

Karsinoembriyojenik Antijen (CEA) Yüksekliği ile Over Kanserini Taklit Eden Apendiks Mukoseli

Özgür Türkmenoğlu¹, Ahmet Dağ¹, Tamer Akça¹, Tahsin Çolak¹, Tuba Kara²

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, Mersin

ÖZET

Karsinoembriyojenik antijen (CEA) yüksekliği ile over kanserini taklit eden apendiks mukoseli

Mukosel; apendiks nadir bir patolojik lezyonudur. Apendiks lümeni içerisinde mukus stazına bağlı meydana gelen kistik dilatasyon ile karakterizedir. Genellikle asemptomatiktir. Tanı genellikle ameliyat sırasında gözlem veya ameliyat sonrası dönemde histopatolojik olarak konulur. Görüntüleme yöntemleriyle sağ over ile yakın komşuluk gösteren düzgün konturlu, kistik bir kitle ve yüksek karsinoembriyojenik antijen (CEA) düzeyi nedeniyle sağ over kaynaklı malignite düşünülerek laparotomi yapılan, sağ hemikolektomi ile tedavi edilen ve ameliyat sonrası histopatolojik inceleme sonucu müsinöz kistadenom tanısı konulan olguyu sunmayı amaçladık.

Anhtar kelimeler: Apendiks, mukosel, over, karsinoembriyojenik antijen

ABSTRACT

Mucocel of the appendix mimicking ovarian carcinoma with high levels of carcinoembryonic antigen (CEA)

Mucocel is a rare pathological lesion of appendix. It is characterized with cystic dilatation caused by mucus stasis in the appendiceal lumen. Usually they are asymptomatic. Generally diagnosis can be made during intraoperative observation or postoperatively histopathologically. We aimed to present a case that laparotomy had been performed in whom imaging techniques revealed a cystic mass over the right lower abdominal quadrant with smooth contours, and high carcinoembryonic antigen (CEA) levels suggesting right over malignancy. Right hemicolectomy was performed and postoperatively histopathological examination showed mucinous cystadenoma of the appendix.

Key words: Appendix, mucosel, ovary, carcinoembryonic antigen

Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:82-84

GİRİŞ

Mukosel; apendiks nadir bir patolojik lezyonudur. Apendiks lümeni içerisinde mukus stazına bağlı meydana gelen kistik dilatasyon ile karakterizedir (1,2,3). Genellikle asemptomatiktir. Mukosel tanısı seyrek olarak preoperatif dönemde konulurken genellikle tanı intraoperatif gözlem veya postoperatif dönemde histopatolojik olarak konulur (3,4). Tanı ve tedavisinde geç kalınmış mukosel vakalarının intraabdominal rüptüre olabileceği ve fatal seyredebilecek pseudomixoma peritonei potansiyeli olduğu bilinmelidir (1,5). Mukoselin cerrahi tedavisi; boyutu ve histolojisi ile belirlenir. Basit mukosel ve kistadenomda sadece apendektomi yeterli iken; kistadenokarsinom varlığında sağ hemikolektomi cerrahi seçeneği olmalıdır (1,2,5). Bu yazımızda; CEA yüksekliği ve görüntüleme yöntemlerinde sağ overe yakın komşuluğu nedeniyle over kanseri ile karışan, tanısı laparotomi ve histo-

patolojile konulan bir apendiks mukosel olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

72 yaşında kadın hasta, yaklaşık 4 aydır devam eden kasıklarına vuran sağ yan ağrısı şikayeti ile hastaneye başvurmuş. İdrar yaparken ağrı şikâyeti oluyormuş. Barsak alışkanlığı ile ilgili herhangi bir şikâyeti yokmuş. Hastanın muayenesinde TA 160/80, nabız 88/dak, ateş 36,6°C saptandı. Fizik muayenesinde; sağ alt kadranda ağrısız, dolgunluk şeklinde bir kitle palpe edildi. Rebound hassasiyet, defans, organomegali saptanmadı. Jinekolojik muayene normaldi. Hastanın özgeçmişinde 15 yıl önce gelişen menopoz dışında özellik saptanmadı.

