

Mide adenokarsinomlu total situs inversus: Olgu sunumu

Situs inversus totalis with adenocarcinoma of the stomach: Case report

Behlül BAYDAR, Fuat ATALAY, Ali Eba DEMİRBAĞ, Tahsin DALGIÇ, Necdet ÖZÇAY

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

Situs inversus totalis nadir görülen bir konjenital anomalidir. Kırk yaşında bir erkek, hastanemize bulantı, kusma ve karın ağrısıyla başvurdu. Situs inversus totalis tanısı endoskopik olarak ve akciğer filmiyle konuldu. Burada, subtotal gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonuyla tedavi edilen mide adenokarsinomlu situs inversus totalis olgusunu sunduk. Nadir rastlanan bir olgu olması ve ayna görüntüsüne sahip bir karın anatomisinde ameliyat yapmak zor olduğundan bu olguyu bildirmeye değer bulduk.

Anahtar sözcükler: Situs inversus totalis, adenokarsinoma, mide

Situs inversus totalis is a rare congenital anomaly. A 40-year-old man was admitted to our hospital with nausea, vomiting and abdominal pain. The diagnosis of situs inversus totalis was made endoscopically and with chest X-rays. Herein we report a case of situs inversus totalis with adenocarcinoma of the stomach, which was treated by subtotal gastrectomy and D2 lymph node dissection. We report this case as particularly noteworthy because of its rarity and due to the difficult nature of operation with a mirror-image abdomen anatomy.

Key words: Situs inversus totalis, adenocarcinoma, stomach

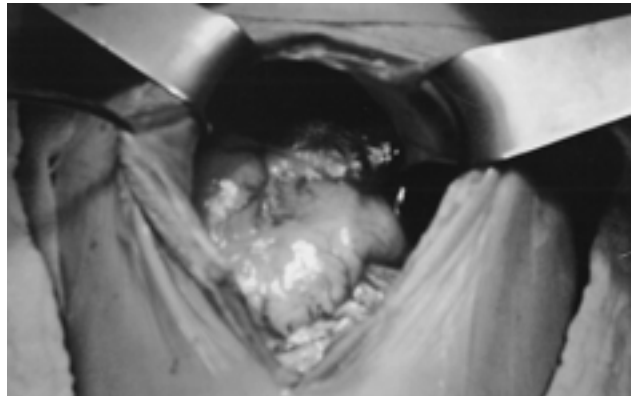
GİRİŞ VE AMAÇ

Situs solitus terimi vücut organlarının normal yerleşimini tanımlar. Situs inversus totalis ise, torasik ve abdominal organların revers izomerik veya tam ayna imajı olarak tanımlanır (1). Total situs inversus, 10000 ile 50000 doğumda 1 görülen konjenital bir anomalidir. Torasik ve abdominal organların ayna görüntüsü olarak tanımlanabilir. Bu durum, normal yaşamı etkilemediği gibi, premalign bir hastalık da değildir (2). Bu olguyu, nadir rastlandığından ve ameliyatında ayna görüntüsü organ yerleşimi durumunda taktik operatif problemler olarak gastrektomi ve lenf nodu diseksiyonunun zor olması nedeniyle bildirmeye değer bulduk.

OLGU

Kırk yaşında erkek hasta (KT-72311/04) kliniğimize bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Altı aydır şikayetleri olan hastanın yapılan tetkiklerinde biyokimyasal ve hematolojik değerleri normaldi. PA-Akciğer grafisinde dekstro-kardi, endoskopik muayesinde hastanın situs inversus olduğu ve tümörün ülser, kanayan ve küçük kurvatur tarafında bulunduğu, kardiya ve antruma infiltrasyonunun olduğu ve pasajı

güçleştirdiği tespit edildi. Tümöröl yapıdan biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu adenokarsinoma olarak rapor edildi. Tüm batın ultrasonografisinde total situs inversus doğrulandı. Yapılan ekokardiyografisinde sol ventrikül çap ve sistolik fonksiyonlarının normal olduğu ve dekstro-kardi bulunduğu rapor edildi. Hasta mide kanseri tanısıyla ameliyata alındı. Laparotomide hastanın tüm batın organlarının ters yerleşimli olduğu (Resim 1), palpasyonda tümörün hissedilmediği, serozaya ulaşmadığı, 3 no'lu lenf nodlarından en büyüğünün 1,5 cm olduğu, çöliyak trunkus ve

