

# Gastroözofajial Bileşkede Collision Karsinomu

## COLLISION CARCINOMA AT THE GASTROESOPHAGEAL JUNCTION

Mehmet DEMİR\*, Erdal ESKİOĞLU\*, Fatih DEDE\*, Ünal SAKINCI\*\*,  
Hüseyin ÜSTÜN\*\*\*, Enver ÜNER\*

\* Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği,

\*\* Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği,

\*\*\* Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği ANKARA

### Özet

Gastroözofajial karsinomların %2-4'ü nadir olarak görülen mikst histolojik tip karsinomlardır (adenoskuamöz, mukoe-pidermoid ve collision karsinomlar). Mide ve gastroözofajial bileşkede (GÖB) yayınlanan collision karsinomları daha çok adenokarsinom ve sarkoma ile, adenokarsinom ve malign lenfoma birlikteliği şeklindedir. Skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinom arasında collision karsinomu çok nadir olarak görülmektedir. Biz bu yazıda gastroözofajial bileşkede collision karsinomu tanısı koyulan 63 yaşında bir olgumuzu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Gastroözofajial bileşke,  
Collision karsinomu

T Klin Gastroenterohepatoloji 2003, 14:209-213

### Summary

Carcinomas of mixed histologic type (adenosquamous, mucocoe-pidermoid and collision carcinomas) are uncommon, and account for 2-4% of all types of gastroesophageal carcinomas. Most reported collision tumors affecting the gastroesophageal junction and stomach have been collisions between adenocarcinoma and sarcoma or adenocarcinoma and malignant lymphoma. The occurrence of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma as a subtype of collision carcinoma is seen very rarely. Herein, we have described a 63-years-old male patient with collision carcinoma at the gastroesophageal junction.

**Key Words:** Gastroesophageal junction,  
Collision carcinoma

T Klin J Gastroenterohepatol 2003, 14:209-213

Collision kelime anlamı olarak çarpışma demektir. Collision karsinomu; birbirinden bağımsız olarak komşu dokulardan köken alan, iki tane oldukça farklı histopatolojik tipe sahip tümörlerin aynı anda aynı hastada görülmesidir (4,12). Oldukça nadir görülür. Serviks (5), akciğer (6), anorektal bileşke (7), oral kavite (8), karaciğer (9) ve nadiren GÖB (10-12) gibi çeşitli lokalizasyonlarda tanımlanmıştır. Mide ve GÖB'de rapor edilen collision karsinomları daha çok adenokarsinom ve sarkoma ile adenokarsinom ve malign lenfoma birlikteliği şeklinde görülmektedir (11, 14).

### Olgu Sunumu

Son bir yıldır halsizlik, iştahsızlık ve dispeptik yakınmaları olan 63 yaşında erkek hastaya, şikayetlerinin artması üzerine başvurduğu sağlık mer-

kezinde demir eksikliği anemisi tanısı konularak oral demir tedavisi başlanmış. Tedaviden yarar görmeyen ve şikayetlerine disfaji ve kilo kaybı (bir yılda 8 kilogram) ile birlikte özellikle yemeklerden sonra olan karın ağrısı eklenen hasta, bu yakınmalarla başvurduğu polikliniğimizden, gastrointestinal malignite araştırılmak üzere yatırıldı. Hastanın soy geçmişinde özellik yoktu. Özgeçmişinde 25 yıldır bir paket/gün sigara kullanım hikayesi mevcuttu. Üç yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısıyla takip ediliyor ve salbutamol inhaler kullanıyordu. Sistem sorgusunda efor dispnesi ve pirozis şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenede vücut ısısı 36°C, tansiyon arteriyel 120/60 mmHg, nabız 84/dk ve düzenli idi. Konjunktivalar anemikti. Hastanın ensesinde cutis marmoratus mevcuttu. Her iki hemitoraksta ekspiryum hafif uzamıştı. Karaciğer midklavikular hatta bir cm palpe

