

Pre-malign Soliter Çekal Ülseri Nasıl Tanırız?

How Can We Diagnose Pre-malignant Solitary Cecal Ulcer?

© Bahar Büşra Özkan¹, © Kadri Güleşçi², © Nazan Aksoy³, © Yüksel Altınal⁴

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, Türkiye

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

⁴Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

ÖZ

Yetmiş beş yaşında kadın hasta, bir aydır olan ve giderek artan sağ alt kadranda ağrısı ve kabızlık şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet tespit edildi. Batın bilgisayarlı tomografi görüntülemesi ise sağ kolonda öncelikle kolon kanseri ile uyumlu duvar kalınlaşması olduğunu ve mezenterik yağ dokusu içinde birkaç adet lenf nodu olduğunu saptadı. Hem klinik hem de radyolojik bulgularla kolon kanseri şüphesi olması nedeniyle hastaya kolonoskopi yapıldı. Çekumda parsiyel tıkanıklığa yol açan geniş tabanlı ülser saptandı. Alınan biyopsinin sonucu atipik epitel fragmanlarıyla beraber ülser ve ülser zemininde enflamatuvar debris olarak değerlendirildi. Hastaya sağ hemikolektomi yapıldı. Patoloji değerlendirmesinde submukozaya sınırlı ülser, enflamatuvar lenf nodları ve mukoza epitelinde hafif displazi tespit edildi. Postoperatif dönemde takiplerinde sorun izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Soliter çekal ülser, displazi, kolonoskopi, hemikolektomi

ABSTRACT

A 75-year-old woman presented with a 1-month history of right lower quadrant pain and constipation. Physical examination revealed tenderness to palpation. The patient had no history of inflammatory bowel disease. The colonoscopy displayed marked partial obstruction of the cecum with a large ulcerated area and surrounding friable epithelium in the medial cecal region. Microscopic evaluation of the biopsy specimens revealed an acute ulcer with granulation tissue and overlying fibrinopurulent debris. There was no evidence of granulomatous inflammation or crypt abscesses suggesting inflammatory bowel diseases, except the atypical epithelial cells. Additionally, abdominopelvic tomography showed a suspicious cecal tumor underlying a thickened bowel wall and mesocolic lymph adenopathy. Subsequently, we performed right hemicolectomy due to clinical obstruction. No complications were observed during postoperative follow-up. The pathology result confirmed cecal ulcer with low-grade dysplasia.

Keywords: Solitary cecal ulcer, dysplasia, colonoscopy, hemicolectomy

Giriş

Komplike olmayan soliter çekal ülser olgularında en iyi tanısal yöntem kolonoskopi olsa bile genellikle laparotomi sırasında tanı koyulur. Çekal ülserin ayırıcı tanısında öncelikli olarak karsinom düşünülmektedir. Kolonoskopinin ileoçekal ülser tanısı koymada kilit rol oynadığı yazarlar tarafından ifade edilmiştir.^{1,2} Makalemizde, kolonoskopi sonucu ile şüpheli radyoloji bulguları arasında uyumsuz olan ülser zemininde gelişen premalign bir olguyu değerlendirdik.

Olgu Sunumu

Yetmiş beş yaşında kadın hasta bir aydır olan ve giderek artan sağ alt kadranda ağrısı ve kabızlık şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında başka bir hastalığı yoktu. Soy geçmişinde de herhangi bir ailesel kanser hikayesi yoktu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayımı 12,170/mm³, C-reaktif protein 12,2 mg/L ve karsinoembriyonik antijen: 0,411 mg/L kanser antijen 19-9: 4,53 mg/L hemoglobin 11 mg/L saptandı. Abdominal grafilerde yoğun gaz ve batın ultrasonografide ise sağ



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Yüksel Altınal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 543 438 89 73 E-posta: dryukselaltinel@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0003-0113-4839

