Çağdaş Cerrahi Dergisi 7: 243-244, 1993

Metastatik Melanoma Bağlı İleal İntussussepsiyon

Olgu Sunumu

Hürol İNSEL (Prof. Dr.), Vedat DURGUN (Uz. Dr.), Metin KAPAN (Dr.), Aras GEÇİOĞLU (Prof. Dr.), Ertuğrul GÖKSOY (Prof. Dr.), Talay TOKSÖZ (Dr.)*

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

SUMMARY

Ileal Intussusception Due to Metastatic Melanoma

Malignant melanoma involving the gastrointestinal tract is an uncommon and often occult lesion. Although primary intestinal melanoma may occur, it is probably true that the vast majority of gastrointestinal lesions are metastatic from a known or occult primary cuteneous lesion.

A 71 year old man with metastatic melanoma in the ileum has been presented, and treatment options discussed.

Çocukluk çağı sonrasında invaginasyona oldukça nadir rastlanır. Yetişkinlerde ortaya çıkan intestinal obstrüksiyonların sadece % 5'ini intussussepsiyonlar teşkil eder. Çocukluk invaginasyonlarının büyük oranda idiopatik olmalarına karşın erişkinlerde invaginasyonu başlatan organik bir lezyon daima mevcuttur [1].

Yüzündeki melanom nedeniyle lokal eksizyon ve radikal boyun diseksiyonu uygulandıktan 7 yıl sonra intestinal obstrüksiyon bulguları ile ameliyata alınan ve metastatik melanoma bağlı ileal invaginasyon saptanan hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

N.E., 71 yaşında erkek hasta. 27/08/1992 tarihinde, p.4963 protokol no ile yatırıldı. Altı ay önce başlayan kanlı dışkılama ve karın ağrısı yakınmaları mevcuttu. 20 gün önce melena nedeniyle bir hastaneye yatırılmış ve medikal tedavi görmüş. Durumu stabil hale gelince, gastrointestinal kanama yönünden ileri tetkik ve tedavi önerisiyle kliniğimize sevk edilmiş. Özgeçmişinde 1985'te sol yanağından melanom eksizyonu ve sol radikal boyun diseksiyonu geçirdiğini ifade ediyor.

Fizik muayenede vital parametreler normal sınırlarda bulundu. Batın hafif distandü olmakla birlikte organomegali yada palpabl kitle saptanmadı. Laboratuar tetkiklerinde yüksek sedimantasyon ve orta derecede anemi dışında patoloji yoktu.

Yapılan özofagogastroduodenoskopide herhangi bir özellik bulunmadı (31/8/1992). Aynı gün yapılan rektosigmoidoskopide mültipl divertiküller tespit edildi. Rektal kanamayı bunlarla izah etmek mümkündü. Abdominal ultrasonografi sonuçsuz kaldı (07/09/1992). Aralıklı olarak çekilen direkt karın grafilerinden bazılarında birkaç incebarsak seviyesi görülmesi dikkat çekiciydi. Bu arada hastada üç gün ara ile iki kez bol miktarda safralı kusma ortaya çıktı. Bilgisayarlı batın tomografisinde (10/09/1992), intussussepsiyon olasılığı üzerinde durulması ve hastada intestinal obstrüksiyon bulgularının yoğunlaşması üzerine eksploratris laparatomiye karar verildi. Hasta, 21/09/1992 tarihinde ameliyata alındı. Treitz'den 1 m. distalde ileal invaginasyon saptandı (Resim 1). Dezinvaginasyon denenmeden ince barsak rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz uygulandı. Rezeksiyon sonrasında ince barsak piyesi açıldığında invaginasyonun öncüsü olduğu anlaşılan 5x5x4 cm ölçülerinde lobüle ve pigmente, polipoid tümörle karşılaşıldı (Resim 2). Sigmoid kolondaki küçük divertiküller haricinde batında başkaca bir patoloji bulunmadı. Histopatolojik tetkik sonucu malign melanom metastazı olarak bildirildi (Resim 3). Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta 02/10/1992'de cerrahi şifa ile taburcu edildi. 04/03/1993 tarihinde toraks duvarında iki ayrı subkütan nodül halinde, melanom metastazı ekstirpe edilen hasta halen izlenmektedir.

TARTIŞMA

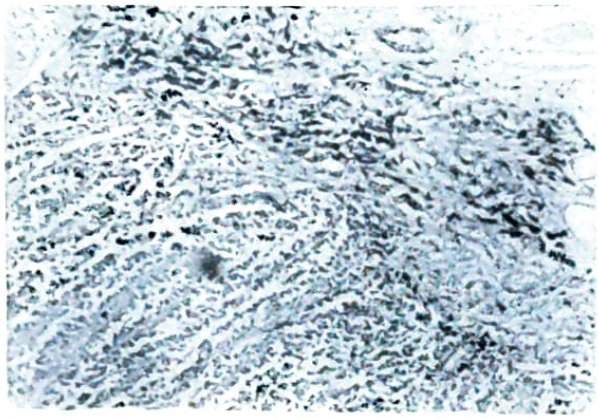
Erişkin invaginasyonları çoğunlukla organik bir lezyonun öncülüğünde oluşurlar. İnce barsakta daha çok adenom, lipom yada Meckel divertikülü gibi selim lezyonların in-



