Ulus Cerrahi Derg 2016; 32: 295-297
DOI: 10.5152/UCD.2014.2686

Kolorektal kanserde Sister Mary Joseph nodülü

Sister Mary Joseph nodule in colorectal cancer

Yalın İşcan[1], Bora Karip[1], Ender Onur[1], Nurver Özbay[2], Sinan Tezer[1], Kemal Memişoğlu[1]

ÖZET

Sister Mary Joseph nodülü, kanser hastalarında görülen umbilikal metastazdır. Umbilikal metastazın oluşumunda suçlanmış birkaç farklı yol olup, primer odak genellikle karında ya da pelviste yerleşmiştir. Hastalarda prognoz oldukça kötüdür. Bu çalışmamızda ileus bulguları ile başvurmuş, 44 yaşındaki kolorektal kanser tanılı erkek hastada saptanan umbilikal metastazı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, umbilikal metastaz, Sister Mary Joseph nodülü

ABSTRACT

Sister Mary Joseph nodule is the umbilical metastasis detected in cancer patients. There are various theories on the formation of umbilical metastases; however, the primary focus is often placed either in the abdomen or pelvis. Its prognosis is dismal. In this article, we aimed to present a 44-year-old male patient who presented with obstruction and was subsequently diagnosed with colorectal cancer and umbilical metastasis.

Key Words: Colorectal cancer, umbilicus metastasis, Sister Mary Joseph's nodule

GİRİŞ

Umbilikusta yerleşmiş cilt metastazı 'Sister Mary Joseph nodülü' (SMJN) olarak tanımlanır. Sister Mary Joseph Dempsey (1856-1939), 1890-1915 yılları arasında Minnesota'da St. Mary's Hastanesi'nde, William J Mayo'nun cerrahi asistanı olarak çalışmış ve 1928'de bu metastatik nodul hakkındaki ilk makaleyi yayınlamıştır (1). Primer odak sıklıkla karın içi ve pelvik organlardır fakat hematolojik malignitelerin umbilikal metastazı da nadir olarak bildirilmiştir (2). Sister Mary Joseph nodülü, kanser hastalarında kötü prognostik göstergedir ve tanı anından itibaren tedavi almayan hastalarda sağkalım 2 ile 11 ay arasında bildirilmiştir (3).

Bu çalışmada, yeni tanı almış tıkayıcı sigmoid kolon kanserli 44 yaşındaki erkek hastada farkedilen umbilikal metastazı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Evsiz ve özbakımı kötü olan 44 yaşında erkek hasta, acil polikliniğimize karında şişkinlik ve dışkılamada zorluk şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde umbilikusta ülseröz ve karın duvarına fikse nodül, karında distansiyon, barsak seslerinde azalma saptandı (Resim 1). Rektal tuşesinde gayta bulaşı mevcuttu. Akut faz reaktanları normal sınırlarda idi ve ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) kolonik hava-sıvı seviyeleri izlendi. Anamnezinde birkaç aydır olan dışkılamada zorluk şikayeti ile başka bir hastanede bir hafta önce yapılan kolonoskopisinde rektosigmoid bileşkede lümeni tama yakın tıkayan tümöral kitle saptanmış ve endoskopik biyopsi sonucu adenokarsinom olarak sonuçlanmıştı. Hasta kolorektal kansere bağlı subileus tanısı ile yatırıldı. Toraks ve batın bilgisayarlı tomografisinde karın içi yaygın asit, karaciğer ve dalakta multiple metastaz ile uyumlu nodüler lezyonlar, omentumda geniş implant alanları, peritonda kalınlaşma, çıkan ve transvers kolonda hafif dilatasyon ve rektosigmoid bileşkede lümeni dolduran tümöral kitle ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 2). Tümör belirteçleri CA 19-9 1200 U/mL (0-37) ve CEA 11,3 ng/mL (0-5) olarak saptandı. Klinik takibinin 3. gününde lökositoz ve karın distansiyonunda artış olan ve ADBG'de hava sıvı seviyeleri belirginleşen hasta palyatif tedavi amacıyla ameliyata alındı. Sol subkostal bölgeye yapılan 5 cm'lik transvers kesi ile transvers loop kolostomi açıldı ve umbilikustaki nodülden insizyonel biopsi alındı. İncelenen biyopsi kesitlerinde yüzeyde epidermisin yer yer hiperplastik ve incelmiş olduğu görüldü. Bir alanda epidermisi infiltre eden, çoğu alanda ise dermal yerleşimli tümöral infiltrasyon izlendi. Tümör düzensiz tübüler yapılar ya da kribriform patern oluşturan, eozinofilik sitoplazmalı, iri yuvarlak çekirdekli, koyu kromatinli, arada mitozların izlendiği atipik epitelyal hücrelerden oluşmaktaydı (Resim 3). Yapılan immünohistokimyasal boyamada pankeratin ve sitokeratin 7 ile sitoplazmik boyanmış olup sitokeratin 20 ve S100 ile boyanma görülmedi (Resim 4).

