

McKittrick-Wheelock Sendromu İle Ortaya Çıkan Villöz Adenom

Villous Adenoma Presenting With McKittrick-Wheelock Syndrome

Fatih Bünül¹, Erkan Şengül², Hamdi Taner Turgut³, Murat Coşkun³, Ahmet Tuğrul Eruyar⁴

¹Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

³Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

⁴Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Özet

McKittrick-Wheelock sendromu, hipersekretuar rektosigmoid villöz adenomların nadir görülen bir komplikasyonudur. Bu sendrom ilk olarak 1954 yılında tanımlanmıştır. Literatürde yaklaşık 50 vaka bildirilmiştir. Burada, açıklanamayan diyare, akut böbrek yetmezliği ve ciddi hipopotasemi ile ortaya çıkan McKittrick-Wheelock sendromlu bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: hipopotasemi, kolonik adenom, böbrek yetmezliği

Türkçe Kısa Makale Başlığı: McKittrick-Wheelock Sendromu

Abstract

Neurovascular compression syndrome of cochleovestibular complex is manifested by tinnitus, vertigo, and hearing loss. The cochleovestibular nerve is compressed by the anterior cerebral artery at the entry or within the internal acoustic canal. Surgery by microvascular decompression is the preferred treatment. In this article, a patient with cochleovestibular nerve vascular compression treated by microvascular decompression is reported.

Key words: Tinnitus, Microvascular Decompression Surgery, Cochleovestibular Nerve.

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Microvascular Decompression, Cochleovestibular Nerve for Tinnitus

İletişim (Correspondence):

Dr.Fatih BÜNÜL /Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

E-Mail: fatihbunul@gmail.com

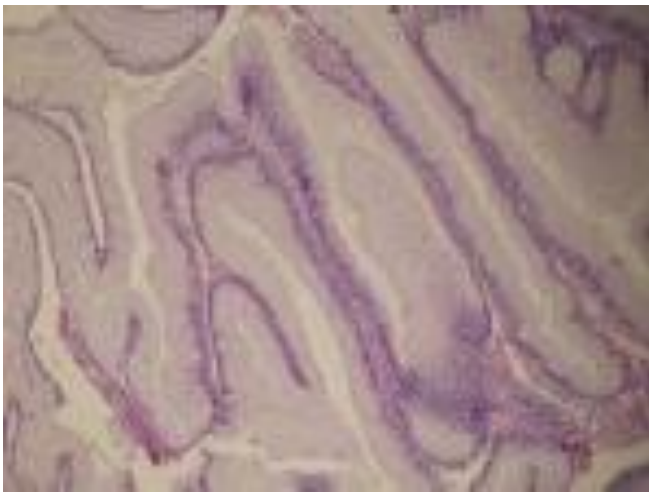
Tel: 905067714700

Giriş:

Sekretuar diyareye yol açıp, ciddi sıvı-elektrolit ve asid-baz dengesizliği ile ortaya çıkan villöz adenomlar McKittrick-Wheelock sendromu olarak tanımlanmışlardır (1). Bu sendroma yol açan tümörler genelde büyük ve distal yerleşimlidirler (2). Sendromun temel klinik bulguları, dehidratasyon, diyare, hiponatremi-hipokalemi ve buna bağlı semptomlar, hipotansiyon ve prerenal azotemidir (3,4). Erken ve yeterli sıvı elektrolit replasmanını takiben yapılan cerrahi rezeksiyon sonrasında hastalığın prognozu genellikle iyi seyretmektedir (5).

Olgu ;

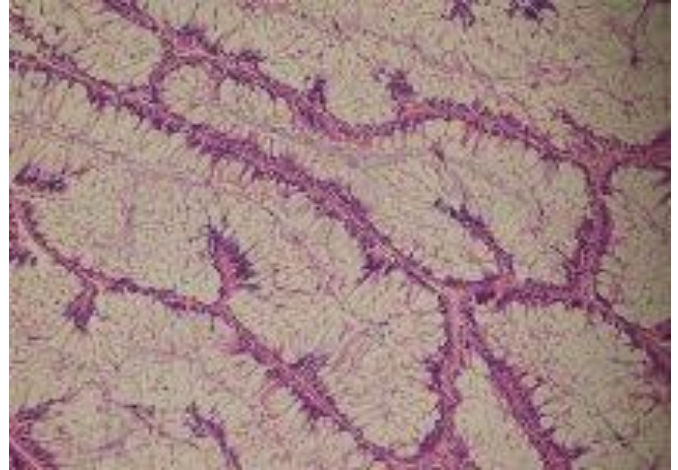
66 yaşında bayan hasta bir dış merkeze diyare ve genel durum bozukluğu ile başvurdu. Prerenal azotemi saptanıp 3 kez diyalize alınan hasta ileri tetkik ve değerlendirme amaçlı tarafımıza yönlendirildi. Son 2 aydır bulantı, kusma, halsizlik ve şeffaf-parlak müköz kıvamda gaita yapmaktan şikayetçi hasta giderek kilo kaybettiğini söylemekteydi. Fizik muayenede kan basıncı 90/60 mmHg, kalp hızı 110/dk idi. Dehidrate görünümdeki hastanın oral mukozası kuruydu. Batın 4 kadranda derin palpasyonda hassastı. Defans, rebound yoktu. İdrar sondası bulunan hastanın idrar çıkışı mevcuttu. Rektal tuşesinde, beyaz jelöz kıvamda sekresyon olduğu düşünülen bulaş mevcuttu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde üre: 155 mg/dl, kreatinin:2.1 mg/dl, sodyum:133 mEq/L, potasyum:2.3 mEq/L, arter kan gazında pH: 7.57, HCO₃: 46.2 mEq/L pCO₂:51.1 mmHg olarak saptandı. İzotonik mayi ve potasyum replasmanı ile laboratuvar değerleri normale yaklaşan hastanın potasyum ihtiyacı 240 mEq/gün kadardı. Gönderilen dışkı mikroskobisinde enfektif özellik saptanmadı.



