

Hepatosellüler karsinomun duodenal invazyonuna bağlı gelişen üst gastrointestinal kanamanın transkateter arteriyel embolizasyon ile başarılı tedavisi

Successful treatment with transcatheter arterial embolization for upper gastrointestinal bleeding due to duodenal invasion of hepatocellular carcinoma

Elvan Işık ERDOĞAN¹, Çiğdem ALTINEL¹, Fatih TEKİN¹, Halil BOZKAYA², Mustafa HARMAN², Zeki KARASU¹, Ömer ÖZÜTEMİZ¹

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, ²Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Hepatosellüler karsinomun duodenal invazyonuna bağlı gelişen gastrointestinal kanama oldukça nadir görülen bir durumdur. Bu yazıda duodenal invazyon gösteren hepatosellüler karsinoma bağlı gelişen şiddetli üst gastrointestinal kanama ile başvuran 69 yaşında kadın olgu sunulmaktadır. Transkateter arteriyel embolizasyon ile kanama durdurulmuştur. Üst gastrointestinal kanama ile başvuran sirotik olgularda, nadir görülse de hepatosellüler karsinomun duodenum invazyonu ayırıcı tanıda akıldaki tutulmalıdır. Hepatosellüler karsinomun duodenum invazyonuna bağlı gelişen kanamayı durdurmakta transkateter arteriyel embolizasyon etkin bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Hepatosellüler karsinom, duodenal invazyon, gastrointestinal sistem kanaması, transkateter arteriyel embolizasyon

Gastrointestinal bleeding due to duodenal invasion of hepatocellular carcinoma is an extremely rare condition. Herein we report a case of 69-year-old woman who presented with massive upper gastrointestinal bleeding due to duodenal invasion of hepatocellular carcinoma. Transcatheter arterial embolization was effective in stopping the bleeding. Although it is rare, duodenal invasion of hepatocellular carcinoma should be considered in the differential diagnosis of cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding. Transcatheter arterial embolization is an effective method to stop bleeding due to the duodenal invasion of hepatocellular carcinoma.

Key words: Hepatocellular carcinoma, duodenal invasion, gastrointestinal system bleeding, transcatheter arterial embolization

GİRİŞ

Hepatosellüler karsinom (HSK) en sık görülen primer karaciğer tümörüdür ve kanser ilişkili ölümler arasında 2. sırada yer alır (1). Tanı esnasında ekstrahepatik metastaz vakaların %5-15'inde görülmektedir. Tümör boyutu 5 cm'nin üstünde olan ve büyük damar tutulumu olan ileri evre hastalarda ekstrahepatik metastaz daha sık görülmektedir. En sık yayılım yerleri akciğerler, kemikler, batin içi lenf bezleri, adrenal bezler ve beyindir (2). Gastrointestinal sistem (GİS) yayılımı oldukça nadir olup sıklıkla komşu segmente direkt invazyon şeklinde meydana gelir (3). HSK'un GİS tutulumunun en sık klinik bulgusu gizli veya aşikar olan kanamadır ve tedavi olarak konservatif yaklaşım, transkateter arteriyel kemoembolizasyon (TAE), radyoterapi (RT) veya cerrahi rezeksiyon hastanın durumuna göre tercih edilebilir (4,5). Bu yazıda, HSK'un duodenum invazyonuna bağlı masif üst GİS kanaması ile kliniğimize başvuran ve TAE ile başarılı bir şekilde kanamanın kontrol altına alındığı nadir bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Altmış dokuz yaşında kadın hasta iki gündür olan siyah renkli dışkılama, halsizlik ve başvuru günü meydana gelen kanlı kusma şikayeti ile acil servisimize başvurmuştur. Yaklaşık 15 yıldır hepatit C virüsüne bağlı karaciğer sirozu tanısı olan olguya 6 yıl önce özofagus varis kanaması (ÖVK) nedeniyle endoskopik bant ligasyonu (EBL) uygulandığı öğrenilmiştir. Başvuru anında fizik muayenesinde kan basıncı: 95/55 mmHg, nabız sayısı: 82/dk ölçülmüştür. Batin muayenesinde sağ üst kadranda palpe edilebilen kitle ve asit varlığı tespit edilmiştir. Laboratuvar bulgularından hemoglobin: 7gr/dl, hematokrit: %21.8, total bilirubin: 1.66 mg/dl (normal: 0.1-1 mg/dl), protrombin zamanı: 17.4 sn, INR: 1.6, albumin: 2.1 g/dl (normal: 3.5-5 g/dl) olarak saptanmıştır. Hastanın Child-Pugh skoru: 9 (evre B) ve MELD (Model For End-Stage Liver Disease) skoru: 9 olarak hesaplanmıştır.

