Cukurova Medical Journal
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ

Cukurova Med J 2016;41(3):577-580
DOI: 10.17826/cukmedj.237546

OLGU SUNUMU/CASE REPORT

İntramukozal yerleşimli taşlı yüzük hücreli mide kanserinde lenfatik metastaz

Lymphatic metastasis of signet ring cell gastric carcinoma located on mucosa layer

Nidal İflazoğlu[1], Kıvılcım Eren Erdoğan[2], Ali Duran[1], Özgül Düzgün[1], Figen Doran[2], Cem Kaan Parsak[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, [2]Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2016;41(3):573-580.

Abstract
Early gastric cancer is described as tumors limited to mucosa and submucosa layers regardless of lymphatic metastasis. If early gastric cancer is limited to mucosa layer, metastasis of lymph node would be seen rarely. Further if intramucosal gastric tumors have signet ring cell histology and a size smaller than 2 cm, then lymph node metastasis are even rarer. In this paper we present a case that have signet ring cell gastric cancer limited to mucosa layer and had lymph node metastasis. It is decisive to evaluate depth of invasion and lymph node metastasis with preoperative tools to choose surgical treatment protocol.
Key words: early gastric cancer, signet ring cell, metastasis.

Öz
Erken mide kanserleri lenf nodu metastazı durumuna bakılmaksızın midenin mukoza ve submukozasına sınırlı tümör olarak tanımlanmaktadır. Erken mide kanseri, mukoza tabakasına sınırlı ise, lenf nodu metastazı nadiren görülür. Taşlı yüzük hücreli histolojide ve 2 cm'den küçük intramukozal mide tümörlerinde lenf nodu metastazı daha da nadirdir. Bu yazıda mukoza tabakasına sınırlı ve lenf nodu metastazlı taşlı yüzük hücreli kanser olgusu sunulmaktadır. Preoperatif evreleme araçları ile invazyon derinliğinin ve lenf nodu metastazının saptanması seçilecek cerrahi tedavi protokolünde belirleyicidir.
Anahtar kelimeler: erken mide kanseri, taşlı yüzük hücresi, metastasis

GİRİŞ

Erken mide kanserleri lenf nodu metastazı durumuna bakılmaksızın midenin mukoza ve submukozasına sınırlı tümör olarak tanımlanmaktadır.[1] Erken mide kanserleri mukoza tabakasına sınırlı ise, lenf nodu metastazı nadiren görülür. Lenf nodu metastazı, hastanın prognozunu bağımsız olarak negatif yönde etkileyecek bir durumdur[1]. Taşlı yüzük hücreli histolojide ve 2'cm den küçük intramukozal mide tümörlerinde lenf nodu metastazı daha da nadirdir[2]. Bu yazıda mukoza tabakasına sınırlı ve lenf nodu metastazlı taşlı yüzük hücreli kanser olgusu sunulmaktadır.

OLGU

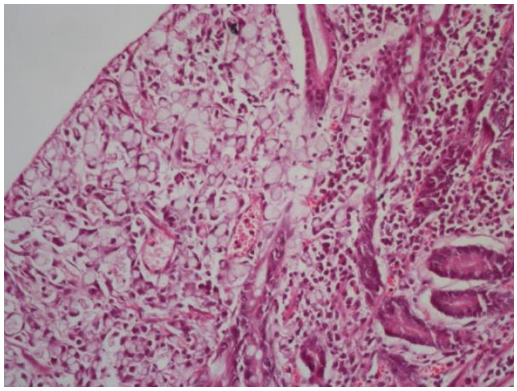
3 aydır mide ağrısı şikayeti olan 55 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellikli bir durum yoktu. Vital parametreleri ve fiziki muayenesi ve laboratuvar sonuçları olağandı.

