



İdiyopatik çekal ülser ve insidental apendiks karsinoid tümörü birlikteliği

Co-existence of idiopathic cecal ulcer and incidental appendix carcinoid tumor

Volkan İnce, Bora Barut, Serdar Karakaş

ÖZET

İdiyopatik çekal ülser (İÇÜ) ya da soliter çekal ülser, oldukça nadir karşılaşılan ve kesin tanısı histopatolojik olarak konulan bir klinik durumdur. Çoğu zaman alt gastrointestinal sistem kanaması araştırılırken kolonoskopik biyopsi ile tanı konurken, nadir olarak da akut karın nedeniyle ya da çekumda kitle görüntüsüyle maligniteyi taklit etmesi nedeniyle cerrahi rezeksiyon sonrası tanı konur. Çekal karsinoid tümör, hastalığın nadir sebeplerinden biridir, ancak apendiks karsinoid tümör birlikteliği daha önce bildirilmemiştir. Bu çalışmada, akut apandisit kliniği ile başvuran ve çekumda duvar kalınlaşması saptanan 73 yaşındaki kadın hastaya sağ hemikolektomi yapıp patoloji sonucu izole çekal ülser ve serozal apse ve eşlik eden apendiks karsinoid tümörü olan olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Apse, apandisit, karsinoid tümör, idiyopatik çekal ülser

ABSTRACT

Idiopathic cecal ulcer or solitary cecal ulcer is a rare entity that can only be diagnosed by histopathological evaluation. Generally, it is diagnosed by histopathological evaluation of biopsy specimens obtained by colonoscopy that is performed for lower gastrointestinal bleeding. It can also be diagnosed after surgical resection performed for acute abdomen or cecal mass mimicking malignancy. Cecal carcinoid tumor is a rare cause of this condition; however, coexistence of cecal ulcer and appendix carcinoid tumor has not been previously reported. In this case, we present a 73-year-old woman who clinically presented as acute appendicitis with cecal wall thickening, underwent right hemicolectomy and was subsequently diagnosed with cecal ulcer, serosal abscess and coexisting appendix carcinoid tumor.

Keywords: Abscess, appendicitis, carcinoid tumor, idiopathic cecal ulcer

GİRİŞ

İdiyopatik çekal ülserler (İÇÜ) ilk olarak Cruveilhier tarafından 1832 yılında tanımlanmıştır (1). Günümüzde soliter çekal ülser olarak da adlandırılmakta olan bu hastalık olgu sunumları ya da az sayıda olgu serileri şeklinde sunulduğu için sağ alt kadranda ağrısı ya da akut apandisit ayırıcı tanısında çoğu zaman akılda kalmaz. Perforasyon, masif alt gastrointestinal sistem kanaması, malignite şüphesi şeklinde bir klinik seyir olduğunda cerrahi kaçınılmaz olur (2, 3). Ülsere alanın rezeksiyonu (wedge rezeksiyon) tedavide yeterli olmasına karşın, maligniteyi atlamamak için çoğu cerrah sağ hemikolektomi yapmaktadır (4).

