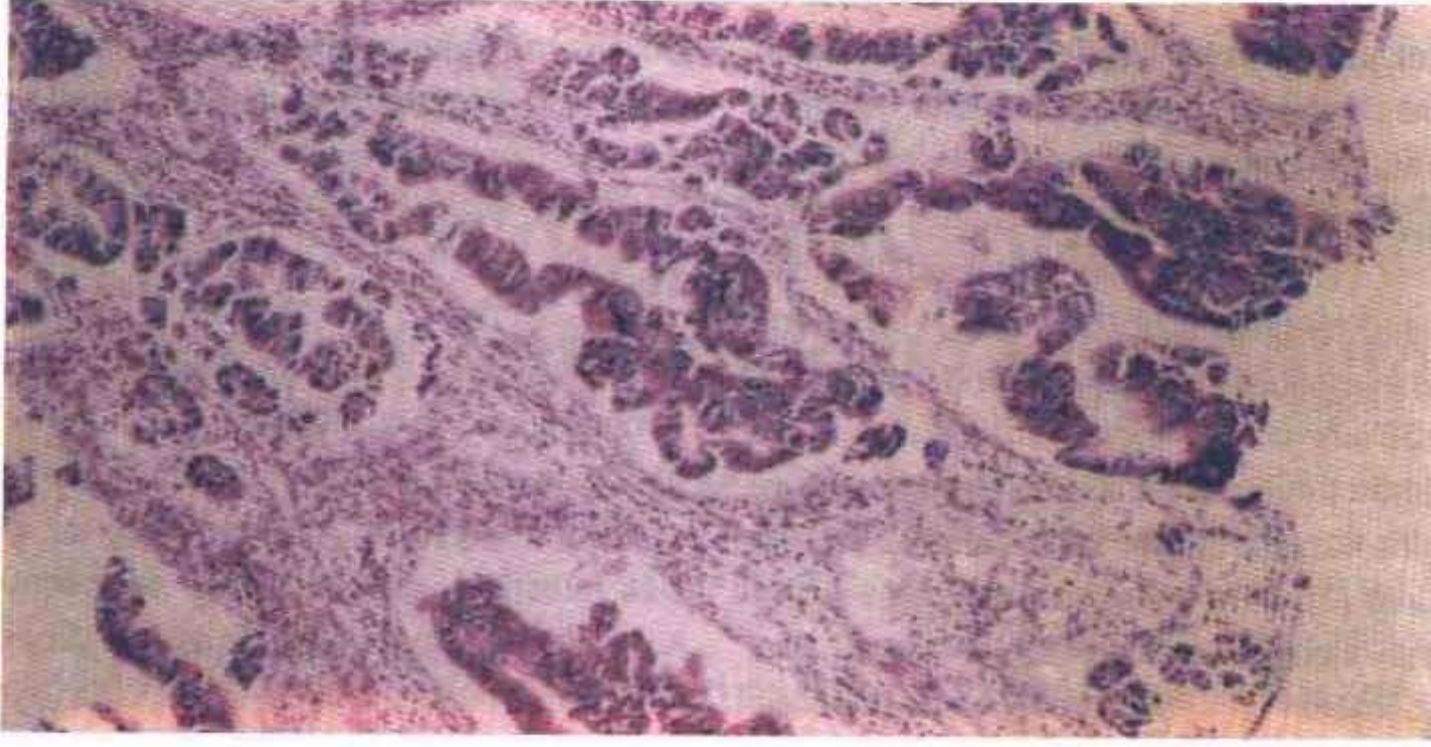
Çöliak trunkus, peripankreatik bölge ve pankreatikoduodenal bölgede bulunan 12 lenf düğümü reaksiyoneldi. Cerrahi evre II olarak değerlendirildi.