Üst özefagogastroduedenoskopisinde mide orta kesiminde, korpusta, küçük kurvatur üzerinde yaklaşık 1 cm'lik ülsere alan saptandı ve biyopsi alındı. Küçük endoskopik biyopsi materyali 0,3 cm çapında gri-beyaz renkli iki parçadan oluşuyordu. Mikroskobik olarak ülsere mide mukozası içinde tek tek infiltrasyon göstermiş, ekzantrik yerleşimli hiperkromatik nükleuslu, müsinöz sitoplazmalı hücrelerden oluşmuş mukozaya sınırlı taşlı yüzük hücreli adenokarsinom tanısı konuldu. Hastaya yapılan endosonografik (EUS) incelemede korpustaki lezyonun mukoza ve submukozayı tuttuğu, perigastrik alanda malignite yönünden ileri derece kuşkulu, santral alanı hipoekoik, santral nekroz saptanan, periferik kanlanması olan, yuvarlak

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Nidal İflazoğlu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Adana, Turkey. E-mail: nidal1933@yahoo.com
Geliş tarihi/Received: 05.012.2015 Kabul tarihi/Accepted: 02.01.2016

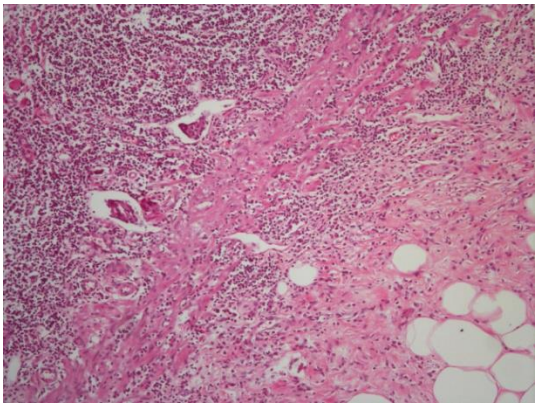
şekilli (longitudinal/transvers çap oranın 2'nin altında) bir adet 1,5 cm boyutlarında lenf bezi saptandı. EUS inceleme eşliğinde lenf nodundan alınan ince ine aspirasyon biyopsisi hiposellüler ve tanı için yeterziz materyal olarak değerlendirildi. Olgu, Borrmann sınıflamasına göre evre 2c[3] ve EUS evrelemeye göre T1N1Mx olarak değerlendirildi[4].

Cerrahi öncesi evreleme için yapılan torakoabdominal tomografide, herhangi bir patoloji saptanmadı. Tümör belirteçleri (CA19-9, CEA) negatifti. Hastanın preoperatif evrelemesi NCCN (National Comprehensive Cancer Network)'e göre T1N1M0 olarak değerlendirildi[5]. Bundan sonra hastaya laparoskopik total gastrektomi + D2 lenfadenektomi + Roux en Y özefagojejunostomi operasyonu uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeksizin hasta 6. günde taburcu edildi. Hastadan yayın izni için yazılı onam alınmıştır.



Resim 1. Hiperkromatik pleomorfik, ekzantrik nükleuslu, sitoplazmik müsin içeren ve tek tek dağılmış taşlı yüzük hücre morfolojisinde tümör infiltrasyonu, H&E, X400

Total gastrektomi spesimeninin incelemesinde, 36x32x6 cm boyutlarda ameliyat materyalinde mide lümeni açıldığında mukozanın ileri derece atrofik olduğu saptandı. Fokal düzensiz alanlardan alınan çok sayıda örnekte, küçük bir odakta mikroskobik olarak ülsere mide mukozasına sınırlı, hiperkromatik pleomorfik, ekzantrik nükleuslu, sitoplazmik müsin içeren ve tek tek dağılmış taşlı yüzük hücre morfolojisinde tümör infiltrasyonu izlendi. Bu alan dışında çok geniş alanlarda atrofik gastrit ve intestinal metaplazi mevcuttu. Bir iki alanda lenfovasküler tümör invazyonu görüldü (Resim 1, 2). Tümörün çapı 1 cm ve derinliği muskularis mukozaya sınırlıydı. Sadece küçük kurvatur tarafındaki bir lenf nodunda metastaz saptandı. Disseke edilmiş olan diğer 21 lenf nodu reaktif özellikteydi. Olgu patolojik olarak taşlı yüzük hücreli karsinom, bir adet metastatik lenf nodu olarak yorumlandı.



Resim 2. Lenfovasküler alanlarda tümör trombüsleri izlendi, H&E, X100.

