

MİDENİN MÜLTİPL KARSİNOİD TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

MULTIPLE GASTRIC CARCINOID TUMOR : A CASE REPORT

Enver İLHAN¹

Mehmet YILDIRIM²

Elif SELEK¹

Servet AĞDENİ Z¹

Şehnaz Emil SAYHAN²

Erdem GÖKER²

¹S.S.K. İzmir Eğitim Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği, İzmir

²S.S.K. İzmir Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi, İzmir

Anahtar sözcükler: karsinoid tümör, gastrik

Key words: carcinoid tumors, gastric

ÖZET

Karsinoid tümörler gastrointestinal traktüsün en sık görülen nöroendokrin tümörleridir. Bu tümörlerin %10 ile %30'u midede yerleşim gösterir. Yerleşim yeri sıklıkla mide korpus ve fundusudur. Küçük tümörler endoskopik olarak tedavi olurken multipl tümörlere mide rezeksiyonu yapılmaktadır. Bu yazıda multipl gastrik karsinoid olgusu sunulmakta olup tanı endoskopik biyopsi ile konmuş ve total gastrektomi yapılmıştır. Olgu bir yıldır hastalıksız izlenmektedir.

SUMMARY

The most common neuroendocrine tumor of the gastrointestinal tract is carcinoid tumor. %10-%30 of these tumors originate from the stomach. Usually they are located in corpus and fundus. While minute tumors can be treated by endoscopically, the treatment of multiple tumors involves gastric resection. We report a case of a multiple gastric carcinoid tumor that is diagnosed by endoscopic biopsy. Gastric endocrine cell proliferation varied from simple argyrophil cell hyperplasia to carcinoid tumor. The tumor was treated by gastric resection. The patient was disease-free in the last one year.

GİRİŞ

Karsinoid tümörler enterokromafin hücrelerden köken alan tümörler olup endodermden köken alan tüm organlarda görülmektedir. İlk kez Lubarsch tarafından tanımlanmış ve Oberndorfer tarafından karsinoid terimi kullanılmıştır (1).

Mide karsinoid tümörleri midenin embriyogenetik orijini nedeniyle foreguttan gelişen tümörler arasında yer almaktadır. Tüm mide kanserleri içinde karsinoid tümör görülme sıklığı %2-6'dır (2)

Mide karsinoid tümörleri; atrofik gastrit, pernisiöz anemi ve Zollinger Ellison sendromlu olgularda daha sıklıkla görülmektedir(3,4).Aklorhidrinin hipergastrinemiye ve enterokromafin hücre hiperplazisine yol açarak karsinoid tümör gelişiminde rolü olabileceği bildirilmektedir(5).

Mide karsinoid tümörleri üç tipe ayrılmaktadır. Tip I tümörler kronik gastrit zemininde, Tip II tümörler MEA ile, Tip III tümörler ise sporadik lezyonlar şeklinde görülmektedir. Atrofik gastrit ile birlikte görülen karsinoid tümörler korpus ve fundusta multipl lezyonlar şeklinde olup genellikle 1 ile 3 cm. çapındadır. Bu olgular klinikte gastrit tanısı alabilmektedirler (6,7).

Yazışma adresi: Enver İLHAN, S.S.K. İzmir Eğitim Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği, İzmir

Makalenin geliş tarihi ; 30.10.2003; kabul tarihi: 08.01.2004

Tanı gastroskopi ve biopsinin histopatolojik incelenmesiyle konmaktadır. Midenin multipl karsinoidlerinde tedavi cerrahidir. Bu yazıda endoskopik olarak eritematöz gastrit tanısı alan; ancak mide korpusunda değişik lokalizasyonlardan yapılan biopsilerde karsinoid tümör tespit edilen bir olgu sunularak ilgili literatür eşliğinde irdelenmektedir.

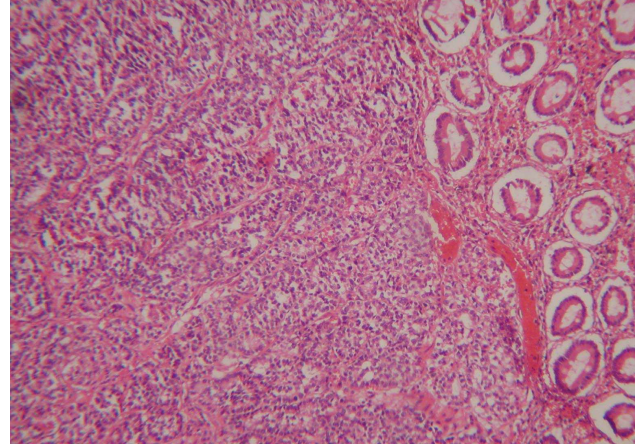
OLGU SUNUMU

Altmış yaşında erkek hasta bir yıldır epigastrik ağrı nedeniyle bir başka hastanede H2 reseptör blokerleri ile tedavi edilmiştir. Yakınlmalarının devamı nedeniyle gastroskopi yapıldığında mide korpusu ve antrumunda mukozanın yer yer hiperemik olduğu görülerek biopsiler alınmıştır. Korpus biopsisinde intestinal metaplazi ve karsinoid tümör, antrum biopsisinde yangı (+) bildirilmiştir. İmmunohistokimyasal bakıda NSE(+), kromogranin (+), sinaptafizin(+) bulunmuştur.

