



Splenik Arter İnvazyonu Yapan Gastrik Karsinoid Tümör: İki Olgu Sunumu

Oğuz Hasdemir*, Kahraman Dinler*, Fulya Köybaşıoğlu**, Süleyman Çetinküner***
Cavit Çöl*

*Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Bolu

**S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Ankara

***S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Karsinoid tümörler nadiren makroskopik üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olurlar. Bununla birlikte, gastrik karsinoid tümörlere bağlı masif gastrointestinal sistem kanamaları daha da nadir görülen bir durumdur. Bu makalede splenik artere invazyon yaparak masif üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olan iki olgu sunulmuş ve gastrik karsinoid tümörler tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gastrik karsinoid tümör, Üst gastrointestinal sistem kanaması

Splenic Artery Invasion of Gastric Carcinoid Tumor : Two Case Reports

Carcinoid tumors rarely cause macroscopic upper gastrointestinal tract hemorrhages. However, massive upper gastrointestinal tract hemorrhages caused by gastric carcinoid tumors are far less common. In this paper, two cases which infiltrate to splenic artery and cause massive upper gastrointestinal system are presented and gastric carcinoid tumors are discussed.

Key Words: Gastric carcinoid tumor, Upper gastrointestinal tract hemorrhagic

Karsinoid tümörler sıklıkla appendiks ve ileumda olmak üzere tüm gastrointestinal sistemde (GİS), overlerde ve akciğerlerde bulunan enterokromaffin benzeri (ECL) hücrelerden köken alan tümörler olup, %90 appendiks yerleşimlidirler. Gastrik karsinoid tümörler, vücuttaki tüm karsinoid tümörlerin %9'unu, mide kanserlerinin ise %2'sini oluştururlar. Mide kanserleri çoğunlukla düşük debili kanamalara neden olurken, mide kanserlerine bağlı masif üst GİS kanaması olguları ancak %5 oranında görülür. Derin dokulara aşırı infiltrate olmuş bazı tümörlerde major damar invazyonlarına bağlı ciddi masif kanamalar da görülebilir.

Bu çalışmada splenik arter invazyonu yaparak masif üst GİS kanamasına yol açan gastrik karsinoid tümörlü iki olgu sunulmuş ve gastrik karsinoid tümörler literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

OLGU 1

Yetmişaltı yaşında kadın hasta, aniden başlayan şiddetli hematemez yakınması ile acil servise başvurdu. Yapılan ilk değerlendirmede hemorajik şok'ta olduğu tespit edilen hastanın, fizik muayene ve laboratuvar bulgularında bilinç bulanık, kooperasyon güçlükle sağlanabiliyor, TA: 90/40mmHg, KTA:118/dk, Hb:5,6 gr/dL, Hct; 27%, ALT;67 U/L, AST;62 U/L, ALP; 140 U/L, AKŞ;119 mg/dL, Ure; 81 mg/dL, Kreatinin; 2,4 mg/dL olarak tespit edildi. Aktif üst GİS kanaması devam eden ve genel durumu kötü olan hastaya hemodinamik stabilitesi sağlanamadığı için üst GİS endoskopisi yapılamadı ve hasta, kan transfüzyonuna devam edilerek ve çok hızlı bir sıvı-elektrolit resusitasyonu takiben masif üst GİS kanaması tanısıyla acilen ameliyata alındı. Laparotomiye takiben yapılan gastrotomide mide proksimalinde korpus arka duvarında yerleşik 4x2,5 cm boyutlarındaki düzensiz sınırlı ülser kraterinin tabanından yüksek debili arteriyel kanama olduğu gözlemlendi. Eksplorasyonda ülserin posterior duvarda pankreas kuyruğu ve splenik artere invazyon gösterdiği, abondan arteriyel kanamanın bizzat splenik arterden kaynaklandığı kanaatine varıldı. Gastrokolik ligaman açılarak splenik arter çöliak trunkus'daki çıkış bölgesinden

bağlanarak total gastrektomi + distal pankreatektomi + splenektomi işlemi yapıldı. Roux-n-Y tarzı özofagojejunostomi ile rekonstruksiyon sağlandı. Spesimenin makroskopik incelemesinde tümörün pankreas kuyruğuna ve splenik damarlara derin invazyon yaptığı ve damarları erozyona uğratmış olduğu açık olarak gözlemlendi (Bkz. Resim 1).