TARTIŞMA

Erken mide kanserleri, TNM sınıflamasına göre T1 tümörler[5] olup, cerrahi sonrası yaşam beklentisi oldukça iyidir ve beş yıllık yaşam oranları %90 in üzerindedir[6]. Bu kanserlerde düşük oranda lenf nodu metastazı saptanır.[7] T1a tümörler[5] %3 'ün altında lenf nodu metastazı oranlarına sahiptir[8,9]. Taşlı yüzük hücreli erken mide kanserlerinde ise lenf nodu metastaz oranlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir[2,3,7,8].

Erken mide kanserlerinde cerrahi tedavi seçenekleri; endoskopik mukozal/submukozal rezeksiyon, wedge rezeksiyon, laparoskopik gastrektomi ve açık gastrektomidir[10-12]. iki cm'nin altında boyuta sahip lenfovasküler invazyonu olmayan durumlarda endoskopik tedaviler ön plandadır[11-12]. Olgumuzda, EUS 'a göre invazyon derinliğinin submukozada olması ve perigastrik metastatik lenf nodunun saptanmış olması nedenleriyle hastaya radikal cerrahi yapılmıştır. Preoperatif evreleme amaçlı yapılan EUS mide kanserinde T evresinde yaklaşık %80, N evresinde yaklaşık %60 doğruluğa sahiptir[4,9]. Ancak kişi bağımlı bir tekniktir ve deneyim gerektirir. Bizim olgumuzda preoperatif yapılan EUS, T evresini olduğundan daha derinde değerlendirmiştir. Olgumuzda invazyon derinliği lamina propriada sınırlı olup T1a evresindedir. Ancak preoperatif EUS, N evresini doğru olarak saptamıştır.

Genelde, histolojik olarak taşlı yüzük hücreli mide kanserlerinin kötü prognozlu olduğu bilinsede, muhtemelen intramukozal taşlı yüzük hücreli mide kanserleri için bu geçerli değildir. Bu kanserler ileri evre taşlı yüzük hücreli mide kanserleri ile kıyaslandığında prognozları daha iyidir[13-15].

Taşlı yüzük hücreli mide kanserlerinin lokalizasyon olarak genellikle mide orta kesiminde bulunmaya eğilimli olduğu belirtilmektedir[16]. Olgumuzda da buna paralel olarak lezyon mide korpusunda ve orta kesimindedir. Taşlı yüzük hücreli mide kanserlerinin önceden varolan prekanseröz bir lezyondan köken alıp almadığı da bilinmemektedir[15,16]. Literatürde 53 aya varan sürelerdeki takipte stabil kalmış lezyonlar tanımlanmıştır[15-18]. Bizim olgumuzda benzer bir durum gözlenmemiştir.

Bazı yayınlarda mide kanserinde diferansiye histolojiye sahip tümörler ile taşlı yüzük hücreli kanserlerde aynı oranda lenf nodu metastazı saptandığı belirtilmektedir[13,19]. Ha ve ark.[2] taşlı yüzük hücreli erken mide kanserlerinin lenf nodu metastazının nadir olduğu ve daha iyi prognozla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, tümör boyutunun, lenfovasküler invazyonun ve submukozal invazyonun lenfatik metastaz açısından bağımsız risk faktörleri olduğu gözlenmiştir.

Kim ve arkadaşları[20], taşlı yüzük hücreli karsinom histolojisine sahip erken mide kanserinde, tümör boyutu <15 mm ve lenfovasküler invazyon yok iken lenf nodu metastazı olmadığını belirtmişlerdir. Wang ve ark.[21] taşlı yüzük hücreli histolojiye sahip 136 olguyu incelemişler ve 2 cm den küçük boyutta intramukozal tümörlerden sadece birinde lenf nodu metastazı saptamışlardır. Bizim olgumuzda ise 1 cm çapındaki taşlı yüzük hücreli kanserle birlikte bir adet lenf nodu metastazı saptanmıştır.

