

Mekanik İntestinal Obstrüksiyona Neden Olan Over Kanseri

**Dr. Murat ALKAN (1), Dr. Yahya Kemal ÇALIŞKAN (1), Dr. Erdem KINACI (1),
Dr. Arslan KAYGUSUZ (2), Dr. Erdal KALELİ (3),**

ÖZET

Mekanik barsak obstrüksiyonun (MBO) en sık nedeni; intralüminal tümör, karın duvarı fıtıkları ve peritoneal adezyonlardır. Dıştan basıya bağlı MBO'nu enderdir. Over kanserine bağlı MBO ise daha ender görülür. Bu olguların tanısı güçtür. Üstelik bunlara yaklaşımın ne olması gerektiği de açık değildir. Bu çalışmada bu ender görülen patoloji tamsal ve tedavisel yaklaşım açılarından irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Over kanseri, intestinal obstrüksiyon

SUMMARY

Mecanic intestinal obstruction due to ovarian cancer. Case report. Most often causes of mecanic intestinal obstruction (MIO) are intraluminal tumours, abdominal wall hernias and peritoneal adhesions. External pressure secondary MIO is rare. Ovarian cancer mass secondary MIO is very rare. Diagnosis of these patients are difficult and also approach to treatment is not clear. Here, in this report, this rare clinical problem is discussed for diagnostic and treatmental point of views.

Keywords: Ovarian cancer, intestinal obstruction.

GİRİŞ

Mekanik barsak obstrüksiyonu (MBO), intestinal içeriğin gastrointestinal sistem içinde distale doğru olan geçişinin parsiyel ya da tam olarak engellenmesidir. Tanısı güç değildir; düz grafiler, baryumlu grafiler, bilgisayarlı tomografi ve hatta klinik muayene ve anamnezle tanı konulabilir (1,2). Tedavi yaklaşımında ise değişik algoritmalar vardır; uzun süreli sıvı elektrolit tedavisinden, erken cerrahi girişime kadar değişik yaklaşımlar önerilmiştir. Tedavi yaklaşımı büyük değişiklikler gösterse de temelde nedene yöneliktir. Ancak doğru yaklaşım uygulanmadığında yüksek oranda morbidite ve mortalite ortaya çıkabilmektedir (2).

MBO olgularının %60 oranındaki büyük kısmını postoperatif adezyonlar, fıtıklar ve kolon kanserleri oluşturur (3). Ender görülen nedenlerden biri dıştan bası oluşturan karın içi kitlelerdir. İleri evre over kanserileri dıştan bası yapmak suretiyle MBO'na neden olabilirler. Ancak bu durum oldukça enderdir (3,4). Bu çalışmada MBO'na neden olan bir over kanseri olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

Kırk beş yaşında bayan hasta karında şişlik, gaita çıkarmama, bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleriyle acil birimimize başvurdu. Son 3-4 aydır suprapubik olarak başlayan ve göbek seviyesine doğru büyüyen kitle oluşumu tarifleyen hasta, ağrı şikayetinin son zamanlarda ortaya çıktığını ifade ediyordu. Son iki gündür kusma, tuvalete çıkarmama şikayetleri tabloya eklenmiş.

Özgeçmişinde medyan insizyonla yapılmış bir laparotomisi vardı. Hastadan bu ameliyatın gerekçesine dair herhangi bir bilgi ve belge sağlamak mümkün olmadı.

Fizik muayenesinde sistolik kan basıncı 110 mmHg, diastolik kan basıncı 60 mmHg, nabız 110/dk, solunum sistemi muayenesinde bilateral akciğer sesleri doğal idi. Karın muayenesinde suprapubik bölgeden başlayan ve göbek seviyesini aşan sert solid kitle palpe ediliyordu. Karında ileri derecede distansiyon vardı. Perküsyon ile açıklığı aşağı bakan matite alanı vardı ve bunun dışında kalan karın bölgelerinde timpanik ses alınıyordu. Rektal muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı, rektum boştu.

Laboratuvar incelemelerinde; hematokrit %36, hemoglobin 12g/dl, lökosit 9400/mm³ olarak saptandı. Direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri vardı. Karın ultrasonografisinde epigastriumdan başlayarak pelvise kadar uzanım gösteren düzgün sınırlı lobüle kontürlü için-

gün kadar süren prodrom dönemi olabilir. Olguların %90 'nından fazlasında başlangıçta yaygın purpura, retinal kanama, burun kanaması, hematüri, gastrointestinal kanama gibi kanama bulguları vardır. Akut dönemde konvülsiyon, davranış değişiklikleri, felç, afazi gibi nörolojik bulgular tabloya hakimdir.

