

## GENÇ YAŞTA SAPTANMIŞ SPORADİK KOLON KANSERİ: OLGU SUNUMU

### *Sporadic Colon Cancer in a Young Adult: A Case Report*

Zülküf AKDEMİR<sup>1</sup>, İshak İKİZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, VAN, TÜRKİYE

#### ÖZ

#### ABSTRACT

Kolon adenokarsinomu 30 yaş altında ender rastlanılan bir hastalıktır. Özellikle pediatrik yaş grubunda geç fark edilmesinden dolayı hastalık ilerleyerek prezente olmaktadır. Kolorektal kanserler çocuklarda ve adolesanlarda, erişkinlere göre daha kötü prognoza sahiptir. Tanı anında genç hastalarda yaşlı hastalara göre daha ileri evrede karşımıza çıkarlar. Bu olgu sunumunda, altı aylık süreçte kilo kaybı, ateş, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, karın ağrısı şikayetleri bulunan ve tüberküloz, lenfoma ön tanısıyla tetkik edilen, kolonoskopik biyopsi sonucu müsinöz adenokarsinom tanısı alan, 19 yaşında ve bilinen risk faktörü olmayan bir erkek hastanın Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) bulgularını literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık. Klinik bulguları olan genç hastaların radyolojik değerlendirilmesinde dikkatli olunmalı ve kolon kanseri akılda tutulmalıdır.

Colon adenocarcinoma is rarely seen in patients under age of 30 and it is presented as advanced disease and diagnosed in the late stages especially in pediatric age groups. Colorectal cancers have a worse prognosis in children and adolescents compared to adults. Younger patients are diagnosed at an advanced stage compared to adult patients. A 19-year old male patient who was being investigated for the prediagnosis of tuberculosis and lymphoma for complaints of weight loss, fever, alteration in bowel functions, abdominal pain during six months period is presented in this report. The male patient had no known risk factors for colon cancer and colonoscopic biopsy result revealed mucinous adenocarcinoma. We aimed to present the findings of magnetic resonance imaging and computed tomography with review of the literature. Caution should be exercised in the radiological evaluation of young patients with clinical findings and colon cancer should be kept in mind.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanser, genç hasta, radyolojik bulgular, erken tanı

