

# Rektuma Linitis Plastika Şeklinde Metastaz Yapan ve Primer Rektum Kanseri Gibi Görünen Mide Adenokarsinomu: Olgu Sunumu

## *A Case of Gastric Adenocarcinoma with Rectal Metastasis in the Form of Linitis Plastica Presenting as Primary Rectum Carcinoma*

Sernaz UZUNOĞLU<sup>1</sup>, İrfan ÇİÇİN<sup>1</sup>, Hakan KARAGÖL<sup>1</sup>, Özgür TANRIVERDİ<sup>1</sup>, Hakan GENÇHELLAÇ<sup>2</sup>, Ufuk USTA<sup>3</sup>

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>1</sup>İç Hastalıkları Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Radyodiagnostik Anabilim Dalı, <sup>3</sup>Patoloji Anabilim Dalı, Edirne

**Başvuru tarihi / Submitted:** 21.07.2007 **Kabul tarihi / Accepted:** 01.10.2007

Gastrointestinal sistemde linitis plastika şeklindeki metastazlar nadir olup sıklıkla primer tümörün mide olduğu bildirilmektedir. Biz rektuma linitis plastika şeklinde metastaz yapan mide adenokarsinom olgumuzu ender rastlanması ve primer lokal ileri rektum kanseri şeklinde karşımıza çıkması sebebiyle literatür bilgileri ışığında, gastrik adenokarsinomaların intestinal metastazlarının klinik, radyolojik ve patolojik özelliklerini de tartışarak sunmayı amaçladık.

**Anahtar Sözcükler:** Mide adenokarsinomu; rektum metastazı.

It is often reported that metastases in the form of linitis plastica developed in the gastrointestinal system are rare cases and frequently the primary tumor is located in the stomach. We presented a case of gastric adenocarcinoma developing a metastasis in the rectum in the form of linitis plastica, which appeared as a primary local advanced rectum cancer. We discussed the clinical, radiological, and pathological characteristics of the intestinal metastases of gastric adenocarcinomas.

**Key Words:** Gastric adenocarcinoma; rectal metastasis.

Mide kanserinde en çok görülen metastaz yerleri karaciğer, akciğer ve peritondur.<sup>[1]</sup> Mide kanserinin kolorektal metastazları çok nadir görülür ve genellikle linitis plastika ya da annuler striktür şeklinde kendini gösterir.<sup>[2,3]</sup> Biz, bu makalemizde, bir primer mide adenokarsinom olgusunu, rektuma metastaz yapması nedeniyle, bu metastazın klinik, radyolojik ve patolojik özelliklerini literatürde rapor edilen diğer olguların bilgileri ışığında irdeleyerek sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Rektal kanama ve kitle basısına ikincil gelişen ileus nedeniyle ameliyat edilen ve lokal ileri rektum tümörü tanısı alan 56 yaşındaki erkek hasta onkoloji merkezimize başvurdu. Tarafımızdan istenilen tüm batın tomografisinde pelvisi dolduran kitle ve peritoneal serbest sıvı, karaciğerde çok sayıda metastatik nodüller, mide duvarında diffüz sirküler tümöral kalınlaşma tespit edildi. Yapılan rektoskopide 4 cm'de, lüminal açıklığı 4-5 mm'ye düşüren ve lümeni çepeçevre saran