Tartışma

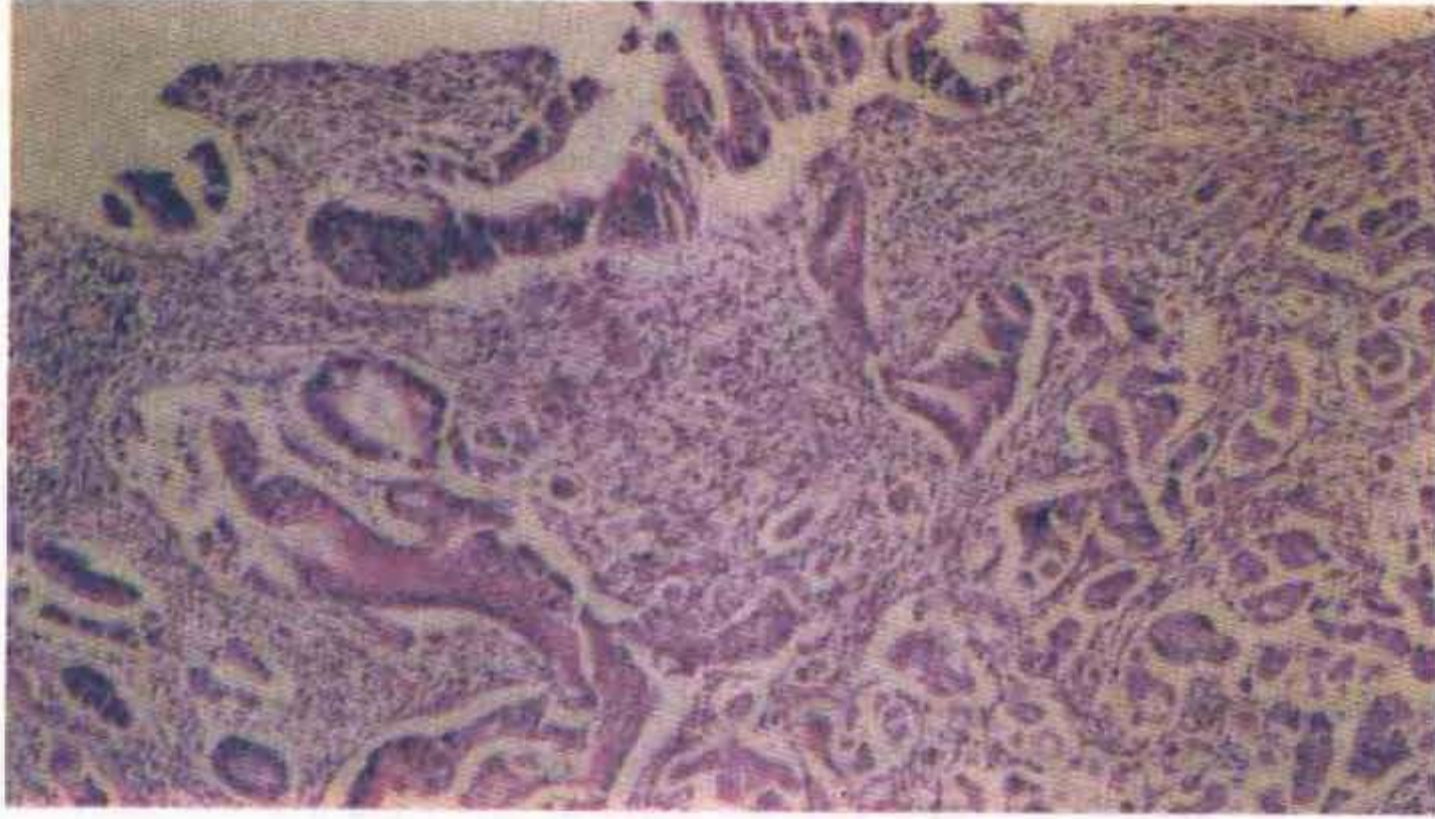
Ampulla Vater tümörleri diğer periampuller bölge tümörlerinden ayrı olarak ampulla lümenini kısa sürede tıkadıklarından daha erken tanı alırlar. Erken ve uygun cerrahi sağaltım ile daha iyi prognoz gösterirler. (3-6). Üst intestinal endoskopi ve endosonografinin yaygın kullanılması, operasyon sırasında frozen uygulanması tanıyı kolaylaştırmaktadır (7-10). Bir aydan beri sarılık, bulantı, kusma, karın ağrısı, kolelitiazis semptomları olan olgumuzda da tanıya ultrasonografi ve biopsi ile ulaşılmıştır.