**Tablo 1.** Hastamızda saptanan laboratuvar bulguları.

Labaratuar Parametreleri	Sonuç	Normal Değerler
Sedimantasyon	65 mm/h	0-20 mm/h
Hemoglobin	11.9 g/dl	13-15 g/dl
Hematokrit	39.1%	41-51%
MCV	81.4 fl	80-96 fl
Lökosit	8300/mm <sup>3</sup>	4000-8000/mm <sup>3</sup>
Trombosit	343000/mm <sup>3</sup>	150000-450000/mm <sup>3</sup>
Açlık kan şekeri	83 mg/dl	75-110 mg/dl
Üre	31 mg/dl	10-50 mg/dl
Kreatinin	1.01 mg/dl	0.60-1.20 mg/dl
Ürik asit	1.71 mg/dl	2.30-8.20 mg/dl
Total kalsiyum	9.02 mg/dl	8.10-10.40 mg/dl
İyonize kalsiyum	4.56 mg/dl	4.20-5.00 mg/dl
Total protein	69 g/l	64-83 g/l
Albumin	39 g/l	35-55 g/l
Total kolesterol	128 mg/dl	130-200 mg/dl
Trigliserit	52 mg/dl	50-160 mg/dl
VLDL	10 mg/dl	0-40 mg/dl
AST	26 U/L	0-37 U/L
ALT	11 U/L	0-37 U/L
LDH	716 U/L	220-450 U/L
ALP	117 U/L	38-155 U/L
GGT	25 U/L	7-49 U/L
Total bilirubin	0.40 mg/dl	0-1,0 mg/dl
Direk bilirubin	0.12 mg/dl	0-0,2 mg/dl
Sodyum	135 mmol/L	134-145 mmol/L
Potasyum	4.86 mmol/L	3.6-5.2 mmol/L
Klor	101 mmol/L	98-110 mmol/L
sT3	1.54 pg/ml	1.4-4.1 pg/ml
sT4	1.11 ng/dl	0.7-2.3 ng/dl
TSH	0.346 mIU/L	0.2-3.8 mIU/L

ediliyordu. Laboratuvar bulguları Tablo 1’de toplu olarak görülmektedir. Yapılan abdominal ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Özofagogastroduodenoskopide, özofogogastrik bileşke hiperemikti ve özofogogastrik bileşkeden başlayıp kardiya kadar uzanım gösteren, mukozadan kabarık tümöral lezyon görüldü. Bu lezyon J manevrası ile izlendiğinde kardiya tamamen infiltre ettiği saptandı. Buradan biyopsiler alındı. Histopatolojik inceleme sonucu, özofogusa ait hiperplastik skuamöz epitelin bir alanda ülser olduğu izlenmekteydi ve hiperkromatik nükleuslu, eozinofilik sitoplazmalı, atipik skuamöz hücrelerin oluşturduğu solid gruplar ve arada tek hücre keratinizasyonları görüldü. Tümör kardiya glandlarını infiltre ediyordu. Toraks tomografisinde özofagus alt ucu, mide küçük kurvaturu ve fundus lokalizasyonunda belirgin duvar kalınlaşması (en kalın yerinde 26