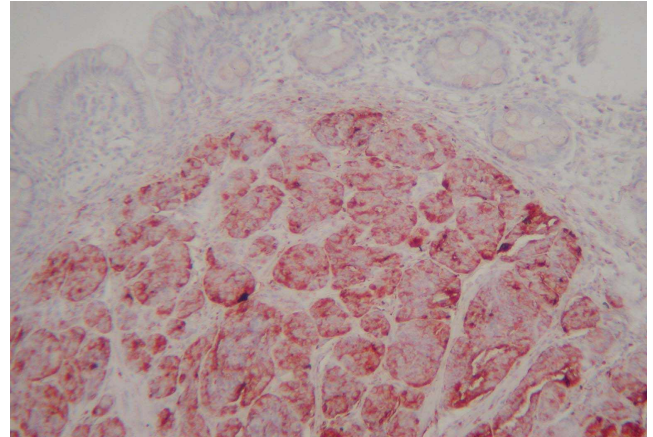
Endoskopik ilk tanı eritematöz gastrit olup biopsilerle karsinoid tümör tanısı konduğu için midenin tekrar endoskopisi istenmiştir.

Bu kez korpusta büyük kurvatür yerleşimli mukozadan hafif kabarıklık 2 mm'lik hiperemik alan ve antrum ön duvarında büyük kurvatüre yakın benzer özellikte iki hiperemik alan saptanmıştır. Bu alanlardan biopsiler alınmıştır. Korpus biopsisinde intestinal metaplazi ve karsinoid tümör tespit edilmiştir. Bu haliyle olguya mide mukozasında multipl yerleşimli karsinoid tümör tanısı konmuştur. Preoperatif CT incelemesinde mide duvarının olağan kalınlıkta olduğu ve batın organlarının normal olduğu saptanmıştır. Olgunun idrarında 5 HİAA 21.8 mg/24 saat bulunmuştur (N: 2-7 mg/24 saat). Olgunun laparotomisinde midenin makroskopik olarak normal olduğu saptanmıştır. Ancak korpusun farklı alanlarından alınan biopsilerin intestinal metaplazi ve karsinoid tümör içermesi nedeniyle küratif yaklaşımın total mide rezeksiyonu ve D1 diseksiyonu ile olacağı düşünülmüştür. Olgunun postop dönemde komplikasyonu olmaması ve postoperatif 7. gün taburcu edilmiştir. Midenin histopatolojik tetkikinde 68 örnekleme yapılmıştır. Korpus ve fundusun yoğun kanamalı olup, palpasyonla bu alanlarda birbirinden bağımsız 0.2 cm çapında 2 adet nodüler sertlik saptanmıştır. HE ile boyanmış lezyon alanlarında mukozada diffüz intestinal metaplazi, bunun altıda ise karsinoid tümör histolojisi izlenmiştir. İmmunohistokimyasal boyama ile lezyonlarda sinaptofizin ve kromogranin ile diffüz (+) boyama izlenmiştir. (Resim 1 ve Resim 2) Midenin tamamı intestinal metaplazi içermekte olup, korpusta yaygın odaklar şeklinde nöroendokrin hücre grupları mevcuttur. Diseke edilen 10 lenf bezi reaktif hiperplazi göstermekteydi. Olguya adjuvan

kemoterapi başlandı. Tedavi protokolünde sandostatin LAR, urasil tegafur ve kalsium folinate mevcuttur.



RESİM 1. Epitelde yaygın intestinal metaplazi gösteren glandlar ve diğer alanlarda tümöral hücre yuvaları (H&E)



RESİM 2. Tümör hücreleri sinaptofizin ile pozitif boyanırken, üstteki intestinal metaplazi gösteren epitelde boyanma izlenmedi (immunohistokimyasal).

TARTIŞMA

Karsinoidler nadir görülen tümörlerdir. Nadiren tümör gelişen ince bağırsak ve appendikste daha fazla rastlanmaktadır. Daha sık tümör görülen mide, kolon ve akciğerde sadece %1 oranında görülmektedir(2). Midenin karsinoid tümörlerinin erken evrede karsinoide özgü semptomları olmayıp, nonspesifik tedaviler verilmektedir. Olgularda karın ağrıları ve dispeptik yakınmalar görülebilir. Karsinoid sendroma neden olan endokrin aktivite mide karsinoid tümörlerinde görülmemektedir. Endoskopik tetkik esnasında biopsilerde rastlantıyla tespit edilebilir. Genellikle gastrit zemininde olduğu için hiperemik alanlar şeklinde görülmekte ve olgumuzda da olduğu gibi eritematöz gastrit tanısı almaktadır.

