

# Akut Apandisit Ayırıcı Tanısında Ender Görülen Bir Neden: İleal Adeno Karsinom. Olgu Sunumu

Dr. Alper D. ŞAĞBAN (1), Dr. Arslan KAYGUSUZ (2), Dr. Mahmut SUMMAK (3), Dr. Murat ALKAN (1), Dr. Yahya K. ÇALIŞKAN (1)

## ÖZET

*İnce barsak tümörleri tüm gastrointestinal sistem malignitelerinin %2'sini oluşturur. Bu malignitelerin büyük bölümünü (%40) adenokarsinomdur. Nadir görülür ve en sık görülen klinik bulgusu kronik alt karın ağrısıdır. Çok ender olarak akut sağ alt kadranda ağrısı yapabilir ve bu durumda akut apandisit ile karıştırılırlar. Bu makalede akut sağ alt kadranda karın ağrısı bulguları ile başvuran genç bir kadında görülen ileal adenokarsinomu olgusu literatür eşliğinde irdelenmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Akut apandisit, sağ alt kadranda, ileum, adeno karsinom

## SUMMARY

### **A case report: Ileal adenocarcinoma**

*Only %2 of malignancies of all gastrointestinal tract belongs to small intestine. In histological examination, majority of these malignancies are adenocarcinoma. This pathology is rare and in generally clinical symptom is chronic abdominal pain. But very rarely can appear acute right-inferior abdominal pain. So in this situation confuse acute apandicitis. In this trial, we report a young woman with ileal adenocarcinoma presented as acute right-inferior abdominal pain.*

**Key Words:** Acute apandicitis, right-inferior abdomen, ileum, adenocarcinoma

## GİRİŞ

İnce barsaklar tüm gastrointestinal sistemin uzunluk olarak %75'ini, barsak emilim yüzeyinin de %90'dan fazlasını oluşturmalarına rağmen tümörleri klinikte sık görülmez. İnce barsak tümörleri tüm gastrointestinal sistem tümörlerinin %2'sini oluşturur (1). İnce barsakların tümör gelişimine dirençli olmasında farklı hipotezler ileri sürülmüştür. Barsak içeriğinin bu bölümde sıvı karakterde olması ve hızlı transit zamanı olması nedeniyle kanserojenlere maruz kalma süresinin azalması, barsak pH'sinin alkali değerleri nedeniyle karsinojenlerin aktive olmamaları, ince barsakların yüksek enzimatik aktivitesi ve güçlü immün yapısı başlıca ileri sürülen mekanizmalardır (1).

İnce barsaklarda en sık dört tümör cinsi; adenokanserler, karsinoid tümörler, mezenkimal tümörler (gastrointestinal stromal tümör(GIST)dahil) ve ektranodal nonhodgkin lenfomadır. Bu dört tümör ince barsak kaynaklı tümörlerin %90'ından fazlasını oluştururlar (2).

İnce barsak tümörleri sık görülmemeleri nedeniyle

prospektif randomize çalışmaların kolay tasarlanıp yapılamadığı bir grubu oluşturmaktadırlar bu nedenle bilgilerin çoğu retrospektif analizlerden ve vaka dökümlerinden oluşmaktadır (1, 2).

Adenokanserler ince barsağın en sık görülen tümörleridir ve ince barsak tümörlerinin yaklaşık %40'ını oluşturur. Genellikle ileri yaşlarda (en sık altı ve yedinci dekatlar) görülürler (3). Ailevi sendromlarla özellikle familial polipozis ile ilişkisi tanımlanmıştır. En sık görüldükleri kısım duodenumdur. Cerrahi olarak tümörün çıkarılması en etkin tedavi yöntemidir. Uygulanacak cerrahi girişim tipi segmenter rezeksiyondan pankreatikoduodenektomiye kadar değişebilir. Amaç negatif mikroskopik cerrahi sınırla tümörün çıkartılmasıdır (3,4). İnce barsak adenokarsinomlarının kemoterapisi konusunda deneyim ve bilgi sınırlıdır. Ancak ileri evreli vakalara önerilebilir.

## OLGU

Yirmisekiz yaşında bayan hasta iki gün önce göbük çevresinde başlayıp tüm karına yayılan şiddetli karın ağrısı şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Karın ağrısının

birkaç kez daha tekrarladığını ifade etti. Ağrılı dönemler haricinde kronik kabızlık şikayetleride vardı. Hastanın ayrıca vajinal akıntı şikayeti vardı. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın, soygeçmişinde babası hodgkin lenfoma olması dışında özellik yoktu.

Fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı: 120/80mmHg, Nabız; 90/dakika her iki akciğer solunuma eşit katılıyordu, karın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve suprapubik bölgede ağrı mevcuttu. Dinlemekle barsak sesleri normoaktifti. Rektal tuşede herhangi bir patolojik bulgu yoktu.

Laboratuar incelemesinde hematokrit; 27, beyaz küre; 9000 olarak geldi. Biyokimya tahlillerinde özellik yoktu. İdrar tahlili normaldi. Bu bulgular eşliğinde Jinekoloji konsültasyonu istendi. Jinekoloji birimi hastayı pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) ön tanısıyla interne etti. Birgün sonra hastanın karın ağrısının artması üzerine hasta kadın hastalıkları servisinde konsülte edildi. Yaygın karın hassasiyeti sağ alt kadranda defans, rebound olan hasta akut karın tanısıyla ameliyata alındı. Sağ transrektal insizyonla peritoneal kaviteye girildi. Eksplorasyonda pelviste bol pürülan sıvı görüldü ve aspire edildi. Çekum explore edildi. Apendiks ortamdaki inflamasyona bağlı olarak ödemli idi. Apendektomi uygulandı. Eksplorasyonun devamında terminal ileumdan yaklaşık 15cm proksimalde 3-4cm'lik segmenti tutan sigmoid kolon serozasına ve sol fallop tüpüne yapışan infekte kitle görüldü. Terminal ileumdan yaklaşık 5cm proksimalden itibaren yaklaşık 40cm'lik ileum segmenti rezeke edildi. Uc uca anastomoz yapılarak operasyon sonlandırıldı.

