

Endoskopik polipektomi ile çıkarılan gastrik karsinoid tümör*

Gastric carcinoid tumor resected with endoscopic polypectomy

Dr. Selim GÜREL¹, Dr. Enver DOLAR¹, Dr. S.Giray NAK¹, Dr. Gülaydan FİLİZ²,
Dr. Macit GÜLTEN¹, Dr. Yusuf KARAASLAN¹, Dr. Ömer YERCİ², Dr. Faruk MEMİK¹

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı¹ ve Patoloji Anabilim Dalı², Bursa

ÖZET: Son yıllarda kullanımı oldukça artan antisekretuar ajanların (H₂-reseptör blokerleri ve proton pompa inhibitörleri) gastrik karsinoid tümörlerin insidansında artış yapabileceği ileri sürülmektedir. Bu tümörler tüm gastrointestinal karsinoidler arasında % 3 oranında görülürler. Gastrik karsinoid tümörler ile pernisiyöz anemi, atrofik gastrit (tip A) ve Zollinger-Ellison sendromu arasında bir birliktelik söz konusudur. Gastrik karsinoidli hastalarda polipoid lezyonlar tek veya çok sayıda olabilirler, ancak bunlar genellikle mukoza veya submukoza ile sınırlı kalırlar. Mafatih, gastrik karsinoidlerin % 25'i metastaz yapabilirler ancak sistemik karsinoid sendrom nadiren görülür. Bunlar genellikle soliter olup cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Gastrik karsinoid tümörlerin literatürde nadir görülmesi ve aynı zamanda önce endoskopik polipektomi ile çıkarılması, takiben cerrahi rezeksiyon uygulanan hastamız sayesinde bu konudaki literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Anahtar sözcükler: Gastrik karsinoid tümör, endoskopik polipektomi.

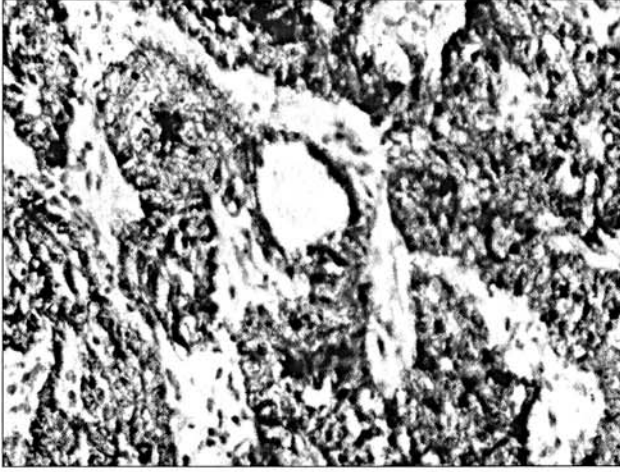
SUMMARY: The development of H₂-receptor antagonists and proton pump inhibitors of gastric acid secretion has led to an increased incidence of gastric carcinoid tumors. These lesions are less than 3% of gastrointestinal carcinoids. There is a definite association between the occurrence of gastric carcinoid tumors and pernicious anemia, atrophic gastritis (type A), and the Zollinger-Ellison syndrome. These patients had single or multiple polypoid lesions, with tumor extension limited to the mucosa or the submucosa. Although 25 % of gastric carcinoid metastasize, they are rarely associated with a systemic carcinoid syndrome. Gastric carcinoids, especially when solitary, are treated by surgical resection. Because of gastric carcinoids are uncommon in the literature, we want to present a case, which was treated endoscopic polypectomy and surgical resection respectively, and to review the literature about gastric carcinoids

