

Gebelik ve Metastatik Mide Kanseri: Olgu Sunumu

Murat Özdil¹, Kemal Özerkan¹, Şehsuvar Gökgöz², Sibel Aker³, Gerçek Aydın²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

Özet

Amaç: İleri yaş ve erkeklerde daha sık görülen mide kanserinin gebelik sırasında görülmesi oldukça nadir görülen bir durumdur. Gebelik sırasında artan gastrointestinal semptomlar bu tür hastalıkların erken tanısını zorlaştıran başka bir sıkıntıdır. Mide kanserinin tedavisi cerrahi rezeksiyon olup, gebelik için içine girdiğinde tedavi planı yapılırken gebelik haftası mutlaka göz önüne alınmalıdır.

Olgu: Bu yazıda, 34 haftalık gebeliği bulunan akut batın ve ileus klinik tablosu ile başvuran olguda tanı ve klinik yaklaşım tartışılmıştır.

Sonuç: Gebelikte mide kanseri oldukça nadir görülen bir durumdur. Bununla beraber persiste eden ve tedaviye dirençli gastrointestinal semptomları olan vakalarda yapılacak olan tanısal endoskopik girişim tanı ve tedavi açısından faydalı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, mide kanseri, metastaz.

Pregnancy and metastatic gastric cancer: a case report

Objective: The diagnosis of gastric carcinoma, which is mostly seen in older male population, is an uncommon condition during pregnancy period. Early diagnosis is particularly difficult due to increased gastrointestinal symptoms during pregnancy. However, surgery is the definitive treatment of gastric carcinoma, the gestational age must be taken in consideration.

Case: In our report, the diagnosis and clinical approach of a 34 week pregnant woman presenting with acute abdomen and ileus is discussed.

Conclusion: Although gastric carcinoma during pregnancy is an extremely rare situation diagnostic endoscopy may be helpful for persistent and refractory cases with gastrointestinal tract symptoms.

Key words: Pregnancy, gastric carcinoma, metastasis.

Giriş

Mide kanseri görülme sıklığı ve kötü prognoz bakımından halen önemini korumaya devam etmektedir. Mide kanseri, dünya üzerinde çok farklı bir coğrafik dağılım göstermekte olup, ikinci sıklıkla görülen kanserdir. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha sık görülür. Sıklıkla 5. ve 7. dekadlar arasında ve düşük sosyoekonomik gruplarda görülür.¹ Bu kanser türünde en etkili tedavi cerrahi rezeksiyondur ve buna rağmen rezektabl mide kanserinde 5 yıllık sağkalım %11-32 arasında değişmektedir.²

Mide kanserlerinin %0.1'i gebelik sırasında görülmektedir. Gebelikte sık görülen gastrointestinal sistem semptomlarından dolayı mide kanserini erken teşhis etmek oldukça zordur ve tanıdaki bu gecikme prognozu olumsuz yönde etkilemektedir.³

Gebelik süresince persiste eden ve tedaviye cevap vermeyen dispeptik semptomların varlığında ayırıcı tanıda gastrointestinal sistem hastalıklarını düşünmemiz faydalı olacaktır. Bu olgu sunumunda, gebelikte ender görülen mide kanserini ve tedavi yaklaşımını literatür araştırması ile gözden geçirdik.

Olgu Sunumu

31 yaşında, gravida 3, para 1, abortus 1 ve son adet tarihine göre 34 haftalık gebeliği bulunan olgu yaklaşık bir haftadır devam eden karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama, bulantı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde başka bir hastalığı ve geçirilmiş operasyonu olmayan olgunun yaklaşık bir yıldır arada epigastrik ağrıları olduğu ve son bir haftadır diğer semptomlarının ortaya çıktığını ifade etmekteydi. Kilo kaybı olmayan hastanın fizik muayenesinde batında distansiyon, yaygın hassasiyet, rebound ve bağırsak seslerinde azalma tespit edildi. Vital bulgularından ateşi 38.5°C, nabız 100-110/dk, kan basıncı 110/70 mmHg idi.

Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 14.5 gr/dl, hematokrit % 41.7, lökosit 16200, trombosit 379000, glukoz 104 mg/dl, üre 28 mg/dl, kreatinin 1.3 mg/dl, sodyum 135 mEq/L, potasyum 3.4 mEq/L, klor 100 mEq/L, kalsiyum 9.4 mg/dl, total bilirubin 1.7 mg/dl, direkt bilirubin 1.2 mg/dl, AST 23 UI/L, ALT 15 UI/L, amilaz 45 UI/L ve arter kan gazında pH 7.43 olarak bulundu. Obstetrik ultrasonografisinde 34 haftalık gebelik ile uyumlu biyometrik ölçümler gösteren, biyofizik profili 10 puan tek, canlı fetüs mevcut idi. Yapılan acil abdominal ultrasonografide ise dilate intestinal segmentler, safra kesesinde çamur, perihepatik ve bağırsak ansları arasında en kalın olduğu yerde 3-4 cm olan serbest sıvı saptandı.

34 haftalık gebeliği bulunan olguda akut batın, ileus ve septik tablo hakim olması üzerine acil olarak operasyona alındı. Genel anestezi altında median insizyon ile batına girildi. Batına girildiğinde yaklaşık 200 ml kadar pürülan vasıfta kolon içeriği görüldü. Uterus alt segment transvers kesi ile 2480 gram, 1. ve 5. dakika Apgar skoru 4 ve 8 olan sağlıklı erkek bebek doğurtuldu. Uterus katlara uygun olarak primer kapatıldı. Yapılan abdominal eksplo-rasyonda ince bağırsak ve kolon anslarının ileri derecede dilate olduğu, sol kolonda mezokolon kökenli bir kitlenin lümeni kapattığı ve çıkan kolonun çekumdan 5 mm'lik bir alandan perfore olduğu görüldü. Solda lümeni kapatan kitlenin sol kolonun distalinden splenik fleksuraya kadar tüm

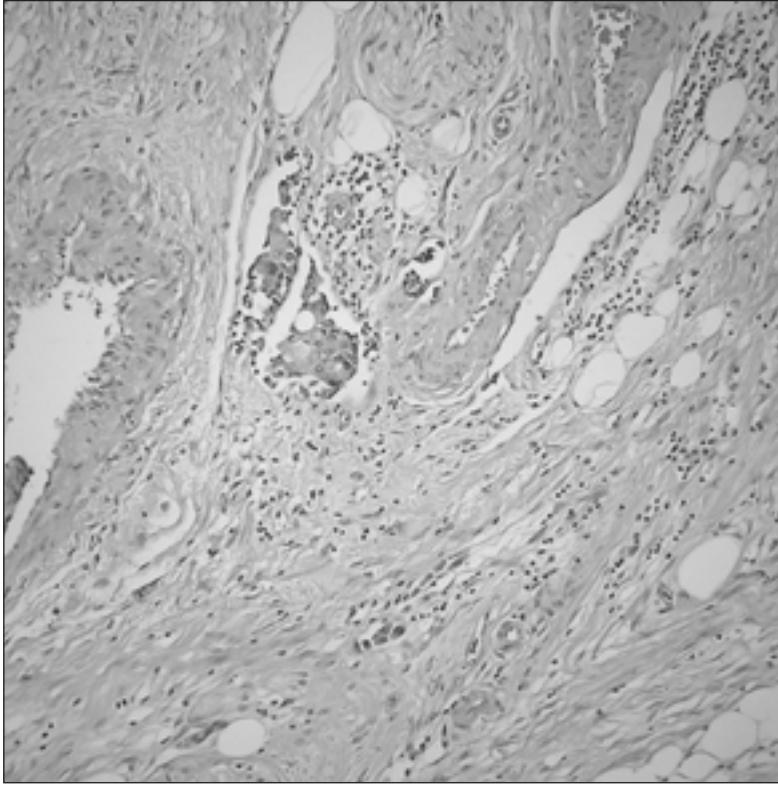
mezokolonu tuttuğu görüldü. Midenin bulunduğu bölgede yoğun adezyon bulunduğundan dolayı bu bölgede eksplorasyon tam olarak yapılamadı. Hastaya primer kolon tümörü ön tanısı ile total kolektomi ve end-ileostomi operasyonu uygulandı. Hemostaz ve irrigasyonu takiben sol parakolik alana bir adet drenaj kateteri yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif 48. saatte üre-kreatinin değerleri yükselmeye başladı ve yapılan renal ultrasonografisinde bilateral hidronefroz saptandı. Olguya önce üreter kateteri takıldı. Ancak muhtemelen cerrahiye bağlı retroperitoneal ödemden dolayı idrar akımı sağlanamadı. Bunun üzerine bilateral nefrostomi kateteri takıldı ve takiben akut böbrek yetmezlik tablosu geriledi.

