

Crohn hastalığını taklit eden ince barsak karsinoid tümörü: Olgu sunumu

The small intestine carcinoid tumor is mimicking of Crohn's disease: A case report

Mübeccel GÜMRAH, Kemal KUTOĞLU, Özlem MUTLUAY, Özgür MEHTAP, Necati YENİCE

SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Karsinoid tümörler gastrointestinal sistemin enterokromaffin hücrelerinden kaynaklanan, nadir görülen tümörleridir. Klinik muayene ve görüntüleme yöntemleriyle kesin tanısını koymak zordur. Özellikle gastrointestinal sistemin diğer tümörleri ve inflamatuvar barsak hastalıkları ile karışabilir. Biz bir hastaya klinik bulguları, kompute tomografi ve enteroklizis görüntülemelerine göre Crohn hastalığı düşünülerek tedavi başladık. Ancak hasta ileus gelişmesi üzerine opere edildi. Operasyonda elde edilen sırasında materyalin patolojik incelemesinde karsinoid tümör tanısı konuldu. Bu olguyu demonstratif olması açısından sunmaya değer bulduk.

Anahtar sözcükler: Karsinoid tümör, ince barsak, Crohn hastalığı

Carcinoid tumors arising from the enterochromaffin cells of the gastrointestinal system are seen rarely. Definitive diagnosis of these tumors by clinical examination and imaging methods is difficult. They can especially interfere with other gastrointestinal tumors and inflammatory bowel disease. According to the clinical signs, and CT and enteroclysis imagings, we started treatment in a patient considered as Crohn's disease. But the patient was operated because of ileus. The material removed from the patient at operation was diagnosed as carcinoid tumor by pathological evaluation. We found the case worthwhile to present from the point that it is demonstrative.

Key words: Carcinoid tumor, small intestine, Crohn's disease

GİRİŞ VE AMAÇ

Karsinoid tümörler sindirim sisteminin enterokromaffin hücrelerinden kaynaklanır. Çoğu ileum, rektum, mide ve appendikste lokalizedir. Ekstraintestinal yerleşim ise en çok bronşlarda görülür. Gastrointestinal sisteme ait konvansiyonel radyolojik tetkikler, kompute tomografi (CT), manyetik rezonans (MRI) gibi görüntüleme yöntemleriyle kesin tanısının yapılması zordur. Çoğu asemptomatik olup rastgele yapılan laparoskopik girişimlerde tespit edilir. Bir kısmı da tümör hücrelerinden salınan serotonin ve benzer maddelerin sistemik dolaşıma geçmesiyle meydana gelen karsinoid sendrom semptomlarıyla tanınır (1-2).

OLGU

47 yaşında erkek hasta üç yıldır devam eden karın ağrısı, şişkinlik, zaman zaman diyare ve konstipasyon yakınmaları ile genel dahiliye polikliniğine başvurdu. Karın ağrısı özellikle karın sol tarafından başlıyor ve tüm batına yayılıyordu. Hasta son 2 ayda 12 kilo kaybetmişti. Özgeçmişinde

herhangi bir hastalık anamnezi olmayan hasta 10 paket /yıl sigara kullanıyordu.

Fizik muayenesinde batın orta hatta palpabl hassas kitle tespit edildi.

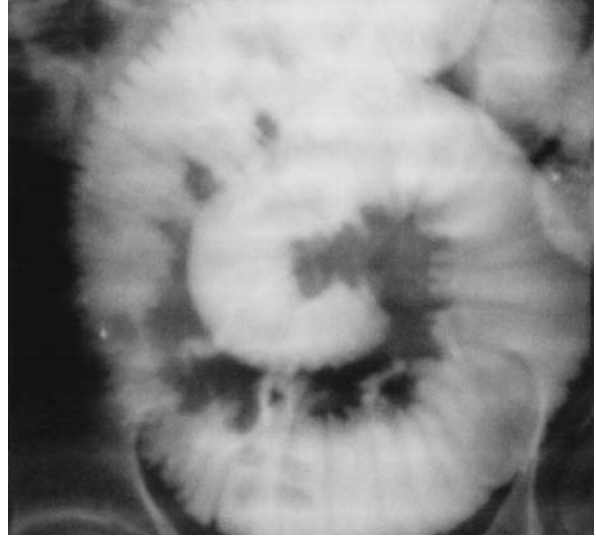
Laboratuvar incelemelerinde anormal bulgu tespit edilmedi.

