

Gastrointestinal Sistem Kanaması ve Duodenal İntusepsiyona Sebep Olan Brunner Bezi Hamartomu

BRUNNER'S GLAND HAMARTOMAS CAUSES UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE AND DUODENAL INTUSSUSCEPTION

Dr.Osman DOĞRU, Dr.Nuri Aydın KAMA, Dr.Belgin KARAN, Dr.Erdal GÖÇMEN

Ankara Numune Hastanesi 4.Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Brunner bezlerinin adenomları oldukça nadir görülen duodenal tümörlerdir. Genellikle küçük ve asemptomatikler, fakat bazen çok büyüyerek semptomlara yol açabilirler. Bunlar nadiren G/S kanamasının, obstrüksiyonun veya intusepsiyonun sebebidirler. Bu yazımızda G/S kanaması ve intusepsiyona sebep olan bir Brunner Bezi Hamartomu vakamızı takdim ettik.

Anahtar Kelimeler: Brunner bezi hamartomu, Komplikasyonlar

T Klin Gastroenterohepatoloji 1993,4:21 -23

SUMMARY

Brunner's gland adenomas are uncommon benign duodenal tumors. These are usually asymptomatic and small. However it occasionally grows so large to cause symptoms. They are an infrequent cause of upper gastrointestinal hemorage, obstruction and intussusception. We report a new case which cause upper gastrointestinal hemorage and Intussusception.

Key Words: Brunner's gland hamartoma, Complications

Turk J Gastroenterohepatol 1993,4:21-23

Brunner bezleri ilk defa 1688 yılında Brunner (1) tarafından tanımlanmıştır. 1835 yılında Cruveilhier (2)'in İntusepsiyona sebep olan Brunner bezi hiperplazisi vakasını yayınladığı kadar klinik önemi farkedilmemiştir. Bezlerin adenomunu ise ilk defa Salvoli (3) tarif etmiştir.

Bezler duodenum submukozasında ve lamina propria'nın derin katlarında yerleşikler. Pilordan pankreatik kanalın açıldığı yerin distaline kadar uzanırlar. Nadiren ince barsak proksimalinde de yerleşebilirler (4,5).

Bezlerde hiperplaziye seyrek olarak rastlanır. Bu durum meydana geldiğinde ise duodenal obstrüksiyona, gastrointestinal kanamaya, duodenal intusepsiyona ve bilier fistüle sebep olabilir (5,6,7,8,9). Bu yazımızda gastrointestinal kanama ve intusepsiyona sebep olan bir Brunner Hamartomu vakamızı takdim ediyoruz.

VAKA TAKDİMİ

Ellibeş yaşında kadın, on gündür devam eden siyah renkte gaita, karın ağrısı, halsizlik ve başdönmesi şikayetleri sonucu GIS kanaması ön teşhisi ile kliniğimize yatırıldı. Hikayesinde iki yıldır aralıklı melanası ol-

duğu, bu süre zarfında peptik ulkus düşünülerek hastaya antiasit ve H₂ blokür tedavisi uygulandığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde; vital bulguları, TA: 90/60mmHg, Nabız: 104/dk, Ateş: 37.4 °C idi. Deri ve konjunktivalar soluktu. Kardiyak muayenesinde en iyi triküspit odakta duyulan, apeks ve mezokardiyaktada alınan 3°/6°den sistolik üfürüm vardı. Epigastriumda, derin palpasyonda hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar muayenesinde; Hb: 8.8gr/dl, hematokrit %24, beyaz küre 6000/mm³dü. Kanama zamanı 1.30", pıhtılaşma zamanı 4', gaitada gizli kan +++ olarak tesbit edildi. Kan biyokimyasında; üre 76mg/dl, kreatinin 135 umol/L, yüksekliği dışında patolojik bulgular tesbit edilemedi. Akciğer grafisinde peribronşial tıbbotik kalınlaşma, sol kostofrenik sinüste küntleşme ve EKG'de sol dal bloğu belirlendi. Abdominal ultrasonografisinde ise kolelitolithiasis ve mide distalinden bulbusa uzanan duvar kalınlaşması olduğu bildirildi. Yapılan endoskopik incelemede; mide korpus ve antrumunda mukozanın soluk görünümlü olduğu, duodenum üst kısmında ise üzeri ülser polipoid lezyon olduğu belirlendi. Korpus ve antrumdan alınan biopsi kronik gastrit olarak değerlendirildi. Ülsere duodenal kitleden yetersiz olacağı düşünülerek biopsi alınmamıştı. Endoskopi duodenum tümörü olarak rapor edildi.