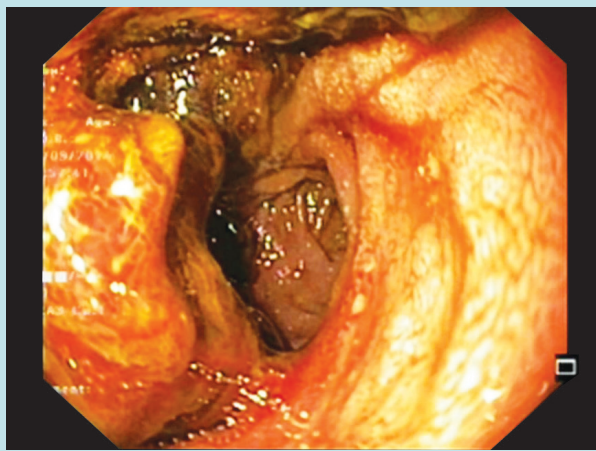
Acil olarak kliniğimizde yapılan özofagogastroduodenoskopide (ÖGD) özofagus distalinde 4 kolon halinde, ka-

İletişim: Elvan Işık ERDOĞAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bornova/İZMİR
Telefon: +90 232 342 77 64 • E-mail: elvanisik80@hotmail.com

Geliş Tarihi: 18.10.2014 • **Kabul Tarihi:** 05.12.2014

nama belirtisi olmayan grade 3,3,2,2 varisler saptanmış, kardial ve fundus varisleri ise izlenmemiştir. Ayrıca, bulbusta ön duvarın tamamını ve duodenum 2. segmentin bir kısmını kaplayan, yer yer nekroz alanları içeren ve bir kenarı yıkamakla uzaklaştırılmayan pıhtı ile örtülü ülserovejetan lezyon izlenmiş, aktif kanama olmaması nedeniyle endoskopik hemostaz işlemi bakımından müdahale edilmemiştir (Resim 1). Daha önce ÖVK öyküsü olması nedeniyle özofagus varislerine toplam 4 adet endoskopik bant ligasyonu uygulanarak işlem sonlandırılmıştır. ÖGD işlemi sonrasında hasta tetkik ve takip amaçlı kliniğimize yatırılmıştır. Çekilen batin ultrasonografisinde karaciğer sirozu ile uyumlu olarak karaciğer ekosunun heterojen olduğu, kenarlarının düzensiz hale geldiği, splenomegali, asit varlığı ve ayrıca karaciğerde 79 x 79 mm çapında kitlesel lezyon saptanmıştır. Serum alfa fetoprotein (AFP) düzeyi çok yüksek (18982 ng/ml, normal < 7 ng/ml) olarak bulunmuştur. Çekilen batin bilgisayarlı tomografide (BT) karaciğer sol lob segment 4 lokalizasyonunda sınırları net anlaşılamayan hipodens kitlesel lezyon, ayrıca segment 6 ve 5 lokalizasyonundan komşuluğundaki duodenal ansa doğru uzanım gösteren ve duodenal anı belirgin bir şekilde saran yaklaşık 10 x 9 cm boyutlarında, HSK ile uyumlu kitlesel lezyon saptanmıştır (Resim 2). Olgunun yatışının 10. gününde aktif üst GİS kanaması gelişmiş, yapılan ÖGD’de kanamanın bulbustaki kitleden olduğu görülmüştür. Endoskopik tedavi ile kanamanın kontrol altına alınamayacağı düşünülmüş, hastanemiz girişimsel radyoloji bölümü tarafından kanayan kitle lezyonuna acil olarak TAE yapılmıştır (Resim 3A,3B). TAE sonrasında kanama kontrol altına alınmış, hastanın eritrosit süpsansiyonu transfüzyon gereksinimi kalmamış ve hemodinamisi stabil seyretmiştir. Takibinde tekrar kanama gelişmeyen olgu yatışının 17. gününde poliklinik kontrolüne gelmesi önerilerek taburcu edilmiştir.