Bu çalışmada akut apandisit kliniği ile seyreden ve subserozal apse formasyonu ile çekum duvarında kitle görüntüsü vererek maligniteyi taklit eden, idiyopatik çekal ülser ve insidental apendiks karsinoid tümör birlikteliği sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Üç günden beri devam eden sağ alt kadranda ağrısı şikayeti ile başvuran 73 yaşındaki kadın hastanın öz geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, koopere ve oryante olan hastanın tansiyon arteriyel: 110/65 mm-Hg, nabız: 85 atım/dk, ateş: 37,3°C idi. Karın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar değerleri ise lökosit: 15,4 x10³/mL, Hb: 10,9 gr/dL, rutin biyokimya özellikleri yoktu, C reaktif protein: 8,8 mg/dL (0-0,35) idi. Karın ultrasonografide çekumda duvar kalınlığı artmış ve çekumdan mediale uzanan 9 mm çapında aperistaltik barsak anısı izlenen apendikolit olarak raporlanan hastaya karın tomografisi çekildi. Tomografide de ultrasonografi ile aynı bulgular saptandı. Çekumda duvar kalınlaşması, apendiks çapı 9 mm ve periçekal yağlı doku kirli görünümde olup minimal serbest mayi izlenen plastrone apandisit veya malignite olarak raporlandı (Resim 1). Çekal duvar kalınlaşması nedeniyle kolonoskopi yapılan hastanın kolon temizliği yeterli olmadığı için sonuç alınamadı. Karsinoembriyonik antijen ve diğer tümör belirteçleri normal saptandı. Hastanın akut karın kliniği gerilemediği için kolonoskopinin ardından ameliyata alındı. Göbek altı orta hat kesiyile karına girildi, apendiksin normal olduğu görüldü ancak çekumda anti-mezenterik kısımda 3 x 3 cm'lik ele gelen kitle palpe edilmesi nedeniyle sağ hemikolektomi ve yan yana ileotransversostomi yapılmasına karar verildi. Rezeksiyon ve anastomoz sorunsuz tamamlandı, sağ parakolik alana tek dren konuldu ve ameliyat sonlandırıldı. Rezeksiyon materyali kesildiğinde mukozanın inflamasyon görünümünde, kitlenin ise çekum duvarında serozal kaynaklı olduğu görüldü (Resim 2). Hasta ameliyat sonrası cerrahi yoğun bakımda takibe alındı. Ameliyatın 3. günü rejim 1 başlandı ve servise alındı, 4. gün rejim 2'ye geçildi ve dreni çekildi, 6. gün taburcu edildi. Ana rezeksiyon materyalinin patoloji sonucunda; çekumda apendiks orifisine 1,5 cm uzaklıkta 0,5 cm'lik ülserasyon ve serozada 2,5 x 2,5 x 1,5 cm apse formasyonu gösteren inflamasyon saptandı, *citomegalovirus* (CMV) bulgusu saptanmadı. Apendiks; distal uçta yerleşmiş, 0,3 cm'lik, seroza invazyonu olmayan, ayrıca perinöral ve vasküler invazyon saptanmayan, grad 1 (WHO, 2010) nöroendokrin tümör (karsinoid) olarak raporlandı. Ameliyat sonrası 6. ayında olan hasta sorunsuz olarak takip edilmektedir.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Malatya, Türkiye

Yazışma Adresi Address for Correspondence

Volkan İnce
e-posta: volkanince@outlook.com

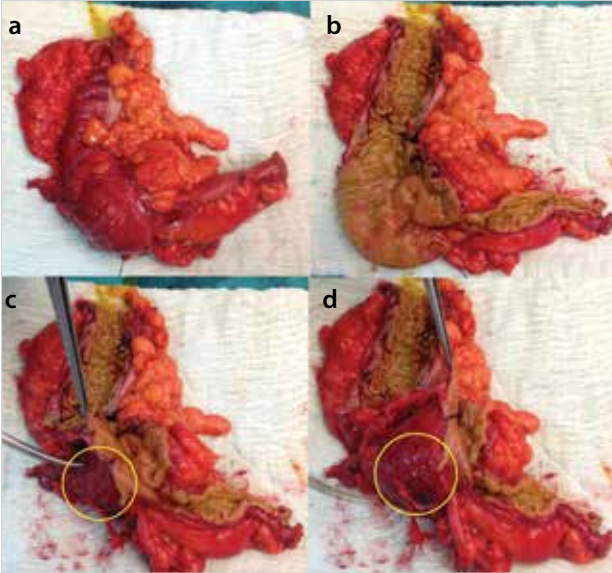
Geliş Tarihi / Received: 14.08.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 16.11.2014
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Available Online Date: 02.07.2015

©Copyright 2016
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org

©Telif Hakkı 2016
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.



Resim 1. Karın tomografisinde çekumda duvar kalınlaşması



Resim 2. a-d. Sağ hemikolektomi materyalinin görüntüsü. (a) Rezeksiyon materyali. (b) Mukozal görüntü. (c, d) Anti-mezenterik, subserozal kitle

TARTIŞMA

Benign kolonik ülserler sıklıkla çekumda görülür ve görülme sıklığı kolonoskopinin klinik kullanımının yaygınlaşmasına paralel olarak artmaktadır. Elli yaşın üzerinde ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin, hemodiyaliz ya da böbrek nakilli hastalarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (5). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte infeksiyon (CMV), ilaçlar (non-steroid anti-inflamatuvarlar, oral kontraseptif ilaçlar), malignite (adenokarsinom, çekal karsinoid), iskemik, çekal divertikül suçlanmaktadır (2, 6). Lezyonlar sıklıkla ileoçekal valve 2 cm uzaklıkta ve anti-mezenterik olarak yerleşir (5, 6). Olgumuzda ülser yerleşimi apendiks orifisinden 1,5 cm uzaklıkta ve anti-mezenterikti, ayrıca apendikte saptanan karsinoid tümör 0,3 cm boyutunda ve distal yerleşimliydi. Bu yüzden çekal ülser oluşumundan apendiks karsinoid tümörünün sorumlu olmadığını rastlantısal saptandığını düşünmekteyiz.