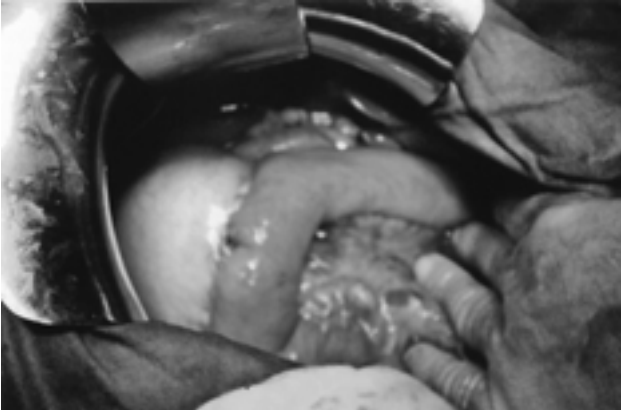


Resim 1. Laparotomide organların yerleşiminin görünümü



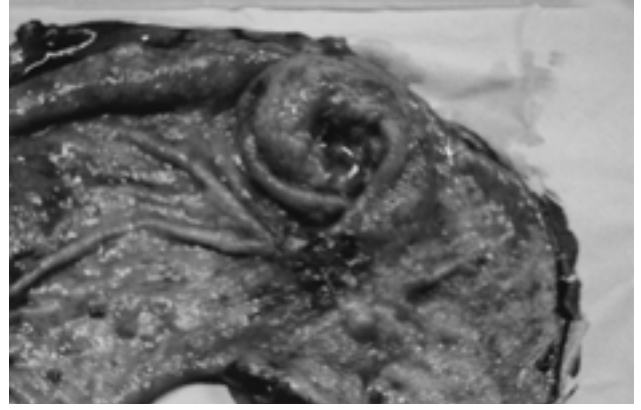
Resim 2. Çölyak trunkus çevresi

hepatik arter çevresinde 1 cm'lik lenf bezleri bulunduğu görüldü (Resim 2). Karaciğer ve diğer batin içi organlar normal görünümündeydi. Hastaya subtotal gastrektomi, kısa ansula antekolik izoperistaltik Hoffmeister-Finsterer tipi gastrojejunostomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu yapıldı (Resim 3).



Resim 3. Operasyon sonrası organların görünümü

Operasyon sonrası spesmenin incelenmesinde tümörün makroskopik olarak Bormann Tip II a+c olduğu, küçük kurvaturden pilora doğru uzandığı, üst cerrahi sınıra makroskopik olarak 10 cm, alt cerrahi sınıra 6 cm mesafede olduğu saptandı (Resim 4). Hastaya ameliyat sonrası 5. günde oral başlandı, tolere etti, foramen Winslow'a konan dreni alındı. Patoloji raporunda makroskopide küçük kurvatur 11 cm, büyük kurvatur 22 cm uzunluğundaydı. Küçük kurvatur tarafında incisura angularise yakın yerleşimde korpus-antrum bileşkesinde 3x2.5 cm ölçülerinde mukozal düzensiz kanamalı alan dikkati çekti. Bu alan üst



Resim 4. Tümörün makroskopik kesitte görünümü

cerrahi sınıra 2 cm, alt cerrahi sınıra 6.5 cm uzaklıktaydı. Bu alanın kesitinde mukoza 4 mm'ye kalınlaşmıştı. Küçük kurvaturdan en büyüğü 1.5 cm boyutunda 23 adet lenf nodu, büyük kurvaturden en büyüğü 1.2 cm boyutunda 5 adet lenf nodu, pilorik bölgede 0.7 cm çapında 3 adet lenf nodu saptandı. Mikroskopisinde tümör flat ve eleve tipte (Tip IIa + IIb), 3x2.5 cm ölçülerinde, en kalın yerinde 2 mm kalınlığındadır. Mikroskopik kesitlerde karsinoma in-situ ve intestinal tipte invazif intramukozal adenokarsinom görünümündeki tümör yalnız bir odakta, 1 mm'den küçük bir alanda yüzeysel submukozaya geçiş göstermektedir. Perinöral damar invazyonu yoktur. Tümör dışı antrum ve korpus mukozasında kronik atrofik gastrit ve intestinal metaplazi bulunmaktadır. Cerrahi sınırlarda neoplazi yoktur. Perigastrik toplam 31 adet lenf nodunun hiç birinde metastaz yoktur. Bu bulgulara göre tümör pT1 N0 MX grubundadır.