Hastanın batın ultrasonografisi (USG)'nde batın orta hatta barsak anslarında belirginleşme tespit edilmesi üzerine çekilen batın CT'sinde umblikal düzlemden başlayarak kaudale doğru, orta hatta intestinal anslarda diffuz konsatrik duvar kalınlaşması ve periintestinal inflamasyon (inflamatuvar barsak hastalığı?) tespit edildi (Resim 1). Yapılan kolonoskopik incelemede rektum mukozasında eritamatöz görünüm dışında patolojik kolonoskopik bulgu tespit edilemedi. Rektum mukozası dışında diğer kolon kesimlerinin tamamen normal görünüm sergilemesi nedeniyle biyopsi alınmadı. Rektumdan alınan materyalin patolojik incelemesinde de anlamlı patolojik bulguya rastlanmadı. Hastada inflamatuvar barsak hastalığı açısından doğrulayıcı patolojik bulgu tespit



Resim 1. Olgunun BT görüntüleri

edilememesi üzerine yapılan enterokliziste proksimal ileal anlarda dilatasyon, Crohn hastalığı ile uyumlu gül dikenli tarzında ülserler ve mukozada kaldırım taşı görünümü tespit edildi. Bu segmentin distaline kontrast madde geçişi gecikmeli ve zayıftı ve bu düzey darlık olarak değerlendirildi. Distal ileal anlarda da Crohn hastalığı ile uyumlu benzer bulgular saptandı (Resim 2). Crohn hastalığı aktivite indeksine göre yapılan skorlamada orta aktiviteli hastalık olarak değerlendirilen hastaya Siprofloksasin 1000 mg /gün, Meselamin 3 gr /gün, Siklofosamid 100 mg /gün tedavisi başlandı. Tedaviden belirgin fayda görmeyen hastanın karın ağrıları devam etti. Hastaneye başvurusunun 1. ayı içinde karın ağrısı, gaz gayta çıkışında zorlanmanın artması, bulantı ve kusma şikayetleri gelişen hasta, ileus tanısı ile genel cerrahi kliniği tarafından operasyona alındı. Laparotomi sırasında terminal ileumdan itibaren 70cm'e kadar lümeni obstrükte eden ve pasajı tama yakın tıkayan ans tespit edildi. İnce barsak mezosunda da çok sayıda lenfadenopati mevcuttu. Obstrükte ansın yaklaşık 10 cm distal ve prok-



Resim 2. Olgunun enteroklizis görüntüsü

simalinden parsiyel rezeksiyon ve uç uca anastomoz uygulandı. Cerrahi olarak çıkarılan parçanın histopatolojik incelemesi multifokal karsinoid tümör olarak geldi. Cerrahi sınırlarda tümör görülmedi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta genel cerrahi ve gastroenteroloji polikliniklerinden ayaktan takibe alınmak üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Karsinoid tümörler gastrointestinal sistemin seyrek görülen tümörlerindedir. ABD'de prevalansı 100.000'de 1,9 olup kadınlarda daha çok mide, erkeklerde ise ince barsak ve rektum yerleşimlidir (3).

İnce barsak karsinoidlerinin major klinik semptomu bizim olgumuzda da olduğu gibi periyodik abdominal ağrı ve ağrıyla birlikte görülen intermitten ince barsak obstrüksiyonudur. Bu klinik semptomlar ince barsağa ait hemen bütün selim ve malign patolojilerde görülebilir. Ayırıcı tanıya başta Crohn hastalığı olmak üzere inflamatuvar barsak hastalıkları, tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıkları, divertikulozis, lenfoma başta olmak üzere ince barsağın tüm tümöral hastalıkları girmektedir. Karsinoid tümör metastaz yapmışsa, dolaşıma geçen serotonin ve metabolitlerinin oluşturduğu karsinoid sendrom gelişebilir. Sendrom flushing, diyare, wheezing, pellegra benzeri cilt bulguları ile seyrederek ve tanı daha kolay konabilir (1-2).

12 vakalık retrospektif bir çalışmada ince barsak obstrüksiyonu %33, akut apandisit %33, perforatif peritonit %9, karsinoid sendrom ise %17 oranında görülmüştür (4).

Konvansiyonel radyolojik metodlarla karsinoid tümör tanısı koymak zordur. İleal karsinoidler özellikle yaşlı hastalarda Crohn hastalığı ile karışabilir (5-6). Bizim de olgumuza Crohn hastalığı tedavisi başlanmasının nedeni enteroklizis görünümlerinin Crohn hastalığı olarak yorumlanmasıdır. İnce barsak tutulumlu Crohn hastalığının tanısında enteroklizis, ince barsak sonografisi ve Tc 99 m işaretli lökosit sintigrafisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada enteroklizisin sensitivitesi %92, spesifitesi %97, pozitif prediktif değeri %98, negatif prediktif değeri ise %88 bulunmuştur (7). Bir başka çalışmada ise konvansiyonel enteroklizis, ince barsak ultrasonografisi ve MRI-enteroklizis karşılaştırılmış ve konvansiyonel enteroklizis için sensitivite %66,7 spesifite %100 bulunmuştur. MRI yöntemi ile sensitivite artmaktadır (8).

