

Gastrik Karsinoid Tümör ; Olgu Sunumu

İmmünohistokimyasal Çalışma

Dr. Abdullah Aydın¹, Dr. Nurhan Şahin¹, Dr. Bülent Mızrak¹, Dr. Mehmet Gül¹

ÖZET

Gastrik nöroendokrin hücre proliferasyonları, hiperplaziler veya neoplaziler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Hiperplaziler; G-hücre hiperplazisi, enterokromaffin benzeri hücre hiperplazisi ve enterokromaffin hücre hiperplazisi içermektedir. Neoplaziler argyofil hücre tümörleri, nöroendokrin karsinomlar ve mikst formları içerir. Gastrik karsinoid tümörlerin hiperplazilerden ayırıcı tanısı histopatolojik ve immünohistokimyasal prosedürler ile yapılmalıdır. Bu çalışmada, gastrik karsinoid tümörlü bir vaka ve ayırıcı tanısını sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler : Mide-nöroendokrin hücre- hiperplazi - neoplazi-immünohistokimya

GİRİŞ

Normalde gastrik mukozada mevcut olan nöroendokrin hücre proliferasyonları; hiperplazi veya neoplazi olarak karşımıza çıkmaktadır⁽¹⁾. Hiperplaziler; G-hücre hiperplazisi, enterokromaffin benzeri hücre hiperplazisi ve enterokromaffin hücre hiperplazisi olarak sınıflandırılmaktadır⁽¹⁾. Gastrik nöroendokrin tümörler ise; argyofil hücre tümörleri (enterokromaffin benzeri hücre veya G-hücre tümörleri), nöroendokrin karsinomlar ve mikst form olarak sınıflandırılmaktadır⁽²⁾. Gastrik karsinoid tümörler tüm gastrointestinal karsinoidlerin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır⁽³⁾. Biz bu çalışmada; İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Patoloji Departmanı'nda Gastrik Karsinoid Tümör tanısı verdiğimiz bir vakayı histopatolojik ve histokimyasal-immünohistokimyasal açılarından hiperplazilerden ayrımını tartışmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

34 yaşındaki kadın hasta, epigastrik ağrı şikayeti ile gastroenteroloji departmanına müracaat etti. Hastanın yapılan muayenesinde ve laboratuvar incelemesinde epigastrik hassasiyet ve pernisyöz anemi tespit edildi. Yapılan endoskopik inceleme ile

CARCINOID TUMOR OF STOMACH

The gastric neuroendocrine cell proliferations appear as hyperplasias or neoplasias include G-cell hyperplasia, enterochromaffin-like cell hyperplasias and enterochromaffin cell hyperplasias. The neoplasias include argyrophil cell tumors, neuroendocrine carcinomas and mixed forms. Differential diagnosis of gastric carcinoid tumors from hyperplasias, should be made by histopathological and immunohistochemical procedures. In this study, we report a case with gastric carcinoid tumor and its differential diagnosis.

Key words: Stomach-neuroendocrine cell-hyperplasia neoplasia immunohistochemistry.

midede polipoid bir lezyon saptandı. Bu lezyonun tamamı endoskopik olarak çıkartılıp histopatolojik inceleme için patoloji departmanına gönderildi. Ayrıca polipoid lezyon çevresinde endoskopik olarak herhangi bir ülserasyon vb. anormallik tesbit edilmediğinden örnekleme yapılmadı.

SONUÇLAR

Makroskopik Bulgular :

Materyalin makroskopik incelemesinde; 0.8 cm çapta 1 adet, yüzeyi kahverenkte ve pürüklü görünümde; sapsız polipoid oluşum görüldü. Kesit yüzeyi gri-kahverenkte ve solid görünümdeydi.

Histopatolojik ve İmmünohistokimyasal Bulgular :

Mikroskopik olarak; polipoid oluşumda lamina propria yerleşim gösteren, bir alanda muskularis propria da geçmiş, mide glandları arasında insüler dizilimde, yer yer gruplar oluşturmuş, hiperkromatik nükleusları, geniş sitoplazmaları bulunan hafif pleomorfik tümöral gelişimin ekspansil olarak büyüdüğü ve yer yer mide glandlarını ortadan kaldırdığı dikkati çekti (Resim 1 ve 2).