Histopatolojik olarak mide karsinoid tümörlerinin $\frac{3}{4}$ ü atrofik gastrit zemininde gelişmekte olup 10 mm' den büyük olmayan lezyonlar şeklindedir (3). Morfolojik olarak korpus ve fundus' ta yerleşen multipl lezyonlarla karakterizedir. Olguların %25' inde ise sporadik tümörler görülmekte olup gastrit zemininde oluşmamaktadır. Bu olgularda H.pylori pozitif bulunmaktadı r. Bu haliyle sunulan olgu Tip 1 gastrit formunda gelişen karsinoid tümöre uymaktadır.Ancak tümör bu olguda intestinal metaplazi zemininde geliştiği için ayrıcalık göstermektedir.. İntestinal metaplazi zemininde tümör gelişiminin sık olmadığı bildirilmektedir (6). H2 reseptör blokerlerinin ratlarda aklorhidri yaparak hipergastrinemiye yol açtığı bilinmektedir. Deneysel çalışmalarında gösterilen bu durumda hipergastrinemi enterokromafin hücre hiperplazisine neden olmaktadır.

(4). Midede enterokromafin hücre hiperplazisi sonucunda karsinoid tümörler ortaya çıkmaktadır. Karsinoid tümörlerinin %11-19' unda bu hiperplazi tespit edilmiştir (2). Sunulan olguda midede intestinal metaplazi yanında enterokromafin hiperplazisi mevcuttu. Tanı da gastroskopi ile alınan biopsi yol gösterici olmaktadır. Ayrıca I 131 ile yapılan MIBG sintigrafisi kullanılabılır ; ancak bu tetkikin

midgut orjinli karsinoid tümörlerde daha duyarlı olduğu saptanmıştır (8). Cerrahi tedavi lezyonun genişliğine göre yapılmalıdır.

Soliter yada multipl karsinoid tümörlerde sınırlı cerrahi öneriler mevcuttur(4). On mm' nin altındaki lezyonlarda endoskopik olarak eksizyon yeterli bulunmaktadı r. 10-20 mm boyutlarındaki lezyonlarda sağlığını muhafaza etmek için cerrahi tedavi önerilir(9). Nodüler lezyonlar şeklindeki karsinoid tümörlere endoskopik yaklaşım yeterli bulunmaktadı r. (10) Enterokromafin hücre hiperplazisi zemininde gelişen tümörlere parsiyel mide rezeksiyonu yapılabılır kalan midede karsinoid tümör geliştiği bildirilmiştir (11). Bu nedenle küratif tedavide bizim olgumuzun özellikleri gözönüne alınarak total mide rezeksiyonu yapılabılır. Olgumuzun patolojik tetkikinde lenf bezi tutulumu yoktur. Lenf düğümü tutulumu olan olgularda bile rezeksiyon sonucu 5 yıl yaşamın % 80 olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak endoskopik gastrit tanısının biopsi ile doğrulanması , mide karsinoid tümörlerinin multisentrik olabileceği ve görece iyi prognozu nedeniyle geniş rezeksiyonların yapılması gerekliliği vurgulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Wareing T, Sawyers JL, Carcinoids and the carcinoid syndrome. Am J. Surg 1983 ;145 : 769-772
2. Solcia E, Rindi G, Havo N, Elm G. Qualitative studies of gastric endocrine cells in patients treated long term with omeprazole. Scand J, Gastroenterol .1989 ;166 :129-37
3. Ganzalez JA, De Miguel R, Martinez et al. Multiple gastric carcinoids atrophic gastritis, hipergastrinemia : a confirmed association. Rev,Esp.Enform Apar Dı g 1989; 76: 161-9
4. Roehner HD, Simon D. Carcinoid tumors. In:Clark O H,Duh Q ,Editors .Textbook of Endocrine Surgery. WB Saunders; 1997, p.643-649
5. Karnes WE, Walsh JH. The gastrin hypothesis, implications for antisecretory drug selection J Clin Gastroenterol, 1990 ;12 supp 2 :7-12
6. Rappel S, Altendorf-Hoffman A, Stalte M. Prognosis of gastric carcinoid tumors. Digestion 1995 ;56: 455-62.
7. Hsano M, Watanabe H, Lwafuchi M, et al. Multiple carcinoids and endocrine cell micro-nests in type a gastritis their morphology histogenesis and natural history. Cancer 1989 ; 63 : 881-90.
8. Hauson MW, Feldman JM Blinder RA Moore JO Coleman RE. Carcinoid tumors iodine I 131 MIBG scintigraphy. Radiology 1989; 172 : 699-703.
9. Canty SE Endocrin cancer In : Kirkwood JM, Lotze MT Yasko JM Current Cancer Therapeutics 2 .Edition Churchill Livingstone 1996 ; 239-246.
10. Borch K Atrophic gastritis and gastric carcinoid tumours. Ann Med 1989;21:291-297
11. Wainberg B, Grimelius L, Granerus G. The role of gastric resection in the management of multicentric argrophil gastric carcinoids Surgery 1990; 108: 851 -7