Geliş Tarihi/Received: 08.08.2017 Kabul Tarihi/Accepted: 26.09.2017

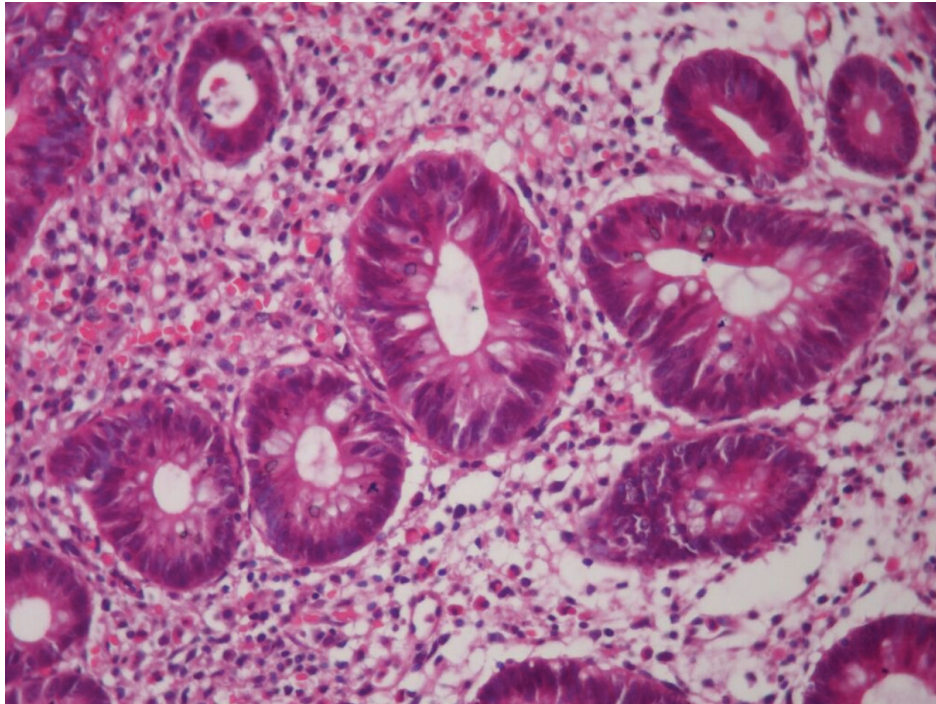
kadranda yalancı böbrek görünümlü şüpheli bir lezyon izlendi. Takibinde kolon kanseri şüphesi olması üzerine çekilen oral ve intravenöz kontrastlı tüm batın-pelvik bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde ise sağ kolonda öncelikle kolon kanseri ile uyumlu duvar kalınlaşması ve mezenterik yağ dokusu içinde en büyüğü 9 mm çaplı birkaç adet lenf nodu saptandı. Hem klinik bulguların hem de radyolojinin kolon kanseri yönünde şüphesinin olması nedeniyle hastaya kolonoskopi yapıldı. Alınan biyopsi sonucunda atipik epitel fragmanlarıyla beraber ülser ve ülser zemininde enflamatuvar debris varlığı saptanmış olup bu örneklerin klinik olarak saptanan kitleyi temsil etmediği düşünülmüş ve yeniden biyopsi yapılması önerilmiştir. Klinik şüphe devam ettiği için hastaya sağ hemikolektom ve fonksiyonel uç-yan ile okolik anastomoz yapıldı. Spesimende 1 cm çapında 2 adet submukozaya sınırlı ülser ve en büyüğü 1 cm çapta 11 adet lenf nodu tespit edildi. Ülser çevresi mukoza epitelinde reaktif değişiklikler ve hafif displazi (low grade displazi) değerlendirildi (Resim 1, 2). Postoperatif dönemde hastanın kliniğinde problem olmadı. Hastadan olgu sunumu için onay alındı.