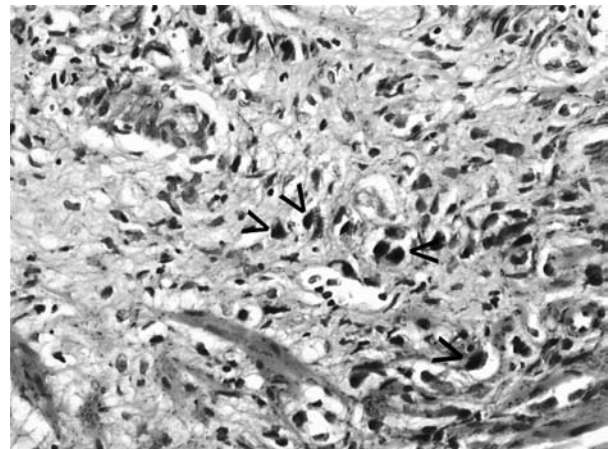
çok sert ancak frajil olmayan tümöral lezyon; gastroskopide ise kardiyoözofagial bileşkedeki başlayan ve antrum proksimaline kadar uzanan ülseroinfiltratif kitle tespit edildi. Her iki kitlenin yapılan histopatolojik değerlendirmesinde rektum ve midede görülen tümörün histolojik olarak aynı orijinli, az differansiye taşlı yüzük hücreli adenokarsinom olduğu belirlendi. Midedeki tümörden alınan biyopside mide yüzey epitelinin bütünlüğünün bozulduğu; fakat rektumdaki tümöral lezyonun yüzey epitelini bozmayan ve submukozaya yakın alanda belirmeye başladığı görüldü (Şekil 1). Bu bulgular ile rektumdaki tümörün kendi mukozasından kaynaklanmıyıp, midedeki primer tümörün buraya metastaz yaptığı kanısına varıldı. Hastaya FOLFİRİ (kalsiyum folinat + fluorourasil + irinotekan) prokolü ile kemoterapi başlandı. Üçüncü kür kemoterapiden sonra yapılan değerlendirmede parsiyel yanıt alındığı tespit edilen hasta halen kliniğimizde kemoterapi almakta ve takip edilmektedir.

## TARTIŞMA

Mide adenokarsinomlarının rektuma metastazları oldukça nadir olmakla beraber post-mortem çalışmalarda bu oran artmaktadır.<sup>[4]</sup> Gastrointestinal sisteme (GİS) metastaz genellikle meme, mide, cilt (melanoma), böbrek, prostat veya over karsinomlarından kaynaklanır. Bu olgularda metastaz biçimi çoğunlukla segmental striktür, polipoid kitle veya 'Crohn koliti'ne benzer şekildedir. Doğru tedavi modalitelerini belirlemek açısından primer GİS kanserini metastatik lezyonlardan ayırt edebilmek oldukça önemlidir.

Genelde, primer abdominal tümörler GİS'e metastazlarını mezenterik ve gastrokolik ligamanlar ile ve komşuluk yoluyla yaparsalar da, GİS'e metastaz hematojen ya da lenfatik kanallar yoluyla intramural olarak da olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada 75 meme kanseri hastasının 12'sinde hematojen yolla kolorektal metastaz saptanmıştır.<sup>[5]</sup> Fernet ve ark.<sup>[6]</sup> 150 gastrik kanser olgusundan linitis plastika tip kanseri olan beşinin intramural yolla sindirim kanalına metastaz yaptığını ve bu beş hastadan birinde rektal tutulum olduğunu belirlemişlerdir. Bu şekilde-

ki intramural yayılım; longitudinal lenfatikler yolu ile submukoza boyunca tümör hücrelerinin sızması neticesi oluşmaktadır. Gastrointestinal sistemi içeren metastatik linitis plastika olguları için metastazın öncelikle hematojen yolla olduğu düşünülse de bazı olgularda intramural lenfatik kanallar ya da peritoneal implantların direkt invazyonunun da metastaz yolu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Jang ve ark.nın<sup>[7]</sup> yaptığı çalışmada linitis plastika şeklinde rektuma metastazı olan toplam 22 hastanın tomografi bulguları, klinik ve patolojik bulgularla birlikte incelenmiştir. Yirmi iki hastanın 18'i primer mide adenokarsinomu iken diğerleri sırasıyla mesane, over, serviks ve kolon kanseri hastalarıydı. Söz konusu 22 hastanın 20'sinde primer tümör, rektal metastazları saptanmadan önce ameliyat edilmişti. Diğer taraftan 18 primer mide kanseri hastasının patolojileri, 11'inde az differansiye, dördünde taşlı yüzük hücreli, birinde iyi differansiye, birinde ise müsinöz tip şekilindeydi. Rektal lezyonları nedeniyle 22 hastanın 14'ü ameliyat edilebilmişti. Tomografi bulgularında; 19 hastanın rektal duvar kalınlığı, rektum alt bölgesinden anal verge'ye kadar devam ediyordu ve %55 hastanın rektal duvar kalınlığı sigmoid kolonun yukarısına kadar ilerlemişti. Altı hastada; kalın olan rektal duvarda iç ve dış kenarlar hiperdens, orta kısım hipodens bir yapıya sahip olup, üç zone (target sign) görünümü mevcuttu. On altı hastada target sign saptanmamıştı. Üç hastada ise rektumda artmış kontrast tutulumu mevcuttu. Aynı şekilde 22 hastanın dokuzun-