Olgudan alınan materyalin patolojik incelemesi sonucunda "58 cm uzunluğundaki subtotal kolektomi materyalinin serozal yüzünde proksimal uçtan 7 cm mesafeden itibaren başlayan 17x4 cm çapında membranöz materyal birikimi mevcut idi. Bu segmentte duvarda kalınlaşma ve lümeninde obstrüksiyon gözlemlendi. Ancak kolon lümeninde tümöral lezyona rastlanılmadı. Bu bölgeden alınan doku örneklerinin mikroskopik incelemesinde subserozal yağ dokusunda yoğun fibroplazi ve bu fibroplazi alanı içinde glanduler yapılar oluşturan iri nükleuslu, belirgin nükleollü malign epitelyal hücreler gözlemlendi ve subserozal yağ dokusunda adenokarsinom" olarak rapor edildi (Resim 1). İmmunohistokimyasal boyalarda CK7 ile yaygın orta yoğunlukta pozitif, CK20 ile fokal kuvvetli pozitif boyandı. CA 19-9 ve CA 125 boyalarında ise boyanma olmadı.

Primeri belli olmayan bu tümörün orjinini belirlemek için postoperatif dönemde yapılan gastroskopide antrumda 2-3 cm büyüklükte, çökük tabanlı ve beyaz eksudalı dev ülser gözlemlendi. Bu bölgeden alınan biyopsi "taşlı yüzük hücreli adenokarsinom" olarak sonuçlandı.

İleri evre mide kanseri tanısı olan olgu postoperatif dönemde akut renal yetmezlik, yara yeri enfeksiyonu ve en önemlisi performans düşüklüğü nedeniyle kemoterapi programına alınamadı. Olgu postoperatif yirmibirinci haftada hayatını kaybetti.



Resim 1. Lipomatöz doku içinde, damar çevresinde küçük adenoid yapı yapmış, bir kısımda tek tek dağılmış tümör hücreleri var (HEx100).

Tartışma

Mide kanseri insidansı genç yetişkinlerde %5.5, yaşlılarda ise %94.5 olarak bulunmuştur.⁴ Görülme insidansı Japonya, Doğu Asya, Güney Amerika ve Doğu Avrupa ülkelerinde yüksektir.⁵ En sık olarak antrum ve prepylorik bölgede görülmekte olup yaklaşık %95'i adenokarsinom histolojik tipindedir. Mide kanserinin spesifik semptomları olmamakla birlikte epigastrik ağrı, şişkinlik, kilo kaybı, bulantı, kusma, iştahsızlık, hematemez ve melana gibi semptomlar görülebilmektedir. Bazı önemli risk faktörleri arasında kötü beslenme alışkanlığı, genetik, kronik atrofik gastrit, *Helicobacter pylori* enfeksiyonu, düşük sosyoekonomik düzey sayılabilir.⁶ Mide neoplazilerinde en önemli tanı aracı endoskopik biyopsidir. Primer tedavisi cerrahi rezeksiyon olan mide kanserlerinde opere edilebilir olgularda gastrik serozaya penetrasyon en önemli prognostik faktör olarak kabul edilir. Gastrik serozanın invaze olduğu durumlarda tedavi sonrası prognoz belirgin biçimde kötüleşir. Serozanın tutulmadığı durumlarda rezeksiyonu takiben 5 yıllık yaşam oranı %50'nin üzerindedir, serozanın tutul-

ması ile prognoz kötüleşir.⁷ Tümör serozaya ulaştığında bizim olgumuzda olduğu gibi dökülen hücrelerle implantasyon metastazları ortaya çıkar.

