PRİMER İNCE BARSAK TÜMÖRLERİ

**Doç. Dr. Yılmaz ERSAN, Uz. Dr. Serdar YÜCEYAR,
Uz. Dr. Vedat DURGUN, Uz. Dr. Mete DÜREN**

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Alındığı Tarih : 20 Aralık 1993

ERSAN, Y., YÜCEYAR, S., DURGUN V., DÜREN M.: Primer İnce Barsak Tümörleri

Cerrahpaşa Tıp Fak. Der. 25: 347-352, 1994

ÖZET

1988-1992 yılları arasındaki 5 yıllık süre içinde, kliniğimizde tedavi edilmiş olan 24 ince barsak tümörü olgusu gözden geçirildi. Hastaların yaşları 18 ile 84 arasında idi. 19 (% 79,1), erkek ve 5 (% 20,9) kadın hasta vardır. 24 hasta, kliniğimizde ameliyat edilen hastaların binde 1,5 oluşturmakta idi. Semptom süreleri 25 günden, 1 yıla kadar değişmekteydi. Üst gastro intestinal ve ince barsağın baryumlu çalışmaları (özellikle enteroclysis metodu) çoğu hastada teşhise götürücü yöntemler idi. Gastroduodenoskopi, 6 duodenum tümöründe tanıda önemli oldu. Lenfoma, 10 hasta ile en sık rastlanılan tümör tipi olarak tespit edildi. Bundan sonra, 7 adenokarsinoma, 2 leiomyosarkoma, 1 carcinoid tümör, 1 leiomyoma, 1 polip ve 1 lipom tespit edildi. Hastalarda mortalite oranı % 8,3 idi.

SUMMARY

PRIMARY TUMORS OF THE SMALL INTESTINE

The record of 24 consecutive cases of primary tumors of small intestine treated at our clinic over a 5 year period from 1988 to 1992 have been reveiewed retrospectively. There were 19 (% 79,1) men and 5 (% 20,9) women, age range was 18 to 84. The 24 patients represented an incidence of about 1,5 per 1000 of general surgical procedures, which were performed at our clinic. The duration of symptoms ranged from 25 days to 1 year. Upper gastro intestinal series or barium studies of the small intestine (especially with enterochlysis method) were diagnostic in most patients. Gastro-duodenoscopy was useful in duodenal tumors. Lenfoma found in 10 patients. Mortality rate was 8,3 %.

GİRİŞ

İnce barsak tümörleri oldukça nadirdir. İnce barsaklar, tüm gastrointestinal kanal uzunluğunun % 75'ini, mukoza yüzey toplamı ise gastrointestinal kanal mukoza yüzeyinin % 90'ını oluşturur. Bu büyük kapsama karşın tümörleri, tüm gastrointestinal tümörlerin % 5'ini (6), habis tümörleri ise ancak % 1-2'sini teşkil ederler (14, 20, 24). İnce barsak tümörlerinin, nadir oluşu, klinik belirtilerinin spesifik olmayışı nedeni ile, teşhis yollarının gelişmesine rağmen tanıları güç ve geç olmaktadır. Bu yüzden literatürdeki sonuçlar, ilerlemiş hastalık bulgularıdır. Erken evrede tespit edilen habis tümörlerin geniş cerrahi rezeksiyonu, en geçerli küratif tedavi yöntemidir (29).

Bu yazıda, kliniğimizde son 5 yılda cerrahi tedavi uygulanan ince barsak tümörü olgularının semptomları, teşhis yöntemleri ve sonuçları, konu ile ilgili literatürün de gözden geçirilmesi ile incelendi.

Materyal ve Metod

1988-1992 yılları arasında, kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen 24 ince barsak tümörü olgusu incelendi. 4 (% 16,6) hastada selim, 20(% 83,3) hastada da habis tümör tespit edildi. Bu çalışmada Ampuller, periampuller ve ileoçekal lezyonlar hariç tutuldu. Selim tümörlü hastaların hepsi erkekti. Habis tümörlerde 5 kadın, 15 erkek hasta tespit edildi. Selim tümörde yaş 52-60 arasında idi. Ortalama 52,2 idi. Habis tümörlü hastalarda yaş 18-84 arasında idi. Yaş ortalaması ise 50,3 olarak bulundu. Tüm grubda erkek/kadın oranı 3,8/1 idi. Dekatlara göre yapılan yaş dağılımında en yoğun hasta sayısı 51-60 arasında tespit edilmiştir. (Tablo-1)