Key words: Gastric carcinoid tumor, endoscopic polypectomy

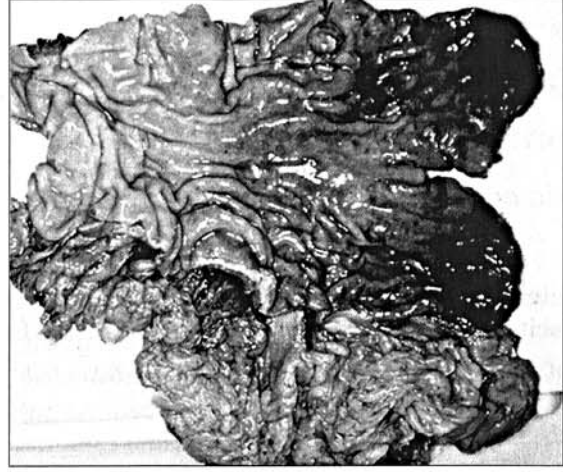
Gastrik karsinoid tümörler tüm gastrik tümörlerin içinde % 1'den ve karsinoid tümörlerin içinde ise % 3'den daha az görülürler. Primer gastrik karsinoid tümörler tek veya multiple polipoid lezyonlar şeklinde midenin antrum ve korpusunda bulunabilirler. Genellikle yaş olarak 6. ve 7. dekadlarda rastlanırlar (1-3).

Gastrik karsinoidler genellikle pernisiyöz anemi, kronik atrofik gastrit ve hipergastrinemi ile birlikte bulunurlar (4). Gastrik karsinoidli hastaların 2/3'ünü kadın hastalar oluşturur. Gastrik

karsinoid tümörler; hipergastrinemi, ekstratümoral mukozada endokrin hücre prekürsörleri ile birlikte ve bu tümörlerin yaklaşık % 50'si multiple şekilde bulunurlar. Ancak bu şekilde görülenler nadiren metastaz yaparlar. Buna mukabil, sporadik gastrik karsinoidler daha çok erkek hastalarda görülüp hipergastrinemi ve endokrin hücrelerin ekstratümoral proliferasyonu olmaksızın, geç evrede ve sıklıkla karaciğer metastazı yapmış olarak bulunurlar (5). Klinik tanı oldukça güçtür ve teşhis genellikle endoskopik olup, kesin tanı endoskopik polipektomi ile konulur (6, 7).



Resim 1. Gastrik karsinoidli hastanın gastrektomi piyesi.



Resim 2. Tümör dokusunda kromogranin A (+)'liği x 600 immünohistokimyasal.

Polipoid lezyonların büyüklüğü ve musküler tabakaya invazyonları tedavi açısından önemlidir. 2 cm'den küçük ve musküler tabakaya ulaşmamış lezyonları endoskopik polipektomi ile çıkarmak yeterlidir. Ancak endoskopik biopsilerle musküler invazyon saptanamadığı için radikal tedavi şekli cerrahi olup total gastrektomidir (8).

OLGU

Birkaç yıldır halsizliği ve iştahsızlığı, son 4-5 aydır da bazen karın ağrısı ve kusmaları olan 60 yaşındaki bayan hastaya ileri tetkik için endoskopik inceleme yapıldı. Gastroskopide; mide korpus ve antrumunda 5-6 adet, geniş tabanlı, 7-8 mm büyüklüğünde, üzerinde erozyonlar olan sesil polipö kabarıklıklar ve korpus-antrum bileşke yerinde, arka yüz-büyük kurvatura tarafında 3, 5x2, 5x1, 5 cm boyutlarında, üzerinde ülser olan saplı polip görüldü. Polipektomi yapılarak çıkarılan bu polipin patolojik incelemesi sonucu gastrik karsinoid olarak rapor edildi. Daha sonra yapılan incelemelerde gastrin düzeyi (açlık) 1200 pg/ml (N: 20-100 pg/ml) ve 24 saatlik idrarda 5-HIAA: 5, 0 mg (N: 1, 15-7, 69 mg/sn) bulundu. Hastada karsinoid sendroma ait klinik bulgu yoktu. Diğer görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar incelemelerinde hepatik ve ekstrahepatik

metastaz ve MEN I ile ilişkili olabilecek bir patoloji saptanmadı. Ancak hastadan endoskopik olarak çıkarılan polipoid tümörün büyüklüğünün 2 cm'den büyük olması ve tümörün musküler tabakaya ulaşmış olmasının saptanamaması nedeni ile hastaya daha sonra total gastrektomi (resim 1) uygulandı.

Gastrektomi piyesinden alınan örneklerin incelenmesinde; mide dokusunun mukoza ve submukozasında, küçük oval yada yuvarlak uniform şekilli, veziküler nükleuslu, nükleoller belirgin, dar sitoplazmalı nöroendokrin hücrelerin alveoler ve trabeküler yapılar yaparak oluşturdukları, polibö görünümlü tümöral dokular izlenmekte idi. Bu tümöral dokuda yapılan immünohistokimyasal boyamalardan kromogranin A (+)'liği (resim 2) görülmektedir.