Hastaların %90 'nında görülen ateşin nedeninin hipotalamik lezyonlar olduğu sanılmaktadır.

Hemoliz ve trombülere bağlı olarak böbrek yetmezliği gelişebilir.

Hemoliz ve karaciğer hasarına bağlı olarak sarılık gelişebilir.

Trombülere bağlı olarak barsak iskemisi (karın ağrısı), miyokard iskemisi (göğüs ağrısı, aritmi) gelişebilir.(6)

Laboratuvar : Anemi hemen daima vardır.

Periferik yaymada eritrositlerde fragmantasyon saptanır, fragmantasyon yoksa tanı kuşkuludur.

Megakaryosit sayısında artma ile birlikte trombositopeni de değişmez bir bulgudur. Trombosit yaşam süresi 24 saatin altına iner.

Granülosit sayısı artmıştır; sola kayma mevcuttur.

Orta veya ağır anemi ve retikülositoz vardır.

Proteinüri, hemoglobinüri ve hematüri vardır.

Kan üre düzeyi olguların yarısından fazlasında yüksektir.

Haptoglobulinde azalma ve hemoglobinemi olabilir.

Pankreas tutulumu varsa amilaz yüksek olabilir.

Hemoliz ve organ iskemisine bağlı olarak LDH yükselir.(3-6)

Ayırıcı tanıda yaygın dama içi pıhtılaşması, hemolitik üremik sendrom, Evan's sendromu, ve paroksizmal noktürnal hemoglobulinemi önemlidir. Yaygın damar içi pıhtılaşmada hemoliz olmaması, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanının uzaması, fibrinojen yaşam süresini kısılması, Evans sendromu ve paroksizmal noktürnal hemoglobünürde eritrosit fragmantasyonunun olmaması ayırıcı tanıda yardımcıdır(4). Hemolitik üremik sendrom ile ayırıcı tanısı zordur. HÜS 'te akut böbrek yetmezliği tabloya hakimdir ve nörolojik bulgu yoktur.

TEDAVİ

Tedavi empiriktir. Plazmaferez en önemli tedavi komponentidir ve tedaviye cevap iyidir. Fakat tedavi edilmezse mortalite oranı yükselir.(2). Plazma değişiminin yapılamadığı olgularda taze dondurulmuş plazma transfüzyonu yararlıdır.

Klinikte kanama hakimse platelet tranfüzyonu yapılabilir. Fakat bunun dışında platelet verilmesi trombozla-

rı artıracığından sakıncalıdır.

Steroid, platelet inhibitörleri, immunsupresif ajanlar, splenektomi, heparin, vb. tedavi yaklaşımları plazma infüzyonu ve plazmaferezden daha etkili değildir. Plazma tedavine yanıtız vakalarda verilebilirler.

Destekleyici tedavi olarak diyaliz mortaliteyi düşürür.

Tedaviye yanıt veren hastalarda ilk düzelen trombositopenidir.(7)

KAYNAKLAR

- 1) **Thorombotic thrombocytopenic purpura** J N GEORGE N Engl J Med 2006;4: 354:18
- 2) **How I treat patients with trombotic thrombocytopenic purpura-hemolytic uremic syndrome.** Blood, J N GEORGE 2000; 96: 1223-28.
- 3) **Therapeutic plazmapheresis fort he treatment of the thrombotic thrombocytopenic purpura-hemolytic uraemic syndromes.** W Y K HWANG, L Y A CHAI, N J NG, P H C TAN Singapore Med J 2004 45(5):219-23.
- 4) **Thrombotic microangiopathies in the 1980s : clinical features, response to treatment, and the impact of the human immunodeficiency virus epidemic.** Blood 1992; 80: 1890-5
- 5) **Thorombotic thrombocytopenic purpura and hemolytic uremic syndrome.** M A ELLIOTT, W L NICHOLS Mayo Clin Proc 2001;76:1154-62.
- 6) **Trombotic trombositopenic purpura.** A R ODA-BAŞ, R ÇETİNKAYA, Y SELÇUK AÜTD (MJA-U)2000; 32: 81-84
- 7) **Harrison's principles of internal medicine 16th edition** 678, 1708

