

## Rektuma Linitis Plastika Şeklinde Metastaz Yapan ve Primer Rektum Kanseri Gibi Görünen Mide Adenokarsinomu: Olgı 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 Tip 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 adenokarsinomların 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 annüler 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 basisına 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 doluduran 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 çepçeve saran

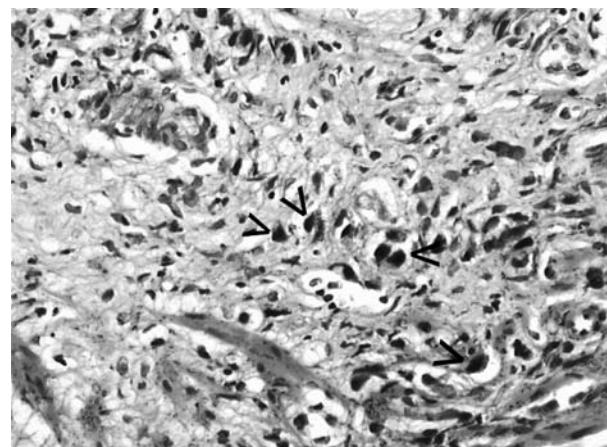
çok sert ancak frajil olmayan tümoral lezyon; gastroskopide ise kardiyoozofagial bileşkeden başlayan ve antrum proksimaline kadar uzanan ülseroinfiltratif kitle tespit edildi. Her iki kitlenin yapılan histopatolojik değerlendirmesinde rektum ve midede görülen tümörün histolojik olarak aynı orijinli,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

## TARTIŞMA

Mide adenokarsinomlarının rektuma metastazları oldukça nadir olmakla beraber postmortem çalışmalarında bu oran artmaktadır.<sup>[4]</sup> Gastrointestinal sisteme (GIS) metastaz genellikle meme, mide, cilt (melanoma), böbrek,前列腺 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 GIS kanserini metastatik lezyonlardan ayırt edebilmek oldukça önemlidir.

Genelde, primer abdominal tümörler GIS'e metastazlarını mezenterik ve gastrokolik ligamentler ile ve komşuluk yoluyla yapsalar da, GIS'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 belirlemiştir. 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 differansiyel, dördünde taşlı yüzük hücreli, birinde iyi differansiyel, birinde ise müsinöz tip şeklindeydi. Rektal lezyonları nedeniyle 22 hastanın 14'ü ameliyat edilebilmiştir. Tomografi bulgularında; 19 hastanın rektal duvar kalınlığı, rektum alt bölgesinde anal verge'ye kadar devam ediyordu ve %55 hastanın rektal duvar kalınlığı sigmoid kolonun yukarısına kadar ilerlemiştir. 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 saptanmamıştır. Üç hastada ise rektumda artmış kontrast tutulumu mevcuttu. Aynı şekilde 22 hastanın dokuzun-



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

da rektumdaki kalınlaşmaya benzer diğer GIS 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 lüminal açıklığı 4-5 mm'ye kadar daraltan ve lumeni çepçeve 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 karşılaşılabilirmektedir. 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 pek çok durumda tomografide rektumda uzun bir segmentde duvar kalınlaşmasına yol açabilemektedir.<sup>[9]</sup> Teşhiste sadece rektal duvar kalınlığı paterninin kullanılması metastatik linitis plastikanın diğer durumlardan ayrılmışında 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 arasında, 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 incelemiştir. Bu çalışmanın sonunda primer gastrik tümörü olan hastaların çoğunu ( $n=16$ , %70) patolojisi linitis plastika tip ve az differansiyeli 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 zorlasa 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 differansiyeli 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

- 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, Chaimovich O, Levy E. Linitis plastica infiltrating the entire gut. *Am J Gastroenterol* 1982;77:559-61.
4. Feczkó 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, Suzuki T, Teshima S, Saito T, Suzuki H, et al. Multiple depressed-type colonic cancer (IIC)-like configurations: metastases from gastric cancer. *Digestive Endoscopy* 2002; 14:73-7.