OLGU SUNUMU

Kolon & Rektum Hastalıkları Dergisi
Journal of Diseases of the Colon and Rectum

Apandiksin Sesil Serrated Adenomu: Olgu Sunumu

Sessile Serrated Adenoma of the Appendix: A Case Report

MEHMET FATİH EKİCİ[1], SEZGİN ZEREN[2], ZÜLFÜ BAYHAN[2], CENGİZ KOÇAK[3], YALÇIN SÖNMEZ[1], FATMA EMEL KOÇAK[4]

[1] Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, Kütahya - Türkiye

[2] Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kütahya - Türkiye

[3] Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya - Türkiye

[4] Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Kütahya - Türkiye

ÖZET

Serrated adenomlar apandikste nadir görülen, genelde apandektomi sonrası tespit edilen lezyonlardır. Kanser riski nedeni ile tanı ve tedavisi daha dikkatli değerlendirme gerektirmektedir. Apandikste serrated adenom insidansı henüz bilinmemektedir. Bu tümörlerin preoperatif tanısı nadirdir. Endoskopik değerlendirme, hem tanı ve tedavide hem de tedavi sonrası takip sürecinde faydalıdır. Bu olgu sunumunda 76 yaşındaki kadın hastada standart apendektomi sonrası rutin histopatolojik incelemede sesil serrated adenom tespit edilen durum tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Karsinogenez, Serrated adenom, Apandiks

ABSTRACT

Serrated adenomas in the appendix are rarely detected lesions usually after appendectomy. Due to the high risk of cancer diagnosis, treatment is needed to be more carefully. Serrated adenoma incidence in appendix is still unknown. The preoperative diagnosis of these tumors is uncommon. Endoscopic intervention, both in diagnosis and treatment is very useful. In this case presentation, a 76-year-old woman after a standard appendectomy patients diagnosed in histopathological examination sessile serrated adenoma was discussed.

Key words: Carcinogenesis, Serrated adenoma, Appendix

Başvuru Tarihi: 07.06.2015, Kabul Tarihi: 11.07.2015

Dr. Mehmet Fatih Ekici
Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Bölümü Kütahya - Türkiye
Tel: 0532.6016904
e-mail: mfatihekici@gmail.com

KRHD 2016;26:13-15

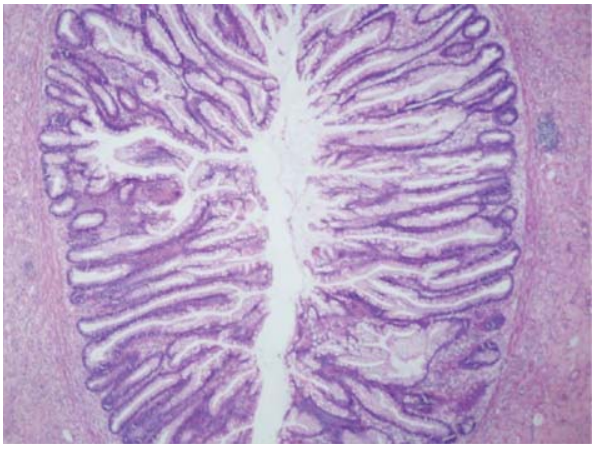
© KRHD 2016

Giriş

Testere dişi(serrated) epitelyum örtüsü ile karakterize olan ve serrated olarak tanımlanan polipler karsinomaya doğru ilerleyerek serrated neoplazi spektrumunu oluşturabilir. Serrated epitelin nedeni, apopitoz inhibisyonu sonucu hücrelerin epitelde birikerek kıvrıntılı görünümün gelişmesidir.[1] Apandiksin adenomatöz lezyonları ise müsinöz kistadenomlar, mikst hiperplastik adenomlar ve serrated adenomlardan oluşmaktadır.[2] Literatürde apandikste serrated adenom tespit edilen çok az vaka bildirilmiştir.

