

## Bölüm 12

# İNCE BAĞIRSAĞIN MALİGN TÜMÖRLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Yusuf SEVİM<sup>1</sup>

### GİRİŞ

İnce bağırsağın primer malign tümörleri nadir olarak izlenir ve gastrointestinal sistem tümörlerinin yaklaşık olarak %4'ünü oluşturur (1). İnce bağırsak malign tümörlerinin çoğu adenokarsinom, nöroendokrin tümörler (en çok karsinoid tümör), lenfoma, sarkom ve gastrointestinal stromal tümörlerdir. Bu tümörlerden en sık görüleni adenokarsinomdur (%25-50) ve en sık olarak duodenumda izlenir (2). Nöroendokrin tümörlerin diğer tiplerinden somatostatinoma, paraganglioma ve kötü diferansiye nöroendokrin karsinoma ince bağırsakta lokalize olabilmektedir. Tümör tiplerine göre, ince bağırsakta tutulan kısımlar değişiklik göstermektedir. Tümör tiplerine göre, ince bağırsakta tutulan kısımlar değişiklik göstermektedir. İnce bağırsak karsinomları en çok duodenuma yerleşirken, karsinoid ve leiomyosarkom daha çok ileuma lokalize olmaktadır. Bununla birlikte ince bağırsak malign tümörlerinin yaklaşık %20'sini oluşturan karsinoid tümörler duodenum ve jejunuma yerleşebilir ve multipl olabilir (1). Malign lenfoma soliter bir ince bağırsak lezyonu olarak çok nadir tespit edilir. Primer gastrointestinal lenfoma diyebilmek için periferik veya mediastinal lenfadenopatinin olmaması, tam kan sayımının ve periferik yaymasının normal olması ile birlikte predominant olarak gastrointestinal sistemin tutulması gerekmektedir. Lenfomalar daha çok mideyi tutar ve ince bağırsak tutulumu %9 oranında izlenir. Tümör tiplerinin davranış değişikliği nedeniyle genel olarak farklı tedavi yaklaşımları mevcuttur. İnce bağırsağın malign tümörleri geç bulgu verir ve tanı anında metastatik olabilir. Başka bir klinik durumun araştırılması sırasında ya da mekanik obstrüksiyon etiyojisi araştırılırken de ince bağırsak tümörü tespit edilebilir. Geç bulgu vermesiyle genel olarak kötü prognoz ile ilişkilidir.

<sup>1</sup> Doç. Dr., Kayseri Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Eğitim Kliniği, yusufsevim@gmail.com

biyopsi ve *mismatch repair* veya mikrosatellit instabilite test edilmesini tavsiye etmişlerdir. Operabilite değerlendirmede PET/CT kullanımının endike olmadığı belirtilmiştir. Eğer hastalık rezektabl olarak tespit edilmişse cerrahi tedavi lokal ileri veya metastatik ise kemoterapi önerilmektedir. Takip konusu bu konuda yeni bilgiler ortaya konuldukça değişebilse de genel olarak tüm lokalizasyonlar için ilk 2 yıl 3-6 ayda bir sonra toplam 5 yıla kadar 6 ayda bir hikaye, fizik muayene, CEA ve/veya Ca 19-9 bakılması; ilk 2 sene 6-12 ayda bir ve 3-5 yıl için 12 ayda bir toraks, abdomen ve Pelvik CT takipte önerilir. Rutin olarak kullanımda PET/CT veya kapsül endoskopinin yeri yoktur (28).

Sonuç olarak ince bağırsağın malign tümörleri oldukça nadirdir ve bir o kadar kötü seyirlidir. Bu nedenle bu konuda literatüre sağlanacak katkılar önemlidir. Günümüzde ince bağırsak kanserlerinde tek kür şansı halen cerrahi tedavidir, ancak kemoterapinin uzak rekürrensi azalttığı bilinmektedir. Kombine tedaviler ve sıkı takiple hastanın sağkalımını arttırmak amacımız olmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