Tartışma

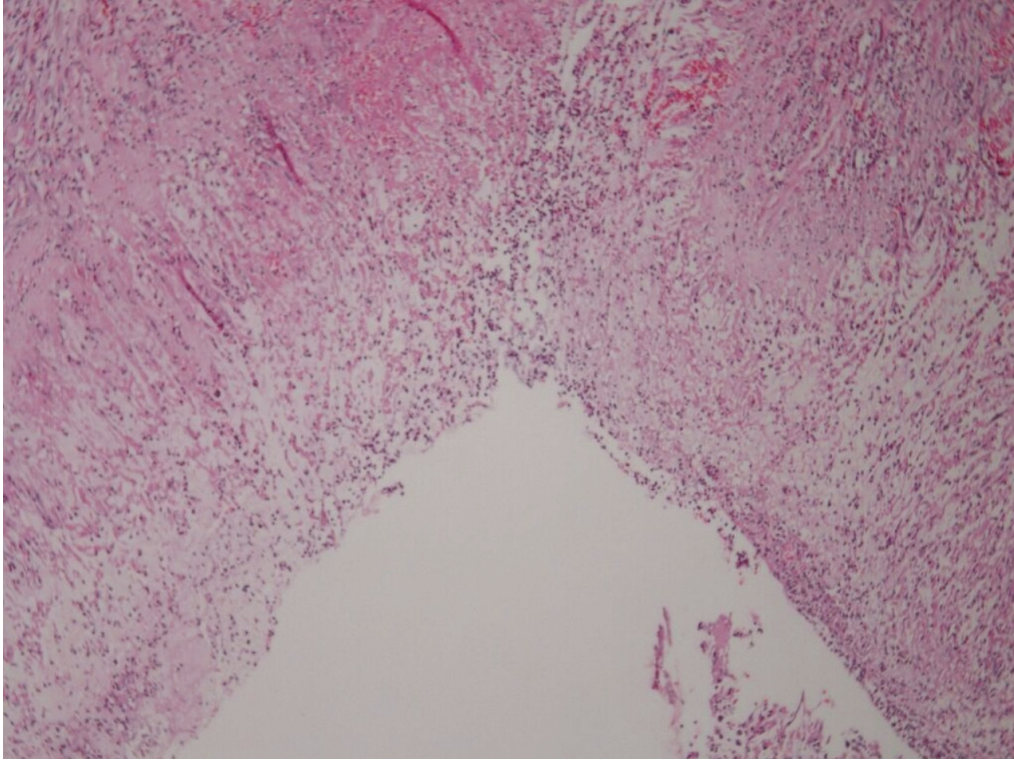
Soliter çekal ülserin bilgisayarlı tomografi bulguları çekum ya da çıkan kolonda duvar kalınlaşması şeklinde çekal karsinomu taklit edebilir. En iyi tanısal yöntem kolonoskopi olsa da genelde preoperatif tanı koyulmaz. Çünkü hastalar genellikle karsinoma, apandisit ve divertikülit şüphesiyle

ameliyata alınır. Çekal ülserin en sık nedeni karsinomdur ki ayırıcı tanıda primer dışlanması gereken de budur. Malignensi şüphesi olan hastalara wedge rezeksiyon ya da sağ hemikolektomi yapılması önerilir.¹ Klinik olarak tıkanma bulguları ve karsinom şüphesinin devam etmesi üzerine, sağ kolektomi yapmayı uygun bulduk.

İleoçekal ülserlerin nedenlerinin tanınmasında kolonoskopinin öneminin araştırıldığı retrospektif bir çalışmada, ileoçekal ülser tanısı koyulan 52 hastanın; endoskopik tanısı ile histopatolojik tanısı %78,8 uyumlu bulunurken, kolonoskopi öncesi bu oran %17,3 olmaktadır. Bu durum yapılan çalışmada, kolonoskopinin ileoçekal ülser tanısı koymada kilit rol oynadığı şeklinde yorumlanmıştır. Olgular arasında çekal karsinom insidansı %4,4-8,2 olarak raporlanmış olup, çekumdaki; 2,5 cm'den büyük, irregüler ve krater benzeri görünümde ve düzensiz kenara sahip olan ülserlerle ilgili yüksek derecede çekum karsinomu düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir.² Hastayı öncelikle daha az invaziv tanısal bir yöntem olan kolonoskopiyle değerlendirdik. Biyopsi sonucu atipik epitel hücreleri ile beraber enflamatuvar ülser olarak değerlendirildi. Klinik ve radyolojik açıdan karsinom şüphesi nedeniyle hemikolektomi kararı aldık. Her ne kadar tüm görüntüleme yöntemleri, hastanın kliniği ve yaşı kolonik neoplazmi düşündürse de histopatolojik inceleme sonucu idiyopatik/soliter çekal ülser tanısı koyulabilmektedir. Bizim olgumuza benzer klinik bir olguda yapılan görüntülemeler karsinom düşündürmesine



Resim 1. Ülser zeminindeki hafif displazi (hematoksilen-eozin, 40x)



Resim 2. Kolon mukozasında ülser ve lamina propriada yoğun enflamatuvar hücre (hematoksilen-eozin, 10x2).

rağmen, sağ hemikolektomi materyali ile idiyopatik çekal ülser tanısı koyulmuştur.³