Mide kanserinin gebelik sırasında görülme insidansı oldukça düşük olup, genelde ileri evrelerde tanı almaktadırlar. Tanıdaki bu gecikme kötü prognoz faktörü olup hastaların %88'i ilk 1 yıl içinde kaybedilmektedir. Aksine erken evre mide kanserlerinde 5 yıllık yaşam oranı %95'in üzerine çıkmaktadır.⁸ Bu konuda yayınlanmış en geniş çalışmalardan ilkinde Ueo ve ark. 61 gebelik ve mide kanseri vakasının %96.7'sinin tanı anında ileri evre olduğunu saptamışlardır. Yine 92 olgunun incelendiği başka bir çalışmada da sadece 2 olgunun erken evre olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre gebelik, genç yaş ve kadın cinsiyetinin sağkalımı etkilemediği bulunmuştur.^{9,10} Literatürde gebelikte mide kanseri ve maligniteye sekonder gelişen komplikasyonların (perforasyon, Krukenberg tümörü, peritonitis karsinomatosa gibi) saptandığı olgu sunumları mevcuttur.^{11,12} Furukawa ve ark. gebelik döneminde seks hormonlarınının altta yatan mide prekanseröz lezyonlarını stimüle ederek mi-

de kanseri gelişimine ve yayılmasına yol açtığını ileri sürmüştür.¹³ Yakın zamanda bu çalışmayı destekler nitelikte yapılmış bir prospektif çalışmada anjiogenez faktörlerinden olan vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve plasental büyüme faktörünün (PIGF) normal ve kanserli mide dokusundaki miktarları karşılaştırılmıştır. PIGF düzeyi gastrik kanserli dokuda VEGF'e göre daha yüksek oranda tespit edilmiş. Bu çalışmanın sonucunda PIGF düzeyinin serozal invazyon, lenf nodu metastazi, evre ve sağkalımla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁴

Gebeliklerin yaklaşık %70-85'inde başta bulantı ve kusma olmak üzere dispeptik yakınmalar görülmektedir. Bu semptomlar daha çok ilk trimester döneminde görülmekle birlikte, %10 gebede tüm gebelik süresince görülebilmektedir.¹⁵ Sunduğumuz bu olguda belirgin gastrointestinal sistem semptomlarının, aneminin, hematemez, melena, kilo kaybı gibi şikayetlerinin olmaması, klinik tabloyo daha çok akut batın ve ileusun hakim olması bize ilk planda gastrik bir patolojiyi düşündürmüştür. Ayrıca operasyon sırasındaki bulgularda bunu destekler nitelikte daha çok primer kolon malignitesi yönünde olup, cerrahi rezeksiyon buna göre yapılmıştır. Postoperatif dönemde patolojik inceleme sonucu doğrultusunda yapılan gastroskopiye olgunun mide adenokarsinomu olduğu saptanmıştır.

Gebelikte saptanan mide kanserlerinde tedavi zamanlaması fetustan dolayı değişiklik göstermektedir. Bu konuda Ueo ve ark. cerrahi rezeksiyon yapılabilecek olguları gebelik haftasına göre 4 gruba ayırmış ve tedavinin bu gruplara göre yapılmasını önermişlerdir. Buna göre; ilk grup 24. gebelik haftasından önceki olguları kapsamakta ve fetus viabilitesini kazanmadığından gebelik sonlandırılarak cerrahi tedavi gecikmeden yapılır. İkinci grup 24-29 gebelik haftaları arasındaki gruptur. En zor karar verilen bu grupta antenatal steroid uygulanıp, uygun gebelik haftasında gebelik sonlandırılır. Üçüncü grup ise 30. gebelik haftasından sonra saptanan ve doğumun gerçekleştirilmesinden sonra operasyon düşünülen gruptur. Son grubu ise doğum sonu tanı alan ve cerrahi rezeksiyon uygulanan olgular oluşturmaktadır.⁹ Bizim olgumuzda gebelik haftası ileri olduğundan fetal akciğer matürasyonu açısından bir problemimiz olmadı ve yeni-doğan sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirdi.