**Keywords:** Colorectal cancer, young patients, radiologic findings, early diagnosis



**Yazışma Adresi / Correspondence:**

Vali Mithat Bey Mah. Sıhke Cad. Beyazkent 2

Telefon: +90 533 4835617

Geliş Tarihi / Received: 20.12.2016

**Dr. İshak İKİZ**

Konutları, F-9, İpekyolu, VAN / TÜRKİYE

E-posta: dr\_ishak@live.com

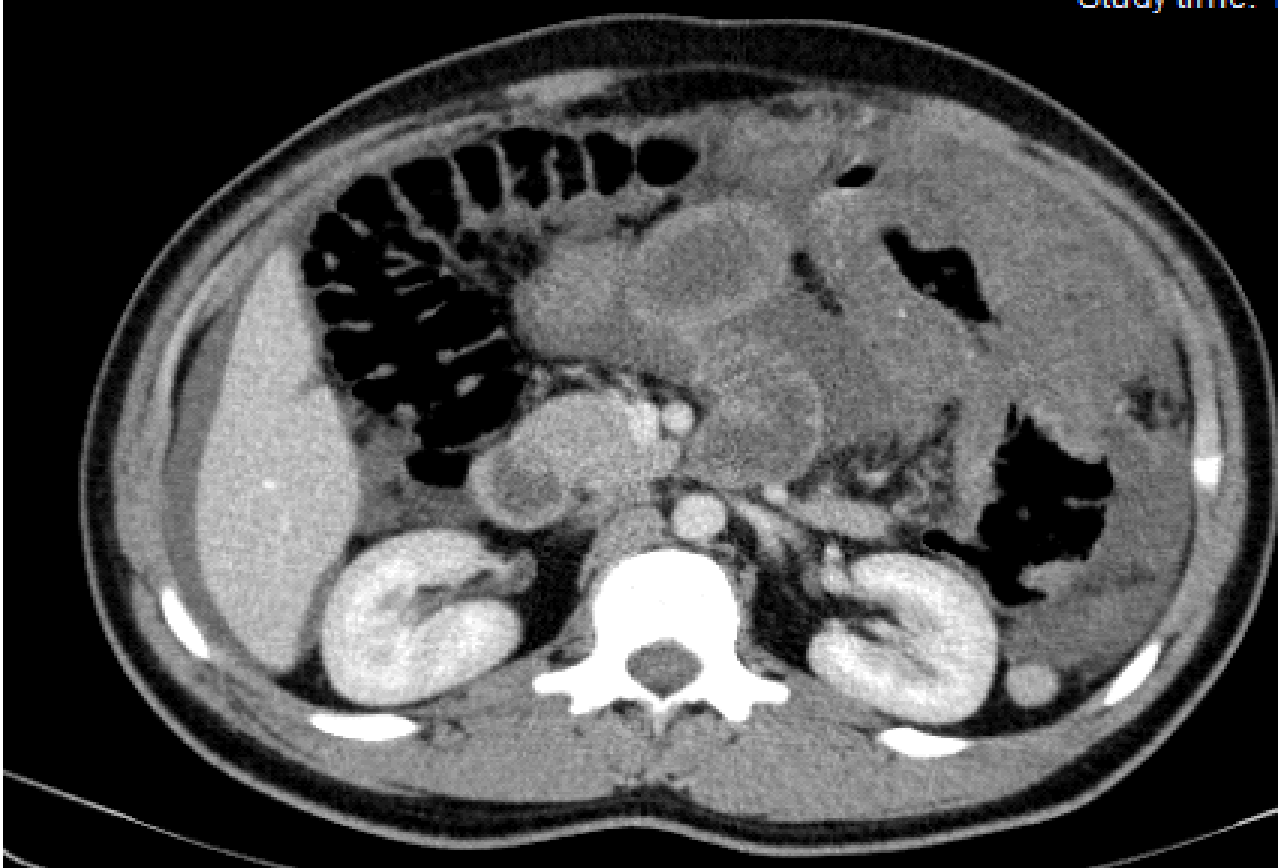
Kabul Tarihi / Accepted: 15.08.2017

## GİRİŞ

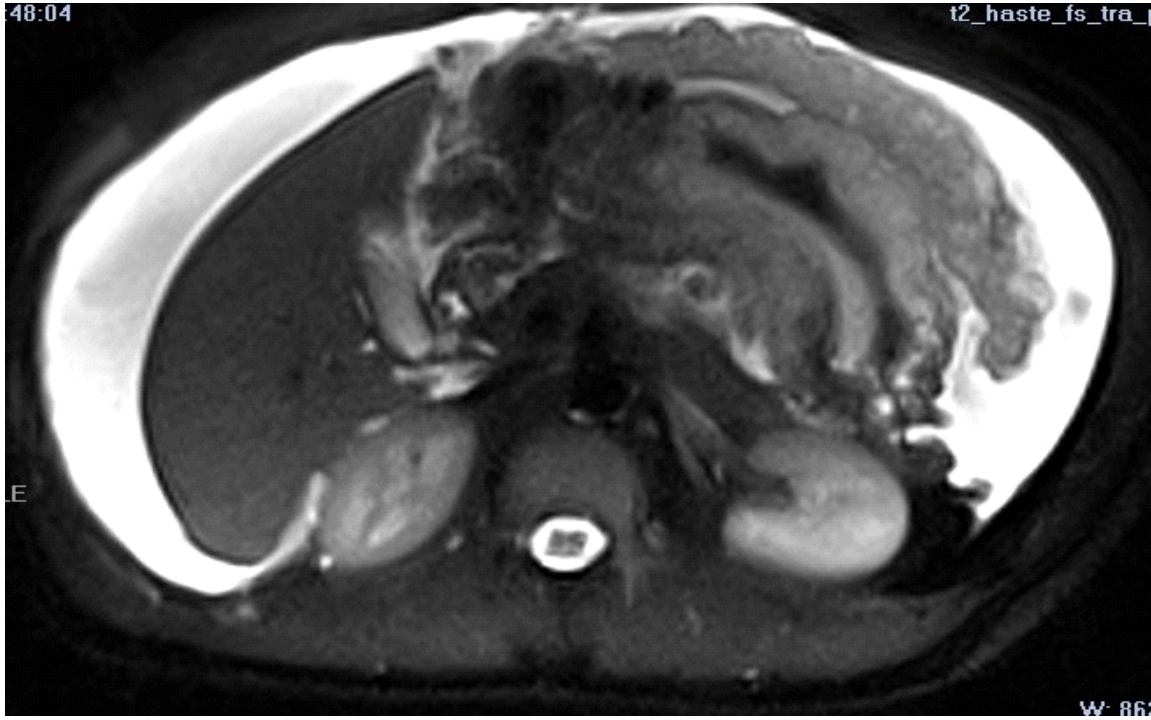
Pediyatrik kolorektal kanserler, ilk iki dekatta görülen tüm kanserlerin %1'inden azını oluşturur (2,3). Histopatolojik olarak, agresif müsinöz adenokarsinom bu kanserlerin en sık karşılaşılanıdır (2,4,5). Kolorektal kanserler çocuklarda ve adolesanlarda, erişkinlere göre daha kötü prognoza sahiptir. Genellikle geç fark edildiğinden, erken evrede sıklıkla gözden kaçmaktadır (1). Erişkin hastalarda, daha çok familial polipozis koli, ülseratif kolit veya akrabalarında kolorektal kanser hikâyesi olan kişilerde erken yaşta görülürken pediatrik hastalarda “de novo karsinom” olarak da gelişebilmektedir (1). Bu olgu sunumunda, bilinen bir risk faktörü olmayan, tüberküloz ve/veya lenfoma ön tanısı ile tetkik edilirken rastlantısal olarak kolon müsinöz adenokarsinomu tanısı konulan 19 yaşındaki bir erkek hastanın görüntüleme bulgularının önemini ve erken tanıdaki yerini vurgulamayı amaçladık.