Laboratuvar değerlendirmesinde istenen tümör marker düzeylerinde CEA düzeyi 34.19 (0-3,4) normalin 5 katı yüksek saptanırken, CA 15-3, CA 19-9, CA 125 düzeyleri normal sınırlarda değerlendirildi.

Görüntüleme yöntemlerinde çekilen abdominopelvik ultrasonografisinde (USG), sağ böbrek alt polde 33x32 mm'lik kist saptandı. Kontrastlı abdominopelvik bilgisayarlı tomografide (BT) sağ böbrek boyut ve parankiminde artış, en geniş yerinde 4 cm çapa ulaşan kortikal kist sap-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Ahmet Dağ
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Mersin

Telefon / Phone: +90-532-306-7082

Elektronik posta adresi / E-mail address: dahmetdag@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 12 Şubat 2010 / February 12, 2010

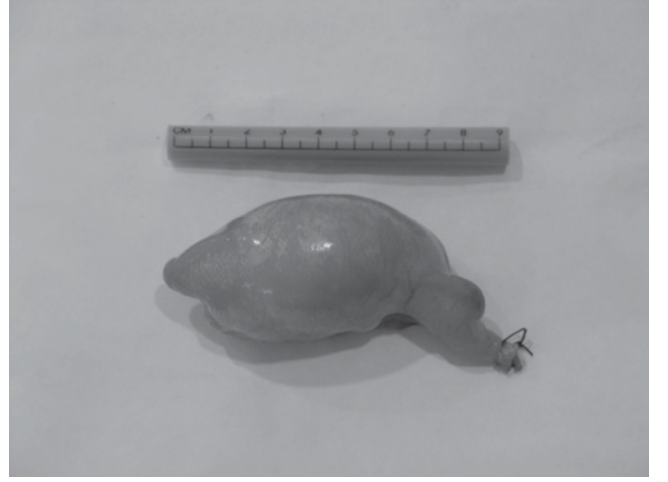
Kabul tarihi / Date of acceptance: 1 Kasım 2010 / November 1, 2010

tandı. Uterus süperior kesiminde sağ lateralinden başlayan sağ iliak kemik komşuluğunda en geniş yerinde 8 cm ölçülen düzgün konturlu, oval konfigürasyonda, ince duvarlı, homojen, hipodens yapıda kistik kitle lezyon saptandı. Lezyonun over kaynaklı olabileceği bildirildi.

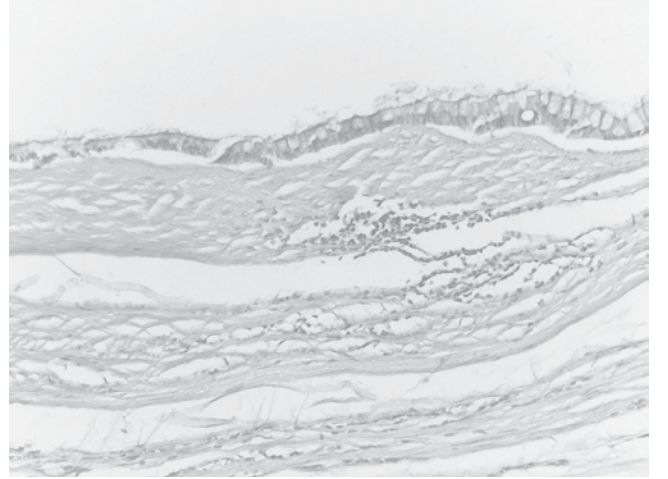
Hastaya Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümü tarafından yapılan laparotomi sırasında kitlenin over kaynaklı olmadığı saptanması üzerine, bölümümüzden intraoperatif konsültasyon istendi. Tarafımızdan yapılan eksplozasyonda, apendiksde 15x7.5 cm'lik, düzgün sınırlı, etrafla yapışıklık göstermeyen, kistik kitle saptandı. İleoçekal mezoda yaygın, en büyüğü 1 cm'lik lenf nodları gözlemlendi. Batın içinde ek başka tümöral oluşum, kitle saptanmadı. Hastaya sağ hemikolektomi yapıldı (Resim 1). Çıkarılan materyalin patoloji sonucu musinöz kistadenom geldi (Resim 2). Yaklaşık 25 adet reaksiyonel lenf nodu geldi. Tümör mevcut değildi. Hasta postoperatif 7. gün evine yollandı. Hastaya postoperatif 1.ayda kolonoskopi uygulandı ve patoloji saptanmadı. Hasta yine postoperatif 1 yıl boyunca 3 ayda bir kontrol USG ve 6. ay kontrol abdominopelvik BT ile değerlendirildi. Herhangi bir patoloji saptanmadı. Üç ayda bir kontrol edilen CEA düzeyleri ilk kontrolden itibaren normale döndüğü ve normal sınırlarda devam ettiği görüldü.