Ameliyathanede uygulanan cerrahi işlem verilerine göre ince barsak tümörü olguları % 0,15 oranın-

Tablo 1 : İnce barsak tümörlü olguların yaş dağılımı

Yaş grupları	Selim Tümör No:4	Habis Tümör No: 19	Toplam
10-20	0	1	1
21-30	0	0	0
31-40	0	3	3
41-50	0	5	5
51-60	4	6	10
61-70	0	3	3
71-80	0	1	1
81-90	0	1	1
	4	20	24

Tablo 2 : Olgularımızın semptom ve bulguları

Semptom ve Bulgular	Habis tömür Olgu sayısı	%	Selim tümör Olgu sayısı	%
Ağrı	24	100	24	100
Kilo kaybı	20	85		
Bulantı-kusma	16	65	18	75
İntermittant veya tam obstrüksiyon	16	65	12	50
Anemi	10	41,6		
Palpabl kitle	5	20,8		
İntususseption	4	15		
Konstipasyon	4	15		
Sarılık	4	15		
Diyare	3	12		
Ateş	3	12		
Flushing	1	4,1		

da tespit edildi. senelik ameliyat sayısına göre ince barsak tümörü olgusu dağılımı, 1988'de 6/2684, 1989 da 4/3218, 1990 da 5/3651, 1991 de 5/3171, 1992 de 4/3388 olarak bulundu.

Selim tümörlü hastalarda ağrı (% 100), Bulantı,kusma (% 75) oranında idi. Habis tümörlü hastalarda da ağrı (% 100), kilo kaybı (% 85), bulantı-kusma (% 65), anemi (% 41,6) oranlarında bulundu (Tablo-2). İntermittan ve/veya tam barsak tıkanması bulguları selim tömürlü hastaların % 50'sinde, habis tümörlü hastaların % 65'inde görüldü. Semptomların süreleri 25 günden, 1 yıla kadar değişmekteydi.

Radyolojik incelemeler, ince barsak tümörlü olgularımızda önemli tanı yöntemi oldu. Düz karın grafisi, baryumlu kontrast madde ile çekilen gastrointestinal seriler teşhise götürücü oldular. Batın tomografisi, 7 habis tümörlü hastaya uyguianmış, ancak bunların birinde tümöral kitle tespit, edilmiştir. Gastroduodenoskopi 6 duodenum tümörünün tanısında kullanılmış ve bunların hepsinde doğru sonuç alınmıştır.

Selim tümörlerden ikisi leiomyoma idi. Bunlar duodenumda görüldüler. Diğerleri, jejunal polip ve ileumda tespit edilen lipom idi. Habis tümörlerden karsinoid tümör terminal ileumda tespit edildi. Adenokarsinoma'lar proksimal barsak bölümlerinde daha fazla iken, lenfoma ve leiomyosarkomalar jejunum ve ileumda eşit sıklıkta bulundular. (Tablo-3)

Duodenumda tespit edilen 3 adenokarsinomlu olgunun inoperabl olarak değerlendirilmiş olduğu görüldü. 1 olguya ise radikal ameliyat (Whipple) uygulamış. İnoperabl olan olgularda paraortik ganglion ve karaciğer metastazları tespit edildi. Bu olgularda By-pass işlemi (gastrojejunostomi) uygulanmış Jejunum ve ileumda tespit edilen adenokarsinom olgularının birinde karaciğer ve rejyonal ganglion metastazı görüldü. Leiomyosarkoma olgularında metastaz bulunmadı. 10 lenfoma ve 1 karsinoid tümör olgusunda rejyonal ganglion metastazları bulundu.

Olgularda segmental ince barsak rezeksiyonu uygulandı. İntestinal kanalın devamlılığı uç-uç ve Uç-yan anastomozlarla sağlandı. İleoçekal valv'e yakın yerleşimli habis ileum tümörlerinde ileum yönünde genişletilmiş sağ hemikolektomi uygulandı. Bir hastada genel durum bozukluğu nedeni ile ileum rezeksiyonunun takiben proksimal uça ileotransversostomi uygulanırken distal uca tüp ileokolostomi uygulandı.

Olguların ikisi (% 8,3) postoperatif 12. ve 14. günlerde sırasıyla myokard enfarktüsü ve sepsis nedenleri ile kaybedilmişlerdir.

