

Sağ Kolon Yerleşimli Nöroendokrin Tümör; Nadir Lokalizasyon Ve Cerrahi Tedavisi

Neuroendocrine Tumor Of Right Colon; Rare Localization And Surgical Treatment
Genel Cerrahi

Başvuru: 19.09.2017
Kabul: 27.10.2017
Yayın: 27.10.2017

Yiğit Düzköylü¹, Murat Ulaş¹, Ferudun Kaya², Erdal Birol Bostancı¹

¹ Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
² SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörler tüm vücutta bulunabilen, karsinoid sendrom bulgularına yol açabilen, ileri evrelerde düşük sürvi oranlarıyla izlenen nispeten nadir tümörlerdir. Gastrointestinal kanalın herhangi bir yerinde bulunabilseler de sağ kolonda appendiks haricinde görülme sıklığı düşüktür. Bu olguda sağ kolondan kaynaklanan, preoperatif dönemde tanı almış bir nöroendokrin tümörü klinik bulguları, cerrahi tedavisi ve literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: *Gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörler, kolon tümörleri, kolon NET*

Abstract

Gastroenteropancratic tumors are relatively rare tumors that can be encountered anywhere in the body, having possibility to cause carcinoid syndrome findings and followed by low rates of survival at advanced stages. Although they can be found anywhere in the gastrointestinal tract, it is not common to diagnose at right colon. In this case, we aimed to report a neuroendocrine tumor of right colon with clinical findings, surgical therapy and literature reports so far.

Keywords: *Gastroenteropancratic neuroendocrine tumors, colon tumors, colon NET*

Giriş

Nöroendokrin neoplaziler tüm vücutta bulunabilen, geniş spektrumlu tümörlerdir. Vücutta en sık buldukları yer gastrointestinal kanal ve pankreas'tır. Genellikle benzer histopatolojik özelliklere sahiptirler. Enterokromafin hücrelerden köken aldıkları düşünülmektedir. Gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörlerin fonksiyon gösteren ve göstermeyen olarak sınıflandırılmaları ürettikleri hormon, nöropeptid ve/veya nörotransmitterlerin semptom oluşturmalarına dayanır¹. Aynı zamanda anatomik yerleşimlerine göre de sınıflandırılabilirler; foregut (solunum sistemi, timus, mide, duodenum, pankreas), midgut (ince barsak, appendiks, sağ kolon) ve hindgut (transvers kolon, sigmoid kolon, rektum)². Bu tümörlere sağ kolonda görece olarak daha az rastlanır, genel olarak serotonin-üreten epitelyal endokrin hücrelerden kaynaklandıkları düşünülse de immunohistokimyasal olarak sadece %60-70'i serotonin pozitif özelliktedir. En sık çekumda rastlanmakta birlikte bunu ileoçekal bölge izlemektedir³. Bu vakada nadir görülen sağ kolonun nöroendokrin tümörünü, klinik özelliklerini, cerrahi tedavisini literatürün bilgileri ile birlikte sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Altmış iki yaşındaki kadın hasta kliniğimize karın ağrısı, makattan kanama, karında şişkinlik, kabızlık yakınmalarıyla başvurdu. Aile hikayesinde özellik bulunmayan hastanın hipertansiyon haricinde ek hastalığı yoktu, daha önce geçirilmiş operasyonu bulunmamaktaydı. Mevcut şikayetlerle hastaya çift kontrastlı tomografi çekildi, çıkan kolon hizasında duvar kalınlaşması ve kitle görülmesi üzerine (Şekil 1) kolonoskopi planlandı. Yapılan işlemde hepatic fleksurada skopun geçişine izin veren, 2 cm çaplı, ortası çökük, ülser alan izlendi,

multipl örneklendi.