TARTIŞMA

Apendiks mukoselinin apendektomi spesimenlerinde rastlanma oranının %0,25 olduğu bildirilmektedir (1,2). Hastalar genellikle 50 yaşın üzerindedir ve kadınlarda erkeklere kıyasla dört kat daha sıktır (3). Bizim olgumuz da literatür ile uyumlu olarak 72 yaşında kadın hastaydı. En sık başvuru yakınması akut veya kronik sağ alt kadranda ağrısıdır. Sağ alt kadranda uzun süreli belirsiz bir rahatsızlık hissi ve nadiren mukoselin çekum içine invajinasyonuna bağlı aralıklı ağrı görülebilir; fizik muayenede kitle palpe edilebilir (3). Sunduğumuz olguda da 4 aydır devam eden sağ alt kadranda ağrısı mevcuttu. Apendiks musinöz neoplazmlarının klinik olarak, intestinal obstrüksiyon, intussusepsiyon, gastrointestinal kanama, abdominal kitle ve bazen de üretral bası semptomları ile ortaya çıktığı literatürde rapor edilmiştir (6,7,8). Literatür tarandığında iki olguda yine müsinöz kistadenokarsinomların yüksek CEA değerleri ile ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (9,10). Hastalığın tanısı çoğunlukla intraoperatif ya da postoperatif histopatolojik çalışma sırasında tanınırlar. Preoperatif tanı seyrek olarak herhangi bir nedenle çekilen BT veya sağ



Resim 1. Apendiks mukosel intraoperatif görüntüsü



Resim 2. Apendiks mukoseli histopatolojik görüntüsü

alt kadranda ağrı etiyolojisini araştırırken konulabilir (3). Bizim olgumuzda preoperatif BT ile apendiks mukosel tanısı konulamamış, kitlenin uterusu yakın olması ve CEA düzeyinin yüksek olması nedeniyle kitlenin over kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Apendiks mukoseli tedavisi cerrahidir. Bununla birlikte kolorektal ve over tümörlerine eşlik etmesi durumunda pseudomyxoma peritoneiye yol açacak dökülmenin cerrahi sırasında önlenmesi gerekmektedir (1). Apendiks mukoseline %21,4 oranında kolonik adenokarsinom eşlik edebilir (9). Bu nedenle apendiks mukoseli saptanan olgular kolon neoplazmları açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Apendektomi müsinöz kistadenomanın tedavisidir, ancak müsinöz kistadenokarsinomanın tedavisi için sağ hemikolektomi gereklidir. Kalın barsak senkron tümör ekartasyonu için müsinöz neoplazmlarda kolonoskopi yapılması önerilmektedir (9). Olgumuza postoperatif dönemde kontrol amaç-

la yaptırılan kolonoskopi normal olarak rapor edildi.