TARTIŞMA

İnce barsak uzunluğu, tüm gastrointestinal kanalın toplam uzunluğunun % 75'ini, mukoza yüzeyi ise gastrointestinal kanal mukoza yüzeyinin % 90'ını oluşturmasına rağmen habis tümörlerinin % 1-2, tüm tümörlerinin % 5 oranında olması spekülatif kalmıştır (24). Lokal faktörlerin bir kısmının önleyici rolü olabilir. İnce barsak lümen kapsamının hızlı nakli, epitel hücrelerindeki yüksek yıkım oranı, lümen kapsamının likit ve alkali oluşu, mukozadaki koruyucu etkisi olan benzopyren hydroxylase mevcudiyeti, yüksek IgA seviyesi, lümen içinde bakteri sayısının düşük oluşu, gibi faktörler ileri sürülmüştür (12, 16, 27). Lümen kapsamının hızlı nakli, potansiyel karsinojenlerin intestinal mukoza üzerindeki etkilerini minimale indirir (26). İnce barsak lümen kapsamının likit oluşu, gastrointestinal kanalın her-

Tablo 3 : Olgularımızdaki tümörlerin yerleşim yerleri ve patolojik tipleri

Tümör tipleri	Duodenum	Jejunum	İleum	Toplam
Habis	4	8	8	20
Adenokarsinoma	4	2	1	7
Lenfoma	0	5	5	10
Leiomyosarkoma	0	1	1	2
Karsinoid Tümör	0	0	1	1
Selim	2	1	1	4
Leiomyoma	2	0	0	2
Polip	0	1	0	1
Lipom	0	0	1	1
Tüm tümörler	6	9	9	24

hangi bir yerindeki solid materyellerden daha az irritan etki yapabilir (13). İnce barsak epitel hücrelerinin yüksek yıkım oranı karsinojenik etkinliği minimale indirir. Tümörlerin, gastrointestinal kanal kapsamının asit olduğu segmentlerde daha sık olduğu, ince barsağın alkali kapsamının koruyucu etkinliği olduğu ileri sürülmüştür (10, 25). Experimental araştırmalarda da, güçlü karsinojenler olan, nitrosamin'lerin ancak asit ortamda oluştuğu gösterilmiştir (21). İnce barsak mukozasında yüksek oranda bulunan Benzopyren Hydroxylase'ın, güçlü bir karsinojen olan Benzopyren'i etkisiz hale getirdiği ileri sürülmüştür (26). Diğer bir araştırmada, ince barsak cidarında IgA seviyesinin yüksek olduğu, bunun barsak kapsamındaki onkojenik virüslerin nötralizasyonunu kolaylaştırdığı ileri sürülmüştür (28). Nihayet, ince barsak kapsamının düşük bakteri sayısı, mikroorganizmalardan çıkan potansiyel karsinojenlere mukozanın maruz kalma olasılığını düşürdüğü ileri sürülmüştür. İlginç bir varsayım, ince barsak habis tümörlü hastaların immun sistemlerinde bir defekt olabileceğidir. Zira bu hastaların % 10-15'inde, diğer sistemlerinde de malign lezyon bulunmuştur (22). Oysa genel popülasyonda ikinci tümör insidensi sadece % 0,3'dür (22).

İnce barsak tömürleri 1-84 yaşları arasında herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Selim tümörlerin ortaya çıkış yaşı 62 iken, habis olanların ortaya çıkış yaşı 57'dir (5, 12, 29). Bizim serilerimizde olduğu gibi, diğer serilerde de erkek hasta sayısı fazladır (15, 23).

İnce barsak tümörlerinin tespit edilmesi, spesifik olmayan semptomları sebebiyle güçtür. Habis tümörlerin semptom oluşturması, selim olanlara göre daha sıktır (5, 6, 12, 29). Teşhis konuncaya kadar geçen süre 6-8 aydır. Karakteristik olarak ince barsak selim tümörleri subileus semptomlarına, yada akut kanamanın aksine gizli kanama veya anemiye sebep olurlar. Birçok selim tümör ise, hiçbir semptoma sebep olmaz ve başka bir sebeple yapılan laparotomide yada otopside bulunurlar 6 ay veya daha uzun süre devam eden ve nedeni bulunamıyan batın ağrısı hekim için uyarıcı olmalıdır (29). Lümen içi tümörler "leadpoint" olarak etki yaparlar ve erişkin intususseption'larına neden olabilirler. Barsak cidarına yayılan tümörlerde obstrüksiyon, ince barsağın esneme yeteneği nedeni ile geç ortaya çıkar (12). İnce barsak habis tümörlerinde ise ağrı, bulantı-kusma ile birlikte olan obstrüksiyon semptomları ve kanamaya neden olurlar (2, 16, 17). Palpabl abdominal kitle ve sarılık enderdir.