mm) vardı ve mide pasajı izlenmekle birlikte, lümen belirgin olarak daralmıştı. Diğer toraks yapılarında patolojik bulgu saptanmadı. Tüm vücut kemik sintigrafisi, kranial tomografi ve toraks tomografisindeki batın kesitlerinde saptanan patolojik bulgular dışında, tüm abdominal tomografi normal olarak değerlendirildi. Hasta opere edilmek üzere göğüs cerrahisi kliniğine nakledildi. Operasyonda çölyak ganglion ve pankreas kuyruğunda metastaz tesbit edildi. Palyatif amaçlı total özofagus rezeksiyonu, subtotal gastrektomi ve gastrojejunostomi yapıldı. Operasyon materyali 3 cm özofagus ile 7 cm mide küçük kurvaturu ve 11 cm mide büyük kurvaturu içeriyordu. Materyal açıldığında; özofagustan başlayan, kardiya ve fundusu tutan, korpusa uzanan, küçük kurvatur lokalizasyonlu 10x6 cm boyutlarında vejetan kitle izlendi. Mikroskopik incelenmesinde; özofagus kesitlerinde hiperkromatik nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı, atipik skuamöz hücrelerin oluşturduğu solid grupların (Şekil 1) kas tabakasını ve kardiya infiltre ettikleri görüldü. Midenin distal bölümünden hazırlanan kesitlerde, mide mukozasının bir alanda tümöre dönüştüğü izlendi. Tümör hücreleri hiperkromatik nükleuslu, eozinofilik sitoplazmalı, atipik epitelyal hücreler olup; adenoid yapılar oluşturmaktaydı (Şekil 2) ve mide duvarını infiltre etmekte idi. Serozal yağ dokusunda tümör adaları vardı. Özofogusa ait tümör ile mideye ait tümör bir alanda birleşiyordu (Şekil 3). Serozadan alınan iki lenf nodunun bir tanesinde skuamöz

**Şekil 1.** Özofagus kesitlerinde görülen skuamöz karsinom (H&E, x 160)

**Şekil 2.** Mide kesitlerinde görülen adenokarsinom (H&E, x 40)

özellikle metastaz tesbit edildi. Operasyon sonrası hastaya 5-fluorourasil kemoterapisi başlandı. Hasta 3. kürünü aldı ve halâ takibimizdedir.

### Tartışma

Gastroözofagial bileşkedeki maligniteler genellikle mide kaynaklı adenokarsinomlardır (1). Skuamöz hücreli karsinomlar GÖB karsinomlarının %3-10'unu oluştururlar ve bunların çoğunluğu özofagusta yerleşmiştir (1,2). Gastroözofagial karsinomların %2-4'ü nadir olarak görülen mikst histolojik tip karsinomlardır (adenoskuamöz, mukoepidermoid ve collision karsinomlar) (3).

Meyer; collision karsinomlarını birbirinden bağımsız olarak, farklı yerlerden köken alan tümörler olarak tanımlamıştır (4).

GÖB'de rapor edilen collision karsinomları arasında, skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinom arasında gelişen histopatolojik tip çok nadirdir ve daha önce 8 vaka rapor edilmiştir. (12,13,15-20)

1961 yılında Dodge ve arkadaşları, gastroözofagial bileşke karsinomu tanısı almış 87 hastanın 7 tanesinde mikst histolojik tip karsinom saptamışlardır (iki olgu skuamöz metaplazi içeren gastrik adenokarsinom, iki olgu özofagus mukoza glandlarından kaynaklanan mukoepidermoid karsinom, üç olgu iki farklı epitel kökenli malignite). Son 3 olgunun ikisinde skuamöz karsinom ve adenokarsinomaya benzerlik olduğunu düşünmüşler,

**Şekil 3.** Skuamöz karsinom (sağ) ve adenokarsinomun (sol) collisionu (H&E, x 160)

birinde ise özofagus anaplastik karsinom ve iyi diferansiye gastrik adenokarsinom olduğunu göstermişlerdir (10). Dodge'ye göre tümörü collision karsinomu olarak kabul etmek için; iki neoplazmın aynı anda ortaya çıkması ve iki tane oldukça farklı histopatolojik tipe sahip tümör alanlarının olması gerekir. Şayet bu tümörlerden biri metastaz ise tümörlerin gelişim evresi ayrı olmalıdır ve iki tümör arasında transisyonel patern alanı olmamalıdır. Dodge, bu kriterlere uyan özofagus anaplastik karsinom ve iyi diferansiye gastrik adenokarsinomlu son olguyu collision karsinomu olarak kabul etmiştir.

GÖB'de ortaya çıkan adenoskuamöz karsinom ile collision karsinomunun birbirinden ayrılması gerekir. Adenoskuamöz karsinomlar, her iki hücreye diferansiye olma potansiyeline sahip hücrelerden köken alırken; bunun aksine collision karsinomlarında iki ayrı başlangıç noktası mevcuttur (12).