## OLGU

Ondokuz yaşında erkek hasta 6 aydır progressif kilo kaybı, ateş, konstipasyon ve batın sol üst-orta kadranda belirgin karın ağrısı şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde batın sol üst kadranda hassasiyet ve ele gelen kitle mevcuttu. Daha önce dış merkezde tüberküloz ve/veya lenfoma ön tanısı ile tetkik edilen hastada BT ve MR incelemede transvers kolon orta-distal kesimi ve splenik fleksurada yaklaşık 10 cm' lik segmentte en kalın yerinde 2 cm ölçülen, lümende darlığa neden olan düzensiz cidar kalınlaşması dikkati çekmekteydi. Ayrıca bu alanda mezenter ve omentum ödemli, kalın (kek formasyonu), dansitesi ve intensitesi artmış ve düzensiz sınırlı nodüler imajlar içermekteydi (Şekil 1,2).



**Şekil 1:** BT incelemede transvers kolon sol yarıda splenik fleksuraya uzanan lümende darlık oluşturan düzensiz duvar kalınlaşması izlenmektedir (kısa ok). Ayrıca kitle anterior ve lateral komşuluklarında yaygın omental kek mevcuttur (uzun ok). Batın içi yaygın asit (kivrık oklar) eşlik etmektedir.



**Şekil 2:** Axial T2A MR incelemede transvers kolon sol yarıda splenik fleksuraya uzanan lümende darlık oluşturan kasa göre hiperintens düzensiz duvar kalınlaşması (uzun ok) izlenmektedir. Ayrıca kitle anterior ve lateral komşuluklarında yaygın omental kek (kısa ok) mevcuttur. Batın içinde T2A sekansta hiperintens izlenen yaygın asit eşlik etmektedir.

Hastanın aile öyküsünde özellik yoktu. C-reaktif protein 40 mg/dl (normal değeri 0-5 mg/dl), CEA (karsinoembriyjenik antijen) parasentez mayisinde 15 ng/ml, kanda 21 ng/ml (normal değerleri 0-5 ng/ml), CA 19-9 parasentez mayisinde >1200 u/ml, kanda 113 u/ml (normal değerleri 0-37 u/ml) ölçüldü. Diğer laboratuvar değerleri normaldi. Kolonoskopide splenik fleksura ve distal transvers kolonda yaklaşık 8-10 cm'lik barsak segmentinde lümende darlığa neden olan düzensiz sınırlı vejetan kitle lezyonu izlendi. Alınan biyopsi sonucu, müsinöz adenokarsinom olarak rapor edildi. Genel cerrahi birimi tarafından tanı ve evreleme amaçlı yapılan laparoskopide transvers kolon belirgin ödemli, kolon mezosunda, omentumda, peritonda, visseral organ yüzeylerinde yaygın düzensiz sınırlı tümör implantı ile uyumlu yumuşak doku görünümü izlendi. TNM evrelemesine göre Evre IV, Duke's sınıflamasına göre Stage D olarak sınıflandırıldı. Cerrahi olarak inoperable kabul edilen olguya, on dört

günde bir olmak üzere FOLFIRI-Altuzan kemoterapi protokolü uygulandı. Tedavinin üçüncü ayında çekilen Abdomen BT incelemesinde asitte gerileme mevcut olup tümöral dokuda yaygın punktat kalsifikasyonlar saptandı. Bununla birlikte karaciğerde birkaç adet parankimal ve subkapsüler, peritoneal yüzeyde multipl, karaciğer konturlarında skallopinge neden olan düzgün sınırlı hipodens lezyonlar tespit edildi. Omental kalınlaşmada (kek formasyonu) belirginleşme dikkati çekerken mevcut bulgular progresyon olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