Ameliyat sonrası dönemde masif malign asit nedeni ile kolostomisi aralıklı olarak çalıştı fakat ileus bulguları gerilemedi. Gün aşırı yapılan asit parasentezine rağmen asit distansiyonu geriletilemedi. Ameliyat sonrası birinci haftasında fekaloid kusmaları başlayan hastaya nazogastrik dekompresyon uygulandı.

[1]Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Yalın İşcan
e-posta: yaliniscan@gmail.com

Geliş Tarihi / *Received*: 11.02.2014
Kabul Tarihi / *Accepted*: 15.05.2014
Çevrimiçi Yayın Tarihi/ *Available Online Date:* 25.12.2014

©Telif Hakkı 2016
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine www.ulusalcerrahidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2016 by Turkish Surgical Association
Available online at www.ulusalcerrahidergisi.org

Nazogastrik dekompresyon ve asit parasentezlerine rağmen ileusu düzeltilemeyen hastaya laparotomi kararı alındı. Yapılan laparotomide yaygın peritoneal karsinomatozis bulguları, tüm ince barsak ve kolon anslarında kanseröz implantlara bağlı segmenter darlıklar izlendi. Karsinomatozis nedeni ile yapılan kısıtlı eksplorasyondan sonra uygun olan jejunal bir ans sol alt kadrandan karına loop ileostomi şeklinde ağızlaştırıldı fakat bu ameliyatın 3. gününde hasta kaybedildi.

TARTIŞMA

Umbilikusta görülen cilt metastazı 'Sister Mary Joseph nodülü' olarak adlandırılır (1). Kolorektal kanserlerde tanı anında çok nadir olarak görülen SMJN'nün, literatürde genellikle gastrointestinal ve jinekolojik malignitelerden kaynaklandığı bildirilmiştir. Kolon kanserinde görülen umbilikal metastaz ilk olarak 1846'da yayınlanan Walshe'in makalesinde tarif edilmiştir (4). Sıklıkla mide, kolon, over, pankreas ve daha nadiren uterus, serviks, safra kesesi ve ince barsak kökenli tümörlerden SMJN'nün oluştuğu bazı vaka serileri yayınlanmıştır (5, 6). Shetty (7), 1830 ve 1989 yılları arasında 265 umbilikal metastazlı vakayı incelediği derlemede 17 hastada primer odağın kolon kanseri olduğunu saptamışlardır. Galvan ve ark. (8), SMJN'nün özelliklerini tanımladıkları 407 vakalık seride, umbilikal metastazın %14,6'sının kolorektal kanserlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Tanı anında sistemik kanser yayılımı olan bu hastalarda, bizim vakamızda olduğu gibi, SMJN kötü prognozun göstergesidir (9). SMJN görüldükten itibaren tedavi almayan hastalarda sağkalım 2 ile 11 ay arasında bildirilmiştir (3). Umbilikal cilt metastazının altında direkt peritoneal invazyon, lenfojen ve hematojen yollar gibi birkaç farklı hipotez yatmaktadır. Bu metastatik lezyonlar umbilikusa lenfatik kanallar, embriyonik venöz ya da arteryal damar ağı, lokal invazyon ya da iyatrojenik port yeri ekimi yoluyla oluşabilirler (10).

Karaciğer metastazı ve umbilikal metastaz birlikteliği değerlendirildiğinde, gastrointestinal sistem kanserlerinde portal sistem taşıyıcılığıyla oluşan karaciğer metastazlarının falsiform ligamentteki remnant umbilikal venler aracılığıyla SMJN oluşturduğu hipotezi mevcuttur. Bizim hastamızda karaciğer ve umbilikal cilt metastazı birlikte görüldü fakat literatürde bu hipotezin dışlandığı karaciğer metastazı olmayan SMJN vakası bildirilmiştir (5).

