

AKUT KARININ NADİR BİR NEDENİ OLARAK (4) AYRI VAKADA GÖRÜLEN KARSİNOİD TÜMÖRLER :

(CARCINOID TUMORS IN FOUR CASES AS A RARE CAUSE OF
ACUTE ABDOMEN)

Dr. Nihat Bengisu (*), Dr. Yücel Arıtış (*), Dr. Ahmet Bilge (*),
Dr. Ömer Çelik (**), Dr. Seyfi Akşehirli (*), Dr. Yaşar Yeşilkaya (*).

ÖZET : Akut karın nedeniyle operasyona alınan hastaların 4'ünde akut karının bizzat karsinoid tümörler ile ilgili olduğu görüldü. Karsinoidler geç belirti veren, genellikle başka nedenlerle yapılan laparotomiler sırasında tesadüfen bulunan, 1 - 2 cm. çapında, küçük ve nadir tümörlerdir. Vakalarımızdaki karsinoid tümörler, bizzat akut karına yol açmaları ve alışılmış boyutlardan büyük olmaları nedeni ile ilginç bulunmuştur.

SUMMARY : Carcinoid tumors were seen to be the cause of acute abdomen in four of our cases who were operated for having an acute abdominal disease. Carcinoids are small tumors with a few centimeters in size, which give late symptoms and usually are found incidentally during laparotomies which are performed for different reasons. Our carcinoid cases were found to be interesting as they have led to acute abdomen and were larger than the usual size.

GİRİŞ :

Karsinoidler farklı derecelerde malignite göstermeleri ve karsinoid sendromu denilen değişik bir klinik tablo oluşturabilmeleri nedeniyle ilgi çekici tümörlerdir. Otopsi çalışmalarında dahi % 0.65-1.4 gibi çok düşük oranda bulunan bu tümörler klinikte genellikle beklenmedik anlarda ve şekilde karşımıza çıkarlar (3).

Karsinoidler primitif sinir aygıtında bulunan enterokromaffin hücrelerden gelişirler. Onun için primitif sindirim aygıtından gelişen gastrointestinal sistem, safra yolları, pankreas, tükrük bezleri, bronş, over ve sakrokoksigeal teratom gibi oluşumlarda bulunabilirler (4).

(*) K. Ü. Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bil. Dalı.

(**) Kayseri Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı.

En çok gastrointestinal sistemde görülürler. Gastrointestinal sistem karsinoidlerinin organlara göre dağılımı Çizelge I'de görülmektedir.

ÇİZELGE I : GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KARSİNOİDLERİNİN ORGANLARA DAĞILIMI (6) :

ORGAN	KARSİNOİD YÜZDESİ
Apendiks vermiformis	46
İleum	28
Rektum	17
Mide	3
Kolon	2

Karsinoid tümörler, yer, büyüklük ve hormonal aktivitelerine göre klinik belirti verirler. Malign özellikli oldukları ancak 1949'da Pearson ve Fitzgerald tarafından ortaya çıkarılmıştır (5). Karsinoidlerin çok ilginç bir şekli olan karsinoid sendrom, kendini periodik karın ağrıları, diare, ciltte kızarma, siyanoz, bronkospazm atakları ve ileri devrede triküspid yetmezliği ve pulmoner spazm ile kendini belli eder (1). Bu sendrom tümörün salgıladığı, aşırı miktarlardaki serotonin maddesi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Karsinoid tümörlerin tedavisi cerrahi olup, cerrahi girişimin sınırı, tümörün büyüklüğüne, bulunduğu yere ve metastaz durumuna göre değişir. Örneğin apendikte bulunan ve metastaz göstermeyen 1 cm.'den küçük karsinoidler için basit apendektomi yeterlidir. Çünkü apendiks karsinoidlerinin metastaz şansı ancak % 2'dir. Bir cm.'den büyük bütün gastrointestinal karsinoidler için klasik kanser cerrahisi uygun görülmektedir (6).

VAKALAR :

Çalışmamızın materyelini 4 karsinoid vakası oluşturmaktadır.

1. VAKA : 35 y., kadın hasta, 13.9.1976 tarihinde 3 aydır mevcut olan ve son iki gündür şiddetlenen karın ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı nedeniyle hastanemize başvurdu. Akut karın tablosu bulunan hastanın çekilen mide - duodenum grafisinde, antrumda büyük ve küçük kurvaturalarda hafif düzensizlik görüldü. Yapılan laparotomide, antrumda omentum majus ve inflame çevre dokular tarafından sarılmış 7x7x8 cm. çaplarda plastrone mide tümörü görüldü. Tümörün ortadan delinerek kapalı mide perforasyonuna yol açtığı anlaşıldı. Spesmenin histopatolojik incelemesinde mide antrumunda, arka duvarda

6 cm. büyüklükte, ortası ülser ve perforasyonlu karsinoid tümör olduğu bildirildi. Ameliyat sonrası devrede yara evantrasyonu ve sağ pleural ezi oluşan hastamız 35. gün taburcu edildi. Hasta halen hayattadır.