Hastalık	Grup	Cinsiyet (K/E)	Yaş (Ortalama±Standart Sapma)
Proliferatif	TA(+)	12\11	52.6 ± 12.1
Diyabetik Retinopati	TA(-)	8\13	54.2 ± 10.5
Retina Dekolmanı	TA(+)	12\8	46.3 ± 14.1
	TA(-)	12\6	42.6 ± 8.8
Lensin Vitreusa	TA(+)	9\6	51.3 ± 9.2
Luksasyonu	TA(-)	5\6	49.2 ± 11.3
Epiretinal Membran	TA(+)	3\8	56.2 ± 8.4
	TA(-)	7\6	58.5 ± 7.8
Maküla deliği	TA(+)	6\4	48.7 ± 12.6
	TA(-)	2\7	53.2 ± 10.7
Vitre İçı Yabancı	TA(+)	1\2	44.5 ± 6.6
Cisim	TA(-)	2\0	46.0 ± 4.5

de hemoraji ile uyumlu alanlar izlenen periferi solid yapıda lezyon saptandı. Karın tomografisinde bu kitlenin solover kaynaklı olduğu düşünöldü. Hasta kadın doğum kliniği hekimlerince konsülte edildi ve laparotomi kararı alındı. Orta hat insizyonla peritoneal kaviteye girildi. Peritoneal kavite içinde yaygın asit ve ince barsaklarda dilatasyon göröldü. Pelvis içinde yaklaşık 20x20cm boyutlarında sol adneksa, sol üretere, rektum ve pelvik ana vasküler yapılara invazyon yapmış yer yer kistik alanlar içeren kitle gözlemlendi. Kitle içeriği aspire edildi ve yaklaşık 2500 ml pürölan sıvı alındı. Yapılan frozen incelemede habis hücreler göröldüğü ancak hücre tipinin ayırt edilemediği belirtildi. Kitlenin total çıkarılmayacağına karar verildi ve serbest olan anterior ve medyan duvarlar ve sol adenkesle birlikte lateral duvar rezekte edildi.

Piyasin histopatolojik incelemesinde solover mikst epitelial karsinom (müsinöz ve endometrioid) sonucu alındı. Over kapsülünde tümör invazyonu saptandı. Adjuvan kemoradyo terapi amacıyla hasta onkoloji kliniğine sevk edildi.



TARTIŞMA

MBO'nun sık bilinen nedenleri (intralüminal tümör, karın duvarı hemileri, peritoneal adezyonlar) dışında ender görölen nedenleri; barsağı dıştan bası, barsak duvarına olan metastazlar, mezenterik lenfnodlarının ileri derecede büyümesi ve invajinasyonlardır (3,4,5). Over kanserlerine bağılı MBO ise oldukça enderdir. İleri evre over kanserlerinde kitle bazen büyük boyutlara ulaşarak dıştan bası yoluyla MBO'na neden olabilir (3). Bu durum en sık kolon seviyesinde gerçekleşir. Over kanserinin bizim olgumuzda olduğu gibi, ince barsak seviyesinde MBO'na neden olması daha ender bir durumdur (4). İnce barsaklara dıştan bası yaparak MBO'ya neden olan over tümörleri, kolona bası yaparak MBO'na neden olanlardan ya daha büyük çapa sahiptirler ya da böyle olgularda daha önceden geçirilmiş laparotomilere bağılı peritoneal adezyonlar vardır (6). Bizim olgumuzda ise her ikisi de mevcuttu; hem tümör 20x20cm boyutlarındaydı, hem de peritoneal kavite içinde daha önce geçirilmiş laparotomiye bağılı yaygın adezyonlar vardı.

İleri evre over kanserine bağılı MBO gelişmiş olgularda cerrahi girişim kriterleri tartışmalıdır (4,5,6). Tam tıkanıklık gelişmemiş olgularda neoadjuvan kemoterapi velveya radyoterapi önerenler vardır. Ancak bizim olgumuz gibi tam tıkanıklık gelişmiş olgularda erken cerrahi girişim zorunludur. Ancak böyle olgularda operatif morbidite ve mortalite görece yüksektir (7,8). %40 seviyesine ulaşan major komplikasyon. %15 seviyesinde mortalite oranları bildirilmiştir (3).

Erken cerrahi girişim uygulanan olgularda peritoneal kavite içinde yaygın tümör invazyonu ve metastazları olduğu için küratif cerrahi girişim yapmak genellikle mümkün olmamaktadır. %20 seviyesinde inoperabilite bildirilmiştir (9,10). Nitekim olgumuzda da küratif rezeksiyon yapmak mümkün olmadı. Ancak 2500ml sıvı aspirasyonu ile birlikte tümörün iki duvarının ve sol ad-

neksle birlikte bir duvarının büyük bölümünü rezeke etmek mümkün oldu.