Resim1:Düşük Dereceli Displazi Gösteren Kolumnar Epitel Hücreleri İle Döşeli Villöz Oluşumlar.100XHE

Etyolojiye yönelik yapılan batın ultrasonunda rektosigmoid kolon düzeyinde en geniş yerinde 93 mm çapa ulaşan dilatasyon ve en kalın yerinde 16 mm ölçülen diffüz simetrik duvar kalınlaşması izlendi. Bu kalınlaşmayı daha iyi değerlendirebilmek için yapılan rektosigmoidoskopide, mukozası papiller tarzda lümeneye uzanım gösteren lezyon izlendi. Lezyondan alınan biopsiler, epitelde düşük dereceli displazi ile birlikte tübülovillöz adenom olarak raporlandı(Resim 1)

Herhangi bir çevre tutulumunu ekarte etmek için yapılan batın tomografisinde adenom rektumda düzensiz duvar kalınlaşması olarak tanımlandı. Lezyon cerrahi yöntem ile çıkarıldı. Histopatolojik olarak sekresyon yaparak McKittrick-Wheelock sendromuna yol açan düşük dereceli displazi içeren tübülovillöz adenom saptandı (Resim 2).



Resim2:Düşük Dereceli Displazi Gösteren Kolumnar Epitel ile Döşemeli Kompleks Yapılar Oluşturmuş Tübülovilloz Oluşumlar. 200xHE

Cerrahi sonrası laboratuvar değerleri üre: 40 mg/dl, kreatinin: 0.4 mg/dl, sodyum: 144 mEq/L, potasyum: 3.7 mEq/L olarak saptandı. Takiplerinde hastanın potasyum ihtiyacı ortadan kalktı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastanın Giriş Ve Ameliyat Sonrası Laboratuvar Bulguları

Değişken	İlk Başvuru	Ameliyat Sonrası
Üre mg/dl	155	40
Kreatinin (mg/dl)	2.1	0.4
Sodyum (mEq/L)	133	144
Potasyum (mEq/L)	2.3	3.7
Klor (mEq/L)	70	97
pH	7.57	7.47
PCO ₂ (mmHg)	51.1	36.1
HCO ₃ (mEq/L)	46.2	34.2

Kısaltmalar: HCO₃: bikarbonat, PaCO₂: arteriyel karbondioksit basıncı

Tartışma

Kolonik villöz adenomlar genellikle rektum ve rektosigmoid bölgede yerleşirler (5). Distalde olmalarına rağmen rektal tuşede kaygan ve mukus kaplı yüzleri sebebiyle fark edilmeyebilirler (6,7). Bu adenomlar genellikle sesil olup, 10 cm çapa kadar ulaşabilirler. Neoplastik değişim için ana kriterler, büyüklük, histolojik tipi ve displazinin derecesidir (8). Villöz adenomların yaklaşık %3'ü sekretuar karakter gösterirler (9). Büyük olanların sekresyon için geniş yüzey alanları olduğundan ve genellikle distale yerleşip geride kalan rektum mukozasına emilim için fazla alan kalmadığından sıvı-elektrolit dengesizliğine yol açma ihtimalleri daha yüksektir (10). Sekretuar villöz adenomlarda sekretuar olmayanlardan farklı olarak sulu diyareyi açıklayabilecek artmış mukus üretimi mevcuttur (11,12). Bu üretimden anormal kompozisyondaki goblet hücrelerinin sorumlu olduğu belirtilmiştir (1). Ama artmış sekresyondan asıl sorumlu adenomdan artmış prostoglandin E₂(PGE₂) sentezidir. Steven K ve arkadaşları yaptıkları çalışmada PGE₂ seviyelerinin normale göre 3-6 kat arasında arttığını göstermişlerdir (13).