2. VAKA : 10 y. kız çocuğu, 30.11.1978 tarihinde, 24 saatten beri devam eden karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Akut apendisit ön tanısı ile operasyona alınan hastada, nonperforasyonlu akut apendisit ve bunun 1/3 orta kesiminde, lümeni tıkayan ve fekalit olarak değerlendirilen 1 cm. büyüklükte düzgün, yuvarlak, küçük bir kitle saptandı. Apendektomi yapılarak spesmen histopatolojik incelemeye gönderildi. Akut apendisite uyan değişikliklerden başka, apendiks 1/3 orta kesiminde, lümeni tıkayan, apendiks duvarını çepeçevre tutan ve bir alanda serozaya da taşan karsinoid tümör görüldüğü bildirildi. Ameliyat sonrası kliniği iyi seyreden hasta halen hayatta olup 2. yılını doldurmuştur.

3. VAKA : 16 y. genç kız, 11.12.1979 tarihinde karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Bu hastada da akut apendisit düşünüldü ve eksplorasyonda apendiks, fibrinli, hiperemik ödemli ve erektil olarak bulundu. Başkaca özellik yoktu. Apendektomi yapıldıktan sonra histopatolojik incelemeye gönderilen spesimde flegmonöz apendisit yanında, radikte lümeni tıkayan ve cerrahi sınırdan devam eden 1 cm. büyüklükte, yuvarlak şekilli karsinoid tümör rapor edildi. Tümörün cerrahi sınırdan devam etmesi nedeniyle, iki ay sonra yapılan reeksplorasyonda, belirgin bir primer veya metastatik tümöre rastlanmadı. Apendiks güdüğü ve çeküm birlikte rezektü edilip frozen kesit çalışması yapıldı. Yine tümöre rastlanmayınca ameliyata son verildi. Hastanın kliniği iyi seyretti.

4. VAKA : 65 y. kadın hasta, 7.2.1980 tarihinde, bir aydan beri kısa aralıklarla devam eden, kolik özellikteki karın ağrısı, kilo kaybı, bir hafta içinde başlayan, kusma, distansiyon ve gaz ve gaita çıkarmama yakınması ile başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları sonucu, parsiyel intestinal obstrüksiyon ön tanısı ile laparotomiye alınan hastada peritoneal fibrosis, hepatik fleksurada, omentum tarafından sarılmış, çevreye yapışık ve kolon lümenini daraltmış, 6 cm. çaplı bir kolon tümörü görüldü. Assendan kolon ileri derecede distandü idi. Barsakları uygun görüldüğü için sağ hemikolektomi yapıldı. Postoperatif devrede kan basıncı düşen ve kardiyak aritmileri görülen hasta ikinci gün eksitüs oldu. Histopatolojik incelemeye gönderilen spesimde seroza ile birlikte, kolon duvarını sirküler olarak tutan, lümeninde sadece 0.8 cm.'lik açıklık bırakan ve etrafında fibröz proliferasyon gösteren 6 cm.'lik çapa ulaşmış kolon karsinoidi bildirildi. Tümörün gros görünümü Resim 1'de verilmiştir.



Resim 1 : 6 cm. çapa ulaşmış, gri beyaz renkteki kolon karsinoidinin gros görünümü.

TARTIŞMA :

Karsinoid tümörler otopsi çalışmalarında dahi gözden kaçabilen, küçük çaplı tümörlerdir. G. intestinal karsinoidlerin % 75'i 1 cm.'den küçüktür (7). Ayrıca, submukozal yerleşen ve düzgün yüzeyle olan yuvarlak tümörlerdir (2). Dolayısıyla barsak lümenini hemen tıkmazlar. Ayrıca en sık apendikste görülen karsinoidlerin % 75'i uç kısımda, % 22'si orta kısımda ve % 7'si de radikste yerleşirler (2, 4). Bunların da % 70'i 1 cm.'den küçüktür. Dolayısıyla karsinoidin, mekanik obstruksiyona bağlı akut apendisit oluşturması şansı çok azdır. Halbuki çalışmamızdaki her iki akut apendisit vakasında da neden, birinde apendiks kökünde ve diğerinde 1/3 orta kısımda yerleşmiş ve büyüklüğü 1 cm. olan karsinoid tümördür. Kolon tümörü vakasında ise alışılmıştın üzerinde büyük olan 6 cm.'lik karsinoid tümör kolon lümenini sirküler olarak sararak, obstruksiyona ve akut karına yol açmıştır. Kolondaki tıkanmayı kolaylaştıran bir neden de, tümörün çevre dokularda oluşturduğu aşırı bağ dokusuna bağlı stritürdür. Bu hastamızın peritonunda tümör çevresinde fazla olmak üzere, aşırı fibröz bantlar dikkati çekiyordu. 5-OH triptamin'in periton ve kalp gibi organlarda bağ dokusu yapımını uyarabileceği ileri sürülmüştür (7). İntestinal obstruksiyon gibi klinik belirtilerin ortaya çıkmasının önemli bir nedeni, aşırı bağ dokusu yapımının oluşturduğu mekanik engellerdir. Kolon karsinoidlerine özgü bir bulgu da bunlarda önemli kilo kay-

