

Kolorektal karsinomu taklit eden nadir tümörler

Rare tumors mimicking colorectal carcinomas

Çalışkan C¹ Akgün E¹ Doğanavşargil B² Korkut M A¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova-İzmir-Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Bornova-İzmir-Türkiye

Özet

Amaç: Kolorektal kanserler (KRK) gastrointestinal sistemin en çok rastlanan tümörleridir. KRK tamamına yakını adenokarsinom olup görülen tüm diğer malign lezyonlar yaklaşık %2 gibi bir oran teşkil etmektedir. Ameliyat sayısı yüksek olan merkezlerde adenokarsinom dışı patolojilerle karşılaşma ihtimali daha da artmaktadır.

Yöntem ve Gereç: Kliniğimizde 2003-2006 yıllarında kolorektal karsinom ön tanısı ile opere ettiğimiz 495 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirilip adenokarsinom dışı patolojileri olan 21 hastanın verileri değerlendirildi.

Bulgular: Endoskopik ve radyolojik incelemelerin kullanımının giderek artmasıyla son yıllarda kolonda yerleşmiş lezyonların tanımlanmasında ve oranlarında göreceli olarak artış sözkonusudur.

Sonuç: Hastalarda mevcut olan şüpheli bulgular ve özellikle ileri yaş klinisyeni ilk planda malignite olasılığına yönlendirmektedir. Yardımcı tanı yöntemlerinin de primer patolojiyi tanımlamakta yetersiz kaldığı bu gibi durumlarda cerrahi tedavi kararının yükü sadece klinisyenin üzerine kalmakta ve cerrahi rezeksiyon kaçınılmaz olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kolorektal karsinom, adenokarsinom, malignite.

Summary

Aim: Colorectal Cancers (CRC) are the most common tumors of the gastrointestinal tract. Almost all of the CRC is adenocarcinoma and other malignant lesions of the gastrointestinal tract holds approximately 2% of the whole. In the institutes where have higher numbers of surgical procedures, probability of seeing non-adenocarcinoma patients more possible than other institutes.

Material and Methods: In this article, 495 patients' datas who were operated with estimated CRC between 2003-2006 were evaluated retrospectively and 21 patients' datas with non-adenocarcinoma diagnosis were reviewed.

Results: In the recent years, colonic lesions gets relatively more identified with gradually increasing availability of endoscopic procedures and radiological examinations.

Conclusion: Suspicious findings and advanced age makes the clinician to think the diagnosis of malignancies in the first places. In the setting of diagnostic procedures fail to identify the primary pathology the overwhelming weight of surgical intervention decision is on the shoulders of the clinician and surgical resection is sometimes inevitable.

Key Words: colorectal carcinoma, adenocarcinoma, malignity.

Giriş

Kolorektal kanserler (KRK) gastrointestinal sistemin en çok rastlanan tümörleridir. KRK her iki cinste görülen tüm malign lezyonların yaklaşık olarak %10 unu oluşturmakta ve dünyada her yıl yaklaşık bir milyon kişi kolorektal kanser tanısı almaktadır(1).

Ortalama görülme yaşı 60 civarındadır. KRK tamamına yakını adenokarsinom olup görülen tüm diğer malign lezyonlar yaklaşık %2 gibi bir oran teşkil etmektedir(2). Ameliyat sayısı yüksek olan ve spesifik olarak kolorektal cerrahi vakalarının yapıldığı merkezlerde adenokarsinom dışı patolojilerle karşılaşma ihtimali daha da artmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde 2003-2006 yıllarında kolorektal karsinom ön tanısı ile opere ettiğimiz 495 hastanın verileri hasta dosyalarından geriye dönük olarak taranıp tipik kolorektal adenokarsinoma dışı patolojileri olan 21 hastanın verileri değerlendirildi.