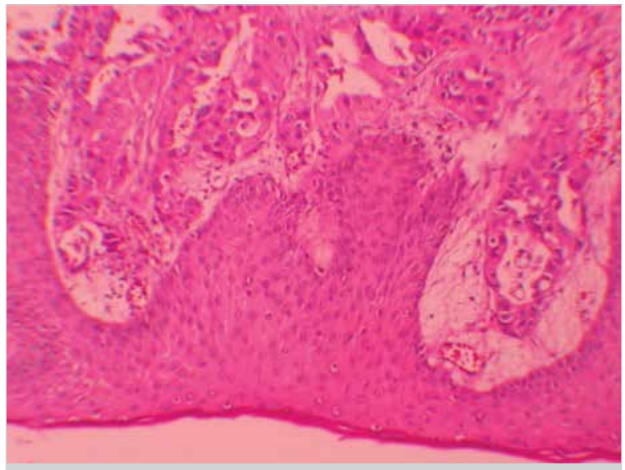
Hayat kalitesi kötü ve yaşam beklentisi az olan bu hasta grubunda cerrahi tedavi halen tartışmalıdır. Hori ve ark. (11), yayınladığı olgu sunumunda umbilikal cilt metastazının lokal rezeksiyonu yapılıp tek kesiden laparoskopik cerrahi tekniği ile sağ hemikolektomi uygulamışlardır fakat hasta erken dönemde sistemik hastalıktan kaybedilmiştir. Konservatif ve destek tedaviler birçok çalışmada önerilmiştir. Son yıllarda ileri evre kolon kanseri için kemoterapinin ve hedeflenmiş tedavinin, hayat kalitesi ve yaşam beklentisini anlamlı olarak uzattığı gösterilmiştir (12). Ameliyat seçeneklerinin yetersiz kaldığı ve kemoterapinin avantajlı olduğu bu hastalarda, perforasyon, tıkanıklık ve kanama haricinde cerrahi tedavi önerilmemesi daha uygundur.

SONUÇ

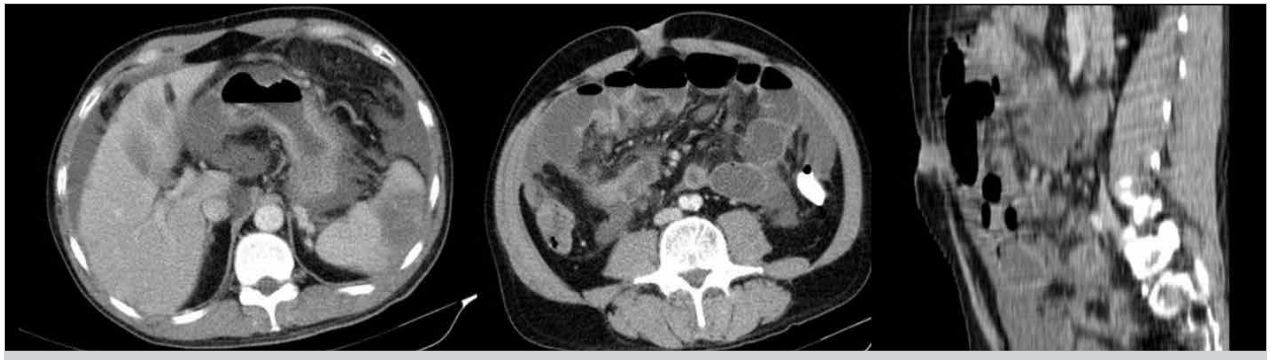
Umbilikal cilt metastazı, pelvik ve batın içi gelişen kanserlerde nadir olarak görülen bir klinik bulgudur. Tanı anında sistemik kanser yayılımı olan bu hastalarda acil cerrahi endikasyonları dışında onkoloji ve algoloji klinikleri işbirliğiyle konservatif tedaviler tercih edilmelidir.



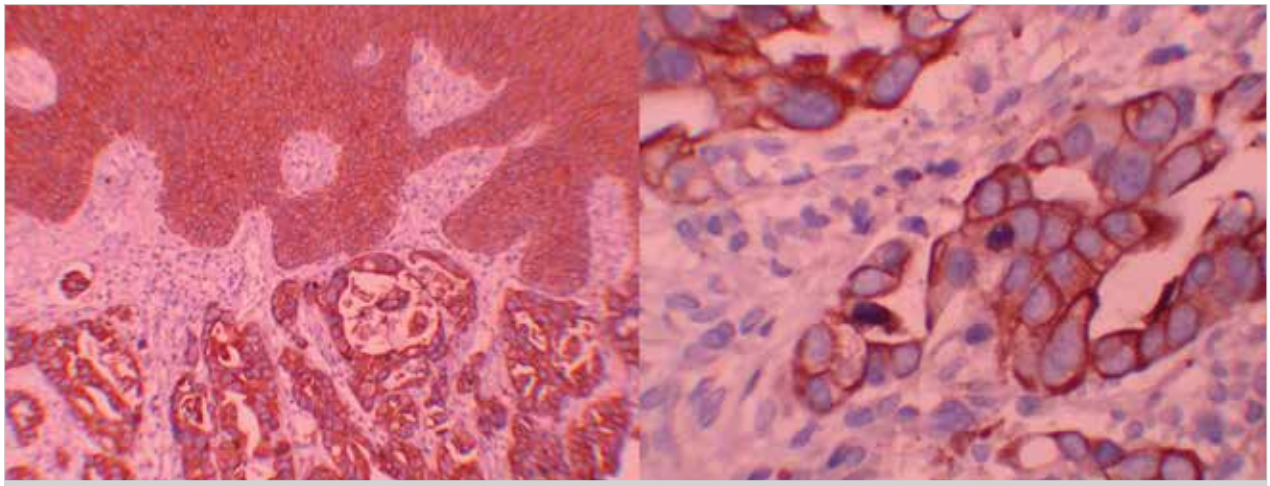
Resim 1. Umbilikusta metastatik cilt lezyonu