Karsinoid tümörlerin, özellikle angiomatöz polipoid tiplerinin neden olduğu stenotik formlarının makroskopik patolojik görünümleri de Crohn hastalığı ile karışabilir. Ayırıcıları neoplastik hücrelerden salgılanan ve proliferasyonu sağlayan

transforming growth faktör alfa'nın immunohistokimyasal olarak gösterilmesiyle yapılabilir (9).

Bazan karsinoid tümörler Crohn hastalığı ile birliktelik gösterebilir (10). Primer Crohn hastalığı tanısına sahip kişilerde yıllar sonra adenokarsinom gelişebileceği gibi, Crohn hastalığından etkilenmiş barsak segmentlerinde karsinoid tümör odakları geliştiği de bildirilmiştir (11).

Karsinoid tümörlerin tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Metastatik formlarda kemoterapi verilebilir. Bizim olgumuzda da cerrahi rezeksiyon uygulanarak tedavi edilmiştir. İnce barsak karsinoidlerinin postoperatif dönem sürvileri ile ilgili bir çalışmada; 89 duodenal, 2347 jejunal ve ileal tümörlü hasta 40 yıl boyunca izlenmiş ve 5, 10, 15 yıllık sağkalım duodenal karsinoidler için sırasıyla %60, %46, %28 jejunal ileal karsinoidler için ise %56, %36 ve %23 bulunmuştur (12).

Olgumuzda olduğu gibi karın ağrısı, bulantı, kilo kaybı gibi semptomlarla seyreden, konvansiyonel enteroklizis yöntemlerinde Crohn hastalığı tanısını düşündürdüğü ve ileumdan alınan endoskopik biyopsilerin yetersiz olduğu vakalarda kesin tanıya ulaşmak için laporoskopik biyopsi yapmak ve ayırıcı tanıda karsinoid tümörleri de akla getirmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Sleisenger & Fordtran's. *Gastrointestinal and Liver Disease 6th Edition Volume: 2 Section X, Chapter 110 Gastrointestinal Carcinoid Tumors and the Malignant Carcinoid Syndrome* page: 1834.
2. Veyrie N, Pierre Kahn N, Hugal D, et al. Carcinoid tumor from the small intestine. *Ann Chir* 2004 Dec; 129 (10): 607-10.
3. Gocetti E, Paci E. Malignant carcinoids in the USA SEER 1992-1999 An epidemiological study with 6830 cases. *Eur J Cancer Prev* 2003 Jun; 12 (3): 191-4.
4. No author listed. *Gastrointestinal carcinoid tumors aretrospective analysis of 12 cases* . *Khirurgia (Soffia)* 2004; 60(1): 8-11.
5. Bassi A, Launghran C, Foster P. Carcinoid tumour of the terminal ileum simulating crohn disease. *Scand J Gastroenterol* 2003 Sep; 38 (9): 1004-6.
6. Mir Madjessi SH, Winkelman E, DAVIS GA. Carcinoid tumors of the terminal ileum simulating crohn disease. *Cleve Clin J Med* 1988 May-Jun; 55 (3): 257-62 .
7. Rispo A, Imbriaco M, Celentano L, et al. Small bowel Crohn's disease .Comparison of enterocylisis, bowel snography and Tc 99 m HMPAo leukocyte scintigraphy . *Eur Rev Med. Pharmacol Sci* 2004 Sept-Oct 8(5): 219-24.
8. Schmidt J, Reinshagen M, Brambs Adler G, Rieber A. Comparison of conventional enterocylisis, intestinal ultrasound and MRI- enterocylisis for determining changes in small intestine and complications in patients with Crohn's disease. *Z. Gastroenterol.* 2003 Jul; 41 (7): 641-8.
9. Vesoulis Z, Abrahams N, Becker J, Slezak F. Carcinoid related angiomatous polyposis simulating Crohn disease . *Arc. Pathol. Lab. Med* 2000 Mar: 124 (3): 450-4.
10. Brown GA, Kallin J, Rogan RK. The coexistence of carcinoid tumour and Crohn's disease. *J. Clin. Gastroenterol* 1986 Jun; 8(3 pt 1): 286-9.
11. Van Landhingam SB, Kluppel S, Symmands R, Synder SK, Ceexisting carcinoid tumour and Crohn's disease. *J.Surg. Oncol.*1983 Dec; 24 (4): 310-4.
12. Zor N, Gormo H, Haimberg L, et al. Long term survival of patients with small intestinal carcinoid tumours. *World J Surg* 2004 Nov; 28 (11): 1163-8.