Mukosel, lokalize pseudomyxoma peritonei, benign tümörler ve apendiks karsinoidlerinin birçoğu sadece apendektomi ile kür olurlar (1,2,4,5,11,12). Sağ hemikolektomi; invaziv adenokarsinom, çekuma yakın tümörler, 2 cm'den büyük lezyonlar, müsin üretiminde, lenfatik, seroza ve mezoappendiks invazyonunda ve yüksek mitotik oranlı hücresel pleomorfizmde endikedir. 1-2 cm'lik tümörlerde, küçük müsinöz karsinoidlerde, mukozada yerleşimli adenokarsinomlarda ve çocuklardaki tümörlerde cerrahın tercihi ile sadece apendektomi ile tedavi edilebilirler (2,5,9). Buna ilaveten literatürde apendiks mukoselinde laparoskopik tedavi seçeneği de rapor edilmiştir (13). Bizim olgumuzda hem mukoselin büyük boyutta olması ve geniş bir taban ile çekuma oturması, hem de ince ve kalın barsak mezosunda en büyüğü 1 cm boyutuna ulaşan çok sayıda lenf nodunun olması

nedeniyle cerrahi olarak sağ hemikolektomi uygulandı. Preoperatif CEA düzeyinin yüksek saptanması da maligniteyi düşündürdüğü için sağ hemikolektomi yönünde karar verilmesini desteklemiştir. Nitekim patoloji piyesinde 25 adet reaksiyonel lenf nodu çıkarıldığı görüldü. Hastanın son 1 yıl içinde abdominal USG ve CEA düzeyi ile yapılan kontrollerinde herhangi bir nüks saptanmamıştır.

Sonuç olarak kronik sağ alt kadranda ağrısı mevcut olan kadın hastalarda serum CEA düzeyleri yüksek olup görüntüleme over kaynaklı olmadığı düşünülen kitlelerde nadir olmasına rağmen apendiks mukoseli göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaya uygulanacak cerrahi seçeneği intraoperatif bulgulara göre yapılmalıdır. Ameliyat sırasında itina ile dökülme yapmaksızın cerrahi uygulanmalıdır. Hastalarda mutlaka senkron tümör açısından kolonoskopi planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dachman AH, Lichtenstein JE, Friedman AC. Mucocele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. Am J Roentgenol 1985; 144: 923-929.
2. Haritopoulos KN, Brown DC, Lewis P, et al. Appendiceal mucocele: a case report and review of the literature. Int Surg 2001; 86: 259-262.
3. Horgan JG, Chow PP, Richter JO, Rosenfield AT, Taylor KJ. CT and sonography in the recognition of mucocele of the appendix. Am J Roentgenol 1984; 143:959-962.
4. Aho AJ, Heinonen R, Lauren P. Benign and malignant mucocele of the appendix. Histological types and prognosis. Acta Chir Scand 1973; 139: 392-400.
5. Deans GT, Spence RA. Neoplastic lesions of the appendix. Br J Surg 1995; 82: 299-306.
6. Chong SJ, Chan MY. Mucinous cystadenoma of the appendix –an unusual cause of intestinal obstruction. Ann Acad Med Singapore 2001; 30: 206-207.
7. Rudek B, von Herbay A, Schmidt J. Intussusception of the appendix secondary to mucinous cystadenoma. Dig Surg 2001; 18: 422-426.
8. De Pablo Cardenas A, Lozano Uruuela F, Pinos Paul MA, et al. [Extrinsic ureteral obstruction secondary to appendiceal mucocele]. Arch Esp Urol 2001;54: 451-454.
9. Fujiwara T, Hizuta A, Iwagaki H, et al. Appendiceal mucocele with concomitant colonic cancer. Report of two cases. Dis Colon Rectum 1996; 39: 232-236.
10. Noritake N, Ito Y, Yamakita N, Azuma S, Shimokawa K, Miura K. A case of primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix with elevated serum carcinoembryonic antigen (CEA). Jpn J Med 1990; 29: 642-646.
11. Shimizu T, Shimizu M, Kawaguchi K, Yomura W, Ihara Y, Matsumoto T. Mucinous cystadenoma of the appendix with raised serum carcinoembryonic antigen concentration: clinical and pathological features. J Clin Pathol 1997; 50: 613-614.
12. Wolff M, Ahmed N. Epithelial neoplasms of the vermiform appendix (exclusive of carcinoid) II. Cystadenomas, papillary adenomas, and adenomatous polyps of the appendix. Cancer 1976; 37: 2511-2522.
13. Miraliakbari R, Chapman WH 3rd. Laparoscopic treatment of an appendiceal mucocele. J. Laparoendosc Adv Surg Tech A 1999; 9: 159-163.