Sonuç olarak; mukozaya sınırlı mide tümörlerinde, taşlı yüzük hücreli histolojide, lenf nodu metastazı oranı düşük ancak olasıdır. Preoperatif evreleme araçları ile invazyon derinliğinin ve lenf nodu metastazının saptanması seçilecek cerrahi tedavi protokolünde belirleyici olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Murakami T. Early gastric cancer. Baltimore: University Park Press. 1971.
2. Ha TK, An JY, Youn HK, Noh JH, Sohn TS, Kim S. Indication for endoscopic mucosal resection in early signet ring cell gastric cancer. Ann Surg Oncol. 2008;15:508-13.
3. Sano T. Evaluation of the gastric cancer treatment guidelines of the Japanese Gastric Cancer Association. Gan To Kagaku Ryoho. 2010;37:582-6.
4. Papanikolaou IS, Triantafyllou M, Triantafyllou K, Rösch T. EUS in the management of gastric cancer. Ann Gastroenterol. 2011;24:9-15.
5. Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer Staging Manual. New York, Springer Verlag, 2010.
6. Noh SH, Hyung WJ, Cheong JH. Minimally invasive treatment for gastric cancer: approaches and selection process. J Surg Oncol. 2005;90:188-93.
7. Kwee RM, Kwee TC. Predicting lymph node status in early gastric cancer. Gastric Cancer. 2008;11:134-48.
8. Song W, He Y, Wang S, He W, Xu J. Significance of the lymph nodes in the 7th station in rational dissection for metastasis of distal gastric cancer with different T categories. Chin J Cancer Res. 2014;26:423-30.
9. Tsendsuren T, Jun SM, Mian XH. Usefulness of endoscopic ultrasonography in preoperative TNM staging of gastric cancer. World J Gastroenterol. 2006;12:43-7.
10. Jentschura D, Heubner C, Manegold BC, Rumstadt B, Winkler M, Trede M. Surgery for early gastric cancer: a European one-center experience. World J Surg. 1997;21:845-8.
11. Takekoshi T, Baba Y, Ota H, Kato Y, Yanagisawa A, Takagi K et al. Endoscopic resection of early gastric carcinoma: results of a retrospective analysis of 308 cases. Endoscopy. 1994;26:352-8.
12. Yamamoto H, Kita H. Endoscopic therapy of early gastric cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2005;19:909-26.
13. Kunisaki C, Shimada H, Nomura M, Matsuda G, Otsuka Y, Akiyama H. Therapeutic strategy for signet ring cell carcinoma of the stomach. Br J Surg. 2004;91:1319-24.
14. Taniuchi K, Ookawauchi K, Kumon K, Sumiyoshi T, Iwata J, Furihata M et al. Intramucosal signet ring cell gastric cancer diagnosed 15 months after the initial endoscopic examination. Case Rep Med. 2015;2015:479625.
15. Pernot S, Voron T, Perkins G, Lagorce-Pages C, Berger A, Taieb J. Signet-ring cell carcinoma of the stomach: impact on prognosis and specific therapeutic challenge. World J Gastroenterol. 2015;21:11428-38.
16. Taghavi S, Jayarajan SN, Davey A, Willis AI. Prognostic significance of signet ring gastric cancer. J Clin Oncol. 2012;30:3493-8.
17. Lee SS, Ryu SW, Kim IH, Sohn SS. Early gastric cancer with signet ring cell histology remained unresected for 53 months. J Gastric Cancer. 2011;11:189-93.
18. Lee JH, Choi IJ, Kook MC, Nam BH, Kim YW, Ryu KW. Risk factors for lymph node metastasis in

patients with early gastric cancer and signet ring cell histology. Br J Surg. 2010;97:732-6.
19. Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, Sugihara K, Tanigawa N. Japanese Laparoscopic Surgery Study Group, A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan. Ann Surg. 2007;245:68-72.
20. Kim HM, Pak KH, Chung MJ, Cho CH, Hyung WJ, Noh SH et al.. Early gastric cancer of signet ring cell carcinoma is more amenable to endoscopic treatment than is early gastric cancer of poorly differentiated tubular adenocarcinoma in select tumor conditions. Surg Endosc. 2011;25:3087-93.
21. Wang Z, Zhang X, Hu J, Zeng W, Liang J, Zhou H, et al. Predictive factors for lymph node metastasis in early gastric cancer with signet ring cell histology and their impact on the surgical strategy: analysis of single institutional experience. J Surg Res. 2014;191:130-3.