Şekil 1 : Tomografi görüntüsü

Alınan örneklerin histopatolojik incelemesi kolon nöroendokrin tümörü ile uyumlu geldi. Bunun üzerine yapılan kromogranin A ölçümü 50.6 (0-100) bulundu, Galyum-68 DOTATATE çalışmasında ise tutulum izlenmedi. Preoperatif hazırlığı tamamlanan hasta ameliyat edildi, eksplorasyonda önceki tetkiklerde tanımlanan kitle görüldü, lokal veya uzak metastaz izlenmedi, bu haliyle sağ hemikolektomi yapıldı. Piyesin histopatolojik incelemesi nöroendokrin Karsinom (Grade 3 WHO 2010) ile uyumlu geldi. Tümör sinaptofizin, CD56 ile boyanmıştır ancak CK5/6 ile boyanma olmamıştı. Ki67 %70 oranında ölçüldü. Cerrahi sınırlar temiz olarak raporlanırken evre T3N1M0 olarak belirlendi. Postoperatif dönemde sorun yaşanmayan hasta 6.günde taburcu edilerek onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Tartışma

Sağ kolonun nöroendokrin tümörleri, kolonun geniş volüm kapasitesine bağlı olarak genellikle çok büyük boyutlara ulaşana dek semptomatik olmazlar¹. Bizim vakamızda karsinoid sendrom bulgularına henüz yol açmamış 2 cm'lik bir tümöral kitle mevcuttu. Genellikle 7.dekadda rastlanırlar, en sık bulguları ise ağrı, iştahsızlık, kanama, kilo kaybıdır^{4,5}. Bizim vakamızda da tanı literatürle uyumlu olarak 7.dekadda konmuş, yine literatürde bildirilen bulgularla ilk olarak kendini göstermişti. Midgut karsinoidleri genellikle yüksek oranda 5-HT içeriğine sahip olma eğiliminde olurlar, aynı zamanda kinin, prostaglandin, substans P gibi diğer vazoaaktif maddeleri de salgılayabilirler, karaciğer metastazı yapma ve karsinoid sendroma yol açma oranları daha yüksektir⁶. Ancak bizim vakamızdaki midgut kökenli karsinoid tümör karaciğer metastazı yapmamış, karsinoid sendrom bulgularına da yol açmamıştı.

Metastatik ve yüksek dereceli intestinal nöroendokrin tümörler genel olarak düşük sürvi ile birlikte izlenir ve ortalama sürvi bu hastalarda 10 ay olarak bildirilmektedir⁷⁻⁸. Bizim vakamızda tümör yüksek dereceli ancak metastatik değildi. Operasyon sonrası cerrahi sınırlar temiz olarak raporlandı ve hasta onkoloji kliniğine sevk

edildi, postoperatif 6.ayda takibi sorunsuz olarak devam etmektedir. Her ne kadar kolonda diğer bölgelere göre nöroendokrin tümör varlığı nadir olsa da karsinoid sendrom bulguları olmasa bile adenokanser yanında bu tip tümörlere de rastlanabileceği tanı ve tedavi aşamasında mutlaka akılda tutulmalıdır.

Referanslar

1. Gut P, Czarnywojtek A, Baczyk M, Ziemnicka K, et al. Clinical features of gastroenteropancreatic tumours. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2015; 10(3): 127-134
2. Kos-Kudła B, Blicharz-Dorniak J, Handkiewicz-Junak D. Diagnostic and therapeutic guidelines for gastroentero-pancreatic neuroendocrine neoplasm. *Pol J Endocrinol* 2013;64:418-43
3. Klimczak A, Kempinska-Mirosławska K, Mik M. Incidence of colorectal cancer in Poland in 1999-2008. *Arch Med Sci* 2011; 7:673-8
4. Kirshbom PM, Kherani AR, Onaitis MW. Carcinoids of unknown origin: comparative analysis with foregut, midgut, and hindgut carcinoids. *Surgery* 1998; 124: 1063-70
5. Waniczek D, Rdes J, Rudzki MK. Effective treatment of solitary rectal ulcer syndrome using argon plasma coagulation. *Prz Gastroenterol* 2014; 9:249-53
6. Eriksson B, Kloppel G, Krenning E. Consensus guidelines for the management of patients with digestive neuroendocrine tumors-well-differentiated jejunal-ileal tumor/carcinoma. *Neuroendocrinology* 2008; 87:8-19
7. Smith J, Reidy-lagunes D. The management of extrapulmonary poorly differentiated (high-grade) neuroendocrine carcinomas. *Semin Oncol* 2013; 40(1):100-108
8. Smith JD et al. A retrospective review of 126 high-grade neuroendocrine carcinomas of the colon and rectum. *Ann Surg oncol* 21(9):2956-2962