Resim 1. Bulbusta yer yer nekroz alanları içeren ülserovejetan lezyonun endoskopik görüntüsü.



Resim 2. Koronal rekonstrükte bilgisayarlı tomografide egzofitik hepatosellüler karsinom ile duodenum ilişkisi (ok).

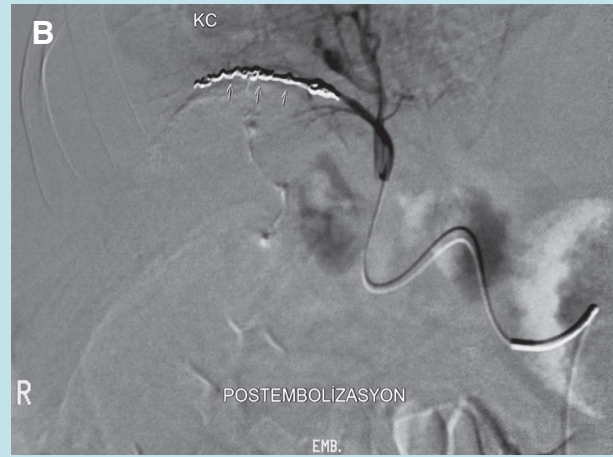
TARTIŞMA

HSK’un çoğunlukla kapsüle olması ve egzofitik büyüme paterni göstermesi nedeniyle gastrointestinal organlara invazyondan çok bası etkisi yaratır. HSK’un GİS metastazı nadir (%0.5-2) görülmektedir (3,6). En sık tutulan GİS organları sırasıyla duodenum, mide, kolon ve jejunumdur. HSK’un GİS tutulumu daha çok doğrudan invazyon şeklindedir ancak özellikle büyük damar tutulumunun olduğu ileri evre hastalıkta hematogen yolla yayılım da söz konusu olabilir. Anatomik yakınlık nedeniyle duodenum invazyonu daha çok karaciğer sağ lobtaki HSK’larda görülürken sol lobdaki HSK’lar ise daha çok mideye invaze olurlar (7). Olgumuzda da duodenuma invaze olan HSK lezyonu karaciğer sağ lobda (segment 6 ve 5) yerleşmiştir.

HSK’un GİS tutulumu sıklıkla asemptomatiktir; en sık görülen klinik bulgu gizli veya aşikar GİS kanamasıdır (6). Gerçekte üst GİS kanaması HSK’lu hastalarda sık görülür ve HSK’a bağlı ölümlerin ve tekrarlayan hastane yatışlarının başlıca nedenidir. HSK’da kanamanın en sık nedeni özofagus varisleri ve peptik ülserlerdir, nadiren tümörün direkt invazyonu ile de meydana gelebilir. Duodenal invazyona bağlı üst GİS kanama vakası ilk kez 1987’de Humbert tarafından yayınlanmıştır (8). HSK’un GİS infiltrasyonu ÖGD’de submukozal lezyon, ülseravejetan kitle veya polipoid lezyon gibi farklı şekillerde karşımıza



Resim 3-A. Hepatik arterin süperselektif segmental arter kateterizasyonu ile elde edilen anjiyografilerinde saptanan tümöral boyanma ve intratümöral psödoanevrizma (ok).



Resim 3-B. Tümörü besleyen segmental arterin polivinil alkol partikülleri ve metalik koillerle (küçük beyaz oklar) embolizasyonu sonrası tümörün ve psödoanevrizmanın tamamen devaskularize olduğu görülüyor.