Hastanın genel durumu takiplerinde iyi seyretti ve hasta postop 6. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Situs inversus totalis her 10000-50000 doğumda bir izlenen konjenital bir anomalidir. Beraberinde kardiyak malformasyonlar, bronşektaziler (Kartegener sendromu), polispleni, genitoüriner anomaliler gibi patolojiler izlenir (3, 4). Situs inversuslu hastalarda çeşitli organların kanserlerine rastlanmıştır (5-11). Ancak mide kanseri olup da gastrektomi yapılanların sayısı oldukça azdır (2, 12, 13), çünkü situs inversuslu hastalarda malignite insidansı oldukça düşüktür. Bu yüzden de situs inversus ile malignite arasında belirgin bir korelasyon varlığından söz etmek zordur.

Tümörün yerleşimi açısından bu hastaya uygulanacak en iyi tedavi subtotal gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonuydu (14). Hastada lenf nodu metastazı varsa kemoterapi de gereklidir.

Bu olguda, tümör patoloji raporunda erken evre mide kanseri olarak değerlendirildiğinden ameliyat sonrası dönemde kemoterapiye gerek görülmedi.

KAYNAKLAR

1. Iwamura T, Shibata N, Haraguchi Y, et al. Synchronous double cancer of the stomach and rectum with situs inversus totalis and polysplenia syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2001 Aug; 33(2): 148-53.
2. Murakami S, Terakado M, Misumi M, et al. Situs inversus totalis with malignant lymphoma of the stomach: report of a case. *Surg Today* 2003 ; 33(7): 533-6.
3. Akel S, Halabi J, Shawis R. Abdominal situs inversus with congenital duodenal stenosis: a rare association. *Eur J Pediatr Surg* 1998; 8: 55-7.
4. Varano NR, Merklin RJ. Situs inversus. *J Int Coll Surg* 1960; 33: 131-48.
5. Demetriades H, Botsios D, Dervenis C, et al. Laparoscopic cholecystectomy in two patients with symptomatic cholelithiasis and situs inversus totalis. *Dig Surg* 1999; 16: 519-21.
6. Kanematsu T, Matsumata T, Kohno H, et al. Hepatocellular carcinoma with situs inversus. *Cancer* 1983; 51: 549-52.
7. Kim YI, Tada I, Kuwabara A, et al. Double cancer of the liver and stomach with situs inversus totalis. *Jpn J Surg* 1989; 19: 756-9.
8. Srivastava DN. Pancreatic carcinoma associated with situs inversus in a young adult. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 156-7.
9. Organ BC, Skandalakis LJ, Gray SW, et al. Cancer of bile duct with situs inversus. *Arch Surg* 1991; 126: 1150-3.
10. Bilimoria MM, Parssons WG, Small W Jr, et al. Pancreaticoduodenectomy in patient with ampullary carcinoma and situs inversus. *Surgery* 2001; 122: 521-4.
11. Kojima N, Sakaashita F, Honda S, et al. A report of situs inversus totalis associated with advanced gastric cancer. *Jpn J Gastroenterol Surg* 1999; 32: 2649-53.
12. Yamaguchi S, Orita H, Yamaoka T, et al. Laparoscope-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer in a 76-year-old man with situs inversus totalis. *Surg Endosc*. 2003 Feb; 17(2): 352-3.
13. Kim YI, Tada I, Kuwabara A, et al. Double cancer of the liver and stomach with situs inversus totalis--a case report. *Jpn J Surg*. 1989 Nov; 19(6): 756-9.
14. Yabuki K, Tamasaki Y, Satoh K, et al. Primary gastric lymphoma with spontaneous perforation: report of a case. *Surg Today* 2000; 30: 1030-3.