Resim 1. Olgu 1. Düzensiz sınırlı ülser krateri, mide arka duvarında distal pankreasa ve splenik artere invazyon. **A.** Önden görünüm



B. Arkadan görünüm.



Postoperatif dönemde yoğun bakımda invaziv monitorizasyonla takip edilen ve destek tedavisi uygulanan hasta akciğer ve kardiyak problemler (pulmoner ödem ve konjestif kalp yetmezliği) nedeniyle postop. üçüncü gün akut myokard infarktüsü sonucu eksitus oldu. Histopatoloji laboratuvarında yapılan makroskopik ve mikroskopik inceleme sonucu lezyonun karsinoid tümör olduğu ve ülserin bir sahada splenik artere invazyon yaptığı, damar bütünlüğünün tümör invazyonu nedeniyle bozulmuş olduğu rapor edildi.

OLGU 2

Ellibir yaşında erkek hasta, bol kanlı kusma yakınması ile acil servise başvurdu. Tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyonu olan hastaya diyagnostik ve terapötik amaçla acil üst GİS endoskopisi yapıldı. Endoskopide proksimal midede posterior duvarda lokalize, yaklaşık 6 cm çapında üzeri ülserle tümörün aktif kanadığı gözlemlendi. Endoskopik girişimlerle hemostaz sağlanamadı. Hasta sıvı elektrolit resussitasyonu ve kan replasmanını takiben acil olarak ameliyata alındı. Laparotomi ve gastrotomi ile yapılan eksplorasyonda mide korpus arka duvarında pankreas kuyruğuna infiltrate, aktif kanaması devam eden 5-6 cm çapında ülserovejetan kitle gözlemlendi. Kitle pankreas kuyruk kısmına infiltrate olduğu için distal pankreatektomi ve splenektomi ile birlikte total gastrektomi yapıldı. Histopatolojik olarak lezyonun “atipik gastrik karsinoid tümör” olduğu, tümörün splenik artere invazyon yapmış olduğu ve damar duvarında ülser erozyonuna bağlı defekt olduğu rapor edildi (Bkz. Resim 2). Ameliyat sonrası 2. yılında kontrol edilen hastada hafif gastrointestinal yakınmalar dışında patolojik bulgu yoktu, lokal nüks veya metastaz saptanmadı.

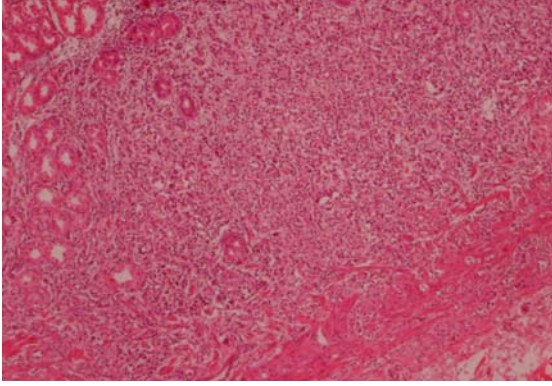
TARTIŞMA

Gastrik karsinoid tümörler tüm mide kanserleri içinde %2'den daha az sıklıkta görülür.^{1,2} Maggard ve ark.'nın yaptığı çalışmada gastrik karsinoid tümörlerin görülme oranlarının giderek arttığı karsinoid tümörler içerisinde gastrik karsinoid tümör oranının %9'lara kadar yükseldiği bildirilmektedir. Bu artış nedeni tanı yöntemlerindeki gelişmeler ve endoskopinin yaygın kullanımına bağlanmıştır.^{2,3}

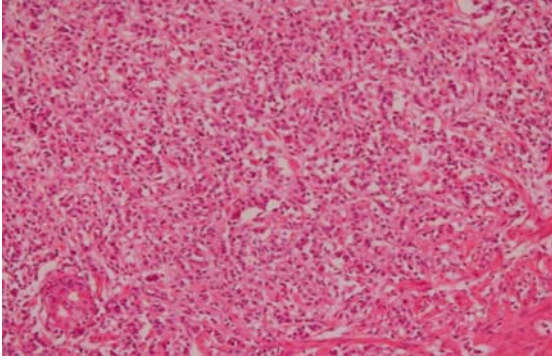
Gastrik tümörlere bağlı üst GİS kanamaları sıklıkla mikroskopik ve düşük debili kanamalar iken, olguların % 4'ünde masif kanamalar da görülebilmektedir.⁴ Karsinoid tümörlerin makroskopik üst GİS kanamasına neden olması nadir görülen bir durum olup, gastrik karsinoid tümörlere bağlı masif üst gastrointestinal sistem kanamaları daha da nadirdir. Bu kanamalar genellikle gastrik damarların tümör tarafından infiltrate edilmesine bağlı olarak ülser zemininde meydana gelirler. Ekstra gastrik damarların komşuluk nedeniyle tümör tarafından infiltrate edilmesi daha seyrek rastlanan bir durumdur. Biz yaptığımız literatür taramasında splenik artere invazyon yapmış karsinoid tümör nedeniyle masif üst GİS kanaması yapan sadece 5 olgu bildirimine ulaşabildik.⁵