bı olabilmektedir (4). Nitekim kolon tümörü vakamızda son iki ayda 8 kg.'a kadar bir zayıflama vardı. Öte yandan mide karsinoidli hastamız, nadir bir komplikasyon olan kapalı perforasyon gösteriyordu. Ayrıca çap olarak da 7 cm. gibi olağanüstü bir büyüklüğe sahip idi. Perforasyon nedeni, tümörün fazla büyümesi ve iskemik nekroza gitmesi ile açıklanabilir. Hastalarımızda ne metastaz, ne de karsinoid sendrom belirtisine rastlamadık. Karsinoid tümörler büyüklüklerine ve buldukları yere göre malign özellik gösterirler. Karsinoid sendromun ortaya çıkması için, bilhassa karaciğerde metastaz olması gerekmektedir (7). Apendiks karsinoidlerinin sadece % 2'si metastaz yapar. Dolayısıyla apendisiel karsinoidli vakalarımızda metastaz olmaması tabiidir. Kolon karsinoidlerine % 2 rastlanmakla birlikte, bunların metastaz yapma şansları % 57'dir. Kolon ve mideye yerleşmekle çok nadir lokalizasyon gösteren 1 ve 4 nolu vakaların her ikisinde de tümörler çok büyük olduğu halde eksplorasyonda sekonder tümör odaklarına rastlanmamıştır.

Hastalarımızın hiçbirinde karaciğerde metastaz görülmemiştir. Dolayısıyla karsinoid sendrom gibi bir tablo ile karşılaşmamış olmamız tabiidir. Çünkü, karsinoid sendromunun oluşması için karaciğere çok sayıda metastazın olması gerekir. Ayrıca her karaciğer metastazında da karsinoid sendromu meydana gelmemektedir. Apendiks dışı 149 vakalık bir karsinoid tümör serisinde, sadece 23 hastada yaygın karaciğer metastazı ve bunların da sadece üçünde karsinoid sendrom görülmüştür (4). 1967 yılına kadar apendiks karsinoidlerine bağlı sadece 8 malign karsinoid sendrom bildirilmiştir (2).

S O N U Ç :

Karsinoidler genellikle küçük tümörler olmakla birlikte, burada görüldüğü gibi, bazen çok büyük hacimlere de ulaşabilmeleri mümkündür. Gastrointestinal sistem karsinoidlerinin, obstruksiyona bağlı olarak komplikasyonlara yol açmaları, diğer kanserlere göre nadir de olsa ihtimal dahilindedir. Ancak karsinoid sendrom gibi, tümöre özgü klinik belirtiler olmadığı sürece, erken tanınmaları hiç de kolay değildir. Karsinoid sendrom kliniği iyi bilinmekle beraber, kliniklerde görülme şansı son derecede azdır.

K A Y N A K L A R :

1. Hajdu, S.I., Winaver, S.J., Mayers, W.P.L.: Carcinoid tumors, A study of 204 cases, *Am. J. Clin. Pathol.*, 61: 521, 1974.
2. Isler, P., Hedinger, C.: Metastasierendes dunndarmcarcinoid mit schmerzen, vorwiegenddas rechte Pulmonalstenose. Ein eigenartiger symptom-complex, *Schweiz. Med. Wochenschr*, 83: 4, 1953.
3. Moertel, C.G., Sauer, W.G., Docherty, M.B., et al.: Life history of the carcinoid tumor of small intestine, *Cancer*, 14: 901, 1961.
4. Orlof, M.J.: Carcinoid tumors of the rectum, *Cancer*, 28: 175, 1971.
5. Pearson, C.M., Fitzgerald, P.J.: Carcinoid tumors, a reemphasis of their malignant nature, Review of 140 cases, *Cancer*, 2: 1005, 1949.
6. Postlethwait, R.W.: Gastrointestinal carcinoid tumors A review, *Postgrad. Med.*, 40: 445, 1966.
7. Waldenström, J.: Clinical picture of carcinoids, *Gastroenterology*, 35: 565, 1958.