Literatürde collision karsinomunun tanımlama kriterleri üzerinde ortak bir görüş sağlanamamış olup, mevcut veriler kişisel olarak oldukça değişiklik göstermektedir. Dodge (10) collision karsinomunda, iki tümör arasında transisyonel patern alanının olmayacağını savunurken, Wanke (13) bunun tam tersi bir görüşle, transisyonel paternin olduğu collision karsinomlu bir vaka yayınlamıştır. Dougherty ve Cotten'in yayınladığı karışık skuamöz hücreli karsinom ile adenokarsinom içeren

adenokarsinom içeren serviks karsinomlu bir olguda, collision karsinomu denebilmesi için; iki farklı tümöral hücreden oluşan ortak yapıların olmaması gerektiğini, eğer bu yapılar varsa bu vakaların adenoskuamöz karsinom olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmuşlardır (5).

Wanke, kardiyada lokalize özofagusun keratinize skuamöz hücreli karsinomu ve mide adenokarsinom tanısı almış bir collision karsinomu yayınlamıştır. Bu olguda tümörün birleşim noktalarında skuamöz ve glandüler komponentler birbiri içerisine geçmiş ve mikst karsinomu andıran görüntü oluşturmuştur (13). Bu yapının, neoplazmın büyümesi sırasında iki komponentin birbiri içerisine girmesi sonucunda oluştuğu düşünülmüştür (12).

Spagnolo, 1980 yılında collision karsinomunu, bugün için de geçerli olan üç kriterde tanımlamıştır: 1) İki farklı kökenden kaynaklanan iki komponentli tümör olmalı. Örneğin; özofagus mukozasından kaynaklanan skuamöz hücreli karsinom ile mide mukozasından kaynaklanan adenokarsinom. 2) İki tümörün birleşim yerinde mikst tipi andıran görüntü olsa bile, iki farklı yerden köken alan tümör olabilir. 3) Birleşim yerinde bazen geçiş paternini andıran görüntü saptanabilir. Örneğin; Adenokarsinom ile skuamöz karsinom içeren collision karsinomlu vakalarda bazen mukoeipidermoid karsinomu andıran transisyonel patern alanı olabilir.

Nadir görülen bu karsinomların etiyojilerine yönelik yeterli vaka sayısına henüz ulaşamamıştır. Üst gastrointestinal sistemde gelişen maligniteler değerlendirildiğinde, sigara bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim vakamızda da 25 yıldır bir paket/gün sigara kullanım hikayesi mevcuttu. Daha önce Washizawa'nın bildirdiği vakada sigara kullanım hikayesi olmadığı bildirilmişken (20); diğer yayınlanan vakalarda sigara ve/veya diğer olası risk faktörleri konusunda bir bilgiye değinilmemiştir. Sigaranın collision karsinomu gelişiminde etyolojik rolü hakkında mevcut literatür bilgileri henüz yetersizdir.

Gastroözofagial bileşke de collision karsinomu oldukça nadir görülmektedir. Bu tip olguların tanı

alamamasının nedenleri arasında belki de en önemlisi, malignite düşünülen lezyonlardan alınan örnek sayısının yetersiz olması ve histolojik tipi saptanan olgularda yeterli sayıda örneğin incelenmemesidir. Özellikle komşu dokular arasında histolojik yapı farklılıklarının belirgin olduğu anatomik bölgelerde saptanan ve malignite düşündürülen lezyonlarda, daha sonra tekrar edilecek invaziv girişimlerin zorluğu da düşünülerek; daha fazla bölgeden ve daha fazla sayıda örnekler alınırsa belki bu tip vakaların sıklığının doğrulanması açısından daha sağlıklı sonuçlara ulaşılabilecektir. Diğer önemli husus ta, klinisyenin GÖB gibi bazı anatomik yerleşimlerde bu tanıyı aklında bulundurmasıdır.