Splenik Arter İnvazyonu Yapan Gastrik Karsinoid Tümör: İki Olgu Sunumu

Resim 2. İyi differansiye endokrin tümör. Trabeküler ve psödoglandüler yapı oluşturmuş enterokromaffin benzeri hücreler
A.Hematoksilen-EosineX200



B.Hematoksilen-EosineX400



Masif üst GİS kanamasına neden olan karsinoid tümör olguları ileri derecede infiltratif seyreden tümörler olup komşu organ invazyonları ve destrüktif karakterleri nedeniyle mide, duodenum ve ileum segmentlerinde ciddi kanamalara neden olan olgulardır.⁶⁻⁸ Gastrik karsinoid tümörler midenin endokrin hücre kitlesinin yaklaşık %35'ini oluşturan enterochromaffin like (ECL) hücrelerden köken alan tümörlerdir. ECL hücreler ağırlıklı olarak midenin fundus kısmında yer alırlar.⁹ Bu hastalarda midede aşırı asit sekresyonu mevcuttur ve kan gastrin düzeyi yüksektir. ECL hücre hiperplazisi ve hipertrofinin hipergastrineminin bir sonucu olduğu kabul edilmektedir. ECL hücrelerinin hiperplastik transformasyonu ve neoplastik lezyonlar Zollinger-Ellison Sendromunda, Multiple Endokrin Neoplazi - Tip 1 hastalarda ve uzun süreli asit süpresyon tedavisi yapılan hastalarda ortaya çıkmaktadır. Ancak özellikle asit süpresyon tedavisinin insanlarda gastrik karsinoid tümör ile nedensel ilişkisi kanıtlanamamıştır.¹

Gastrik karsinoid tümörler; atrofik gastrit ile birlikte olan karsinoid tümörler (Tip-I), gastrin bağımlı olmayan karsinoid tümörler (Tip II) ve nöroendokrin karsinoid tümörler (Tip III) olmak üzere üç farklı tipte tanımlanmaktadır. Bu karsinoid tümörler kliniko-patolojik özellikleri bakımından birbirinden farklı karakterdedirler ve gastrik karsinoid tümörlerin özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Olgularımızda serum gastrin düzeyleri bilinmemekle birlikte bu tabloya göre her iki olgunun da Tip III gastrik karsinoid tümörler ile uyumlu oldukları söylenebilir.

Gastrik karsinoid tümörlerin tedavisi cerrahi olarak tümörün geniş eksizyonla çıkarılmasıdır. Erken evre gastrik karsinoidlerde bu işlem endoskopik olarak da başarı ile uygulanabilmektedir. Hipergastrinemi ile birlikte olan Tip I karsinoidler diğer tiplere göre daha iyi biyolojik davranış gösterirler. Tip I karsinoid tümörlerin tedavisinde; tümör çapı 10mm'den küçük ve sayıları 5'den az ise endoskopik eksizyon kabul edilebilir bir tedavi yöntemidir. Ancak sayıları 5'den fazla olan ve tümör çapı 10 mm'den büyük olan karsinoid tümörlerde subtotal veya total gastrektomi yapılarak tedavi uygulanması önerilmektedir. Tip II karsinoid tümörler son derece agresif seyirli olup mutlaka radikal cerrahi uygulanması önerilmektedir. Serozal tutulum veya mide dışına yayılım gösteren tümörlerde uygulanacak cerrahi tedavi hastalığın evresine göre küratif rezeksiyon sınırları içinde ise total gastrektomi ve lenf nodu disseksiyonunu içermelidir.^{1,11} Sunulan iki olguya, hem tümörün lokal kontrolün sağlanması hem de etkili bir hemostaz sağlanabilmesi için ekstensive cerrahi tedavi uygulandı.