Postoperatif takip döneminde herhangi bir komplikasyon da görmedik.

Bazı otörler, bu olgularda agresif cerrahi girişimleri savunmaktadır. Ancak daha geniş bir grup ise, MBO'nun ortadan kaldırılmasını sağlayan cerrahi girişimleri savunmaktadır. Bu son görüşü savunanların iki önemli gerekçesi vardır (9,10):

1- Hem ileri evre over kanserine sahip, hem de MBO olan olgularda operatif morbidite ve mortalite riski yüksektir.

2- Bu tümörlerin kemo-radyoterapiye yanıt oranları oldukça fazladır.

Bu olgularda bir başka tartışma konusu da basıya uğrayan barsak yüzeyinde gelişen hasarla ilişkilidir. Barsak duvar bütünlüğü bozulmamış olgularda herhangi bir sorun yoktur. Ancak duvar bütünlüğü bozulmuş veya invazyon, perforasyon gelişmiş olgularda ne yapılacağı tartışmalıdır. Bu konuda en çok kabul gören prensipler şunlardır: İntra-abdominal infeksiyonu olmayan velveya barsak çaplarında aşırı genişleme olmayan olgularda segmenter rezeksiyon ve uçuca anastomoz yapılması, diğer olgularda ise ostomi uygulanması (5,6,11,12,9).

Bizim olgumuzda barsak duvar bütünlüğü bozulmadığı için, barsağa yönelik herhangi bir cerrahi girişim uygulamaya gerek kalmadı

Tam MBO'na neden olmuş over kanserli olgularda erken cerrahi girişim yapılması ve bu sırada olabildiğince kansere yönelik değil, obstrüksiyonu ortadan kaldırmaya yönelik cerrahi manüplasyonlar yapılması daha doğru bir yaklaşım olduğunu düşünmekteyiz.

bowel obstruction in re current ovarian cancerian updated series. *Gynecol Oncol*2003;89:306-313

- 6- **Lickiss JN:** Palliative care: the care of the patient with far advanced gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology* 1992; 2: 1507-1519.
- 7- **Lachance JA, Everett EN, Greer B, Mandel L, Swisher E, Tamimi H, Goff B.** The effect of age on clinicalpathologic features, surgical morbidity, and outcome in patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2006; 11; 345-348.
- 8- **Fujita K, Nagano T, Suzuki A, Sakakibara A, Takahashi S, Hirano T, Okagaki A, Ban C.** Incidence of postoperative ileus after paraaortic lymph node dissection in patients with malignant gynecologic tumorso *Int J Clin Oncol* 2005; 10: 187-190.
- 9- **Fanfani F, Fagotti A, Longo R, Marana E, Mancuso S, Scambia G.,** Minilaparotomy in the management ofbenign gynecologic disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 119: 232-236.
- 10- **Obermair A, Hagenauer S, Tamandı D, Clayton RD, Nicklin JL, Perrin LC, Ward BG, Crandon AJ.** Safety and efficacy of low anterior en bloc resection as part of cytoreductive surgery for patients with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2001; 83: 115-120.
- 11- **Segreti EM, Levenback C, Morris M, et al:** A comparison of end and loop colostomy for fecal diversion in gynecologic patients with colonic fistulas. *Gynecol Oncol* 1996; 60: 49-53
- 12- **Segreti EM, Levenback C: Bowel surgery.** In: *An Atlas of Gynecologic Oncology.* St. Louis, Mo: Mosby- Year Book; 2001: 159-170

KAYNAKLAR

- 1- **Heinberg EM, Finan MA, Chambers RB, Bazzett LB, Kline RC.** Postoperative ileus on a gynecologic oncology service. Do abdominal X-rays have a role? *Gynecol Oncol* 2003; 90: 158-162.
- 2- **Kariv Y, Wang W, Senagore AJ, Hammel JP, Fazio VW, Delaney CP.** Multivariable analysis of factors associated with hospital readmission after intestinal surgery. *Am J Surg* 2006; 191 :364-371.
- 3- **Krebs HB, Goplerud DR.** Surgical managment of bowel obstruction in advanced ovarian carcinoma. *Releted Articles. Obstet Gynecol*1983; 61: 327-330
- 4- **Rubin SC.** Intestinal obstruction in advanced ovarian cancer: What does the patient want? *Gynecol Oncol* 1999; 75: 311-312
- 5- **Pothuri B, Vaidya A, Aghajanian C, Venkatraman E, Barakat RR, Chi DS.** Paliative surgery for