Sonuçlar

Kolonun primer adenokarsinomunu taklit ederek cerrahi endikasyon oluşturmuş bu tümörlerin dağılımı şu şekilde idi: iki olguda ileoçekal bölge yerleşimli lenfoma, iki olguda gastrointestinal stromal tümör (GIST), iki olguda ileoçekal bölge yerleşimli polip, iki olguda dev villöz adenom, bir olguda sağ kolon yerleşimli lipom, bir olguda çekum yerleşimli mikst karsinoid-adenokarsinom, bir olguda ileoçekal yerleşimli adenoskuamöz karsinom, bir olguda çekumda malign melanom, bir olguda ileokolik bölgede yerleşmiş mezenterik fibromatosis, bir olguda rektumda soliter rektal ülser, bir olguda çekum komşuluğunda hemanjioperistom ve eşzamanlı karsinoid tümör, bir olguda apendiks yerleşimli karsinoid tümör, bir olguda ektopek fascioliasis, bir olguda endometriosis, bir olguda sol kolonun schwannomu, bir olguda sigmoid kolonun hemanjiomu, bir olguda rektosigmoid bileşkede meme karsinom metastazı idi. Tüm adenokarsinom dışı patolojilerin toplam olgu sayısına oranı %4,24 idi. İki olgumuzda yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonu, birer olgumuzda idrar yolu enfeksiyonu ve atelettazi dışında minör ve major cerrahi komplikasyon izlenmedi.

Tartışma

Endoskopik ve radyolojik incelemelerin kullanımının giderek artmasıyla son yıllarda kolonda yerleşmiş lezyonların tanımlanmasında ve oranlarında göreceli olarak artış sözkonusudur. Bu yazımızda kolorektal karsinom ön tanısı ile opere ettiğimiz hastalarda karşılaştığımız kolorektal adenokarsinomu taklit eden adenokarsinom dışı patolojileri irdeledik.

Bunlardan primer ektranodal malign lenfoma nadir görülen bir malignitedir ve en sık görüldüğü bölge gastrointestinal sistemdir(3). Lenfomalar ince barsak tümörlerinin10%-15% ini kolon tümörlerinin ise yaklaşık % 1 den azını oluşturmaktadır (4). Yüksek oranda lenfoid doku içermeleri nedeni ile ileumda bulunmaları sıktır. Ancak vücutta başka bir şüpheli odak olmaksızın çekum yerleşimli lenfoma alışılmadık bir durumdur. Acil koşullarda opere edilen bir olgumuz ileoçekal bölgede yerleşmiş kitlenin neden olduğu mekanik barsak obstrüksiyonu, diğeri ise elektif koşullarda ileoçekal bölge yerleşimli malignite kuşkusu uyandıran kitle sebebi ile opere edilmiştir.

Gastrointestinal Stromal Tümörler (GIST), gastrointestinal sistemin spesifik tümörleridir. Omentum ve peritondan da köken alabilirler. Bu tümörler için yaklaşık 1/100.000 oranında insidans rapor edilmektedir ve bunların yaklaşık dörtte biri malign olup sıklıkla 55–65 yaşları arasında görülmektedir(5). GIST'in yaklaşık %5'i kolonda yerleşmektedir (6). Genellikle rastlantısal olarak saptanan tümörlerdir. Uzak metastaz ve aşırı büyüme bu tümörler için oldukça nadir görülen durumlardır. Tanı anında tümörün 5 cm den büyük olması ve nekroz içermesi, yüksek mitoz ve Ki-67 indeksi girişimden sonra peritoneal yayılım bu tümörler için kötü prognostik kriterler olarak sayılabilir (6,7).

Acil koşullarda mekanik barsak obstrüksiyonu nedeni ile müdahale ettiğimiz iki olguda ileoçekal valvde yerleşmiş fibröz polipler saptadık (Resim 1).



Resim 1. İleoçekal bölgede tıkanma oluşturmuş fibröz polip

İki olguda da malignite olmamasına rağmen polipler tıkanmış çekum tümörü tablosu oluşturmuştu. İki olguda da polipler çekuma doğru invajinasyona sebep olmuştu. Erişkin yaşlarda görülen invajinasyonların neredeyse tamamı organik lezyonlara bağlıdır.

Bunlardan ileoileal, ileokolik olanlar genellikle benign nedenlere bağlı iken kolokolik invaginasyonlara neden olan lezyonlar sıklıkla malign karakterli kitlelerdir (8). Semptomlar diğer intestinal tıkanmalardan farklı değildir ve tanı genellikle laparotomi sonrasında konur.