Ampuller karsinomanın başlangıç yerini saptamak genellikle güçtür. Küçük tümörlerin ampulla Vater'in 3 kanalından birinde (birleşik kanal, intraduodenal safra kanalı ve intraduodenal pankreatik kanal) başladığı gösterilebilir. Yamaguchi ve ark. nın 109 olgudan oluşan dizilerinde olguların yarısından azında bu özellik gösterilebilmiş olup bu olguların % 80 inin birleşik kanaldan başladığı görülmüştür (3). Kendi olgumuzda da karsinom birleşik kanalda izlenmiştir. Bu tümörler intramural, intramural tümörün çevreye yayılması biçiminde ya da ülserasyon gösteren türde büyüyebilir. İntramural tümörler erken dönemde tanı alırlar ya da diğer türlere ilerlerler. Yamaguchi ve ark. Oddi sfinkterinin iç kısmında kalan tümörleri evre I, duodenumun periampuller bölgesini tutanları evre II, duodenumun kas tabakasını tutanları evre III, pankreasa yayılma gösterenleri de evre IV olarak sınıflamışlardır (3). Olgumuzda ampuller bölgede intramural büyüme gösteren tümör yanısıra duodenum periampuller bölgede submukozaya ilerlemiş ikinci bir tümöral odak bulunduğundan evre II olarak kabul edilmiştir.

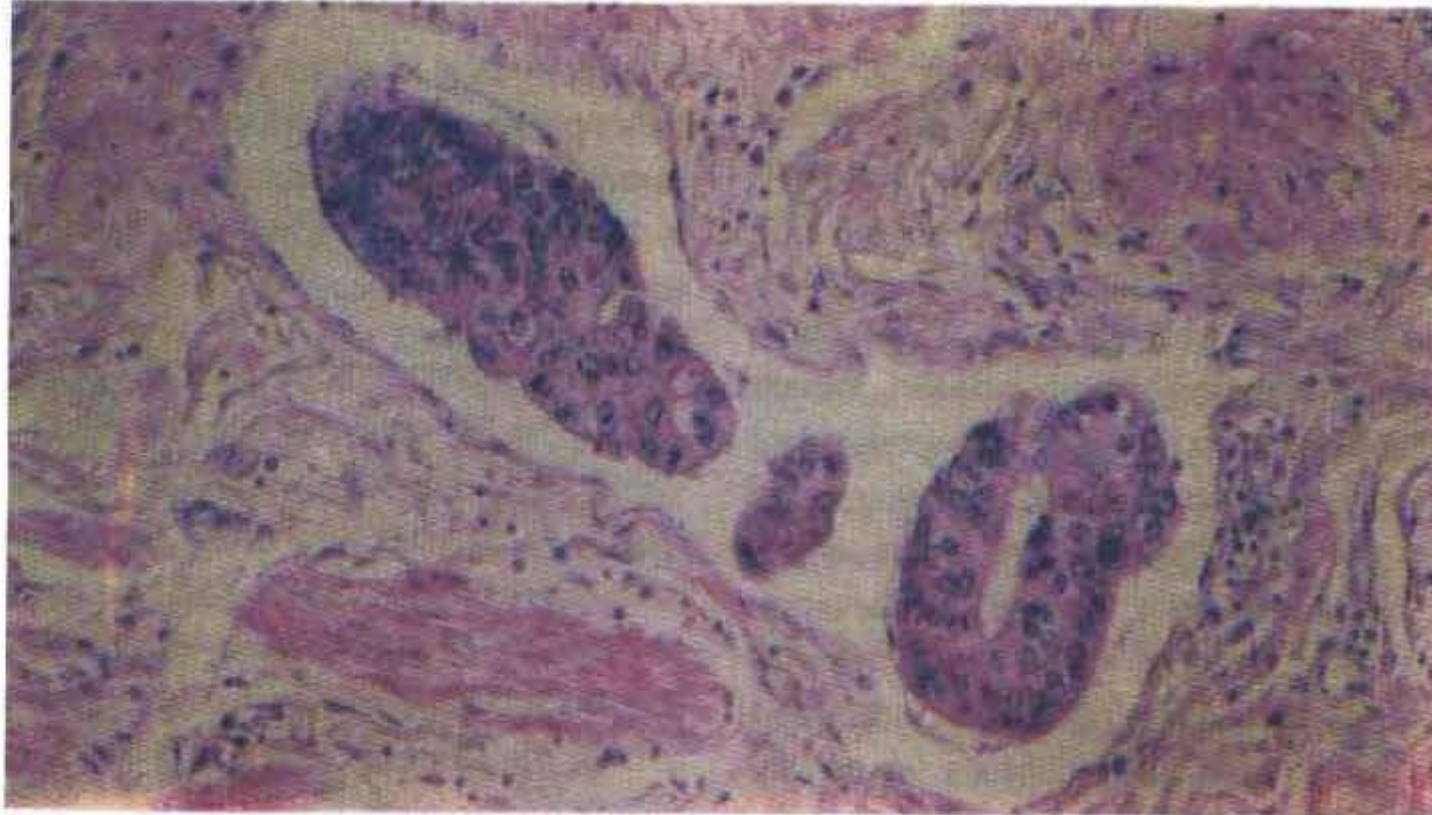
Kolorektal karsinomlarda adenomatöz kalıntılarının varlığı % 0.9- % 22 arasında bildirilmiştir (1, 3, 4). Ampulla Vater karsinomlarının yakınında ise % 42-91 oranında tübüler ya da villöz adenomlar, adenomatöz kalıntılar ve mikroadenomların varlığı gösterilmiştir (4). Bu veriler, ampulla Vater tümörlerinin, bu bölgede daha önceden oluşan adenomlardan geliştiğini göstermektedir. Olgumuzda da ampuller bölgede mikroadenomatöz proliferasyon gözlenmiştir.