İnce barsak habis tümörleri çoğunlukla, duodenum ve proksimal jejunumda yerleşirler. Lenfomalar ile selim tümörler, distal jejunum ve ileumda sıklık gösterirler (19, 27, 29). Olgularımızdaki tümörlerin yerleşim özellikleri, literatürdeki serilerin yerleşim özellikleri ile paralellik göstermektedir.

Enteroclysis tekniği ve baryumlu kontrast madde ile yapılan radyolojik araştırmalar, ancak hastaların % 30-40'ında spesifik lezyonu tespit edebilir (5, 15, 28). Fiberoptik endoskoplar ile ulaşılabilen mesafeye kadar olan lezyonlar görülebilir, biopsi alınabilir, hatta çıkarılabilirler. 1-2 ml/dk'dan daha fazla olan kanamalar anjiografide tespit edilebilirler. Karsinoid tümör ve hemanjiom gibi zengin vasküler yapıya sahip tümörler bir "tümör Bluish" gösterirler. Enteroclysis tekniği ile ince barsak tümörleri, sabit bir bulgu olmamakla birlikte oldukça spesifik radyolojik bulgular verirler. Adenokarsinomalar, çoğunlukla, mukoza harabiyeti ile annüler daralma gösterilebilirler. Lenfomalar, mukoza harabiyetinin yanısıra, annüler daralmanın aksine uzun bir segmenti tutan görüntüler verirler. Leiomyoma ve leiomyosarkomlar lümen dışı büyük kitleler olarak görülürler. Karsinoid tümörler lümen dışı kitle etkisi ile birlikte ince barsakta bükülmelere sebep olurlar. Çok sayıda tümörlerle karşılaşıldığı zaman poliplər, karsinoid tümörler, lipom, hemangioma, Schwannoma ve Kaposi sarkomu düşünülmelidir (4).

Technetium-99^{m} ile ince barsak tümörlerinin preoperatif olarak yerinin tespiti konusunda oldukça iyimser araştırmalar mevcuttur (18). Ultrasonografi, leiomyosarkoma gibi büyük kitlelerin, asciteş ve karaciğer metastazlarının tespitinde, batın tomografisi ile birlikte yararlı olmaktadır (29).

İnce barsağın metastaz yapmamış habis tümörlerinde erken ve radikal rezeksiyon küratif tedavidir. Ancak, radikal rezeksiyonun sürvisini gösteren seriler azdır. Küratif rezeksiyon yapıldığı düşünülen hastalarda bile % 30 ile % 58 oranlarında mikrometastazların olduğu ileri sürülmektedir (2, 29). Duodenum habis tümörlerinde, çoğu araştırmacılar radikal ameliyatın lehinde iseler de, pankreatikoduodenektomi'nin yüksek morbidite ve mortalitesi nedeni ile, geniş segmental duodenum rezeksiyonu daha kabul görmektedir (2,3, 7, 11). Jejunum ve ileum habis tümörlerinde, bölgesel lenfatik drenajı sağlayan ganglionları da içeren geniş segmental rezeksiyon uygulanmalıdır (19). Bir çalışmaya göre, ince barsak habis tümörlerinde radikal rezeksiyonun mümkün olmadığı, böyle bir rezeksiyonun süperior mezenterik arteri de içine alması gerektiği

ileri sürülmektedir (29). Terminal ileum tümörlerine uygun tedavi ileoçekal rezeksiyon veya sağ hemikolektomidir. Bazı araştırmacılar habis, metastaz yapmış karsinoid tümör olgularında, barsak rezeksiyonunun yanısıra, karaciğer metastazlarının da çıkarılmasını önermektedirler. Tümör kitlesinin küçültülmesi ile, Streptozosin ve 5-FU uygulanarak yapılan kemoterapi sonuçlarının sarkomda 5-FU, Adriyamisin ve diğer kemoterapi sonuçlarının olumlu olduğu bildirilmektedir (9, 12, 23). Adenokarsinom ve sarkomda 5-FU, Adriyamisin ve diğer kemoterapötik ajanlar denenmiştir. Ancak sağlıklı sonuç verebilecek hasta serisi yoktur (29). Somatostatin analogları ile yapılan araştırmalar da henüz fikir verici değildir (1).