Şekil 1. Rektal biyopsi blokunda histopatolojik olarak gastrik adenokarsinom hücrelerinin görünümünü (H-E x 200).

da rektumdaki kalınlaşmaya benzer diğer GİS segmentlerinde de kalınlaşmalar mevcuttu. On beş hastanın asiti, 12 hastanın peritoneal kalınlaşması, omental veya mezenterik infiltrasyonları mevcuttu. Bu çalışmada, uzun bir segment boyunca konsantrik bağırsak duvar kalınlaşması, rektumdaki metastatik linitis plastika'nın en sık rastlanılan tomografi bulgusuydu.<sup>[8]</sup>

Bizim olgumuzda ise midedeki primer tümör histopatolojisi taşlı yüzük hücreli karsinom idi. Olgumuzun rektal tutulumu metastatik rektal linitis plastika'da olduğu gibi lümenal açıklığı 4-5 mm'ye kadar daraltan ve lümeni çepeçevre saran segmental striktür şeklindeydi. Olgumuzun rektal metastazının tomografi bulgusu target sign ile uyumluydu.

Birçok diğer durumda da tomografik inceleme sırasında, rektumda uzun bir segmentte duvar kalınlaşmasıyla karşılaşılabilmektedir. Başka bir bölgede primer tümör olmaksızın primer linitis plastika, proksimal obstrüktif kolitin eşlik ettiği primer rektal kanseri, crohn koliti, iskemik kolit ve endometriozis gibi daha başka pekçok durumda tomografide rektumda uzun bir segmentte duvar kalınlaşmasına yol açabilmektedir.<sup>[9]</sup> Teşhiste sadece rektal duvar kalınlığı paterninin kullanılması metastatik linitis plastikanın diğer durumlardan ayrılmasında sorun oluşturabilmektedir. Özellikle gastrik kanser nedeniyle peritonitis karsinomatozis gelişmiş hastalarda tomografide uzun bir segment boyunca çevresel rektum duvar kalınlığı artışı saptanması durumunda; rektumda metastatik linitis plastika tanısı düşünülmelidir. Gastrik karsinom öyküsü olan hastalarda tomografinin intestinal metastazlar açısından dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir.

Gastrik adenokarsinom çok nadir intestinal metastaz yapar. Ancak kolonun sekonder linitis plastika şeklindeki metastazını en sık yapan primer tümör, meme ve safra kesesi karsinomlarından sonra midenin linitis plastika tip karsinomlarıdır.<sup>[5,6]</sup>

Jang ve ark.<sup>[7]</sup> 996 gastrik adenokarsinom tanılı hastayı araştırmışlar ve bu hastalar arasından, cerrahi rezeksiyon, endoskopik biyopsi patoloji sonucu ve en az iki aylık aralıklarla

tomografik incelemeyle takip sonucunda intestinal metastazları saptanan 23 hastanın patolojik ve tomografik özelliklerini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonunda primer gastrik tümörü olan hastaların çoğunun (n=16, %70) patolojisi linitis plastika tip ve az differansiye ya da taşlı yüzük hücreli karsinom (n=17, %74) şeklinde saptanmıştır. İntestinal metastaz yapan gastrik adenokarsinom olgularında karaciğer metastazının nadir olduğu ve daha çok peritoneal tutulumun görüldüğü bildirilmiştir.<sup>[7]</sup>