Kolorektal kanserler gastrointestinal traktın en yaygın kanseri ve dünyada kansere bağlı ölümlerin dördüncü en sık sebebidir (6). Kolorektal karsinom çocuklarda ve adolesanlarda nadiren görülür. Kolorektal karsinomların %90'ı 55 yaş üzeri hastalarda görülmektedir (7). Birleşik devletlerde kolorektal

kanserler ilk iki dekattaki tüm kanserlerin %1'inden azını oluşturmaktadır (8,9). 20 yaş altındaki çocuklarda milyonda 1.3 oranında görülmektedir (10). Cinsiyet dağılımı yetişkinlerde eşit olmasına rağmen pediatrik yaş grubunda erkeklerde iki kat daha siktir (1). Genç hasta grubunda kolorektal karsinom için inflamatuvar bağırsak hastalığı, Herediter non polipozis koli, gastrointestinal traktusun polipozis sendromu gibi risk faktörleri bulunmaktadır (11). Bizim vakamızda hastanın kolorektal karsinom ve diğer organ maligniteleri açısından aile öyküsünün ve predispozan faktörlerinin olmaması nedeniyle genç yaş sporadik kolorektal karsinom olarak değerlendirdi.

Genç yaşta izlenen sporadik kolorektal karsinom ile yetişkinlerdeki kolorektal kanser benzer özelliklere sahiptir. Karın ağrısı, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, kilo kaybı ve rektal kanama gibi ortak semptomlar gösterebilirler (4). Ancak, tanı anında genç hastalarda yaşlı hastalara göre daha ileri evrede karşımıza çıkarlar. Burada özellikle genç hastaların tümörünün kötü histopatolojik bulgulara sahip olması önemli bir etkidir. Ayrıca aile hikâyesi olmayan genç hastalarda kolorektal kanser tanısı genelde ilk anda düşünülmemektedir (7). Bizim olgumuzda başka tanılarla tetkik edilirken tesadüfen kolorektal kanser tanısı konulmuş bir hastaydı. Vakamız, genç hastalarda bilinen risk faktörü olmadan kolorektal karsinomun görülebileceğine dair iyi bir örnektir. Bu nedenle genç olgularda da radyolojik değerlendirme yapılırken kolon ca mutlaka akılda tutulmalıdır. Bizim olgumuzda ilerlemiş evre nedeniyle inflamatuvar barsak hastalıkları, diverikülit vb. ayırıcı tanılar kolaylıkla dışlanmıştır. İnflamatuvar barsak hastalıklarında barsak duvar kalınlaşması daha uzun segmentte görülür. Divertikülitte ise kısa segment tutulum izlenir. Divertikülitte ayrıca mezenterik yağlı dokuda inflamasyona bağlı dansite artımları ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Gençlerde görülen sporadik kolorektal karsinomlar yüksek oranda multiple nodal metastaz ve uzak metastaz gösterebilen agresif tümörlerdir. Müsinöz adenokarsinom, tüm kolorektal

karsinomların %10-15'ini oluşturmaktadır (12,14). Ancak müsinöz kolorektal karsinom genç hastalarda yaklaşık %28, ileri yaşlarda yaklaşık %5 oranında görülmektedir (13). Genç yaş sporadik müsinöz adenokarsinomlar belirgin olarak sol kolon ve rektumda görülmektedir. Bizim olgumuzda lezyon transvers ve inen kolon yerleşimli idi.

Abdominal BT, kolon kanserinin hem tanısında hem de tümörün bölgesel uzanımını, uzak metastaz ve lenf nodu tulumunu gösterdiğinden cerrahi tedavinin planlamasında tercih edilen önemli bir yöntemdir. BT' de tipik olarak kolon lümenini daraltan yumuşak doku kitlesi saptanır. Fokal kolon duvarında kalınlaşma ve lümende darlık diğer önemli bulgulardır. Obstrüksiyon, perforasyon, fistül gibi tümör komplikasyonları BT'de kolayca görüntülenebilir. Tümörün lokal uzanımı, ektrakolik kitle veya sadece perikolik yağ infiltrasyonu ve kalınlaşma olarak görülebilir. Kolon ve komşu organlar arasındaki yağlı planların kaybı ektrakolik yayılımı ayrıca düşündürmelidir. Ayrıca kolon duvarında kalınlaşma oluşturabilecek inflamatuvar barsak hastalıkları, kolit, divertikülit gibi ayırıcı tanılarda da batın BT faydalı bilgiler sunar.