Resim 1. Invagine segmenti içeren rezeksiyon piyesi



Resim 2. İnvaginasyon öncüsü metastatik melanom



Resim 3. Tümöre ait mikroskopik kesitte intra ve ekstrasellüler pigment varlığı bariz şekilde görülmektedir (HEx80)

vaginasyon öncüleri olmalarına karşın kolonlarda en çok polipoid karsinomlar invaginasyona yol açmaktadır. Enterik, ileokolik, ileoçekal ve kolokolik olmak üzere dört tip invajinasyon tanımlanmıştır [1,2].

Mayo Kliniğe ait bir seride enterik invaginasyonların 1/3'ünde malign bir lezyon bulunduğu ve bunların da % 70 oranında metastatik olduğu bildirilmiştir. 48 olguluk bu seride metastatik melanom orijinli incebarsak invaginasyonuna 2 olguda (% 4) rastlanmıştır [3].

Vander Veer ve Kellert, 1917 yılında melanom nedeniyle barsak rezeksiyonu yapılan ilk olguyu yayınlamışlardır [4]. 1956 yılında Gatch, metastatik melanoma bağlı ileal intussusepsiyon olgusunun ameliyattan sonra 16 yıl semptomsuz yaşadığını bildirmiştir [4]. Das Gupta ve Brasfield'in 100 olguluk otopsi serisinde gastrointestinal sisteme ait melanom metastazlarının % 58 incebarsak, % 26 mide ve % 22 oranında da kolonda görüldüğü bildirilmektedir [5].

Yetişkin invaginasyonunda genellikle parsiyel intestinal obstrüksiyonun bulgu ve semptomları klinik tabloya hakimdir. Kolik tarzda ağrı (% 71), karında kitle varlığı (% 42), kusma (% 36) ve rektal kanama (% 27) en sık rastlanan bulgulardır [3,4,5]. Semptomların ortaya çıkması ile hastaneye yatış arasındaki süre 1 ay ile 1 yıl arasında değişebilmektedir [3]. Olgumuz da kolonoskopik olarak kanayan divertiküller görülmesi ve eskiden beri mevcut olan divertikülit semptomları bizi bir süre konservatif tedbirler uygulamaya sevk etmiş ancak obstrüksiyon bulgularının ön plana çıkmasıyla laparatomiye karar verilmiştir.

Direkt batın grafisi, üst ve alt gastrointestinal sistem kontrastlı grafileri ve bilgisayarlı tomografi başlıca tanı yöntemleridir. Preoperatif olarak invaginasyon tanısı % 35 oranında konulabilir. Geri kalan olgularda ise tanı laparatomi esnasında konur [3]. Olgumuzda yapılan BT tetkikinde invaginasyon tanısı preoperatif olarak konulmuştur.

Tedavi seçimi, invaginasyonun yerine, büyüklüğüne, nedenine ve barsağın viabilitesine göre planlanır. Kolona ait invaginasyonlarda altta yatan neden çoğunlukla karsinom olduğundan redüksiyon denenmeden rezeksiyona geçilir. Malignite şüphesi olan ince barsak invaginasyonlarında da aynı yaklaşım önerilmektedir. Zira redüksiyon denemesi bir yandan tümör embolilerine ve intralüminal implantasyona yol açtığı gibi bazen de barsağın delinmesi sonucunda peritoneal kontaminasyona sebep olabilir. Olgumuzda, redüksiyon denenmeden rezeksiyon uygulanmıştır. Selim lezyonlar redüksiyon sonrasında enterotomi ile ekstirpe edilirler. Meckel olgularında ise duruma göre divertükülektomi ya da kısmi ileum rezeksiyonu uygulanır [5,6,7].

KAYNAKLAR

1. Ellis H: Special forms of acute intestinal obstruction. "Abdominal Operations" Ed. R. Maingot, 7th. Edition Vol. 1, pp:2002-2034, Appleton-CenturyCrofts, Newyork, 1980.

2. Kerr WH, Mark JBD: Ileal intussusception in the adult due to inflamatory fibroid polyps. Surgery 63:604-608, 1968.

3. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC: Surgical management of intussusception in the adult. Ann Surg 193:230-236, 1981.

4. Willbanks OL, Fogelman MJ: Gastrointestinal melanosarcoma. Am J Surg 120:602-604, 1970.

5. Das Gupta TK, Brasfield RD: Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. Arch Surg 88:969-973, 1964.

6. Gutman M, Klauser JM, Inbar M, Chaitchik S, Rosin RR: Surgical approach to malignant melanoma in the gastrointestinal tract. J Surg Oncol 36:17-20, 1987.

7. Jorge E, Harvey HA, Simmonds MA, Lipton A, Joehl RJ: Symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. Ann Surg 199:328-331, 1984.