Adenokarsinom ve sarkom olgularında sürvi kısadır. Küratif rezeksiyonlardan sonra bile 5 yıllık sürvi % 15-35 olarak verilmektedir. Bir araştırmada, Dukes evreleme sistemine göre 5 yıllık yaşam % 80 olarak bildirilmiştir (8, 15, 16, 17, 19, 28).

İnce barsak tümörleri oldukça nadir görülürler. Bu nedenle teşhisleri gecikmektedir. Habis tümörlerinde erken tanı ve tedavi çok önemlidir. 6 ay veya daha uzun süre devam eden ve nedeni bulunamayan karın ağrısı, intermittant obstrüksiyon bulguları ve anemisi olan hastalarda ince barsak tümörü akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. **Ahlman Hand Tisell L. E.:** The use of long-acting somatostatine analogue in the treatment advanced endocrin malignancies with gastrointestinal symptoms. Scand J Gastroenterol, 22: 938, 1987
2. **Alwark A, Anderson A, Lasson A.:** Primary carcinoma of the duodenum. Ann Surg, 191: 13-8, 1980
3. **Awrich AE, Irish CE, Vetto RM, Fletcher WS.:** A twenty-five year experience with primary malignant tumors of the small bowel. Surg Gynecol Obstetr, 151: 9-14, 1980
4. **Bach D. B:** Single-contrast examination of the duodenum following enterochlysis. J. Can. Assoc Radiol, 38: 224, 1987
5. **Botsford TW, Crowe P., Crocker D. W.:** Tumors of the small intestine. Am. J. Surg, 103: 358-65, 1962
6. **Brasch J. W. and Denbo H. E.:** Tumors of the small intestine. Surg. Clin. North Am, 44: 791, 1961
7. **Cappuis C. W, Divincenti F. C. and Cohn I. Jr.** Villous tumors of the duodenum. Ann. Surg, 1989, 209:593
8. **Coutsuftdes T., Shitbata H. R.** Primary malignant tumors of the small intestine Dis Colon Rectum , 22:24-6, 1979
9. **Creutzfeldt W and Stockman F.:** Carcinoids and carcinoid syndrome. Am J Med, 1987, 824
10. **Dorman J. E. Floyd C. E. and Cohn I.:** Malignant neoplasms of the small bowel. Am J Surg, 113:1312, 1967
11. **Galandiuk S., Herman R. E., Jogelman D. G, Fazio V. W. Wodsira M. V.:** Villous tumors of the duodenum. Ann Surg, 207: 234, 1988
12. **Herbsman H, Wetsten L., Rosen Y.** Tumors of the small intestine. Curr Probl Surg, 17:121-82, 1981
13. **Lowenfelds B.:** Why are small bowel tumors so rare Lancet, 1:24, 1973
14. **Mc Peak C. J.:** Malignant tumors of the small intestine. Am. J. Surg, 114:402, 1967
15. **Miles R. M., Crowford D., Duray S.:**The small bowel tumor problem. Ann Surg, 189:732-40, 1979
16. **Mittal V. K., Bodzin J. H.:** Primar malignant tumors of the small bowel. Am J. Surg, 140:396-9, 1980
17. **Morgan D. F, Busuttil R. W.:** Primary adenocarcinoma of the small intestine. Am J Surg, 134:331-3, 1977
18. **Oliver G. C, Rubin R. J, Park Y. H. and Asthon J. K.:** Preoperative localization of intermittently bleeding small intestinal tumors using Tc-99m labeled red blood cell scanning. Report of two cases. Dis Colon Rectum, 30:715, 1987
19. **Ouriel K. K, Adams J. T.:** Adenocarcinoma of the small bowel. Am J Surg, 147:56-71, 1989
20. **Rochlin D. B. and Longmire W. P. Jr:** Primary tumors of the small intestine. Surgery, 50:586-92, 1961
21. **Schmahl D.:** Carcinogenic substances and carcinogens. Their clinical significance. In Her-