Bazen de idiyopatik çekal ülsere insidental apendiks karsinoidi de eşlik edebilmektedir. İnce ve ark.⁴, apendiks orifisinden 1,5 cm uzaklıkta olan ülser lezyonunu; apendikte, anti-mezenterik yerleşimli, 0,3 cm karsinoid tümör olarak tespit etmiş ve distal yerleşimli olduğu için, çekal ülser oluşumundan, apendiks karsinoid tümörünün sorumlu olmadığını düşünmüşlerdir. Soliter çekal ülselerin spesifik bir prezentasyonu olmamakla beraber en yaygın semptom sağ alt kadrana lokalize karın ağrısıdır ve diğer olası şikayetler ise kanama, kabızlık, ishal, kilo kaybı ve intestinal obstrüksiyon şeklindedir. Benign (idiyopatik) çekal ülser nadir düşünülen bir tanıdır ve hastaların geliş semptomları başka hastalıkları taklit edebilmektedir. Çekal ülseleri kolonoskopiyle tespit edilmiş, hemodinamik stabil hastalardan Crohn ve ülseratif kolit gibi enfeksiyöz durumların ayırıcı tanıları için multipl ve rastgele biyopsiler alınmalı ve kolonun diğer bölgelerinde de ülsere alanların olup olmadığı kontrol edilmelidir.⁵ İlginç bir şekilde, masif alt gastrointestinal sistem kanamasıyla gelen ve kolonoskopi sırasında soliter çekal ülser tespit edilen 51 yaşındaki bir başka olgu da, Ram ve ark.⁶ tarafından sunulmuştur. Segmental rezeksiyon sonrasında histopatolojik olarak spesifik bir nedenin tanımlanamaması üzerine, spesimene polimeraz

zincir tepkimesi uygulanmış ve soliter tüberküler çekal ülser tanısı koyulmuştur.⁶ İdiyopatik çekal ülser tanısı öncesinde hastalarda tüberküloz olasılığının araştırılması düşünülmeli gereken klinik tanılardan biridir.

Hastanın klinik durumu ve endoskopik olarak alınan biyopsi sonuçları sürekli benign bir patolojik tanıyı desteklemekteyse ve verilen tedavi sonucunda aralıklı yapılan kolonoskopilerle ülselerde iyileşme gözlemleniyorsa, bu hastalara sağ hemikolektomi yapılmasına gerek kalmayabilir. Literatürde, akut batın kliniği olmayan ve kolonoskopik biyopsi örnekleri benign enflamatuvar değişiklikler gösteren hastalara kolonoskopi takibi içeren konservatif tedavi seçenekleri önerilmiştir. Hastalarda peritonit, perforasyon, hemoraji gibi akut batın bulgularını düşündüren semptomlar veya malignensi şüphesi varsa, öncelikli cerrahi müdahale yapılmaktadır.⁵ Sonuç olarak, idiyopatik ülser zemininde kolon duvarında gerçekleşen, yoğun enflamatuvar oluşumlar sonucunda, hastalarda atipik hücresel değişikliklerin olabileceği ve premalign lezyonların gelişebileceğini gözlemledik. Bu sebep ile soliter çekal ülser hastalarının yakın takibe alınması ve gerektiğinde acil cerrahi müdahalelerin de göz önünde bulundurulması önemlidir.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Y.A., Konsept: Y.A., Dizayn: Y.A., Veri Toplama veya İşleme: N.A., K.G., Analiz veya Yorumlama: N.A., K.G., Literatür Arama: Y.A., B.B.Ö., Yazan: B.B.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Atilla K, Güler S, Gönen C, Saroğlu S, Bora S. Benign solitary cecal ulcer: a condition that mimics plastron appendicitis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16:579-581.
2. Cai J, Li F, Zhou W, Luo HS. Ileocecal ulcer in central China: case series. DigDisSci 2007;52:3169-3173.
3. Gillespie JS, McGovern JM. Solitary caecal ulcer syndrome. Clin Radiol 2000;55:894-895.
4. İnce V, Barut B, Karakaş S. Co-existence of idiopathic cecal ulcer and incidental appendix carcinoid tumor. Ulus Cerrahi Derg 2016;32:285-286.
5. Chi KD, Hanauer SB. Benign solitary cecal ulcer: a case report and review of the literature. Dig Dis Sci 2003;48:2207-2212.
6. Ram D, Karthikeyan VS, Sistla SC, Ali SM. Solitary tubercular caecal ulcer causing massive lower gastrointestinal bleed: a formidable diagnostic challenge. BMJ Case Rep 2014;bcr2013201657.