Gastrojeunostomi Anastomoz Hattının Müsinöz Adenokarsinomu

Dr. Aytekin Akyol*, Dr. Cenk Sökmensüer*, Dr. Pınar Fırat*

ÖZET

Epigastrik ağrı ve kilo kaybı şikayetleri ile hastanemize başvuran 66 yaşındaki erkek hastaya yapılan üst endoskopik incelenmede gastrojejunostomi anastomoz bölgesinden alınan biyopsiyle adenokarsinom tanısı verildi . Hastaya daha sonra total gastrektomi Roux - Y özefagojejunostomi yapıldı. Bu olgu sunumunda, benign peptik ülser hastalığı nedeniyle yapılan subtotal gastektominin mide kanser gelişimindeki etkisi, tanı ve takipte karşılaşılan problemler tartışıldı.

Anahtar Kelimeler : Anastomoz hattı , adenokarsinoma

SUMMARY

Mucinous adenocarcinoma at the gastrojejunostomy region.

A 66 years old male admitted to our hospital with epigastric pain and weight loss. In upper endoscopic examination a biopsy was taken from the gastrojejunostomy anastomosis region, and the diagnosis was adenocarcinoma. Total gastrectomy Roux - Y esophagojejunostomy was performed. The effect of subtotal gastrectomy for benign peptic ulcer disease on gastric cancer development and diagnostic , follow up problems are discussed in this case report .

Key Words: Anastomosis region , adenocarcinoma

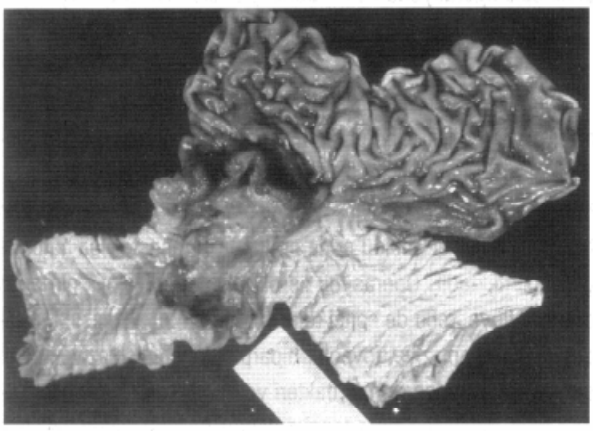
GİRİŞ

Benign hastalıklar nedeniyle geçirilmiş subtotal gastrektominin, mide kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu, literatürde farklı görüşler bulunmasına karşın(5), pek çok çalışma ile gösterilmiştir (1-4,8). Operasyondan sonraki ilk 5-10 yıl sürecinde gastrik kanser gelişim riski artmazken , 25 ve sonraki yıllarda 6 kez (4) , 40-45 yıl sonra ise 7.3 kez (1) artmaktadır. Yapılan araştırmalarda, hastanın ilk operasyon sırasındaki yaşı (45 yaşından önce-sonra)(7) , benign hastalığın tanısı (gastrik-duodenal ülser)(4) ve operasyon biçiminin (4,6) gastrik kanser gelişim riski ile ilişkili olmadığı gözlenmiştir.

Bu yazıda, primer anastomoz hattı orijinli bir müsinöz adenokarsinom olgusu sunulmakta ve geçirilmiş subtotal gastrektominin mide kanser gelişimindeki rolünün , bu hastaların takip ve tedavi prensiplerinin tartışılması amaçlanmıştır .