Olgu Sunumu

76 yaşında karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvuran kadın hasta genel cerrahi ekibimizce değerlendirilmiş olup, ön planda akut batın tablosu mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde beyaz küre, CRP anlamlı olarak yüksek bulundu. Acil ultrasonografi incelemesinde de akut apandisit tespit edildi. Olguya akut apandisit ön tanısı ile konvansiyonel apandektomi uygulandı. Apandiksin histopatolojik incelemesinde makroskopik olarak 6 cm uzunluğunda ve 1.2 cm. çapa sahip olduğu izlendi. Dışardan bakıldığında serozal yüz ödemli görünümdeydi. Kesit yüzeyinde mukozanın tüm apandikste ortalama 3 mm. kalınlığa ulaştığı görüldü. Mikroskopik incelemede akut apandisit bulgularına ilave olarak, tüm mukozal yüzeyde villöz/papiller yapılar, kript tabanında 'serration' (testere görünümü), epitelde bazal tabakada belirgin olmak üzere mitotik aktivitede artış, psödostratifikasyon ve displazi saptandı. Bazal membran intakttı ve invazyon bulgusu izlenmedi. Bu bulgularla olguya sesil miks serrated adenom tanısı koyuldu (Resim 1-2). Postoperatif dönemde problem yaşanmayan hasta 3. gün taburcu edildi.



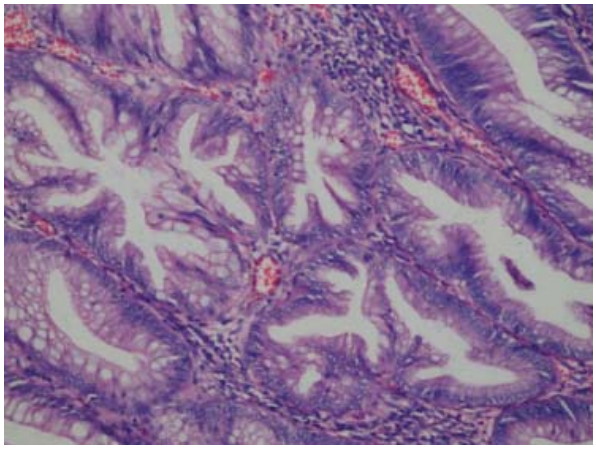
Resim 1. Apandikste serrated adenom HEx4.

Tartışma

Sesil serrated adenom son zamanlarda bildirilmiş bir antitedir. Serrated adenomlar, mikroskopik olarak hiperplastik polip mimarisine uygun olmakla beraber hücre düzeyinde atipi içerirler. Hiperplastik poliplerin tamamen masum olmadığı görüşü ağırlık kazanmaktadır.[2] Spesifik genetik değişiklikler içeren serrated adenomlar, hiperplastik poliplerin tam sınıflanmamış bir alt grubundan gelişmekte ve klasik adenom-karsinom sekansından çok daha hızlı bir şekilde kanser gelişimine yol açmaktadırlar. Hiperplastik aberan kript odağıdan başlayarak gelişen serrated polipler neoplazi sekansın başlangıcıdır.[3]

Apandiksin serrated adenomları kolon ve rektumun serrated adenomlarına göre daha agresif seyirli kabul edilmektedir.[2] Histolojik olarak serrated polipler üç alt gruba ayrılır: hücre sitoplazmasında küçük musin damlaları olan, lümene bakan yüzde serrated kripleri bulunan hiperplastik polip, dilate-distorsiyona uğramış çapa veya L şekilli sesil serrated adenomlar ve kompleks villöz şekilli eozinofilik hücrelerin bulunduğu genel sesil adenomlar.[4,5] Sıklıkla sağ kolonda lokalize olmakla birlikte apandikste de görülebilir, ortalama çap 2-10 mm arasında bildirilmiştir.[6] Bu lezyonun apandikste görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Serrated poliplerin tüm hiperplastik poliplere olan oranın %8.4 olduğu bildirilmiştir.[5]

Serrated adenomların prekanseröz lezyonlar olarak değerlendirilmesinde, hiperplastik lezyonun progrese olarak serrated adenom haline gelmesinin 7.5 yıl aldığı



Resim 2. Adenom tabanlı glandlarda testere dişi görünümü ve epitelde displazi (HEx20).

© KRHD 2016

belirtilmiştir.[7] Serrated adenomlarda %7-15 oranında in situ karsinomaya eşdeğer ağır displastik odaklara rastlanabilir.[3] Serrated lezyonlar hiperplastik poliplere morfolojik olarak benzeyebilir. Diğer lezyonlardan kript tabanında serration ve dilatasyon, asimetrik kriptler ve displazi varlığı ile ayrılır. Dolayısıyla sesil serrated adenom özellikle ileri yaştaki hastalarda ve aşırı kilolu hastalarda görülme sıklığı artar. Sigara ve alkol kullanımı serrated poliplerin oluşumu ile ilgili olabileceğini bildiren çalışmalar bildirilmiştir.[7]