Bizim olgumuz collision karsinomları için geçerli olan tanı kriterleri ile uyumlu histopatolojik bulgular içermekte idi. Bu bulgular ile hastaya collision karsinomu tanısı koyuldu. GÖB'de skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinom arasında gelişen collision karsinomları çok nadir görülmesi nedeniyle bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

#### KAYNAKLAR

1. Dodge OG. The surgical pathology of gastro-oesophageal carcinoma. Br J Surg 1961; 49:121-5.
2. Zacho A, Fischermann K. Surgical treatment of malignancies of the oesophago-gastric junction. Acta Chir Scand 1965; 356:121-9 (Suppl).
3. Ming SC. Tumors of the esofagus and stomach. In: Atlas of Tumor Pathology, Second Series, Fascicle 7. Washington: Armed Forces Institute of Pathology 1973:47.
4. Meyer R. Beitrag zur Verständigung über die Namengebung in der Geschwulstlehre. Zentralbl Allg Pathol 1919; 30:291-6.
5. Dougherty CM, Cotten N. Mixt squamous cell and adenocarcinoma of the cervix. Cancer 1964;17:1132-43.
6. McGarth EJ, Gall EA, Kessler DP. Bronchiogenic carcinoma, a product of multiple sites of origin. J Thorac Surg 1952; 24:271-83.
7. Oppenheim A, O'Brien JP. Unusual anal, rectal and perirectal tumors palpable by rectal examination. Am J Surg 1950; 79:302-11.
8. Sirsat MV, Shrikhande SE. Collision tumor in the oral cavity (A report of 2 cases). Indian J Pathol Bact 1966; 9:340-3.
9. Steiner PE. Cancer of the liver. In: Collins DH, ed. Modern Trends in Pathology, London. Butterworth & Co. 1959;171.
10. Dodge OG. Gastro-esophageal carcinoma of mixt histological type. J Pathol Bact 1961; 81:459-71.

11. Manier JW, Reyes CN. Collision tumour of the stomach. Report of two cases. *Gastroenterology* 1974; 67:1011-5.
12. Spagnolo DV, Heenan MB. Collision carcinoma at the esophagogastric junction. *Cancer* 1980; 46:2702-8.
13. Wanke M. Collision-tumor of the cardia. *Virchows Arch (Pathol anat)* 1972; 357:81-6.
14. Stout AP. Tumors of the stomach. In: *Atlas of Tumour Pathology, First Series, Section 6, Fascicle 21*. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1953:99.
15. Majmudar B, Dillard R, William SP. Collision carcinoma of the gastric cardia. *Hum Pathol* 1978; 9:471-3.
16. Andoh T, Oka Y, Kurukawa S. Collision carcinoma at the cardia diagnosed by endoscopy. Report of a case. *I to Cho (Stomach and Intestine)* 1991; 26:313-9.
17. Matsumoto M, Shiarao K, Yoshinaka H. A case of esophago-residual gastric collision carcinoma. *Rhinsho Geka (J Clin Surg)* 1994; 49:787-91.
18. Maemura T, Sueyoshi S, Shida S. A case of colliding gastric adenocarcinoma and esophageal squamous cell carcinoma at the esophagogastric junction. *Nippon Rinsho Geka Igakkai Zasshi (J Jpn Soc Clin Surg)* 1997; 58:1497-503.
19. Kawada S, Murakami S, Noguchi T. A case of collision tumor with esophageal squamous cell carcinoma and gastric signet ring cell at the cardia carcinoma. *Nippon Rinsho Geka Igakkai Zasshi (J Jpn Surg Assoc)* 1998; 59:2424-7.
20. Washizawa N, Kobayashi K, Kase H. Collision carcinoma at the esophagogastric junction. *Gastric Cancer* 1999; 2:240-3.

---

**Geliş Tarihi:** 25.03.2002

**Yazışma Adresi:** Dr. Mehmet DEMİR  
Ankara Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği,  
Sıhhiye, ANKARA