Guillain Barre Sendromu ile Prezente olan Mide Adenokarsinomu Olgu sunumu

Gastric Carcinoma Presenting with Guillain-Barre Syndrome: Case Report

Sabri Güncan
Adana Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi, Adana, Türkiye

Özet: Mide kanseri dünyada ve ülkemizde sık görülen kanser türlerinden biridir. Hastalar kilo kaybı, karın ağrısı, erken doygunluk hissi gibi semptomlarla başvurabilir yada erken evrede asemptomatik seyredebilir. Mide kanserine nadir olarak paraneoplastik sendromlar eşlik edebilmektedir ve Guillan-Barre paraneoplastik sendromlardan biridir. Hastamız kilo kaybı, epigastrik ağrı ve akut olarak ortaya çıkan bilateral güçsüzlük ile iç hastalıkları kliniğinde izlenmiş ve yapılan tetkiklerinde demiyelinizan sensorimotor radikülonevrit ve mide kanseri saptanmıştır. Biz olgumuzda bu birlikteliği mide kanserine bağlı paraneoplastik Guillan-Barre sendromu olarak değerlendirdik.
Anahtar Kelimeler: Guillain-Barre sendromu, mide kanseri, paraneoplastik sendromu, polinöropati.

Güncan S. 2018, Guillain Barre Sendromu ile prezente olan mide adenokarsinomu Olgu sunumu**,** *Osmangazi Tıp Dergisi***,** 40(3): 111-113 **Doi:** 10.20515/otd.400223

Abstract: Gastric cancer is one of the most common cancer types in the world and in our country. Patients may present with symptoms such as weight loss, abdominal pain, feeling of early satiety, and may be asymptomatic in early stage. Gastric cancer rarely accompanies paraneoplastic syndromes and Guillan-Barre is one of the neoplastic syndrome. Our patient was followed with weight loss, epigastric pain and acute onset bilateral weakness in the internal medicine clinic and demiyelinating sensomotor radiculoneuritis and gastric cancer were detected in the tests performed. In our present case, we considered this association as paraneoplastic Guillain-Barre syndrome due to gastric cancer.
Keywords: Guillain-Barre syndrome, gastric cancer, paraneoplastic syndrome, polyneuropathy.

Guncan S. 2018 , Gastric Carcinoma Presenting with Guillain-Barre Syndrome: Case Report, *Osmangazi Journal of Medicin,* 40(3): 111-113 **Doi:** 10.20515/otd.400223

1. Giriş

Mide kanseri dünyada en sık görülen kanser türlerinden biridir. Dünyada her yıl ortalama 900.000 kişiye mide kanseri tanısı konmaktadır ve bu sayı yeni tanı alan kanser vakalarının yaklaşık %8 inin mide kanseri olduğunu göstermektedir (1). Kilo kaybı, persistan karın ağrısı, anoreksi, bulantı, erken doygunluk hissi ve disfaji en sık görülen semptomlardır (2). Ancak hastalık erken evrede çoğunlukla asemptomatik seyreder ve hastalar ne yazık ki ileri veya metastatik evrede tanı alırlar. Mide kanseri sıklıkla akciğer, karaciğer, periton ve kemiğe, daha nadir olarak da kemik iliği , santral sinir sistemi ve kas metastazı yapmaktadır. Mide kanserinde paraneoplastik sendromlar oldukça nadir görülür. Dermatomiyozit, akantozis nigrigans, tromboflebit, Lambert-Eaton Myastenik sendromu, demans, serebellar ataksi ve karsinoid sendrom gibi pek çok paraneoplastik sendromla ilişkili olabilir. Çok nadir olarak Guillain-Barre Sendromunun da (GBS) mide kanserine eşlik ettiği bilinmektedir (3). GBS periferik sinir sistemini etkileyen, güçsüzlük ve paralizi ile seyreden akut inflamatuvar demiyelinizan polinöropatidir (4). Fasial paralizi ise GBS için nadir görülen bir klinik presentasyondur

Geliş Tarihi / Received 01.03.2018
Kabul Tarihi / Accepted: 12.04.2018

Yazışma Adresi / Correspondence Address
Sabri Güncan
mail: ssgncn@hotmail.com

(5). Biz de burada fasiyal paraliziyle birlikte seyreden GBS ile prezente olan ve paraneoplastik sendrom olarak düşündüğümüz mide adenokarsinom olgumuzu paylaşmak istedik.

2. Olgu

64 yaşında erkek hasta, 2 hafta içinde gelişen ekstremitelerde uyuşma, güç kaybı ve yürümede zorluk aynı zamanda yeni başlayan karın ağrısı, konstipasyon nedeniyle hastaneye başvurmuş, iç hastalıkları servisine yatırılmıştır. 30 yıldır alkol ve sigara kullanmayan, tip 2 diyabet ve koroner arter hastalığı olan hasta gliklazid, asetilsalisilik asit ve bisoprolfumarat kullanmaktadır. Hasta son 2 haftada 10 kilo kaybetmiştir. Nörolojik muayenesinde sol periferik fasiyal paralizi, derin tendon reflekslerinde azalma, eldiven-çorap tarzı hipoestezi bulguları saptanmış hastaya beyin Manyetik Rezonans görüntüleme (MR), Elektromiyografi (EMG) ve beyin omurilik sıvısı (BOS) örneklemesi planlanmıştır. Beyin MR'da sağ frontal derin beyaz cevherde milimetrik nonspesifik gliotik odak dışında patoloji gözlenmemiştir. EMG'de motor sinirlerden elde edilen BKAP amplitüdleri düşük, distal latanslar uzamış ve F yanıtları gecikmiş, ileti hızları ileri derecede yavaşlamış, bu bulgular demiyelinizan özellikleri olan sensorimotor poliradikülonevrit ile uyumlu bulunmuş, hastanın güçsüzlüğünün 2 haftadır olması akut inflamatuar poliradikülonevrit (GBS)'i akla getirmiştir. BOS'tan alınan örnekte ise protein seviyesi yüksek olmasına rağmen lenfosit gözlenmemiştir. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastaya GBS tanısı ile intravenöz immunglobulin tedavisi verilmiştir. Hastaya abdomen BT ve endoskopi yapılmış abdomen BT'sinde mide küçük kurvaturda kitle ve karaciğerde metastatik lezyonlar saptanmıştır. Endoskopik biyopsi sonucu iyi differansiye adenokarsinom saptanması üzerine hastada metastatik mide kanseri tanısı konmuştur.