TARTIŞMA

Karsinoid tümörler çıktıkları bölgeye göre 3 gruba ayrılırlar; Foregut (bronşlar, mide, pankreas, duodenum ve jejunum), Midgut (İleum, appendix, sağ kolon) ve Hindgut (sol kolon, rektum) olmak üzere. Karsinoid tümörlerin çıktıkları bölge ve büyüklüklerine göre de prognozları değişmektedir. Tüm midgut karsinoidleri genellikle malign

olarak kabul edilirler. Hindgut karsinoidleri ise nadiren malignleşirler. Sadece 2 cm'den büyük rektal karsinoidler agresive karakterdedirler. Foregut karsinoidleri de malignleşme potansiyeline sahiptirler. Ancak foregut karsinoidlerden gastrik karsinoidlerin 2 cm'den küçük olanları benign büyük olanları ise malign seyredebilirler. Özellikle gastrik asit hiposekresyonu ile birlikte pernisiyöz anemi olan gastrik karsinoidler benigndirler. Gastrik karsinoidlerde karsinoid sendrom pek görülmez. Hastalarda çoğunlukla kronik atrofik gastrit, pernisiyöz anemi ve hiper-gastrinemi vardır. Tümörlerin çoğu (% 79) mukoza ve submukozada sınırlıdır. Yaklaşık 1/3'ü 1 cm'den küçük, 1/3'ü 1-2 cm büyüklüğünde, 1/3'ü ise 2 cm'den büyüktür (9).

Gastrik karsinoidlerin 2 cm'den büyük olanlarının da gastrik rezeksiyonla birlikte lenf nodlarının

çıkarılması önerilmektedir. Bu öneri hipergastrinemi olanlar içinde geçerlidir. Çünkü bunların % 23'ünde metastaz gelişebilmektedir. 2 cm'den küçük olanlarda ise sadece antrektomi yeterli olabilir. Dolayısı ile bugün için kabul edilen görüşe göre 2 cm'den büyük gastrik karsinoid tümörler agresive olarak tedavi edilmelidirler (10).

Bizim vakamızda da tümörün 3.5x2.5x1.5 cm boyutlarında olması ve ayrıca fundusda da tümöral oluşumlar saptanması üzerine önce polipoid tümör endoskopik olarak çıkarılmış olmasına rağmen, patolojik biyopsi gastrik karsinoid olarak rapor edilince, hastaya daha sonra total gastrektomi uygulanmıştır. Ameliyattan sonra yaklaşık 12. ayında olan hastamızın herhangi bir şikayeti olmayıp yapılan kontrollerinde metastaza ait bir lezyon saptanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Sjoblom SM, Sipponen P, Karonen SL, et al. Mucosal argyrophil endocrine cells in pernicious anemia and upper gastrointestinal carcinoid tumors. *J Clin Pathol* 1989; 42: 371-7.
2. William SH, Fenton S, Edward BJ. *Bockus Gastroenterology*. Volume I, WB Saunders 1995; 853-4.
3. Muller J, Kirchner T, Muller-Hermelink HK Gastric endocrine cell hyperplasia and carcinoid tumors in atrophic gastritis type A. *Am J Surg Pathol* 1987; 11: 909.
4. Borch K, Renvall H, Leidberg GV. Gastric endocrine cell hyperplasia and carcinoid tumors in pernicious anemia. *Gastroenterology* 1985; 88: 638.
5. Thomas RM, Baybick JH, Elsayed AM, Sobin LH. Gastric carcinoids. An immunohistochemical and clinicopathologic study of 104 patients. *Cancer* 1994; 73: 2053-8.
6. Abrams JS, Multiple malignant carcinoids of the stomach. *Arch Surg* 1980; 115: 1219.
7. Seifert E, Elster K. Carcinoids of the stomach. *Am J Gastroenterol*. 1977; 68: 372.
9. Werner C. Carcinoid tumors: Development of our knowledge. *World J Surg* 1996; 20: 126-131.
10. Davies MG, O'Dowd G, McEntee GP, Hennessy TPJ. Primary gastric carcinoids: a view on management. *Br J Surg* 1990; 77: 1013-14.