Ulusal Cerrahi Dergisi, Volüm 9 Sayı 1 Sayfa 73-75

VAKA TAKDİMİ

Midenin Karsinoid Tümörü

Dr.Vedat DURGUN, Dr.Asiye PEREK,
Dr.Aras GEÇİOĞLU, Dr.Sadık PEREK, Dr.Günay GİRİŞKEN

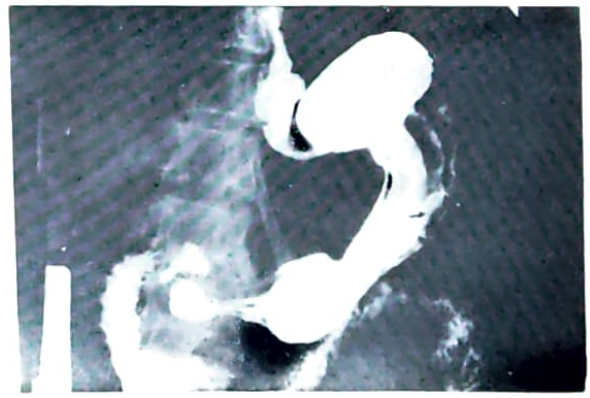
*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi ABD,
Patoloji ABD/ İSTANBUL

Karsinoid tümörler, Kulchitsky tarafından tanınlanan enterokromafin hücrelerden gelişirler.[2] Teorik olarak APUD hücrelerinin bulunduğu bütün organlarda karsinoid tümör görülebilirse de, % 95 oranında yerleşim yeri gastrointestinal sistemdir.[1] Appendix (% 41.6), incebarsaklar (% 26.9), ve rektum (% 17.1), en sık rastlanan karsinoid bölgeleridir. Mide korsionidi ise % 2,3 civarında olup oldukça nadirdir.[1,3] Bugüne kadar türkçe literatürde yayınlanmış olguya rastlayamadık.

OLGU:

N.T., 55 yaşında ev hanımı, epigastriumda ağrı, bulantı, kusma ve hazımsızlık yakınmalarıyla müracaat etti. Yüzünde ve göğsün üst kısımlarında belirgin şekilde flushing gözlenmekteydi. Karın muayenesinde özellik bulunmadı. Rutin laboratuar tetkiklerinde yüsek sedimantasyon (21-42-67) dışında patoloji yoktu. Batın US tetkiki sonuçsuz kaldı. Mide-duodenum grafisinde, büyük kurvaturda düzensiz konturlu dolum defekti (Resim 1) saptandı.

Abdominal BT tetkikinde karaciğer sol lob lateral segmentte 2,5-3 cm çapında düzensiz konturlu hipodens lezyon (Resim 2) tespit edilen hasta 15.5.1992 tarihinde mide tm. tanısıyla ameliyata alındı. Explorasyonda, antrum büyük kurvatur tarafında polipoid kitle (2x2x2,5 cm), Karaciğer sollob antero-lateralinde metastatik tümör (3x4x6 cm) ve omentumda 2 cm çapında metastatik nodül tespit edildi. Distal suptotal gastrektomi + omentektomi + Polya tipi gastrojejunostomi + Braun ameliyatı ve karaciğerdeki kitleye wedge eksizyon uygulandı.



RESİM 1: *Büyük kurvaturda dolum defekti.*

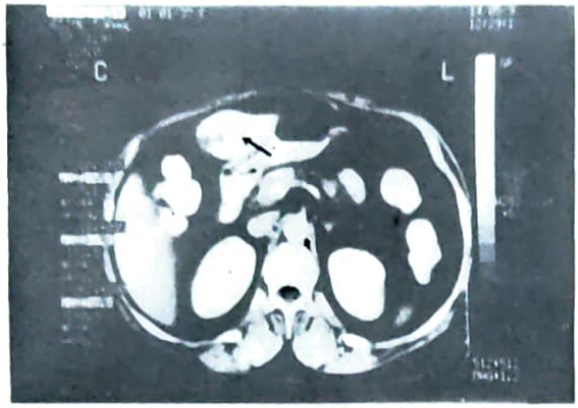
Patoloji sonucu midede karsinoid tümör (Resim 3), omentum lenf bezinde (Resim 4) ve karaciğerde (Resim 5) karsionid tümör metastazı olarak bildirilen hasta, 21.5.1992'de cerrahi şifa ile taburcu edildi. Halen kontrol altında olan hastamız, postoperatif 6. ayda yakınmasız olarak yaşamını sürdürmektedir.

TARTIŞMA

Mide karsinoidleri çok nadir rastlanan lezyonlardır. Daha ziyade 40-60 yaş arasında görülürler. Cins yarımı gözetmezler.[1,3]

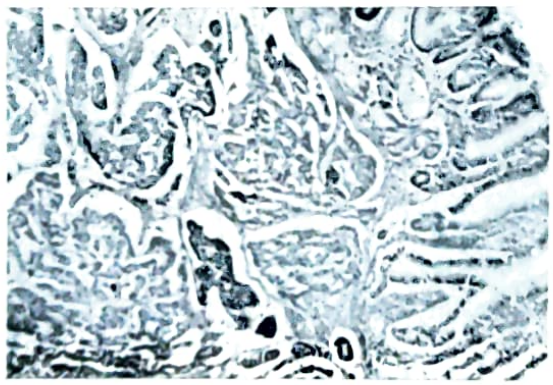
YAZIŞMA ADRESİ: Dr.Vedat DURGUN
Çınar Sok. Gülde Sitesi No:9/1 81020
Acıbadem/İSTANBUL

Makroskopik olarak genellikle küçük, sert, sarımtırak düzgün sınırlı 0,5-1 cm çapında submukozal nodüllerdir. Nadiren daha büyük, ülseratif anüler ve olgumuzdaki gibi polipoid tiplere de rastalanabilir.