İleri evre gastrik karsinomlu hastalarda, kolon kanserlerinin aksine, metastazektominin genellikle gereksiz görülmesi nedeniyle, bu tip olgularda metastatik bağırsak segmentinin bütün olarak patolojik örneğinin elde edilebilmesi oldukça zordur. fiiddetli obstrüktif semptomlar kolostomi gibi cerrahi müdahaleleri zorlarsa da, bir çok olguda metastatik segmentin rezeksiyonu peritoneal tutulum nedeniyle yapılamamaktadır. Üstelik metastatik karsinomda genellikle mukoza korunduğundan, endoskopik biyopsi ile pozitif sonuç elde edilmesi oldukça düşük olasılığa sahiptir. Olgumuzda da yapılan endoskopik biyopsi materyali negatif sonuç vermiş ve histolojik tanı ilk biyopside elde edilememiştir.

Sonuç olarak, özellikle az differansiye taşlı yüzük hücreli tip gastrik adenokarsinomlar, nadiren intestinal metastaz yapmaya eğilimli belli başlı tümörlerdendir. Gastrik adenokarsinomlu bir olguda, şayet tomografide uzun bir bağırsak duvar segmentinin iç katmanlara doğru progressif olarak kalınlaşması söz konusu ise, linitis plastika tarzında bir metastaz büyük olasılıkla düşünülmelidir. İntestinal metastazlar linitis plastika şeklinde görülebildiği gibi polipoid tip ya da deprese tip şeklinde de olabilmektedir.<sup>[10]</sup> Kolonoskopik inceleme esnasında alınacak kolon biyopsisi ile gastrik kanser örneklerinin histopatolojik olarak karşılaştırılması, metastaz tanısının konulmasını kolaylaştırabilir ve uygun sistemik antikanser tedavilerin bir an evvel başlanmasına olanak sağlar.

## KAYNAKLAR

1. Alberts SR, Goldberg RM. Gastrointestinal tract cancers. In: Casciato DA, editor. Manuel of clinical oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p. 185-232.

2. Katon RM, Brendler SJ, Ireland K. Gastric linitis plastica with metastases to the colon: a mimic of Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 1989;11:555-60.
3. Flatau E, Resnitzky P, Grishkan A, Chaimowich O, Levy E. Linitis plastica infiltrating the entire gut. *Am J Gastroenterol* 1982;77:559-61.
4. Feczko PJ, Collins DD, Mezwa DG. Metastatic disease involving the gastrointestinal tract. *Radiol Clin North Am* 1993;31:1359-73.
5. Graham WP, Goldman L. Gastrointestinal metastasis from carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1964; 159:477-480.
6. Fernet P, Azar HA, Stout AP. Intramural (tubal) spread of linitis plastica along the alimentary tract. *Gastroenterology* 1965;48:419-24.
7. Jang HJ, Lim HK, Kim HS, Cho EY, Lee SJ, Kim KA, et al. Intestinal metastases from gastric adenocarcinoma: helical CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 2001;25:61-7.
8. Ha HK, Jee KR, Yu E, Yu CS, Rha SE, Lee IJ, et al. CT features of metastatic linitis plastica to the rectum in patients with peritoneal carcinomatosis. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:463-6.
9. Ko GY, Ha HK, Lee HJ, Jeong YK, Kim PN, Lee MG, et al. Usefulness of CT in patients with ischemic colitis proximal to colonic cancer. *AJR Am J Roentgenol* 1997;168:951-6.
10. Iwabuchi M, Hiwatashi N, Suziki T, Teshima S, Saito T, Suziki H, et al. Multiple depressed-type colonic cancer (IIC)-like configurations: metastases from gastric cancer. *Digestive Endoscopy* 2002; 14:73-7.