1. www.cancer.gov/types/small-intestine/hp/small-intestine-treatment-pdq#cit/section\_1.2 [
2. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. AJCC Cancer Staging Manual: Springer International Publishing; 2018.
3. Kadakia SC, Parker A, Canales L. Metastatic tumors to the upper gastrointestinal tract: endoscopic experience. Am J Gastroenterol 1992;87(10):1418-1423.
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin 2019;69(1):7-34.
5. Hatzaras I, Palesty JA, Abir F, et al. Small-bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the connecticut tumor registry. Arch Surg 2007;142(3):229-235.
6. Lepage C, Bouvier AM, Manfredi S, et al. Incidence and management of primary malignant small bowel cancers: a well-defined French population study. Am J Gastroenterol 2006;101(12):2826-2832.
7. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf> [
8. Perzin KH, Bridge MF. Adenomas of the small intestine: a clinicopathologic review of 51 cases and a study of their relationship to carcinoma. Cancer 1981;48(3):799-819.
9. Hanninen UA, Katainen R, Tanskanen T, et al. Exome-wide somatic mutation characterization of small bowel adenocarcinoma. PLoS Genet 2018;14(3):e1007200.
10. Rodriguez-Bigas MA, Vasen HF, Lynch HT, et al. Characteristics of small bowel carcinoma in hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. International Collaborative Group on HNPCC. Cancer 1998;83(2):240-244.
11. Zhang MQ, Chen ZM, Wang HL. Immunohistochemical investigation of tumorigenic pathways in small intestinal adenocarcinoma: a comparison with colorectal adenocarcinoma. Mod Pathol 2006;19(4):573-580.
12. Giardiello FM, Brensinger JD, Tersmette AC, et al. Very high risk of cancer in familial Peutz-Jeghers syndrome. Gastroenterology 2000;119(6):1447-1453.
13. Abrahams NA, Halverson A, Fazio VW, et al. Adenocarcinoma of the small bowel: a study of 37 cases with emphasis on histologic prognostic factors. Dis Colon Rectum 2002;45(11):1496-1502.
14. Cross AJ, Leitzmann MF, Subar AF, et al. A prospective study of meat and fat intake in relation to small intestinal cancer. Cancer Res 2008;68(22):9274-9279.

15. Negri E, Bosetti C, La Vecchia C, et al. Risk factors for adenocarcinoma of the small intestine. *Int J Cancer* 1999;82(2):171-174.
16. Yamada A, Komaki Y, Komaki F, et al. Risk of gastrointestinal cancers in patients with cystic fibrosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2018;19(6):758-767.
17. Canavan C, Abrams KR, Mayberry JF. Meta-analysis: mortality in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25(8):861-870.
18. Green PH, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med* 2007;357(17):1731-1743.
19. Leoncini E, Carioli G, La Vecchia C, et al. Risk factors for neuroendocrine neoplasms: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2016;27(1):68-81.
20. Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, et al. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma? *Arch Surg* 2000;135(6):635-641; discussion 641-632.
21. Tran TB, Qadan M, Dua MM, et al. Prognostic relevance of lymph node ratio and total lymph node count for small bowel adenocarcinoma. *Surgery* 2015;158(2):486-493.
22. Wilhelm A, Muller SA, Steffen T, et al. Patients with Adenocarcinoma of the Small Intestine with 9 or More Regional Lymph Nodes Retrieved Have a Higher Rate of Positive Lymph Nodes and Improved Survival. *J Gastrointest Surg* 2016;20(2):401-410.
23. Datta S, Williams N, Suortamo S, et al. Carcinoid syndrome from small bowel endocrine carcinoma in the absence of hepatic metastasis. *Age Ageing* 2011;40(6):760-762.
24. Das CJ, Manchanda S, Panda A, et al. Recent Advances in Imaging of Small and Large Bowel. *PET Clin* 2016;11(1):21-37.
25. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2015;110(9):1265-1287; quiz 1288.
26. Nakanoko T, Koga T, Taketani K, et al. Characteristics and Treatment Strategies for Small Bowel Adenocarcinoma in Advanced-stage Cases. *Anticancer Res* 2015;35(7):4135-4138.
27. Ecker BL, McMillan MT, Datta J, et al. Efficacy of adjuvant chemotherapy for small bowel adenocarcinoma: A propensity score-matched analysis. *Cancer* 2016;122(5):693-701.
28. NCCN (2019). Clinical practice guidelines in oncology. Small Bowel Adenocarcinoma ver.1.2020 [Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/small\\_bowel.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/small_bowel.pdf)].
29. Ecker BL, McMillan MT, Datta J, et al. Adjuvant chemotherapy versus chemoradiotherapy in the management of patients with surgically resected duodenal adenocarcinoma: A propensity score-matched analysis of a nationwide clinical oncology database. *Cancer* 2017;123(6):967-976.