Kolorektal kanserler en sık karaciğere olmak üzere akciğerler, adrenal gland ve kemiğe metastaz yaparlar. Nükslerin tespit edilmesinde, anatomik ilişkilerin değerlendirilmesinde, normal post-operatif anatominin belgelenmesinde, tedavi sırasında ve sonrasında lezyonların gösterilmesinde BT kritik öneme sahiptir (15).

MRG'de kolorektal kanser bulgusu olarak duvar kalınlaşması tipik olarak T1 ağırlıklı görüntülerde kas ile izo veya hafif hiperintens, gadolinyum sonrası belirgin hiperintens, T2 ağırlıklı görüntülerde ise kasa göre hiperintens görünüm izlenir. Bununla birlikte MRG daha çok rektum tümörlerinin evrelendirilmesinde ve özellikle karaciğer gibi organlara metastazların görüntülenmesinde kullanılmaktadır.

Tüm kolorektal kanserlerde olduğu gibi özellikle genç hasta grubunda erken tanının, sağ kalım ve hayat

kalitesini artırmakla birlikte; tanı ve tedavide etkin maliyet açısından da oldukça önemli olduğunu düşünmekteyiz. Hastalıkların tanısında risk faktörleri önemli olmakla birlikte bizim olgumuzda da olduğu gibi bilinen risk faktörü olmadan kolorektal karsinomun görülebileceğine ve iyi bir radyolojik değerlendirme ile doğru tanıya ulaşılabileceğine dair iyi bir örnektir. Bu konuda klinik bulguları olan genç hastaların radyolojik değerlendirilmesinde dikkatli olunmalı ve kolon kanseri kesinlikle akılda tutulmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Shih HH, Lu CC, Tiao MM, Ko SF, Chouang JH. Adenocarcinoma of the colon in children presenting as abdominal pain: Report of two cases. *Chang Gung Med J.* 2002; 25: 349-54.
2. Kravarusic D, Feigin E, Dlugy E, Steinberg R, Baazov A, Erez I, et al. Colorectal carcinoma in childhood: a retrospective multicenter study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2007; 44: 209-11.
3. Chantada GL, Perelli VB, Lombardi MG, Amaral D, Cascallar D, Scopinaro M, et al. Colorectal carcinoma in children, adolescents, and young adults. *Journal of Pediatric Hematology&Oncology.* 2005; 27: 39-41.
4. Hill DA, Wayne LF, Catherine AB, Shannon ER, Alivda MC, Bhaskar NR, et al. Colorectal carcinoma in childhood and adolescence: a clinicopathologic review. *Journal of Clinical Oncology.* 2007; 25: 5808-14.
5. Angelini C, Crippa S, Uggeri F. Colorectal cancer with neuroendocrine differentiation in a child. *Pediatric Surgery International.* 2005; 21: 839-40.
6. Chan KK, Dassanayake B, Deen R, Wickramarachchi RE, Kumurage SK, Samita S, et al. Young patients with colorectal cancer have poor survival in the first twenty months after operation and predictable survival in the medium and longterm: Analysis of survival and prognostic markers. *World Journal of Surgical Oncology.* 2010; 8: 82.
7. O'Connell JB, Maggard MA, Liyngston EH, Yo CK. Colorectal cancer in the young. *Am J Surg.* 2004; 187: 343-8.
8. Andersson A, Bergdahl L. Carcinoma of the colon in children: a report of six cases and a review of the literature. *J Pediatr Surg.* 1976; 11: 967-71.
9. Gupta SK, Caballes RL. Adenocarcinoma of colon in a child. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1986; 5: 973-6.
10. Culter SJ. Proceedings: report on the third national cancer survey. *Proc Natl Cancer Conf.* 1973; 7: 639-52.
11. Dozois EJ, Boardman LA, Suwanthanma W. Young-onset colorectal cancer in patients with no known genetic predisposition: can we increase early recognition and improve outcome? *Medicine.* 2008; 87: 259-63.
12. Chiang JM, Yeh CY, Changchien CR, Chen JS, Tang R, Chen JR. Mucinous adenocarcinoma showing different clinicopathological and molecular characteristics in relation to different colorectal cancer subgroups. *Int J Colorectal Dis.* 2010; 25: 941-7.
13. Griffin PM, Liff JM, Greenberg RS, Clark WS. Adenocarcinomas of the colon and rectum in persons under 40 years old. A population-based study. *Gastroenterology.* 1991; 100: 1033-40.