RESİM 2: *K.C. sol lobtaki metastatik lezyonun BT'deki görünümü*

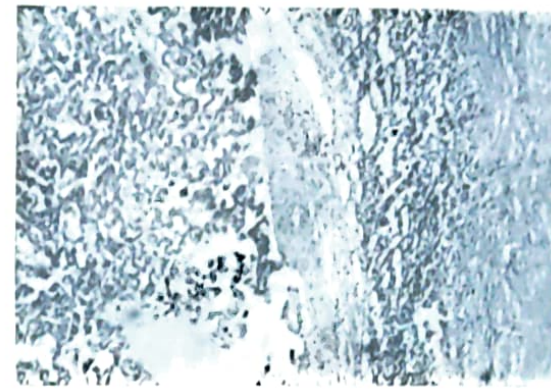
Forgut orijinli olan mide karsinoidleri argirofil özelliklere sahiptir. Bu tümörlerin hücrelerinde serotonin teşekkül edemez. Bunun sonucu mide karsinoidlerinde tipik karsinoid sendrom nadiren görülür. Midgut orijinli karsinoidlerin aksine bu hastaların idrarlarında (5-HIAA) değil, 5 hidroksi triptofan tespit edilir.[3] Olgumuz, mide tm. ön tanısıyla ameliyata hazırlandığı için bu yönde bir araştırma yapılmamıştır.



RESİM 3: *Mide submukozasında, tümör hücrelerinin oluşturduğu, karsinoide özgü halka yapıları görülmekte (HEx80)*

Karsinoid sendroma sebep olan maddeler serotonin ve bradikinindir. Karsinoid tümörlerin bünyesinde bulunan kallikrein enzimi, bradikinin oluşumunda rol alır.[2]

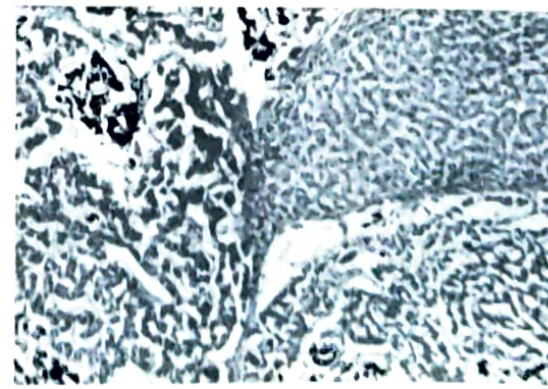
Mide karsinoidi bulunan olgular klinik yönden yakınmasız olabildikleri gibi epigastrik ağrı, hazımsızlık, hematemez ve melena gibi peptik ülser belirtileri de gösterebilirler. Olguların % 6-8'inde, kızarma (flushing) nöbetlerinin klinik tabloya hakim olduğu karsinoid sendrom ortaya çıkar. Kızarıklıklar çok koyu renkte, parça parça ve yama şeklindedir. Yüz, boyun ve göğüsün üst kısımlarını kaplar. Bu tip nöbetler mide karsinoidleri için karakteristik olup serotoninden ziyade büyük miktarlarda histamin salgılanması ile ilgili oldukları ileri sürülmüştür. Mide karsinoidlerinde sık rastlanan hiperasidite ve peptik ülserleri de histamin hipersekresyonu ile açıklamak mümkündür.[3]



RESİM 4: *Omentumdaki metastatik ganglionun kesiti (HEx80)*

Baryumlu mide grafisi, gastroskopi ve bilgisayarlı tomografi, en yararlı tanı yöntemleri olarak sayılabilir.[1]

Mide karsinoidlerinde lezyonun tamamen çıkartılması en iyi tedavi metodudur. Çapı 1 cm. den büyük tümörlerde malignite ihtimali yüksek olduğundan geniş bir rezeksiyon uygulanmalıdır.



RESİM 5: *Karaciğerde karsinoid tm. infiltrasyonu (HEx80)*

Daha küçük tümörlere lokal eksizyon denenebilir. Ayrıca karaciğerde soliter metastaz bulunan

olgularda mümkünse karaciğerdeki lezyon da çıkarılmalıdır. Olgumuzda bütün bu şartlara uyulmuştur.

Karaciğerde çok sayıda metastaz bulunan olgularda sitemik yoldan ya da hepatik arterden yapılan kemoterapi ve buna eklenen radyoterapi ile kısa süreli salah elde edilebilir.[3]

Karsinoid sendrom belirtilerine yönelik olarak, cyproheptadine, phenoxybenzamine, methysergide maleate, beta blokerler ve histamin antagonistleri kullanılabilir.[2]

Karsinoid tümörler geç metastaz yapan ve metastaz yaptıktan sonra da hastalara uzun bir sürvi tanıyan tümörlerdir. Tümörün cerrahi olarak çıkarabildiği vakalarda 5 yıllık sürvi %68, inop. olgularda ise %38 olarak bildirilmiştir.[3]

KAYNAKLAR

1. Aman S, Walia HS, Al Sayer H.Gastric Carcinoids JR Coll Surg Edinb 33:325-327, 1988
2. Eckhauser ML, Pennington L, Imbembo, AL: Neoplasm of the Alimentary Tract, 2nd ed, 521-551 edited by Shackelford, RT and Zuidema, GD, WB Saunders Company, 1986
3. Minkari T, Ünal G: Mide Tümörleri ve Cerrahisi, Kağıt ve Basım işleri A.Ş. İstanbul, 1976