Kaynaklar

- 1- McKittrick LS, Wheelock FC. Carcinoma of the colon. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(12): 1494-96.
- 2- Popescu A, Orban-Schiopu AM, Becheanu G, et al. McKittrick-Wheelock syndrome-a rare cause of acute renal failure. *Rom J Gastroenterol* 2005; 14(1): 63-6.
- 3- Older J, Older P, Colker J, et al. Secretory villous adenomas that cause depletion syndrome. *Arch Intern Med* 1999; 159:879-80.
- 4- Targarona EM, Hernandez PM, Balague C, et al. McKittrick-Wheelock syndrome treated by laparoscopy: report of 3 cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008;18:536-8.
- 5- Liliana A, Madalina B, Mariana D, et al. McKittrick-Wheelock syndrome: a rare etiology of acute renal failure associated to well-differentiated adenocarcinoma (G1) arising within a villous adenoma. *Rom Journal of Morphology and Embriology* 2011; 52(3): 1153-6.
- 6- Snhitka T, Friedman MHW, Kidd E, et al. Villous tumors of the rectum and colon characterized by severe fluid and electrolyte loss. *Surg Gynecol Obstet* 1961;112: 609-21.
- 7- Caliskan C, Makay O, Firat O, et al. McKittrick-Wheelock syndrome: is it really rare? *Am J Emerg Med* 2010; 28(1):105-6.

Yine, indometazin ve somatostatin verilen hastaların PGE₂ seviyelerinde düşme olduğu gibi gaita volümü ve sodyum içeriğinde de azalma meydana gelmiştir. Tedavi kesildikten sonra incelenen parametrelerin tedavi öncesi düzeylere arttığı saptanmıştır (13). Tedavi edilmeyen sekretuar villöz adenomlar %100 mortalite gösterirler (14). İlk yaklaşım sıvı elektrolit dengesizliğini ortadan kaldırmak olmakla birlikte esas tedavi cerrahi olmalıdır (9). Bunda villöz adenomların neredeyse %90'a yaklaşan oranda karsinomatoz değişiklik göstermeleri önemli bir faktördür (15,16). Endoskopik rezeksiyon bir seçenek olmakla birlikte özellikle McKittrick-Wheelock sendromunda tümörün yeri ve büyüklüğü sebebiyle çok etkili değildir. Bunun yanında kolonoskopik olarak çıkarılamayan büyük kolonik polipler kanserle ilişkili bulunmuşlardır (17). Pokala ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kolonoskopik olarak çıkarılamayıp başlangıçta benign lezyonların %20'sinde laparoskopik olarak çıkarıldıktan sonra yapılan patolojik incelemede adenokarsinom saptanmıştır (18). Bu bilgiler ışığında McKittrick-Wheelock sendromunda temel tedavi cerrahi yaklaşım olmalıdır.

- 8- Itkowitz SH. Colonic Polyps and polyposis syndromes. In *Sleisenger MH, Feldman M. Gastrointestinal and Liver Diseases.ed.7. Saunders: Philadelphia* 2002; 2175-2192.
- 9- Watari J, Sakurai J, Morita T, et al. A case of Cronkhite-Canada syndrome complicated by McKittrick-Wheelock syndrome associated with advanced villous adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc* 2011;73:624-6.
- 10- Lee YS, Lin HJ, Chen KT. McKittrick-Wheelock syndrome: a rare cause of life-threatening electrolyte disturbances and volume depletion. *J Emerg Med* 2012;(43):171-3.
- 11- Hamilton SR. The adenoma-adenocarcinoma sequence in the large bowel: variations on a theme. *J Cell Biochem Suppl* 1992; 16G:41-6.
- 12- Martínez ME, Baron JA, Lieberman DA, et al. A pooled analysis of advanced colorectal neoplasia diagnoses after colonoscopic polypectomy. *Gastroenterology* 2009; 136(3):832-41.
- 13- Steven K, Lange P, Bukhave K, et al. Prostaglandin E₂-mediated secretory diarrhea in villous adenoma of rectum: effect of treatment with indomethacin. *Gastroenterology* 1981;80(6):1562-6.

14- Emrich J, Niemeyer C. The secreting villous adenoma as a rare cause of acute renal failure. *Med Klin (Munich)* 2002;97(10):619-23.

15- McCabe RE, Kane KK, Zintel HA, et al. Adenocarcinoma of the colon associated with severe hypokalemia: report of a case. *Ann Surg* 1970;172(6):970-4.

16- Nusko G, Mansmann U, Altendorf-Hofmann A, et al. Risk of invasive carcinoma in colorectal adenomas assessed by size and site. *Int J Colorectal Dis* 1997;12(5):267-71.

17- Hauenschild L, Bader FG, Laubert T, et al. Laparoscopic colorectal resection for benign polyps not suitable for endoscopic polypectomy. *Int J Colorectal Dis* 2009;24(7):755-9.

18- Pokala N, Delaney CP, Kiran RP, et al. Outcome of laparoscopic colectomy for polyps not suitable for endoscopic resection. *Surg Endosc* 2007;21(3):400-3.