

Primer Duodenum Adenokarsinomu

Birkan BOZKURT (*), Güngör GÜL (*), Kadri GÜLER (**), Faik ÇELİK (***)

SUMMARY

Primary Duodenum Adenocarcinoma

Small bowel neoplasms are exceedingly rare despite the fact that the small bowel constitutes approximately 80 % of the total length of the GI tract and makes up more than 90 % of the mucosal surface area. Only 5 % of all GI neoplasms and only 1 to 2 % of all malignant tumors of the GI tract occur in the small bowel (1,2). There are four major types of malignant small bowel tumors-adenocarcinoma, gastrointestinal stromal tumors (leiomyosarcomas), carcinoid tumors, and lymphomas. About 30 % to 50 % of all small bowel cancers are adenocarcinoma. Anatomically these tumors occur in decreasing frequency as one progresses distally through the small intestine, with the periampullary duodenum being the most common site. In this article we report a rare entity case of primary duodenum adenocarcinoma.

Key words: Primary duodenum adenocarcinoma, post pyloric stenosis

Anahtar kelimeler: Primer duodenum adenokarsinomu, post pilorik stenoz

OLGU

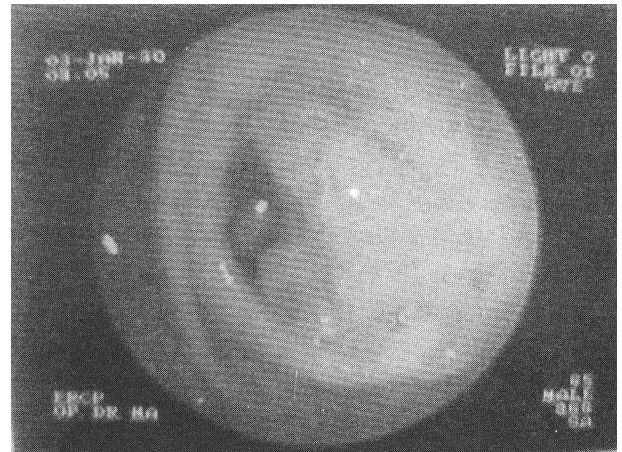
65 yaşında, erkek hasta, bulantı, kusma, kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. Hastanın, bu şikayetleri son 2 aydır mevcuttu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde epigastriyumda palpasyonda hassasiyet ve dolgunluk mevcuttu. Barsak sesleri normoaktifti. Diğer sistem fizik muayene bulguları normal olan hastanın rutin laboratuvar tetkiklerinde ve ayakta direkt batın grafisinde patoloji tespit edilmedi. Hastaya çekilen bilgisayarlı batın tomografisinde safra kesesinde hidrops dışında patoloji saptanmadı. Hastaya gastroskopi uygulandı. Gastroskopide, duodenum birinci kitadan sonra post pilorik stenoza neden olan kitle düşündürülen görünüm mevcuttu. Koledok alt uç ve ampulla w-teri patolojileri açısından hastaya yan görüşlü duodenoskopi uygulandı. Yan görüşlü duodenoskopide distaline geçilemeyen bulbusu daraltan adenomatöz kitle tespit edildi (Şekil 1).

Kitleye yapılan biyopsi sonucu az differansiye adenokarsinom gelmesi üzerine hasta elektif olarak operasyona alındı. Ope-

rasyon sırasında yapılan eksplorasyonda batın içi asit mayi yoktu, safra kesesi hidropikti, duodenum bulbusta çevre dokulara invaze olmayan yaklaşık 3x2 cm boyutlarında tümöral kitle mevcuttu. Hastaya pankreatikoduodenektomi (whipple) operasyonu uygulandı. Postoperatif piyes patolojisi primer duodenum adenokarsinomu olarak geldi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 18. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Tüm gastrointestinal habis tümörlerin % 1-2'si ince barsak kaynaklıdır. Duodenal tümörlerin nadir görülmesi ve klinik semptomların özgül olmaması nedeniyle tanıda geç kalındığından çoğu kez hasta küratif rezeksiyon şansını kaybeder. Etiyolojisinde adenomatöz polipler, Gardner sendromu ve villöz adenomlar önemlidir. Klinik semptomlar genellikle yemeklerden sonra görülen epigastrik ağrı olmasına rağmen tümörün büyüklüğü ve lokalizasyonuna göre değişiklik gösterebilir. Lezyon tıkayıcı nitelikte ise ağrıya bulantı, kusma ve kilo kaybı da eklenir. Bizim olgumuzda lezyon tıkayıcı nitelikte olduğundan başvuru esnasında bulantı, kusma ve kilo



Şekil 1. Yan görüşlü duodenoskopi de bulbusu daraltan kitle.

kaybı mevcuttu. Olguların % 25'inde kanama nedeniyle gizli ya da aşikar anemi görülebilir. Ampulla çevresine yerleşmiş duodenum tümörlerinde mekanik ikter bulguları da tabloya eklenebilir (3).

Duodenal tümörlerin tanısında, mide duodenum pasaj grafisi ve üst gastrointestinal sistem endoskopisinden faydalanılır. Özellikle son yıllarda dijital duodenografi ile mukozal lezyonlar başarılı bir şekilde ortaya konulmaktadır. Özellikle endoskopinin ulaşamadığı distal duodenal tümörlerin tanısında duodenografinin önemi büyüktür. Bizim olgumuzda da olduğu gibi, yan görüşlü duodenoskop kullanılarak, lezyonun tam yerini saptayarak biyopsi almak mümkündür. Sarılık gelişen olgularda endoskopik retrograt kolajiopankreatikografi (ERKP) ile safra yollarının görüntülenmesini sağlamak ve lezyondan biyopsi alınarak kesin tanıya ulaşmak mümkündür. Yine endoskopik ultrasonografi ile tümörü evrelendirmek mümkündür (4). Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografinin ayırıcı tanıda yeri tartışmalıdır. Ancak, operabilitenin değerlendirilmesinde BT ve MRG kullanılabilir.

Duodenum kanserleri daha çok ikinci bölümde daha az sıklıkla dördüncü bölümde görülür. İkinci bölümdeki habis lezyonlarda küratif amaçlı Whipple ameliyatı uygulanmalıdır. Üçüncü ve dördüncü bölümlerdeki lezyonlarda kısmi rezeksiyon ve anastomoz ile devamlılık sağlanabilir (5).

Duodenum adenokarsinomlarında küratif cerrahi sonrası 5 yıllık yaşam ortalama % 15-25 arasında değişmektedir. Duodenum adenokarsinomlarının nadir görülmesi ve sinsi seyretmesi nedeniyle küratif cerrahi sağlanabilmesi açısından tanı aşamasında, bu patolojinin klinisyenin aklına gelmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ashley SW, Wells SA Jr: Tumors of the small intestine. Semin Oncol 15:116-128, 1988.
2. North JH, Pack MS: Malignant tumors of the small intestine: A review of 144 cases. Am Surg 66:46-51, 2000.
3. Rochlin DB, Longmire WP Jr: Primary tumors of the small intestine. Surgery 50:586-592, 1961.
4. Rose DM, Hochwald SN, Klimstra SD, Brennan FM: Primary duodenal adenocarcinoma: J Am Coll Surg 183:89-96, 1996.
5. Kalaycı G: Genel Cerrahi, Cilt 2, Nobel tıp kitapevi 2002, 1022-1023.