

BORDERLINE MÜSİNÖZ TÜMÖR ZEMİNİNDE GELİŞEN APENDİKS MUKOSELİ: OLGU SUNUMU

Mustafa KAYA¹, İbrahim ATAK¹, Ali KILIÇ¹, Gözde KIR¹, Orhan ALİMOĞLU¹

ÖZET

Apendiks mukoseli apendiks lümenin anormal mukus birikimi nedeniyle genişleyip kistik bir kitle haline gelmesidir.

Kırk üç yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar incelemede lökositöz dışında özellik saptanmadı. Ultrasonografide batın sağ alt kadranda süperiorunda lokalize aperistaltik lümen çapı artmış barsak ansı mevcuttu. Hastaya bu bulgularla akut apandisit ön tanısıyla diagnostik laparoskopi planlandı. Eksplozasyonda sağ alt kadranda kitle ve etrafında fibrin yapılar tespit edilmesi üzerine açığa geçildi. Çekimde kistik komponentleri bulunan yaklaşık 9 cm çapında tümöral kitle mevcuttu. Hastaya sağ hemikolektomi ve uç yan ileotransversostomi uygulandı. Histopatolojik inceleme, borderline müsinöz tümör zemininde gelişen apendiks mukoseli tespit edildi. Hasta postoperatif 4. günde şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Sözcükler: Borderline musinöz tümör, apendiks mukoseli.

APPENDIX MUCOCELE APPEARING ON THE BASE OF BORDERLINE MUCINOUS TUMOR

Appendix mucoccele of the appendix lumen due to abnormal accumulation of mucus is that

expands into a cystic mass. Forty-three-year-old male patient was admitted to the emergency room because of abdominal pain continued for 2 days. Right lower quadrant tenderness on physical examination, defense and had a rebound. Laboratory examination was unremarkable except for leukocytosis. Superior of the right lower quadrant abdominal ultrasonography localized aperistaltic lumen diameter had increased bowel. These findings, the diagnosis of acute appendicitis in patients diagnostic laparoscopy was planned. Exploration around the right lower quadrant mass and was passed to unleash upon detection of fibrin structures. Cystic components of tumor mass in the caecum there was approximately 9 cm in diameter. The patient underwent right hemicolectomy and end-side ileotransversostomy. The histopathological examination, the basis of borderline mucinous tumor was found growing appendix mucoccele. Patient postoperative 4 was discharged a day.

Key words: Borderline mucinous tumor, appendix mucoccele.

GİRİŞ

Apendiks mukoseli (AM) apendiks lümenin anormal mukus birikimi nedeniyle genişleyip kistik bir kitle haline gelmesidir. AM nadir olarak görülür ve genellikle apendiks mukozasının neoplastik de-

1-Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

ğişikliklerine sekonder ortaya çıkar. Mukosel kendiliğinden ya da ameliyat sırasında rüptüre olabilir ve psödomiksoma peritonei (PMP) olarak bilinen jelatinöz asite yol açar. Malign tümörlere bağlı mukoselin rüptürü sonucu gelişen PMP'de sağ kalım oranı düşüktür. Bu yüzden operasyon öncesi tanı cerrahi yaklaşımın seçilmesinde büyük önem taşımaktadır. Müsinöz sekresyonuna, tümöral ya da nontümöral patolojiler sebep olabilir. Fizik muayenede AM'den şüphelenilebilir, ancak kesin tanı radyolojik inceleme ile konur. Bu yazıda borderline müsinöz tümör zemininde gelişen AM olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

Kırk üç yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde lökosit $26500/mm^3$ dışında özellik yoktu. Ultrasonografide batın sağ alt kadranda süperiorunda lokalize aperistaltik lümen çapı artmış barsak ansı mevcuttu. Hastaya bu bulgularla akut apandisit ön tanısıyla diagnostik laparoskopik planlandı. Eksplozasyonda sağ alt kadranda kitle ve etrafında fibrin yapılar tespit edilmesi üzerine açığa geçildi. Çekumda kistik komponentleri bulunan yaklaşık 9 cm çapında tümöral kitle mevcuttu. Hastaya sağ hemikolektomi ve uç yan ileotransversostomi uygulandı. Histopatolojik inceleme, borderline müsinöz tümör zemininde gelişen AM şeklinde yorumlandı. Hasta postoperatif 4. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

AM mukus birikimi sonucu apendiks lümeninde ortaya çıkan distansiyondur. Apendiks spesmenlerinde mukosel insidansı %0.2-0.4 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklerden dört kat fazla olmak üzere sıklıkla 50 yaş üzerinde görülür. Yaklaşık %25-50 oranında hastalar asemptomatiklerdir. Fizik muayenede, görüntüleme yöntemleri veya insidental olarak tespit edilebilir. Bu olguda da tanı akut apandisit nedeniyle yapılan laparotomi sonucu konulmuştur. Malign müsinöz

kistadenomlar diğer karın içi organlara invazyon yaptığında veya PMP'ye yol açtığında kilo kaybı, bulantı ve kusma gibi semptomlara sebep olabilmektedirler. Sağ alt kadranda uzun süreli belirsiz bir rahatsızlık hissi ve nadiren mukoselin çekum içine invaginasyonuna bağlı intermitan ağrı görülebilir. Bu olguda olduğu gibi bir kısım hasta da akut apandisit kliniği ile başvurabilirler.