Villöz tipte lezyonlar tanı konana dek sıklıkla asemptomatik olduklarından tanı anında devasa boyutlara ulaşmış olabilirler. Bu büyük küsselerine rağmen invaziv malign odak içermeyebilirler. Çok daha küçük invaziv adenokarsinomlarla kıyaslandıklarında sadece yüksek dereceli displazi veya insitu karsinom odakları içerebilen bu büyük lezyonlar paradoks bir fenomen sergilemektedirler(9). Rektal kanamaya neden olanlar daha erken dönemlerde teşhis edilirken, kanamaya neden olmayan lezyonlar aşırı mukus salgısı nedeni ile elektrolit dengesizliğine dek uzanan klinik tablolarla kendilerini gösterebilirler (10). Rijit rektoskopi rektumda yerleşen lezyonlar için en emin tanı metodudur. Eş zamanlı alınan biopsiler her ne kadar invaziv tümör odakları içermesede bu lezyonlar premalign özellikleri dolayısıyla invaziv tümörler gibi tedavi edilirler. Aşağı rektum yerleşimli olup dentate çizgiden 7 cm.ye dek olan lezyonlar için seçkin tedavi yöntemi transanal lokal eksizyondur(11). Üst rektum ve kolon yerleşimli lezyonlar ise sıklıkla benzer yerleşimli invaziv tümörler gibi tedavi edilirler.

Kolonda lipom ilk kez 1757'de Bauer tarafından tarif edilmiştir(12).Kolonun nadir görülen tümörleri olan schwannoma, hemanjiom, lipom gibi tümöral oluşumlar kolorektal tümörlerinin % 0,3–1,8'ni oluşturmaktadır (13). Olgumuz 82 yaşında erkek olup karotis endarterektomisi geçirmiş ve antikoagülan kullanmaktadır. Preoperatif dönemde yapılan kolonoskopisinde kolonun diğer kısımlarında da üç adet tubuler adenom saptanarak polipektomi uygulanmış patolojileri teyit edilmiş ancak sağ kolonda yerleşmiş kitlesinin histopatolojik tanısının net olarak ortaya konamamış olması nedeniyle opere edilmiştir. Eş zamanlı hemoroidal hastalığı da bulunan olgumuzda esasta muhtemel antikoagülan kullanımına bağlı kan kayıplarının neden olduğu aneminin tetkiki sırasında rastlantısal olarak saptanan bu kitle, anemi, CA19.9 da yaklaşık iki kat yükseklik ve ileri yaş klinisyeni ilk planda malignite olasılığına yönlendirmektedir. Yardımcı tanı yöntemlerinin de esas patolojiyi tanımlamakta yetersiz kaldığı bu gibi durumlarda cerrahi rezeksiyon kaçınılmaz olmaktadır.

Apendiksin "Mikst karsinoid-adenokarsinomu" nadir bir tümör olup adenokarsinom ve karsinoid tümörlerin histopatolojik özelliklerini birlikte gösterir. Klasik karsinoid tümörlere göre daha saldırgan seyirli ve %8–20 oranında metastaz yaptığı bildirilmektedir (14). Makroskobik ve radyolojik olarak ayırtecdici özelliği olmayıp tanı sıklıkla histopatolojik inceleme ile konabilir. Ayırıcı tanıda klinik davranışları ve tedavileri farklı olan primer periton karsinomu, peritoneal yayılım gösteren

over, pankreas ve kolon tümörleri hatırdta tutulmalıdır. Klinisyen açısından tedavi diğer KRK ara göre farklılık arz etmemektedir.

Adenoskuamöz kanserler gastroözofageal bileşke ve anüs gibi skuamöz ve glandüler epitelin geçiş noktalarında görülmekle birlikte ileokolik bölgede yerleşmeleri nadirdir. İleumun son kısmından köken almış olgu sayısı literatürde bizim olgumuz hariç yedi tanedir (15). Tüm kolon ve rektumda yerleşmiş adenoskuamöz kanserler ise kolorektal adenokarsinomların %0.2 sinden daha azında bildirilmiştir (16). Histopatolojik olarak tanısında güçlük çekilmeyen bu olguların prognozunun kötü olduğu yönünde bildirimler mevcuttur (16). Yaygın peritoneal tutulum ve multipl karaciğer metastazlarına rağmen olgumuz üç yıldır takip altında ve hayattadır.