Vakaya Retikülin, Masson-Fontana ile Chromogranin-A

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Patoloji ABD

(prediluted, Biogenex), Cytokeratin (prediluted, Biogenex), S-100 ve GFAP boyaları yapıldı.

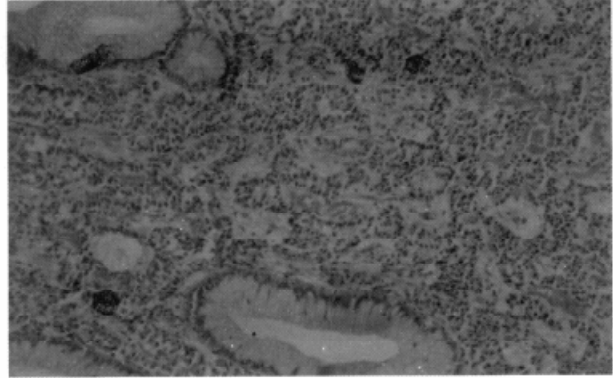
Retikülün ile tümör hücre gruplarını sarar tarzda boyanma tespit edildi. Masson - Fontana ile boyanma görülmüdü. Aynı şekilde Chromogranin-A (Resim 3) ve Cytokeratin (Resim 4) ile sitoplazmik boyanma izlenirken S-100 ve GFAP ile boyanma görülmüdü.

TARTIŞMA

Gastrik enterokromaffin hücre hiperplazileri; basit ya da difüz, lineer, mikroglandüler ve adenomatoit hiperplazi histolojik tiplerine ayrılır^(1,4). Uzun süreli pernisiyöz anemisi olan hiperplazili hastalar displaziye ilerler nihayetinde de mikrokarsinoid, intramukozal karsinoid ve invaziv karsinoid gelişebilir⁽¹⁾. Displastik lezyonlar multisentrik enterokromaffin hücre benzeri karsinoidlerin prekürsörü olarak kabul edilirken; muskularis mukozayı geçmeyen intramukozal natürdedir⁽⁴⁾. Hiperplaziler ve displastik lezyonlar mukozal kalınlaşma ile kendilerini gösterirler ve endoskopik olarak görülmüdü⁽⁴⁾. Karsinoid tümörler ise sıklıkla sesil nodüller şeklinde endoskopik olarak görülmüdü⁽⁴⁾. Karsinoid tümörler ise sıklıkla sesil nodüller şeklinde endoskopik olarak görülmüdü^(3,5). Bizim vakamızda da endoskopik olarak farkedilen sesil polipoid lezyonun mevcudiyeti, mikroskopik düzeyde ekspansil natürde oluşu ve glandları yer yer ortadan kaldırması, lamina propria ve bir alanda muskularis propria yerleşim gösteren solid gruplar oluşturması nedeniyle bizi karsinoid tümöre yönlendirdi. Çevre mide bezlerinde nöroendokrin hücre hiperplazisinin olmayışı da morfolojik olarak bizi destekledi. Morfolojik olarak G-hücre hiperplazilerinde gland içerisinde sayıca artmış G hücreleri mevcuttur⁽¹⁾ ve bu hücreler nonargentaflin nonargyofiliktir⁽⁶⁾. Bizim vakamızda glandlarda nöroendokrin hücre hiperplazisi mevcut değildi. Enterokromaffin benzeri hücre hiperplazisinde oksintik mukozadan kaynaklanan, glandlarda ve interglandüler mesafede hiperplazi mevcuttur⁽⁶⁾ fakat bizim vakamızdaki gibi solid ve yaygın değildir.

Olguda Zollinger-Ellison Sendromunu ve Multipl Endokrin Neoplaziyi düşündürecek klinik ve endoskopik bulgu tesbit edilmedi. Olgumuzun endoskopik incelemesinde sadece midede polipoid lezyon saptandı ve çevre mide mukozası normal olarak değerlendirildi.