Hasta kolelitolithiasis ve duodenum tümörü ön teşhisi ile operasyona alındı. Explorasyonda safra ke-

Geliş Tarihi: 17.4.1992

Kabul Tarihi: 29.12.1992

Yazışma Adresi: Dr.Osman DOĞRU

Ankara Numune Hastanesi 4.Cerrahi Kliniği

Turk J Gastroenterohepatol 1993, 4



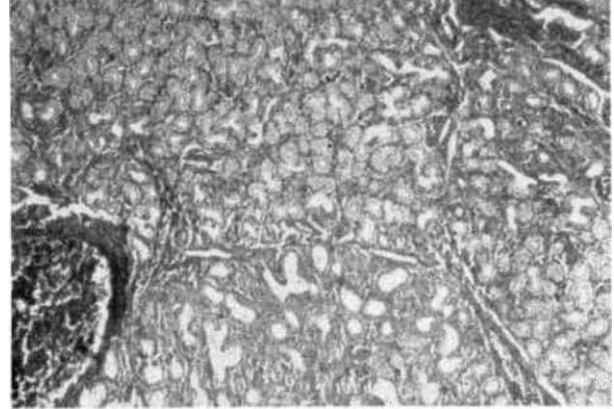
Şekil 1. Fotoğrafta sol tarafta transvers kolon mezosundan tutularak yukarıya kaldırılmıştır. Treitz ligamanının 5cm distalde jejunum içindeki kitle görülmektedir.



Şekil 2. Şekil 1 deki kitle jejunum içersinde proksimale doğru kolaylıkla sıvazlanmış ve duodenum 1.kitasına kadar gelmişti. Transvers kolon mezosu üstünde duodenum 1 .kıtadaki kitle görülmektedir.



Şekil 3. Duodenum 1.kıtaya duodenotomi yapıldığında tümeni dolduran kısa pediküllü polipoid yapıda kitle görülmektedir.



Şekil 4. Histolojik kesitte tüm tümör dokusunu normal duodenal bezleri taklit eden Brunner bezleri dolu olduğu görülmektedir.

sesinde multiple taş mevcuttu. Koledok normal olarak değerlendirildi. Mide ve duodenum normal görünümde idi, ancak Treitz'den yaklaşık 5cm distalde jejunum anısı içersinde 6x5x5cm çapında kitle palpe edildi (Şekil 1). Kitle barsak içersinde sıvazlanarak kolayca duodenum 1.kitasına kadar itildi (Şekil 2). Kitlenin çok uzun saplı bir polip olabileceği düşünöldü. Diğer karın içi organları normaldi. Önce kolesistektomi yapıldı. Daha sonra duodenotomi yapılarak duodenum 1.kıta açıldı. Burada alt mediai yüze geniş fakat kısa bir pedikülle tutunmuş 6x5x5cm ebatlarında üzerinde yer yer nekrotik alanlar ihtiva eden polipoid bir yapının lümeni doldurduğu gözlemlendi (Şekil 3). Kısa pediküllü olması sebebiyle duodenum son kısımları ve jejunuma invagine olduğu, Treitz'den 5cm mesafeye kadar ulaştığı belirlendi. Kitle pedikülün proksimalinden total olarak eksize edildi. Postoperatif herhangi bir sorunu olmayan hasta kontrole çağrılarak taburcu edildi.