Melanomlar, melanositlerden köken alan nadir tümörlerdir. Tüm gastrointestinal tümörlerin içerisinde malign melanomlar %1-3'lük bir orana sahiptir(17). Özofagustan anüse kadar tüm gastrointestinal sistem tutulabilmekle beraber bunlar sıklıkla deride yerleşmiş primer tümörün metastazıdır. Primer çekum malign melanomu son derece nadir olmakla birlikte gastrointestinal sistem primer malignitesi şeklinde saptanabilir(18). Malign melanom, gastrointestinal sisteme metastaz yapma olasılığı en yüksek atipik tümörlerden olmasına rağmen metastazları asemptomatiktir. Mortal seyreden olguların otopsisinde %60 oranında gastrointestinal sisteme metastaz saptanmakla beraber bu hastaların yalnız %4 ünde olgular kaybedilmeden önceki dönemde metastaz saptanabilmiştir. Tüm histolojik alt tipler GIS metastazı yapabilmektedir (19).Primer orjinin bilinmediği durumlarda tümörün tek ve soliter olması, başka organ metastazının olmaması, histolojik olarak öncü lezyonlarla birlikte olması daha çok primer mukozal melanomu düşündürmektedir (20). Primer mukozal malign melanomun ileumun migrasyonu esnasında nöral krestten köken alan melanositlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu teori primer GIS melanomunun en sık yerleştiği yerin neden terminal ileum civarı olduğu sorusunu açıklamaktadır. Karşit görüşteki yazarlar ise primer tümörün GIS deki tümör saptanmadan önce regrese olduğunu veya klinik olarak saptanamayacak kadar küçük olduğunu savunmaktadırlar. Prognoz aynı anda saptanan metastazlara bağlıdır. Primer malign melanomu prognoz açısından saldırgan, yaygın metastaz ve kötü prognoz hakim olduğu genc hasta grubu ve nispeten daha az metastaz yapan ve yavaş ilerleyen yaşlı hasta grubu olmak üzere iki grupta incelemek mümkündür. Küratif rezeksiyon tek tedavi seçeneğidir. Rezeksiyon sonrası ortalama yaşam süresi yaklaşık 4 yıldır.

Mezenterik fibromatozis sıklıkla ince barsak mezenterinde lokalize olan oldukça nadir görülen bir

tümördür ve insidansı yaklaşık milyonda 3 tür(21). Lokal olarak saldırgan seyirlerine rağmen metastaz yapmazlar, ancak abdominal organlara doğru gösterdikleri hızlı büyüme özellikleri nedeniyle morbiditeye neden olurlar ve bundan ötürü tedavileri gerekir (22). Bu tümörler benign histolojik özellikler göstermekle beraber biyolojik davranışları benign fibröz lezyonlarla fibrosarkomlar arasındadır. Tümörün rezeke edilemediği vakalarda komşu yapılarda yapısal bozukluklar, intestinal obstrüksiyon, hidronefroz gibi bulgular kaçınılmazdır. Bu benign histolojik özellikleri olan tümörlerde temiz cerrahi sınır sağlayacak şekilde rezeksiyon kabul görmüş tedavi biçimidir. Bazı ötürler bu tip tümörlerin tedavisinde agresif cerrahi, bazıları ise antiöstrojen kullanımı , steroid kullanımı ve sitotoksik kemoterapi, radyoterapi gibi alternatif tedavi yöntemlerini önermektedirler (23). Tedavi seçenekleri değerlendirilirken gözönüne alınması gereken ölçüt hastalığın lokalizasyonu ve buna sekonder olarak oluşturduğu semptomlardır. Bu tür tümörlerde medikal tedaviler yardımcı metodlar olarak kullanılabilirle birlikte yararları tartışmalıdır. Alternatif tedavi metodu olamazlar, cerrahi eksizyon tek küratif metoddur.