Gastrik karsinoid tümörler; sporadik, atipik karsinoid sendrom, enterokromaffin hücre benzeri hiperplazilerine sekonder olarak ortaya çıkmaktadır⁽¹⁾. Bu hastalarda ileride %5-8 arasında

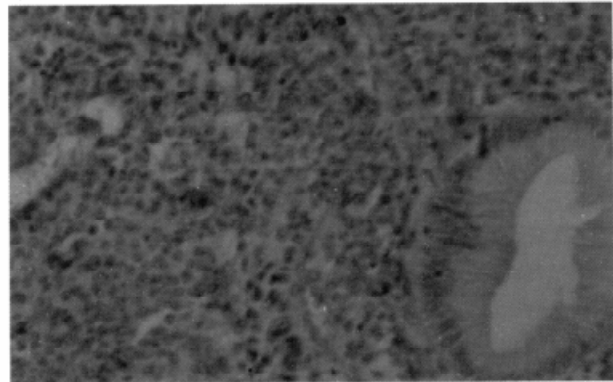


Resim 1 : İnsüler yer yer adenoid benzeri dizilim gösteren tümöral hücreler izlenmektedir(H&Ex100).

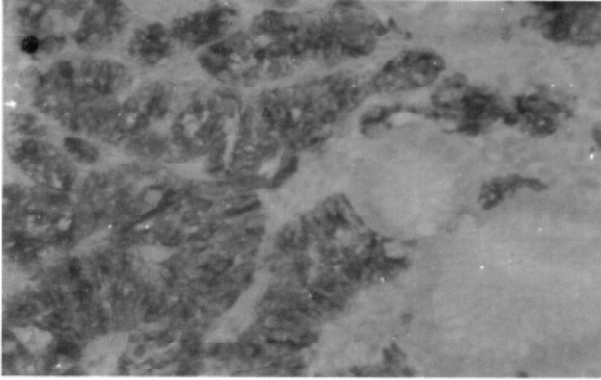
da karsinoid tümör gelişmektedir⁽⁴⁾. Bizim vakamızda da uzun süredir mevcut olan Pernisiyöz Anemi öyküsü dikkati çekmektedir.

Makroskopik olarak gastrik karsinoid tümörler; küçük keskin sınırlı ve düzleşmiş mukozaya ile kaplı gastrik polip şeklinde⁽⁵⁾ ya da santrali ülsera sesil nodüller şeklinde görülmüdü⁽³⁾. Polipoid oluşumun kesit yüzeyi sıklıkla gridir ve sarı olabilir⁽³⁾. Bizim vakamızda da 0.8 cm çapta kahverenkte sapsız polipoid oluşum mevcuttu ve materyalin kesit yüzeyi gri kahverenkliydi.

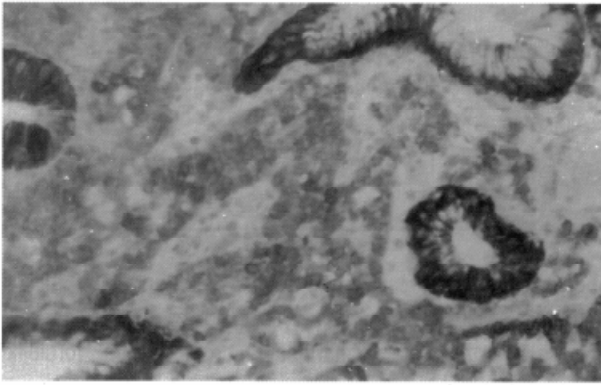
Mikroskopik olarak ise; karsinoid tümörler, mikroglandüler, trabeküler, nadiren insüler dizilim gösteren geniş sitoplazmalı, üniform nükleuslu ve genellikle normokromik hücrelerden meydana gelmektedir^(2,3,5). Tümör hücreleri sellüler atipi göstermezler ve çok nadir mitoz gösterirler⁽²⁾. Sunduğumuz vakada ise; gruplar da oluşturmuş insüler dizilimde tipik karsinoid tümör morfolojisi mevcuttu.