Parçanın histolojit incelemesi Brunner Bezi Hamartomu olarak rapor edildi (Şekil 4).

TARTIŞMA

İnce barsağın benign tümörlerine otopsi serilerinde %016 oranında rastlanır (10). Benign duodenal tümörler ise oldukça nadirdir ve tüm cerrahi ve otopsi bulgularındaki benign tümörlerin %0008'ini oluşturur (11). Brunner bezlerinden köken alan tümörler ise benign duodenal tümörlerin yaklaşık %10.6'sını oluşturur (10,12). Bu bezlerden çıkan nadirde olsa malign tümörlerde bildirilmiştir (13,14,15).

Nadir görölen bu oluşumlarında etyolojisinde iki teori mevcuttur. İlk teori gastrik asiditenin alkalen sıvı salgılayan bu bezlerde hiperplaziye yol açtığı şeklindedir (16). Ancak Zollinger Ellison hastalarında bu tür lezyonlar tesbit edilememiştir. Yine Kaplan ve arkadaşları adenomlu hastaların ancak %45'inde hiperasidite belirlerken, %20'sinde de düşük gastrik asit seviyeleri olduğunu bulmuştur (14). Diğer teori ise bunların neoplastik orijinden çok hamartamatöz lezyonlar şeklinde geliştiğidir (17,18,19). Bizim vakamızda hamartamatöz lezyon olarak tarif edilmiştir.

Brunner beziennin anormal büyümeleri; diffüz nodüler hiperplazi, lokaliz@ nodüler hiperplazi, polipoid hiperpiazi (Brunner's adenoma, soliter adenoma, Brunneroma) olmak üzere üç şekilde olur. En sık nodüler hiperplazik tip görülür. Bununla birlikte semptomlara en sık yol açan soliter adenomdur (20-21). Soliter adenomlar genellikle sesil polip şeklinde 1-1 Ocm çapında olup, hemen daima duodenurnda, amputa vateri proksimalinde yerleşirler. En sık rastlanan semptom GIS kanamasıdır. Yavaş ve ağrısız olan bu kanamaya halsizlik eşlik eder. Obstrüksiyon ise ikinci sıklıkla görülür. Bu durum çepeçevre saran diffüz hiperplazi ya da büyük bir adenomaya bağlı olabilir (8,9). Bazen ayırıcı teşhiste pankreas başı kanseri ile karışabilir (22). Bizim vaka mızda benign duodena! tümör pedinküle polipoid bir hiperplazi olup duodenum 1.kıtada yerleşmiş ve üzeri yer yer nekroza alanlar ihtiva ediyordu. Aralıklı GIS kanamasına yol açmıştı.

Teşhiste baryumlu üst gastrointestinal serî filmler ve endoskopiden yararlanılır. Baryumlu filmlerde karakteristik olarak dolma defekti gözlenir. Diffüz nodüler, halka nodüler tipte multiple dolma defektleri, kaldırım taşı ya da İsviçre peyniri görüntüsü verir. En önemli tetkik endoskopidir. Bu esnada alman biopsi malign tümörlerden ayırımı sağlayabilirse de mukoza! biopsüer bazı zamanlar lezyonun gerçek natürünü ortaya koymada yetersiz kalabilirler. Ancak pedinküle lezyonlar bazen endoskopi esnasında eksize edilebilirler (23,23,25). Bizim vakamızda da endoskopi yapılmış, duodenum üst bölümünde ülser lezyon görülmüş ancak yetersiz olacağı düşünülerek biopsi yapamamıştı. Endoskopi ile teşhis konulduğundan biz vakamızda baryumlu grafiye ihtiyaç duymadık.

Tedavide maligniteden uzaklaşıldığı zaman lezyonun eksizyonu yeterlidir. Obstrüksiyona sebep olanı diffüz ya da lokalize hiperpiazid@ duodenal bypass uygulanabilir. Hiperasidite olan kişilerde, ülser riskinden dolayı bazı yazarlar Ha reseptör blokürlerini önermişlerdir (4). Biz de kolesistektomiye ele olarak duodenal tümörü, prediküünü de içine alacak şekilde, eksize ederek tedavi ettik.