Soliter rektal ülser (SRU), rektal kanama, mukus akıntısı ve ağrı ile karakterize nadir bir klinik problemdir. 1-2/100.000 gibi çok nadir sayıda görünen olgular olması nedeni ile SRU in ideal tedavisinin ne olduğu konusu henüz pek netleşmemiştir (24). Pelvik tabanda gevşeme ile ilgili bir dizi problem sonucu ortaya çıktığı düşünülen sıklıkla rektum ön duvarında yerleşen ülsere bir lezyondur. Normal ve sağlıklı bireylerde defekasyon sırasında puborektal kas gevşeyerek rektumun düzleşmesine ve boşalmasına izin verir. Ancak SRU olan bireylerde bu gevşemenin olamadığı ve aksine kontraksiyonlar gösterdiği bilinmektedir. Sonrasında ise defekasyonun olabilmesi için ıkınma gayretinin sarfedilmesi SRU gelişiminden sorumlu tutulmaktadır. Etiolojisi ve tedavisi ile ilgili tartışmalar bir yana rektumda yerleşmiş olan bu ülsere lezyon klinisyenleri ardarda yapılan biopsilerde ortaya konamayan, etrafındaki mukozanın reproduktif faaliyetlerinin epitel displazileri ile karıştığı durumlarda malignite olasılığı sebebiyle zor durumda bırakmaktadır. Etkilenen popülasyon sıklıkla 50 yaşın altında ve yaşam beklentisi uzun bir gruptur. Özellikle medikal tedaviye rağmen devam eden kanama bu patolojik tanı güçlüğü ile kombine edildiğinde cerrahi tedavi bir seçenek olarak düşünülmektedir (25).

Hemanjioperistom yavaş büyüyen ağrısız kitle şikayetine neden olan, düzgün yüzeyle, kapsülü zengin arteriol ağı ile kanlanan bir tümördür (26). 'Tumor doubling time' uzundur, iki dekad boyunca takip edilen olgular bildirilmiştir(26). Yerleşim yeri sıklıkla pelvik bölge ve retroperitondur ancak torasik, ekstremiteler gibi lokalizasyonlar da bildirilmiştir. Kitle intestinal lümen dışında ve pelvis gibi bir bölgenin içinde büyüdüğünden genellikle asemptomatiktir ve saptanması insidental

olabilir, lokalizasyona göre belirtiler verebilirler. Tümörler tanı anında sıklıkla 10 cm kadar bir boyuta gelmiştir. Mutlak tedavisi cerrahidir. Kapsül bütünlüğünün bozulmadan, tutulmuş komşu organlarla birlikte 'en bloc' rezeksiyon seçkin rezeksiyon metodudur. Kitlenin tam olarak rezeke edilemediği vakalarda komşu yapılarda distorsiyon vb problemler kaçınılmazdır. Alternatif olarak ışın tedavisi uygulanabilmekle beraber ışın tedavisi esas tedavi şekli olamaz.

Karsinoid tümörler apendikte saptanan tümöral oluşumların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (27). Bunlar sıklıkla 2 cm nin altında büyüklüğü olan lezyonlardır ve tanı genellikle akut apandisit tablosu nedeni ile opere edilmiş olguların materyallerinde patolojik inceleme sonucunda tesadüfen konur. Ancak eksik yapılan histopatolojik incelemeler nedeni ile bu oranın bilinenden daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Preoperatif dönemde apendiksin tümöral oluşumları nadir olarak tanınabilir ve özellikle çekuma yakın yerleşimli lezyonlar alışılmış büyüklüğün üzerindeyseler çekum tümörleri ile karıştırılmaları olasıdır. 2 cm den daha küçük lezyonların tedavisinde rezeksiyon sınırı salim ise apendektomi yeterlidir. 2 cm den daha büyük lezyonlarda yada rezeksiyon sınırında şüphe varlığında sağ hemikolektomi seçkin tedavi yöntemidir (28).