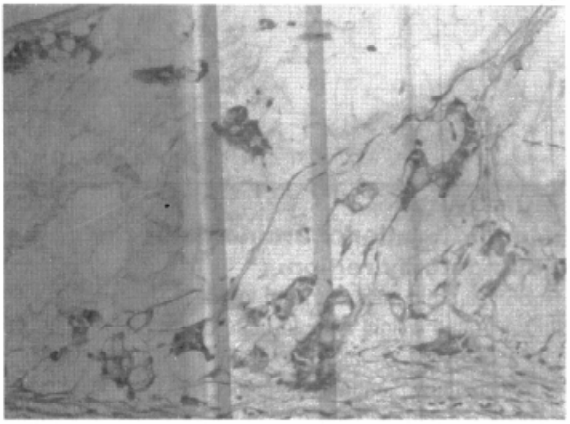
OLGU SUNUMU

66 yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden epigastrik ağrı ve kilo kaybı şikayetleri ile H.Ü.T.F. Genel Cerrahi Polikliği'ne başvurmuştur. Özgeçmişinde 30-35 yıl önce peptik ülser perforasyonu nedeniyle geçirilmiş Billroth II operasyonu , 10 yıl önce Akut MI ve 60 paket /yıl sigara kullanma öyküsü olan hastanın soygeçmişinde özellik saptanmamış ; fizik muayenesinde batın sağ üst kadranında hassasiyet olduğu saptanmıştır. Yapılan laboratuvar tetkikleri :CBC'de Hb :1 1,5 gr/dL (12-18) , Hct :%35,9 (36-54) , MCH : 26,6 pgr (27-34) MCHC : 32,0 gr/dL (33-35) , Biyokimya : ALP :338 u/L (91-258) dışında normal sınırlarda tepit edilmiştir . Radyolojik incelemelerde : Abdominal USG tetkikinde ; sol üst kadranda 64x27 mm çapında "pseudokidney" görünüm , ÖMD tetkikinde ; mide korpus lateral duvarında kontur düzensizliği (malignansi ? , lenfoma ?) ön tanıları ile hastaya üst endoskopi incelemesi yapılmış ve anastomoz hattında polipoid , ortası ülsere lezyon tespit edilerek biyopsi alınmıştır . Dış merkezde değerlendirilen biyopsi sonucunun adenokarsinom gelmesi üzerine hastaya total gastrektomi Roux - Y özefagojejunostomi operasyonu yapılmış ; operasyondan 6 gün sonra genel durumu bozulan hasta entübe



Resim 1 : Anastomoz hattında saptanan, 8x6xcm boyutta ülserovejetan kitle.

* *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Patoloji AD, Ankara*



Resim 2 : Musin gölcükleri içinde karsinom hücre grupları (H+Ex200)

edilmiş ve 11 gün sonra da kardiyak arrest nedeniyle exitus olmuştur .

Gastrektomi spesmeninin makroskopik incelenmesinde gastrojejunostomi anastomoz hattında proksimalde mideye, distalde ise ince barsak mukozasına ilerleyen, kenarları kabarık, ortası ülsere 8x6x1 cm boyutlarda kitle tespit edilmiştir (Resim 1). Bu lezyonun kesit yüzünde serozaya kadar uzanım gösterdiği ve parlak jöle niteliğinde olduğu saptanmıştır . Alınan kesitlerin mikroskopik incelenmesinde proksimalde mide , distalde ise ince barsak mukozası ile devamlılığı mevcut, indiferansiye taşlı yüzük hücre komponenti de içeren müsinöz adenokarsinom tanısı konmuştur (Resim 2). Büyük kurvatür ve ince barsak anastomoz hattı komşuluğundaki bölgeden diseke edilen lenf nodüllerinden 4 tanesinde metastatik karsinom saptanmıştır . Neoplastik olmayan mukozada hafif şiddette fundal atrofi, anastomoz hattına ait morfolojik değişiklikler yanı sıra olası eski operasyona ikincil sütür granülomları izlenmiştir .

TARTIŞMA

Benign hastalıklar nedeniyle geçirilmiş subtotal gastrektomi mide kanser gelişiminde risk faktörü olarak litaratürde genellikle kabul görmüştür (1-4) . Adenokarsinom en sık görülen histolojik tip olmakla beraber , malign lenfoma ve daha az görülen histolojik tipler de residü mide poşunda ve anastomoz hattında gelişebilmektedir. Operasyon ile oluşturulan fizyolojik olmayan ortam reflüye, reflü de epitel rejenerasyonunun artmasına, psödopilorik metaplaziye, foveolar hiparplaziye ve displaziye neden olmaktadır . Ayrıca artmış bakteri ve onların neden olduğu artmış nitrit seviyeleri de adenokarsinom gelişim patogenezinde rol oynarken malign lenfoma riski normal popülasyon ile benzerlik göstermektedir (11). Ancak, bazı çalışmalarda postoperatif yaratılan yapay ortamın ve reflünün gastrik stump karsinogenezindeki rolü gösterilememiştir (6). Anastomoz hattı ve residü mide poşu kanser riski açısından birçok benzer etkiler altında olmakla birlikte, anastomoz bölgesindeki fizyolojik bütünlüğü bozulmuş düz kas kontraksiyonları da kronik mekanik irritasyona yol açarak, bu bölge için ek bir risk oluşturabilir. Bu nedenle rezidü mide veya anastomoz hattından köken alan neoplazilerin görülme sıklıkları değişkenlik gösterebilir.