Sonuç olarak, mide kanserinde erken tanı ve tedavi sağkalımı etkileyen en önemli faktörlerin başında gelmektedir. Ancak gebelik gibi dispeptik

semptomların arttığı durumlarda tanı koymak güç olmakta, bu durum da prognozu olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelik sırasında tedaviye cevap vermeyen, ikinci ve üçüncü trimesterde de devam eden gastrointestinal sistem semptomlarının varlığında başta maligniteler olmak üzere gastrointestinal sistem hastalıklarının ayırıcı tanıda düşünülmesi ve gerekli durumlarda tanısal endoskopik girişimlerin yapılmasının faydalı olacağı kanısındayız.

Kaynaklar

1. Göçmen E, Kocaoglu H. Mide kanseri epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi* 2000; 5: 161-2.
2. Jatre JP, Meyer HJ. Total gastrectomy in the surgical treatment of primary gastric adenocarcinoma – a 30 year single institution experience. *Hepatogastroenterology* 2001; 48: 1222-6.
3. Silverberg E, Lubera J. Cancer statistics. *Cancer* 1989; 39: 3-20.
4. Theuer CP, Kurosaki T, Taylor TH, Anton Culver H. Unique features of gastric carcinoma in The young: a population-based analysis. *Cancer* 1998; 83: 25-33.
5. Dicken BJ, Bigam DL, Cass C, Mackey JR, Joy AA, Hamilton SM. Gastric adenocarcinoma. *Ann Surg* 2005; 241: 27-39.
6. Gore R. Gastrointestinal cancer. *Radiol Clin North Am* 1997; 35: 295-310.
7. Abe S, Shiraishi M, Nagoka S, Yashimura H, Dhar DK, Nakamura T. Serozal invasion as the single prognostic indicator in stage IIA gastric cancer. *Surgery* 1991; 109: 582.
8. Hirabayashi M, Ueo H, Okudaira Y, Matsumata T, Hanawa S, Sugimachi K. Early gastric cancer and a concomitant pregnancy. *Am Surg* 1987; 53: 730-2.
9. Ueo H, Matsuoka H, Tamura S, Sato K, Tsunematsu Y, Kato T. Prognosis in gastric cancer associated with pregnancy. *World J Surg* 1991; 15: 293-8.
10. Jaspers VK, Gillessen A, Quakemack K. Gastric cancer in pregnancy: Do pregnancy, age or female sex alter the prognosis? Case reports and review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 87: 13-22.
11. Jasmi AY, Normala B, al-Amin MD. Perforated malignant gastric ulcer in a pregnant young adult: a case report. *Med J Malaysia* 2000; 55(1): 135-7.
12. Cosme A, Ojeda E, Bujanda L, Torrado J, Barrio J. Krukenberg tumor secondary to gastric carcinoma in a woman in her eighth month of pregnancy. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24(2): 63-5.
13. Furukawa H, Iwanaga T, Hiratsuka M, Fukuda I, Ishikawa O, Kabuto T, et al. Suppressive effect of sex hormones on spreading of stomach cancer. *Jpn J Cancer Chemother* 1989; 16: 3691-5.
14. Chen CN, Hsieh FJ, Cheng YM, Cheng WF, Su YN, Chang KJ, Lee PH. The significance of placenta growth factor in angiogenesis and clinical outcome of human gastric cancer. *Cancer Lett* 2004; 213(1): 73-82.
15. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.(Meta-analysis).