Resim 2 :Mide glandlarının yanında solid yığınlar halinde tümör hücreleri görülmektedir(H&Ex400).



Resim 3 : Tümör hücrelerinde Chromogranin ile yoğun intrasitoplazmik pozitiflik görülmektedir (Chromogranin x 200).



Resim 4 : Mide glandları ve tümör hücrelerinde sitokeratin pozitifliği mevcuttur (Sitokeratin x200).

KAYNAKLAR

1. Lechago J. Gastrointestinal Neuroendocrine Cell Proliferations. Hum Pathol 1994; 25: 1114 - 1122.
2. Rindi G. Clinicopathologic Aspects of Gastric Neuroendocrine Tumors. Am J Surg Pathol 1995; 19 (Suppl 1) : S 20-29.
3. Owen DA. Stomach. In: Sternberg SS, editors. Diagnostic Surgical Pathology. 2 nd ed. (Vol.2) New York: Raven Press, 1994; 1300 - 1301.
4. Solcia E, Fiocca R, Villani L, Luinetti O, Capella C. Hyperlastic, Dysplastic and Neoplastic Enterochromaffin-Like Cell Proliferations of the Gastric Mucosa. Am J Surg Pathol 1995; 19(Suppl 1): S1-S7.
5. Rosai J. Stomach. In: Ackerman's Surgical Pathology. 8th ed. (Vol. 1). St.Louis Mosby, 1996; 643-645.
6. Bostwick DG, Amin MB. Prostate and seminal vesicles. In Anderson's Pathology. (eds) Damjanov I, Linder J. Mosby-Year Book, Inc. 10th ed. Missouri 1996. 2197-2230.
7. D'Adda T, Pilato FP, Sivelli R, Azzoni C, Sianesi M, Bordi C. Gastric Carcinoid Tumor and its Precursor Lesions. Arch Pathol Lab Med 1994; 118: 658-663.
8. Bordi C, D'Adda T, Azzoni C, Pilato FP, Caruana P. Hypergastrinemia and Gastric Enterochromaffin - Like Cells. Am J Surg Pathol 1995; 19(Suppl 1): S8-119.

Karsinoid tümörler; genellikle displastik argyrofilik hücre lezyonları ile birliktelik gösterir⁽⁴⁾. bizim olgumuzda ise; displastik proliferasyon mevcut değildi. Bu hücrelerdeki argyrofiliyi göstermede Grimelius, Sevier-Munger ve Churikian-Schenk gümüş boyaları kullanılırken^(2,7,8) argentaффiniteyi göstermede ise; Masson-Fontana boyası faydalı olmaktadır⁽²⁾. Gastrik karsinoid tümörler genellikle argyrofil pozitif boyanırken, argentaффin ile boyanma göstermezler⁽³⁾. Bizim vakamızda Masson-Fontana ile boyanma tespit edilmedi.

İmmünohistokimyasal olarak gastrik karsinoid tümörler; chromogranin-A, keratin, nöron spesifik enolaz ile pozitif boyanma gösterirler^(2,5,7,8). Biz de kendi vakamıza chromogranin-A, cytokeratin, S-100 ve GFAP boyalarını uyguladık ve chromogranin-A ve cytokeratin ile pozitif tespit ederken S100 ve GFAP ile boyanma izlemedik.

Gastrik karsinoid tümörlerde malignensi için geçerli kriterler, uzak metastazın varlığı, komşu organların invazyonu ya da vasküler yapıların permeasyonudur⁽¹⁾. Gastrik karsinoidlerin tümör çapı tanıda 1 cm'nin altında ise, çok nadir metastatik aktivite gösterirken, 2 cm'nin üzerinde ise malign seyir gösterir^(1,3). Tümörün büyüme hızı oldukça yavaştır⁽⁵⁾. Bu nedenle de karsinoidlerin %72'si tanıda metastaz yapmamıştır⁽³⁾. Sonuç olarak; vakamızın klinik, endoskopik, morfolojik, histokimyasal ve immünohistokimyasal açılarından değerlendirilmesi neticesinde vaka karsinoid tümör olarak kabul edildi.