Peptik ülser cerrahisi sonrası meydana gelen geç ölümlerin küçük bir kısmının mide karsinomuna (%5) , büyük çoğunluğunun ise (%80) sigara içimiyle ilişkili hastalıklara bağlı olduğu saptanmıştır (5). Bizim olgumuzda da sigara ve buna bağlı hastalık öyküsü postoperatif mortalitede rol oynamış olabilir.

Anastomoz hattı mukoza değişikliklerinin prekanseröz olup olmadığı, varsa olanların tespiti hasta takip ve tedavisi açısından önemlidir. Postoperatif gastrik kanser gelişim riski, primer operasyondan 15-20 yıl sonra normal popülasyona göre arttığı için, bu hastaların endoskopik takibi önerilmiştir (1,3,9,12). Buna karşın asemptomatik ve başka risk faktörü olmayan , geçirilmiş subtotal gasrektomili hastaların tümünün endoskopik takibinin "cost effective" olmadığını vurgulayan; bu nedenle gastrointestinal sisteme ait şikayeti olmayan hastaların endoskopik takibini önermeyen yayınlar da mevcuttur (8,10). Endoskopi ile takip edilen hastaların, anastomoz hattı ve kalan mide poşundan çok sayıda biyopsi alınması önerilmektedir . Biyopsilerde anastomoz hattına ait değişik histomorfolojik bulgular saptanmakta , çok nadir oranda normal mukoza izlenmekte olup hafif displaziden , karsinoma kadar uzanan bir spektrumda tanılar verilmektedir (8,9,12). Şiddetli displazi tanısı alan vakaların takip ve tedavisinin nasıl yapılacağına dair tartışmalar ortaya atılmıştır (9). Tanı aldıkları andan itibaren ilk yıl 3 ayda bir , daha sonra ise yılda bir endoskopi ve biyopsi ile takip , eğer displazi devam ederse gastrektominin tedavide düşünülmesi gerektiği , orta dereceli displazide ise 2 yılda bir endoskopi ve biyopsi ile takibin yeterli olduğunu öneren araştırmalar mevcuttur (12).

Bu açıdan ele alındığında total ya da parsiyel gastrektomi sonrası takip biyopsilerinde epitel değişikliklerinin saptanması operasyon-kanser ilişkisinin en önemli kanıtlarından biridir. Bizim olgumuzun izlem biyopsilerinin olmaması, metaplazi-displazi ve karsinom dönüşmesinde operasyonun önemini vurgulamamamızı engellemekle birlikte, postoperatif 35 yıllık sürenin bu spektrumunun tamamlanması için yeterli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Viste A , Bjornstad E , Opheim P. Risk of carcinoma following gastric operations for benign disease : a historical cohort study of 3470 patients. Lancet 1986; 2:502-505.
2. Sternberg SS. Diagnostic Surgical Pathology. The Stomach.Third edition, Chapter 32, Lippincott Williams & Wilkins , Philadelphia , 1999 , 1325-1326.
3. Domellöf L, Janunger K-G .The risk for gastric carcinoma after partial gastrectomy . Am . J . Surg 1977; 134: 581-584.
4. Stalsberg H , Taksdal S . Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions . Landet 1971; 2: 1175-1177
5. Ross AH , Smith MA , Anderson J, Small WP . Late mortality after surgery for peptic ulcer . N . Engl . J . Med . 1982 ; 307 : 519-522.
6. Tokudome S , Kono S , Ikeda M , Kuratsune M , Sano C , Inocuchi K, et al A prospective study on primary gastric stump cancer following partial gastrectomy for benign gastroduodenal diseases . Cancer Res 1984; 44: 2208-2212
7. Colombo E , Bocchi M . Stomach cancer after gastric surgery . Lancet 1986; 2: 110-111.
8. Offerhaus GJA , Stadt J , Huibregtse K , Tersmette AC , Tytgat GNJ . The mucosa of the gastric remnant harboring malignancy. 1989; 64: 698-703.
9. Schrumpf E , Stadaas J , Myren J , Serck - Hansen A , Aune S , Osnes M . Mucosal changes in the gastric stump 20 - 25 years after partial gastrectomy . Lancet 1977; 2: 467-469.
10 .Scafer LW , Larson DE , Melton LJ , Higgins J , Ilstrup DM . The risk of gastric carcinoma after surgical treatment for benign ulcer disease . N . Engl . J . Med . 1983; 309: 1210-1213.
11. Melato M , Laurino L . Gastric stump : A malignancy promotor ? Am . J . Surg . Pathol 1990, 14 : 596 - 599.
12. Holstein CS , Hammar E , Eriksson S , Huldt B . Clinical significance of dysplasia in gastric remnant biopsy specimens . Cancer 1993; 1532-1535.