Fasioliasis karaciğer dışında görülmesi ender de olsa bildirilmiş, memeli konakçılarda yerleşebilen paraziter bir hastalıktır. Literatürde beyin, akciğer ve lenf nodları gibi yerleşimler bildirilmiş olsa da kolonda yerleşerek kolon tümörünü taklit etmesi çok nadir karşılaşılan bir durumdur (29). Trematod ailesinin infeksiyöz formu olan 'metacercaria' formu ağızdan alınan enfekte su yada yiyeceklerle mideye ulaşır, barsak duvarını geçerek birkaç gün içinde karaciğere ulaşır. Ancak alışılmadık bölgede yerleşen hastalık için direkt geçiş yada sistemik dolaşıma katılması dışında bir seçenek kalmamaktadır(29). Olgumuz preoperatif dönemde tanısı net olarak ortaya konamamış ve kısmi obstrüksiyon bulguları meydana getirmiş olan kitle nedeni ile opere edilmiştir. Geriye dönük olarak bilgisayarlı tomografi kesitleri incelendiğinde kitlenin tipik adenokarsinomdan ziyade inflamatuvar bir sürecin izlerini taşıdığı görülmekle beraber kısmi tıkanma artık meydana gelmiş olduğu için cerrahi tedavi kaçınılmaz olmuştur.

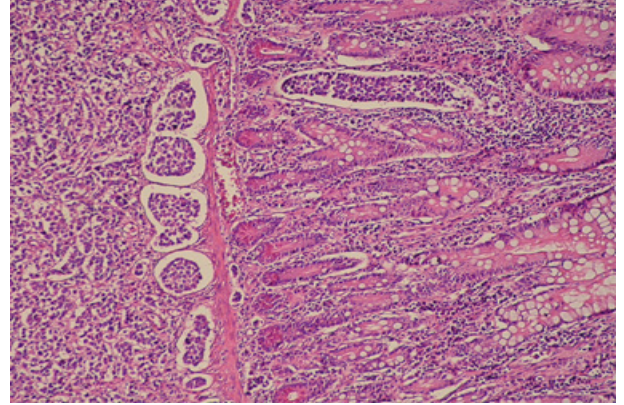
Pelvis içerisinde yakın komşulukları nedeniyle over ve uterus kökenli patolojilerin KRK ları taklit edebilmeleri deneyimli kolorektal cerrahlar için alışılmış bir durumdur. Kolon ya da rektum yerleşimli endometriozlar sıklıkla patognomonik endoskopik ya da radyolojik bulguları olmadığından tanıda güçlük çıkarmaktadır. Kesin tanı ancak rezeksiyon materyalinin histopatolojik incelemesi ile ortaya konabilmektedir (30).

Schwannom myenterik pleksustan köken alan, nöral kılıflardaki schwann hücrelerinden gelişen tümörlerdir.

Sıklıkla 8. kranial sinirde yerleşerek akustik nörinoma sebep olurlar. Soliter kitle oluşturarak gastrointestinal sisteme yerleşmiş schwannomlar ise olgu sunumları olarak literatürde mevcuttur. Tümör mukoza ile ilişkili olmadığından kolonoskopi gibi tanısal girişimler kullanışlı değildir(31). Tıpkı endometriozlarda olduğu gibi kesin tanı ancak ameliyatla çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesi ile konur.

Hemanjiomlar bir diğer nadir görülen vasküler lezyonlardır. Kolonda genellikle rektosigmoid bölgede ve genç erişkinlerde görülürler. En sık rastlanan semptom ağrısız rektal kanamadır. Kavernoöz lezyonlarda zaman zaman radyolojik görüntüleme yöntemleri tipik radyolojik görüntü olan 'phlebolitis' görünümünü ayırt ederek tanı koydurucu olsa da genellikle preoperatif dönemde ayırıcı tanısı güçtür (32). Tanı yine sıklıkla laparotomi sonrasında tümörün patolojik incelemesi ile konulur. Hemanjiomlara özgü bir diğer klinik sorun kolonoskopik incelemeler sırasında mukozal düzensizlik gösteren alanlardan alınan biopsiler sırasında aşırı kanamalara sebep olabilmeleridir.