Resim 3. Tümöral cilt infiltrasyonunun mikroskobik görünümü



Resim 2. Karaciğer ve dalak metastazları, umbilikal tümöral nodülün bilgisayarlı tomografi görüntüleri



Resim 4. İmmünohistokimyasal tümör pozitifliği

Hasta Onamı: Hasta ameliyat sonrası dönemde kaybedildiği için bu yazıda hasta onamı alınamamıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - Y.İ., B.K.; Tasarım - K.M.; Denetleme - K.M.; Kaynaklar - E.O.; Malzemeler - N.Ö.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - Y.İ.; Analiz ve/veya yorum - Y.İ.; Literatür taraması - Y.İ.; Yazıyı yazan - Y.İ., S.T.; Eleştirel İnceleme - E.O.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: There is no patient consent form in this article because of the early postoperative death.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - Y.İ., B.K.; Design - K.M.; Supervision - K.M.; Funding - E.O.; Materials - N.Ö.; Data Collection and/or Processing - Y.İ.; Analysis and/or Interpretation - Y.İ.; Literature Review - Y.İ.; Writer - Y.İ., S.T.; Critical Review - E.O.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Powell JL. Powell's pearls: eponyms in medical and surgical history. Sister Joseph's Nodule; Sister Mary Joseph (1856-1939). J Surg Educ 2011; 68: 442-443. [CrossRef]
2. Dornier C, Reichert-Penetrat S, Barbaud A, Kaise W, Schmutz JL. Lymphoma presenting as Sister Mary-Joseph's nodule. Ann Dermatol Venereol 2000; 127: 732-734.
3. Gabriele R, Conte M, Egidi F, Borghese M. Umbilical metastases: current viewpoint. World J Surg Oncol 2005; 3: 13. [CrossRef]
4. Wu YY, Xing CG, Jiang JX, Lu XD, Feng YZ, Wu HR. Carcinoma of the right side colon accompanied by Sister Mary Joseph's nodule and inguinal nodal metastases: a case report and literature review. Chin J Cancer 2010; 29: 239-241. [CrossRef]
5. Kruczek K, Nabhan C. Sister Mary Joseph nodule from prostate cancer. J Am Osteopath Assoc 2012; 112: 462.
6. Dane C, Çetin A. Endometrium karsinomunun geç cilt metastazı: Sister Mary Joseph nodülü. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2005; 8: 108-110.
7. Shetty MR. Metastatic tumors of the umbilicus: a review 1830-1989. J Surg Oncol 1990; 45: 212-215. [CrossRef]
8. Galva VG. Sister Mary Joseph's nodule. Ann Intern Med 1998; 128: 410. [CrossRef]
9. Lin CC, Liu KL, Lin JT, Lin MT, Wang HP. Education and imaging. Gastrointestinal: Sister Mary Joseph nodule. J Gastroenterol Hepatol 2008; 23: 1462. [CrossRef]
10. Ahmed S, Rashid S, Kue-A-Pai P, Cheungpasitporn W. Sister Mary Joseph's Nodule: What Lies Beneath? N Am J Med Sci 2013; 5: 252. [CrossRef]
11. Hori T, Okada N, Nakauchi M, Hiramoto S, Kikuchi-Mizota A, Kyogoku M, et al. Hematogenous umbilical metastasis from colon cancer treated by palliative single-incision laparoscopic surgery. World J Gastrointest Surg 2013; 5: 272-277. [CrossRef]
12. Goldberg RM, Sargent DJ, Morton RF, Fuchs CS, Ramanathan RK, Williamson SK, et al. A randomized controlled trial of fluorouracil plus leucovorin, irinotecan, and oxaliplatin combinations in patients with previously untreated metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 23-30. [CrossRef]