çıkabilir (4,6). Endoskopik olarak spesifik bir görünümü olmaması ve çoğunlukla asemptomatik olması nedeniyle HSK'un GİS tutulumu tanısı nadir konulabilmektedir. Tanı için en önemli yöntem endoskopi eşliğinde biyopsi alınmasıdır. Ancak biyopsinin alınamadığı veya yetersiz olduğu durumlarda BT, endoskopik ultrasonografi veya anjiyografi gibi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılır. Olgumuzda kanama nedeni ile lezyondan endoskopik biyopsi alınamamış, ancak tipik BT bulguları ve yüksek AFP düzeyi ile HSK tanısı konmuştur.

HSK'un duodenum invazyonuna bağlı üst GİS kanamasının tedavisinde kan transfüzyonu, parenteral hidrasyon ve proton pompa inhibitörlerinden oluşan destek tedavisinin yanı sıra endoskopik hemostaz, cerrahi rezeksiyon, TAE ve RT diğer tedavi seçenekleridir. Bu hastalarda cer-

rahi rezeksiyon ideal bir tedavi seçeneği olmakla beraber çoğunlukla altta yatan siroz ve tümörün ileri evrede olması nedeniyle çoğu hastada mümkün olamamaktadır. Cerrahinin yapılmadığı, endoskopik olarak kontrol altına alınamayan hastalarda selektif TAE en uygun tedavi seçeneği olarak ortaya çıkmaktadır (9,10). Bizim hastamızda da infiltratif kitleden kaynaklanan masif üst GİS kanaması selektif TAE uygulaması ile başarılı bir şekilde kontrol altına alınmıştır.

Sonuç olarak, HSK'un GİS tutulumu oldukça nadir olup kötü prognoz belirtisidir. Sıklıkla semptom vermemesi ve spesifik bir endoskopik bulgusu olmaması nedeniyle tanısı zordur. GİS tutulumunda en sık klinik bulgu GİS kanamasıdır. Endoskopik olarak kontrol altına alınamayan kanamalarda selektif TAE başarılı bir tedavi seçeneğidir.

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61:69-90.
2. Uka K, Aikata H, Takaki S, et al. Clinical features and prognosis of patients with extrahepatic metastases from hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol* 2007;13:414-20.
3. Chen LT, Chen CY, Jan CM et al. Gastrointestinal tract involvement in hepatocellular carcinoma: clinical, radiological and endoscopic studies. *Endoscopy* 1990;22:118-23.
4. Yamada K, Tohyama H, Shizawa Y, et al. Direct duodenal invasion of hepatocellular carcinoma intestinal hemorrhage treated by transcatheter arterial embolization. *Clin Imag* 1998;22:196-9.
5. Okusaka T, Okada S, Ishii H, et al. Hepatocellular carcinoma with gastrointestinal hemorrhage caused by direct tumor invasion to duodenum. *Jpn J Clin Oncol* 1997;27:343-5.
6. Lin CP, Cheng JS, Lai KH, et al. Gastrointestinal metastasis in hepatocellular carcinoma: radiological and endoscopic studies of 11 cases. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15:536-41.
7. Park MS, Kim KW, Yu JS, et al. Radiologic findings of gastrointestinal tract involvement in hepatocellular carcinoma. *J Comput Assist Tomogr* 2002;26:95-101.
8. Humbert P, Sarmiento J, Boix J, et al. Hepatocellular carcinoma presenting with bleeding due to duodenal perforation by the tumor. *Endoscopy* 1987;19:37-8.
9. Srivastava DN, Gandhi D, Julka PK, Tandon RK. Gastrointestinal hemorrhage in hepatocellular carcinoma: management with transhepatic arterioembolization. *Abdom Imaging* 2000;25:380-4.
10. Ohnishi S, Hatanaka K, Nakanishi M, et al. Massive invasion of hepatocellular carcinoma to the duodenum: successful treatment of gastrointestinal hemorrhage with transcatheter arterial embolization. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2004;16:157.