Meme kanseri sıklıkla akciğer, kemik, karaciğer, adrenal bezlere metastaz yapma eğilimindedir. Gastrointestinal sisteme meme kanseri metastazı ise oldukça nadirdir. Otopsi serileri, gastrointestinal sistemin metastatik tümörlerinin klinik olarak şüphelenilenden çok daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu bölgeye metastaz yapan primer tümörler içinde yer alan meme kanseri, rektum ve kolona kıyasla mide ve ince barsağı daha sık tutar(33). Meme kanserinin gastrointestinal sisteme olan metastazları primer GIS malignitelerinde olduğu gibi non spesifik semptomlar içermektedir. Eğer meme kanseri ilk bulgu olarak gastrointestinal metastaz ile karşımıza çıkıyorsa tanı daha da zorlaşır(33). İnce barsak veya kolon tutulumu perforasyon ve GIS kanaması ile karşımıza çıkabileceği gibi tıkanmayla da kendini gösterebilir (Resim2). Endoskopik incelemelerin giderek yaygın ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle son yıllarda kolonda ve rektumda yerleşmiş çeşitli lezyonların tanımlanmasında ve oranlarında göreceli olarak artış göze çarpmaktadır. Semptomlar genellikle mekanik etki ile oluşmaktadır. Aneminin tetkiki sırasında insidental olarak da saptanmaları mümkündür.



Resim 2. Mukoza ve submukozada meme kanserinin lenfatik embolusları (x20 HE)

Hastalarda mevcut olan anemi, şüpheli tümör marker yüksekliği ve ileri yaş klinisyeni ilk planda malignite olasılığına yönlendirmektedir. Yardımcı tanı yöntemlerinin de primer patolojiyi tanımlamakta yetersiz kaldığı bu gibi durumlarda cerrahi tedavi kararının yükü sadece klinisyenin üzerine kalmaktadır ve bu koşullar altında cerrahi rezeksiyon kaçınılmaz olmaktadır. Klinisyene bu noktada düşen görev ameliyat öncesi dönemde primer patoloji ile ilgili mümkün olduğunca doku kanıtı sağlamaya çalışmaktır. Bu çaba sonuçsuz kaldığı takdirde sıra dışı özellikler gösteren lezyonlar mutlaka hatırdan tutulmalı, tedavi seçenekleri, ameliyat seçeneği, ameliyatın ne derece gerekli olduğu gibi konular hasta ve ailesi ile beraber gözden geçirilerek uygun bir şekilde tüm olası sonuçlar açık yüreklilikle anlatılmalıdır. Ameliyat sırasında frozen-section imkânı olan bir klinikte müdahalenin yapılması doku kanıtı sağlanması açısından yardımcı olabilir. Klinisyen böylelikle hem vicdani hem de kanuni olarak üzerine düşen bu yükün altından kalkabileceğini, olası olumsuz sonuçlar ile ilgili olarak kendini bu şekilde koruyabileceğini unutmamalıdır. Literatürde benzer vakalar sadece olgu sunumları ile kısıtlıdır. Vaka sayısının azlığı sebebiyle bu tür vakalar için tedavi algoritmaları oluşturmak mümkün değildir.

Kaynaklar

1. Winawer SJ., Enker WE., Levin B. Management of Gastrointest. Dis. 27.1-40 Gower Medical Publishing, NY, 1992.
2. Disario JA., Burt RW., Kandrick ML et al. Colorectal Cancers of rare histologic types compared with adenocarcinomas. Dis Colon Rect 1994;37:1227-30.
3. Myung SJ, Joo KR, Yang SK, Jung HY et al. Clinicopathologic features of ileocolonic malignant lymphoma: analysis according to colonoscopic classification. Gastrointest Endosc 2003;57:343-7.