Müsinöz hipersekresyona neden olan neoplastik patolojiler müsinöz adenom, müsinöz kistadenom, borderline müsinöz tümörler ve müsinöz kistadenokarsinom; nonneoplastik patolojiler ise retansiyon kistleri, villöz hiperplaziler ve fekalitlerdir. Bu olguda altta yatan sebep borderline müsinöz tümör olarak tespit edildi.

AM tanısında kullanılacak görüntüleme yöntemleri batın USG, BT, kolonoskopi ve baryumlu grafilerdir. Çekum mukoselin lokalizasyon ve büyüklüğüne bağlı olarak laterale ve kraniale yer değiştirir. Mukosel büyük olduğu zaman değişik lokalizasyonlarda izlenebilir. Invaginasyon geliştiği durumlarda yumuşak doku kitlesi, içerdığı kalsifikasyon nedeni ile enterolit ya da safra taşı ile karışabilir. Endoskopide yumuşak karakteri ile submukozal lipomu andırır. USG'de apendiks lokalizasyonunda duvarında kalsifikasyonlar bulunan farklı internal ekojenite özellikleri gösterebilen kistik lezyon izlenir. BT, AM için en duyarlı tanı yöntemidir ve kapsüllü, kistik 2-20 cm çapında kitle AM için karakteristiktir. Duvarda kontrast madde tutulumu gösteren nodüller mukoselin malign olabileceğini düşündürür.

Tedavide negatif cerrahi sınır ile rezeksiyon önerilmektedir. Rüptüre olmamış benign mukoselin tedavisinde apendektomi yeterli olmaktadır. Laparoskopik yöntemle apendektomi yapılan olgular bildirilmekle birlikte rüptür riskinden dolayı bu yöntem genel olarak önerilmemektedir. Malign mukoselde ise genel olarak sağ hemikolektomi önerilmektedir. Malign mukosellerle birlikte over metastazı riskinin yüksek olması neden ile bilateral ooferektomi önerilmektedir.

AM'nin en önemli komplikasyonu kötü prognoz göstergesi olan PMP'dir. PMP, mukoselin spontan veya intraoperatif rüptürü sonucu ortaya çıkan, peritonda yaygın olarak müsinöz asit ve mü-

sinöz epitelyal implantların varlığı ile karakterize, ender görülen klinikopatolojik bir antitedir. Özellikle altta yatan sebep müsinöz kistadenokarsinom ise buna bağlı gelişen PMP'de 5 yıllık sağ kalım oranları %20'lere kadar düşmektedir. Hastalığın tanısının preoperatif konulması ve erken dikkatli cerrahi girişimin uygulanması mukosel rüptürünün önlenmesi için önemlidir. Benzer bulgulara overin kistadenokarsinomunda da rastlanılabilir. Yavaş gelişen ilerleyici intermitan abdominal ağrı ve şişkinlik şeklinde semptom verebilir.⁽¹⁾

Overin kistadenokarsinomu, PMP ve mukoselin birlikte görülme olasılığının yüksek olması nedeni ile herhangi birinin saptandığı durumlarda diğer lezyonlar da araştırılmalıdır.⁽¹⁾

AM'nin diğer komplikasyonları invajinasyon ve torsiyondur. Invajinasyon son derece nadir görülür. Mukoselin kendisi intususeptum olarak rol oynar ve klasik enteroenterik invajinasyon görünümüne yol açar. Baryumlu kolon incelemesinde yatak yayı görünümü ve BT'de de intususeptum çevresinde mezenter yağı izlenir.⁽³⁾

Mukoselin ayırıcı tanısında over kisti, mezenter kisti, hidrosalfinks ve duplikasyon kisti sayılabilir. Over kisti ve hidrosalfinks adneksiye bölgede

uterusa doğru takip edilebilmeleri mezenter kistin ender kalsifikasyon göstermesi ve duplikasyon kistin ileri yaşlarda sık görülmemesi tanıda yardımcı olur.

Sonuç olarak, AM'nin tipik bir klinik tablosu yoktur; nadir olduğu için sağ alt kadranda problemlerinin ayırıcı tanısında pek akla gelmez. Klasik olarak apandisit şüphesi ile laparotomi yapılan olgularda tesadüfen saptanır. Preoperatif olarak ancak USG veya BT ile incelenirse teşhis edilebilir. Tedavide dikkatli yapılan negatif cerrahi sınır ile rezeksiyon yeterli olmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Lien WC, Huang SP, Chi CL, Liu KL, Lin MT, Lai TI, et al. Appendiceal outer diameter as an indicator for differentiating appendiceal mucocoele from appendicitis. *Am J Emerg Med* 2006;24(7):801-5.
- 2- Rampone B, Roviello F, Marelli D, Pinto E: Giant appendiceal mucocoele: Report of case and brief review. *World J Gastroenterol.* 2005;11(30):4761-63.
- 3-Korkolis DP, Apostolaki K, Plataniotis GD, Tzorbatzoglou J, Karaitianos IG, Vassilopoulos PP. Mucocoele of the appendiceal stump due to benign mucinous cystadenoma. *Anticancer Res.* 2006;26(1B):635-8
- 4-Zanati SA, Martin JA, Baker JP, Streutker CJ, Marcon NE. Colonoscopic diagnosis of mucocoele of the appendix. *Gastrointest Endosc* 2005;62(3):452-56