Resim 1. Ampuller bölgede mikroadenomatöz yapılardan gelişmiş karsinom (HE x 80).



Resim 2. Duodenumda submukozada Brunner bezlerini de infiltre eden karsinom (HE x 80).



Resim 3. Submukozada lenfatikler içinde tümöral invazyon (HE x 400).

Bu tümörlerde adenomatöz yapılarda ve bitişiğindeki yüzey ya da kanal epitelinde % 80 oranında orta ve kuvvetli derecelerde displazinin var olduğu gösterilmiştir (3).

Yaşam süresi tümörün boyutuna, lenf düğümü, pankreas ve safra kanalları gibi komşu yapıların tutulumuna,

perinöral invazyona, malignitenin derecesine, histopatolojik türüne bağlıdır. Cerrahi girişim yöntemi de yaşam süresini etkilemekte olup pankreatikoduodenektomilerde evreye göre 5 yıllık yaşam süresi % 11-85 arasında değişmektedir (3, 4-6, 8).

Kaynaklar

1. Rosenberg J, Welch JP, Pyrtek LJ, Walker M, Trowbridge P. Benign villous adenomas of the ampulla of Vater. *Cancer* 1986; 58: 1563-68.
2. Rosai J. Pancreas and Periapillary Region. *Ackerman's Surgical Pathology*. St Louis: Mosby. Eighth Edition, Volume One, 1996: 969-1014.
3. Yamaguchi K, Enjoji M. Carcinoma of the ampulla of Vater. A clinicopathologic study and pathologic staging of 109 cases of carcinoma and 5 cases of adenoma. *Cancer* 1987; 59: 506-15.
4. Baczako K, Büchler M, Beger HG, Kirkpatrick J, Haferkamp O. Morphogenesis and possible precursor lesions of invasive carcinoma of the papilla of Vater. *Hum Pathol* 1985; 16: 305-10.
5. Shutze WP, Sack J, Aldrete JS. Long-term follow-up of 24 patients undergoing radical resection for ampullary carcinoma, 1953 to 1988. *Cancer* 1990; 66: 1717-20.
6. Neoptolemos JP, Talbot IC, Shaw DC, Carr-Locke DL. Long-term survival after resection of ampullary carcinoma is associated independently with tumor grade and a new staging classification that assesses local invasiveness. *Cancer* 1988; 61: 1403-7.
7. Tio TL, Sie LH, Verbeek PCM, DeWit LT, Tytgat GNJ. Endosonography in diagnosing and staging duodenal villous adenoma. *Gut* 1992; 33: 567-8.
8. Buğra D, Alper A, Gökşen Y, Emre A. Villous tumors of the duodenum. *Hepatogastroenterol* 1991; 38: 84-5.
9. Bar-Natan M, Phillips E, Dale R, Grossman D, Saxe A. Villous adenoma of the duodenal bulb. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1120-1.
10. Goodman P, Anaya LN, Gourley WK. Reverse-figure 3 sign in duodenal adenocarcinoma arising in a villous adenoma: Radiographic demonstration. *Clin Imag* 1991; 15: 283-5.
11. Vinnicompe S, Grundy A. Case report: Obstructive jaundice secondary to an intussuscepting duodenal villous adenoma. *Clin Radiol* 1992; 46: 63-5.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Sare Kabukçuoğlu
Vişnelik Mah. Taşköprü Cad. Yalçın Sitesi B Blok Daire 13
Eskişehir