4. Matsumoto T, Shimizu M, Mitsuo L et al. Primary low-grade, B-cell, mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma of the colorectum. *Gastrointest Endosc* 1998;48:501-8.
5. Suster S. Gastrointestinal stromal tumors. *Semin Diagn Pathol* 1996; 13: 297-313.
6. Efsathios P., Athanasios P., Papaconstatrinou I., et al. Coexistence of gastrointestinal stromal tumor (GIST) and colorectal adenocarcinoma: A case report. *WJ Surg Onc* 2007;5:96.
7. Yamaguchi U., Hasegawa T, Masuda T et al. Differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumor and other spindle cell tumors in the gastrointestinal tract based on immunohistochemical analysis. *Virchows Archiv* 2004;2:445.
8. Agha F. Intussusception in adults. *AJR* 1986; 146:527-31.
9. Church JM. Villous tumors of the Rectum. *Current Therapy in Colon and Rectal Surgery*. Elsevier Mosby Inc. 2005. 2nd edition. Pp 161-4.
10. Keck JO., Schoetz DJ., Roberts PL et al. Rectal mucosectomy in the treatment of giant rectal villous tumors. *Dis Colon Rect* 1995;38:233-238.
11. Winburn GB. Surgical resection of villous adenomas of the rectum. *Am Surg* 1998;64:1170-1173.
12. Notaro JR, Masser PA. Annular colon lipoma: a case report and review of the literature. *Surgery* 1991; 110: 570-572.
13. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large-bowel lipomas-presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991; 157: 51-55.
14. Rass JR. Tumors of the small and large intestines . *Diagnostic Histopathology of Tumors* 2nd ed ,389-395, Churchill Livingstone, London, 2000.
15. He YT., Wang XJ., Gonj J et al. Primary adenosquamous carcinoma of the jejunum. *Pathol Int.* 2005;55:590-595.
16. Wada T., Mizuna K., Itoh K et al. Adenosquamous carcinoma of the jejunum *J Gastroenterol* 2003;38:786-790.
17. Elsayed AM, Albahra M, Nzeako UC. Malignant melanomas in small intestine; a study of 103 patients *Am j gastroenterol* 1996;91:1001-1006.
18. Gutman M, Klausner JM, Inbar M. Surgical approach to malignant melanoma in gastrointestinal tract *J Surg Oncol* 1987;36;17-20.
19. Kadivar TF, Vanek VW, Krishnan EU. Primary malignant of the small bowel; a case study . *Am Surg* 1992;58; 418-422.
20. Wikson BG, Anderson JR. Malignant melanoma involving the small bowel. *Postgrad Med: J* 1986;62;355-357.
21. Reitamo JJ, Scheinin TM, Haery P. The desmoid syndrome. New aspects in the cause, pathogenesis and treatment of the desmoid tumor. *Am J Surg* 1986; 151:230-237.
22. Teik-Ying Ng, Mei-Due Yang, Yung-Fang Chen, Chao-Hsiang Chang. Resolution of Hydronephrosis Due to Massive Mesenteric Fibromatosis Using Cyclo-oxygenase 2 Inhibitors *Urology*, Volume 70, Issue 3, September 2007, Pages 591.e3-591.e4
23. Bruce JM, Bradley EL, Satchidanand SK. A desmoid tumor of the pancreas. Sporadic intraabdominal desmoids revisited. *Int J pancreatol* 1996; 19:197-203.
24. Marchal F, Bresler L, Brunaud L. Solitary rectal ulcer syndrome: a series of 13 patients operated with a mean follow-up 4.5 years. *Int. J Colorectal Dis.* 2001;16: 228-233.
25. Haray PN, Morris GJ, Foster ME. Solitary rectal ulcer syndrome- an underdiagnosed condition *Int. J Colorectal Dis* 1997 12:313-315.
26. Enzinger FM, Smith BH. Hemangiopericytoma. Analysis of 106 cases. *Hum Path* 1976;7:61.
27. Bulak H., Öztürk D., Özçimen N. Ve ark. Apendiksin Neoplastik Lezyonları. *T Klin J Med Sci* 2004; 24:271-275.
28. McCusker ME., Cote TR., Clegg LX et al. Primary malignant neoplasms of the appendix. *Cancer* 2002;94:3307-3312.
29. Aguirre C., Merino A., Flores M., et al. Formas aberrantes de Fasciola hepatica. Estudio de dos casos. *Med Clin. (Barc.)* 1981;76:125-128.

30. Erkan N. Çalışkan C. Yıldırım Y. Korkut MA. Colorectal Endometriosis. The Turkish Journal of Gastroenterology 2008, Volume 19, No 4, Page(s) 291-299.
31. Hou YY, Tan YS, Xu JF et al.. Schwannoma of the gastrointestinal tract: a clinicopathological, immunohistochemical and ultrastructural study of 33 cases. Histopathology. 2006 Apr;48(5):536-545.
32. Demirbaş T., Güler N., Çalışkan C., Doğanavşargil B., Korkut MA. Mechanical bowel obstruction due to colonic hemangioma : Report of a case. The Turk J Gastroenterol 2006; 17: 305-307.
33. Van Halteren HK., Peters H, Gerlag PGG: Large bowel mucosal metastases from breast cancer. J Clin Oncol 1998; 16-3711-3713.