Olgumuzda olduğu gibi çoğu hastada klinik seyir, sağ alt kadran ağrısı ile akut apandisit taklit etmektedir (2, 6, 7). Subserozal apse formasyonu ise ülserin bir komplikasyonudur ve olgumuzda olduğu gibi çekumda duvar kalınlaşması yaparak maligniteyi taklit edebilir.

Kesin tanı kolonoskopik biyopsi ya da rezeksiyon materyalinin histopatolojik incelemesinde, lenfosit, fibroblast, plazma hücreleri eozinofil gibi akut ya da kronik inflamasyonun göstergesi olan inflamatuvar hücreleri içeren fibrotik nekrotik granülasyon dokusunun gösterilmesi ile konur. Mukoza ve submukozal damarlarda fibrin trombus saptanması lokalize iskemik hipotenziv destekler (2).

İdiyopatik çekal ülserlerin tedavisinde cerrahinin yeri klinik duruma göre belirlenir. Akut karın, peritonit, kontrol edilemeyen kanama, perforasyon ve malignite şüphesi durumlarında cerrahi kaçınılmazdır. Ülserin malign mi yoksa benign mi olduğunu ayırt etme zorluğu nedeniyle çoğu cerrah sağ hemikolektomi yapmaktadır. Sınırlı rezeksiyon ile frozen çalışılarak tanı konulması diğer bir seçenektir (2, 5). Olgumuzun klinik seyri akut karın şeklinde olduğu için cerrahi tedavi kaçınılmazdı ve cerrahi bulgumuz çekum duvarında ele gelen kitle lezyon olduğu için ve frozen çalışılmayacak bir zamanda olduğumuz için sağ hemikolektomi uyguladık. Akut apandisit ön tanısı ile de izlediğimiz hastamızda, ameliyatta apendiks makroskopik olarak görünümü masumdu. Ancak rezeksiyon materyalinin patolojik incelemesi sonucunda apendiks distal uçta yerleşmiş 0,3 cm boyutunda karsinoid tümör rastlantısal olarak saptandı. Sağ hemikolektomi ile bu iki patoloji tedavi edilmiştir.

SONUÇ

Çekumda duvar kalınlığı saptanan hastalarda, idiyopatik çekal ülser ve ülserle bağlı serozal apse formasyonu gelişebileceği ve çekal maligniteyi taklit edebileceği akıldan tutulmalıdır. İdiyopatik çekal ülser olgularında, apendiks karsinoid tümörü birlikte seyredebilir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - V.İ.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - S.K.; Analiz ve/veya yorum - B.B.; Literatür taraması - S.K.; Yazıyı yazan - V.İ.; Eleştirel İnceleme - B.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - V.İ.; Data Collection and/or Processing - S.K.; Analysis and/or Interpretation - B.B.; Literature Review - S.K.; Writer - V.İ.; Critical Review - B.B.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Cruveihier J. Un beau cas de cicatrisation d'un ulcère de l'intestin grele datant d'une douzaine d'années. Bull Soc Anat 1832; 7: 102-104.
2. Chi KD, Hanauer SB. Benign solitary cecal ulcer: a case report and review of the literature. Dig Dis Sci 2003; 48: 2207-2212. [CrossRef]
3. Atila K, Güler S, Gönen C, Sarıoğlu S, Bora S. Benign solitary cecal ulcer: a condition that mimics plastron appendicitis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010; 16: 579-581.
4. Shallman RW, Kuehner M, Williams GH, Sajjad S, Sautter R. Benign cecal ulcers. Spectrum of disease and selective management. Dis Colon Rectum 1985; 28: 732-737. [CrossRef]
5. Ong J, Lim KH, Lim JF, Eu KW. Solitary caecal ulcer syndrome: our experience with this benign condition. Colorectal Dis 2011; 13: 786-790. [CrossRef]
6. Ateş KB, Şahin T, Gürkaynak G, Boyacıoğlu S. İdiyopatik çekum ülseri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 1991; 11: 77-80.
7. Cha JM, Lee JI, Choe JW, Lee SH, Kim KY. A case report of idiopathic cecal ulcer mimicking cecal cancer. Dig Dis Sci 2008; 53: 3259-3262. [CrossRef]