3. Tartışma

Mide kanseri halen dünyadaki kanser ilişkili ölümlerin en önemli ikinci, ülkemizde ise dördüncü sebebidir (6). Hastalık erken evrede asemptomatik seyredebilmekle birlikte ileri evrelerde daha çok kilo kaybı, persistan karın ağrısı, bulantı ve erken doygunluk hissi ile presente olabilmektedir (2). Mide kanserinde birçok paraneoplastik sendromlar görülebilir, ancak bunlara oldukça nadir rastlanmaktadır ve GBS bu paraneoplastik sendromlardan biridir (3).

GBS enfeksiyon ile birlikte seyreden bir akut demiyelinizan poliradikülonöropati olarak bilinmektedir. Bununla beraber ilişkisi tam olarak bilimemekle birlikte malignensilere eşlik eden bir paraneoplastik sendrom şeklinde de görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda GBS tanısı alan hastalarda malignensi riskinin normal populasyonla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu belirtilmiş, ve Hodgkin hastalığı, non Hodgin lenfoma, malign melanom gibi bazı malignensilerin nadir de olsa GBS ile prezente olabildiği vakalar görülmüştür (7,8,9). GBS, kol ve bacaklarda hızlı gelişen simetrik kuvvetsizlik, refleks kaybı ve parestezi ile karakterize bir sendrom olup bizim hastamız da 2 hafta içinde akut gelişen ekstremitelerde güçsüzlük, uyuşma, yürümede zorluk ve eşlik eden epigastrik ağrı, kabızlık gibi gastrointestinal şikayetle ile başvurmuştur. Fizik muayenesinde fasiyal paralizisi saptanan hastanın ekstremitelerde güçsüzlük ve kuvvetsizlik şikayetlerinin nedeninin yapılan tetkiklerle mide kanserine ikincil gelişen paraneoplastik sendroma bağlı Guillain-Barre sendromu olduğu kabul edilmiştir. Bu iki durum oldukça nadir görülmekle birlikte GBS'in fasiyal paralizi ile birlikte olabileceği ve mide kanserinin de diğer kanser türlerinde olduğu gibi pek çok paraneoplastik sendromla prezente olabileceği akılda tutulmalıdır.

4. Sonuç

Kanserli hastalarda periferik sinir sistemi (PSS) tutulumu çeşitli yollarla olabilir. Bunlar, tümör infiltrasyonu veya kompresyon, tedavi yan etkileri, metabolik-nutrisyonel faktörler ve enfeksiyonlardır (10). Bu mekanizmalar ile açıklanamayan PSS tutulumları ise paraneoplastik sendrom olarak değerlendirilebilir. Yukarıdaki mekanizmalar ile oluşan PSS tutulumları kanserli hastalarda sık olmakla birlikte saf demyelinizan nöropati

nadir olarak görülür (11). Biz de olgumuzda EMG ile saptanan saf demiyelinizan nöropatiyi diğer nedenlerin yokluğunda mide adenokarsinomuna bağlı paraneoplastik sendrom olarak değerlendirdik.

KAYNAKLAR

1. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. J Clin Oncol. 2006; 24(14): 2137–2150.
2. Pasechnikov V, Chukov S, Fedorov E, Kikuste I, Leja M. Gastric cancer: prevention, secreening and early diagnosis. World J Gastroenterol. 2014; 20: 13842-62.
3. Cascinu S, Berardi R. Le Sindromi Paraneoplastiche. In: Lopez M. Oncologia Medica Pratica. Roma SEU 2005: 1723-1748
4. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barre syndrome. Lancet. 2005; 366: 1653-66.
5. Susuki K, Koga M, Hirata K, et al. A Guillain-Barre syndrome variant with prominent facial diplegia. J Neurol. 2009; 256: 1899-905.
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11.Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
7. Hiev FL, Rajabally YA: Malignancy in Guillain-Barre syndrome: A twelve-year single centre study. J Neurological Sciences 2017; 375: 275-278.
8. Anderson D, Beecher G: Neurological Nuance: Hodgkin lymphoma presenting with Guillain-Barre syndrome. Muscle Nerve 2017; 55(4):601-604.
9. Schneiderbauer R. PD-1 Antibody-induced Guillain-Barre Syndrome in a patient with Metastatic Melanoma. Acta Derm Venereol 2017; 97(3): 395-396.
10. Antoine JC, Camdessanché JP: Peripheral nervous system involvement in patients with cancer. Lancet Neurol 2007; 6: 75–86.
11. Toothaker TB, Rubin M: Paraneoplastic neurological syndromes: a review. Neurologist 2009; 15: 21–2.

©Copyright 2018 by Osmangazi Tıp Dergisi - Available online at tip.ogu.edu.tr ©Telif Hakkı 2018 ESOGÜ Tıp Fakültesi - Makale metnine dergipark.gov.tr/otd web sayfasından ulaşılabilir.