## TARTIŞMA

İnce barsak embriyolojik gelişimde midgut olarak tanımlanan barsak segmentinin büyük bölümünü oluşturur. Bu bölümün kanserleri oldukça enderdir. Bunun nedeni tam olarak aydınlatılamamış ve çeşitli teoriler öne sürülmüştür; barsak içeriğinin sıvı oluşu, yüksek hızlı geçiş, koruyucu mukozal salgıların fazla olması öne sürülen koruyucu teroilerden bazılarıdır (5, 10).

Bu tümörlerin tanısı da oldukça güçtür. Tanıda en sık radyolojik görüntüleme yöntemleri ve endoskopi kullanılır. Bu konuda endoskopinin sensitivitesi(tümörün yerine göre kapsül endoskopisi) diğer tekniklerden belirgin olarak üstündür (11).

Klinik bulgular en sık kronik ve nedeni belirlenemeyen karın ağrısı şeklinde olup hastalar uzun süre analjezik ve antispazmotikler kullanmak zorunda kalırlar. Tümör büyüyüp lümeni tıkadığında ileus tablosu ortaya çıkabilir (10,11).

Midgut adeno karsinomları en sık ileumda, ileumun

da en sık terminal bölümünde yer alırlar (1,5,11). Crohn hastalığının da en sık bu bölgede görülmesi bu hastalıkla kanser arasındaki ilişkinin varlığının sorgulanmasına neden olmuştur (9). Ancak bu konuda kesin bir bilgi yoktur. Midgut adeno karsinomları için önemli bir risk faktörü de ülseratif kolit nedeniyle yapılan total kolektomilerde hastalara uygulanan ileoanal anastomozlardır. (6,7,8).

Bu çalışmada sunduğumuz olgu yirmisekiz yaşında genç bir hastaydı. Daha önce kronik alt karın ağrıları olmuş ve antispazmotikler kullanması önerilmişti. Ani gelişen sağ alt kadranda ağrısı ile acile başvurduğunda klinik bulguları akut apandisit ile uyumluydu. Yaşının genç olması, ek hastalığının bulunmaması bu tanıyı daha da güçlendiriyordu. Nitekim ileal adeno karsinomlar gençlerde çok enderdir ve en sık altı-yedinci dekatlarda görülür (2).

Cerrahların genel eğilimi, akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alınan olgularda erektil, ödemli apendiks görüldüğünde daha geniş eksplorasyona gerek olmadığı yönündedir.

Preop şüpheli anamnez bulguları olan (bizim olgulumda kronik karın ağrısı) olgularda ileal adenokarsinom akılda tutulması gereken bir tanı olmalıdır. Böyle olgularda karın eksplorasyonunun geniş yapılması faydalı bir yaklaşımdır.

## KAYNAKLAR

- 1- **Zeh HJ.**Cancer of the small intestine Cancer Principles and Practice of Oncolog. In: DeVita VT,Hellman S,Rosenberg SA.Lipincot Williams and Wilkins,2005.p.1035-49.
- 2- **DiSario JA,Burt RW,Vargas H, et al.** Small Bowel cancer epidemiological and clinical charecteristics:a population based registry Am J Gastroenterol 1994;89: 699-700.
- 3- **Howdle PD, Jalal PK, Holmes GK, et al.** Primary small- bowel malignancy in UK and its association with coeliac disease QJM 2003;96: 345-346
- 4- **Cunningam JD,Aleali R,Aleali M,et al.** Malignant small bowel neoplasms histopathological determinations of recurrence and survival. Colorectal Dis 2005; 7: 538-544.
- 5- **Choi GY, Kim A, Kim CN, Yoon SJ, Jung SH, Ko BS, Yang HY, John BM, Kim SH, Nam HJ, Go H.** A case of subphrenic abscess with ileal fistula caused by metastatic adenocarcinoma of unknown origin. Korean J Gastroenterol. 2005; 46: 471-474
- 6- **Knupper N, Straub E, Terpe HJ, Vestweber KH.** Adenocarcinoma of the ileoanal pouch for ulcerative

colitis-a complication of severe chronic atrophic pouchitis? *Int J Colorectal Dis.* 2005; 20:1-5.

- 7- **Ulas M, Nessar G, Bostanoglu A, Aydog G, Kayaalp C, Ozogul Y, Seven C.** Development of two cancers in the same patient after ileorectal and ileal pouch anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Med Princ Pract.* 2006;15:83-86
- 8- **Prudhomme M, Dehni N, Dozois RR, Tiret E, Parc R.** Causes and outcomes of pouch excision after restorative proctocolectomy. *Br J Surg.* 2006; 93: 82-86
- 9- **Cioffi U, De Simone M, Ferrero S, Ciulla MM, Lemos A, Avesani EC.** Synchronous adenocarcinoma and carcinoid tumor of the terminal ileum in a Crohn's disease patient. *G Chir.* 2005; 26:212-214.
- 10- **De Herder.** Tumours of the midgut. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2005; 19: 705-715
- 11- **Yoruk G, Aksoz K, Buyrac Z, Unsal B, Nazli O, Ekinci N.** Adenocarcinoma of the ileocecal valve: report of a case. *Turk J Gastroenterol* 2004;15: 268-269.