Metastazlara yönelik palyatif cerrahi girişimler de yapılabileceği gibi somatostatin analogları, 5-hidroksitriptamin reseptör antagonistleri, siproheptadin gibi medikal tedavi yöntemleri de uygulanabilmektedir. Metastaz yapmış Tip III gastrik karsinoid tümörlerin adjuvan tedavisinde sistemik kemoterapinin de yararlı olduğu bildirilmektedir.⁹

Beş yıllık yaşam süresi, tüm gastrik karsinoid tümörlerde lokal hastalıklı olgularda %69 iken, uzak metastazlı olgularda %21'dir. Tip I gastrik karsinoid tümörlerde 5 yıllık yaşam beklentisi %78, gastrinoma ile ilişkili olan Tip II gastrik karsinoid tümörlerde ise %62-75'dir. Tip III gastrik karsinoid tümörler karakteristik özelliklerinden dolayı kötü prognoza sahiptirler ve 5 yıllık yaşam şansı %50'den daha düşüktür.

Hasdemir ve ark

Tablo 1. Gastrik Karsinoid tümörlerin karakteristik özellikleri ^{1,10}

	Tip I	Tip II	Tip III
Görülme Sıklığı	%70-80	%5-10	%15-20
Tümör Boyutu	<2 cm	<2 cm	>2 cm
Tümör Yerleşimi	Fundus	Fundus	Antrum / Fundus
Tümör Sayısı	Multipl	Multipl	Soliter
Cinsiyet	Kadın	Kadın/Erkek	Erkek
İlişkili Durumlar	Kr. Atrofik Gastritis	ZES ve MEN-1	Sporadik
Gastrin düzeyi	Tip A ve Pernisiyöz Anemi	Yüksek	Normal
Gasrik Asit Salınımı	Düşük	Yüksek	Normal
Metastaz Oram	<%5	%7-12	>%50
Prognoz	İyi	Orta	Kötü

KAYNAKLAR

- Mulkeen A, Cha C. Gastric carcinoid. Curr Opin Oncol. 2005;17:1-6. Review.
- Modlin IM, Sandor A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumors. Cancer. 1997;79:813-29.
- Maggard MA, O'Connell JB, Ko CY. Updated population-based review of carcinoid tumors. Ann Surg. 2004;240:117-22.
- Esraclian E, Gralnek IM. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin North Am. 2005;34:589-605.
- Dallal HJ, Ravindran R, King PM, Phull PS. Gastric carcinoid tumour as a cause of severe upper gastrointestinal haemorrhage. Endoscopy. 2003;35:716.
- Cebrelli CF, De Medici A, Cebrelli C, Mottola P, Bosi F. A rare case of massive digestive hemorrhage. Carcinoid of the small intestine. Minerva Chir. 1992;47:949-53.
- Auer J, Kirchgatterer A, Berent R, Allinger S, Hinterholzer G, Hobling W, Meindl S, Oppitz P, Kalchmair J, Neuwirth G, Knoflach P. Gastrointestinal hemorrhage needing blood transfusion as the first manifestation of small bowel carcinoid tumor. Z Gastroenterol. 2000;38:631-6.
- Garcia-Compean D, Gonzalez JA, Giasi Gonzalez E, Cuervo Perez LE, Saldana G, Maldonado Garza H. Ileal carcinoid tumor manifesting as gastrointestinal hemorrhage

and diagnosed with capsule endoscopy: Case report. Rev Gastroenterol Mex. 2005;70:164-8.

- Caplin ME, Buscombe JR, Hilson AJ, Watkinson AF, Burroughs AK. Carcinoid tumour. Lancet. 1998;352:799-805.
- Burkitt MD, Pritchard DM. Review article: Pathogenesis and management of gastric carcinoid tumours. Aliment Pharmacol Ther. 2006;24:1305-20.
- Borch K, Ahren B, Ahlman H, Falkmer S, Granerus G, Grimelius L. Gastric carcinoids: biologic behavior and prognosis after differentiated treatment in relation to type. Ann Surg. 2005;242:64-73.

Yazışma Adresi:

Dr. Oğuz HASDEMİR
Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
İzzet Baysal Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu
E-posta : oguzhasdemir@gmail.com
Tel : 374 2534656 - 3516
Fax : 374 2534615