KAYNAKLAR

1. Brunnsr J.C. Glanduia duodeni seci panereas securidum, iri intesno duodeno hominis primun: abhini in aliis puopue animatibus deesetum. Frankfort and heidelberg. Jon Maxtmifian a San de 1715.
2. Cruveihier J. Antomie pathologique du corps humain. Paris: BaSiere, JB, 1835-42.
3. Salvioi G. Cûofributiöne alto sfudio degl: adenomi L'Osservaiore E Gazetta Medicica de Torino 1876; 12:481.
4. Peetz ME, Moseley SH. Brunner's gland hyperplazia. The American Surgeon 1989; 55:474-6.
5. Hedges AR. Hamartoma of Brunner's Gland causirtg pyloric obstraction and a billary fistula. Aça Chir Scan 1988; 154:475-8.
6. Cengiz Ö, Coskurt F, Saw A, et al. Duodenal Brunner's gland adenoma. Turkish Journal of Research in Medical Sciences 1988; 7(3):229-32.
7. Goulbourne IA, Bysittil A. Brunner's gland hamartoma of the duodenum. Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburg 1987; 32(5):318-9.
8. Rooij WJJ. »t al. Extreme diffuse adenomatous hyperplasia of Brynner's Glands: Case roprt. Gastroirifasf Radio! 1990; 15:286-7.
9. Kehl Oth, et ai. Endoscopic removal of a large obstructing and bleeding duodenal Brynner's gland adenoma. Endoscopy 1985; 17:231-2.
10. Osborne R, Toffe- * vman RM. Brunner's gland adenoma of the duode J Dig Dis 1973; 18:689-34.
11. Holt WS, Whitaker GK. Adenoma of Brunner's gland. A case report. Missouri Med 1982; 59:35-7.
12. Nielsen OF, Whitaker EG, Roberts FM, Adenoma of Brunner's glands. Am J Surg 1965; 110:977-80.
13. Tsai CC, Giddens WE. Adenocarcinoma of Brunners's glands in a baboon (Papiocynocephalus) Lab. Anim. Sci 1983;33:803-5.
14. Kaplan EL, Dyson WL, Fitts WF. Hyperplasia of Brunner's glands of the duodenum. Surg Gyrtc Obstet 1968; 126:371-5.
15. Christie AC. Duodenal carcinoma with neoplastic transformation of the underlying Brunner's glands. Br J Cancer 1953; 7:§5-7.
16. Grossman MI. The glands of Brunner. Physical Rev 1958; 38:675.
17. RiifenacM H, Kasper M, Heitz U, et al. "Brunneroma" hamartoma or tumor. Path Res Pract 1986; 181, 107-9.
18. Robertson HE. The pathology of Brunner's glands. Arch Pathol 1951; 31:112-30.
19. Beeman EA. hamartoma of the duodenum. A tumor composed of Brunner's gland and fat. Gastroenterology 1965; 48:256-60.
20. Feyrtter F. Über wucherungen der Brunner's chen drusen. Virch Arch Path Ana! 1934; 393:509,
21. Stole MH, Schwabe H, Prestele H. Relationship between diseases of the pankreas and hyperplasia of Brunner's glands. Virch Arch Path Anat 1981; 394:75.
22. Skellenger et al. Brunner's gland hamartomas can mimic carcinoma of the head of the pankreas. Surg Gynec Obstet 1983; 156:774-6.
23. Matsumato T, et al. A large Brunner's gland adenoma removed by endoscopic polypectomy. Endoscopy 1990; 22:192-3
24. Alper El Haubrich WS. Duodenoscopic removal of a Brunner's gland adenoma. Gastroitest Endosc 1973; 20:73.
26. Khawaja HT, M Deakin DG, Colin-Jones. Endoscopic removal of a large ulcerated Brunner's gland adenoma. Endoscopy 1986; 18:199.