Güncel kılavuzlarda serrated poliplerin potansiyel karsinom riskini dikkatle değerlendirip tedavi seçenekleri belirlemişlerdir. Bu hastalık için altın standart tedavi modelleri olarak belirlenen kesin tedavi modeli bulunmamakla beraber, sağ kolonda bulunan serrated adenomlarda displazi yokluğunda endoskopik polipektomi temiz sınırlar tespit edilerek yeterli olabilir. Tam eksizyon sağlandıktan sonra takip süreci; polip sayısı, polip boyutu, hastanın kolon rektum kanser öyküsü, ailevi kanser öyküsü değerlendirilerek endoskopistce belirlenmelidir.[8] İlk ve sonraki endoskopik incelemede displazi varlığında, adenomda ilk eksizyonda negatif sınır sağlanamamasında, cerrahi risk faktörleri ve hasta uyumu göz önüne alınarak cerrahi rezeksiyon düşünülmelidir.[8]

Sol kolon ve rektumda daha nadir tespit edilmekle beraber, polipler genelde küçük olduğu için endoskopik polipektomi yeterli olabilir. Displazi varlığında ve endoskopik polipektomi ile total eksizyon sağlanamamışsa cerrahi rezeksiyon gerekebilir.[8]

Apandikste lokalize adenomların tedavisinde temiz sınırlar korunarak rezeksiyon (apendektomi) yeterli olabilir. Sağ hemikolektomi gerekliliği halen tartışmalıdır. Çekum duvarına ulaşan adenomlar için apandektomiye ek olarak çekum duvarının wedge şeklinde rezeksiyonunu yeterli kabul eden yazarlar mevcuttur. Özellikle ileri yaşta, ek problemleri olan vakalarda sağ hemikolektominin komplikasyonlarından korunmak amaçlı bu uygulama yeterli kabul edilir. Malign dejenerasyon gelişmiş, büyük adenomlarda sağ hemikolektomi ve lenf adenektomi gereklidir.[9]

Bizim olgumuzun ileri yaşta olması, serrated adenomun sağ kolonda olması literatürdeki değerlendirmeler ile uyumludur. Literatürden farklı olarak olgumuzdaki bu adenom insidental saptandı. Histopatolojik değerlendirmede malign dejenarasyon gösterilmemesi ve çekum duvarına invazyon saptanmaması nedeni ile ikinci bir cerrahiye gerek duyulmamış olup, hastanın takibinin rutin kolonoskopi ile yapılması planlanmıştır. Son yıllarda güncel olan serrated poliplerin takip ve tedavi sürecini insidental olarak serrated adenom saptanan bu olgumuzla irdeleyip, cerrahlarımız bu konuya dikkatini çekmeyi amaçladık.

Sonuçta serrated neoplazi progresyon sürecinin belirlenmesi, risk taşıyan bireylerin takip ve tedavi algoritmasının net olarak ortaya konması için büyük serilerde prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Longacre TA., Fenoglio-Preiser CM. Mixed hyperplastic adenomatous polyps/serrated adenomas. A distinct form of colorectal neoplasia Am J Surg Pathol. 1990;14:524-537.
2. Rubio CA. Serrated adenomas of the appendix. J Clin Pathol 2004;57:946-949.
3. Ensari A., Bomsan FT., Offerhaus GJA. The serrated polyp: getting it right! J Clin Pathol 2010:63:665-668
4. Anderson JC. Pathogenesis and Management of Serrated Polyps: Current Status and Future Directions. Gut and Liver. 2014;8:582-589.
5. Toyoshima N., Sakamato T., Makazu M., Nakajıma T., Matsuda T., Kushima R., *et.al.* Prevalance of serrated polyposis syndrome and its association with synchronous advanced adenoma and lifestyle. Mol and Clin Oncology 2015;3:69-72.
6. Renshaw AA., Kish R., Gould EW. Sessile Serrated Adenoma Is Associated with Acute Appendicitis in Patients 30 Years or Older. Am J Clin Pathol 2006;126:875-877.
7. Yamane L., Scapulotempo-Neto C., Reis RM., Guimaraes DP. Serrated Pathway in colorectal carcinogenesis. World J Gastroeneterol 2014 March 14;20:2634-2640.
8. Bauer VA., Papaconstantinou HT. Management of Serrated Adenomas and Hyperplastic Polyps. Clin Colon Rectal Surg. 2008;21:273-279.
9. Real Martinez CA, Cutovoi J., Rossi DH., Meirelles LR, Ayrizono MLS., Leal FL, *et al.* Intramucosal Carcinoma of the Appendix Arising from Traditional Serrated Adenoma. Case Rep Surg. 2015;2015:297450.

© KRHD 2016