

# STEROİD OLMAYAN ANTİ-İNFLAMATUAR İLAÇ KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ NEOPLAZİYİ TAKLİT EDEN KOLOPATİ: BT BULGULARI

Gülgün Engin,<sup>1</sup> Dilek Şahin,<sup>2</sup> Emre Balık<sup>3</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, İstanbul

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, İstanbul

<sup>3</sup> İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

## ÖZET

Bir haftadır sağ alt kadranda ağrısı yakınması olan 67 yaşındaki kadın hasta abdominal BT ve kolonoskopi ile değerlendirildi. BT'de çıkan kolon distalinde, 10 cm'lik segmentte tümöral duvar kalınlık artışı izlendi. Lezyon santralinde 13x9 mm boyutunda nekrotik alan ve mezenterik yağlı dokuda heterojenite görüldü. Bulgular T3 kolon tümörü olarak değerlendirildi. Lenf nodu veya karaciğer metastazı ve mezenterik vasküler patoloji görülmeydi. Kolonoskopik incelemede endoskopun geçişine izin vermeyen, kanamalı, vejetan kitle görüldü. Hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı. Cerrahi sonrası histopatolojik incelemede tümör saptanmadı.

Lezyon alanında steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar (SOAİİ) kullanımına sekonder olarak değerlendirilen kronik inflamasyon ve kapalı perforasyon bulguları belirlendi. Lenf nodu tutulumu saptanmadı. Hastanın anamnezinde son iki ayda yüksek dozda SOAİİ kullanımı öyküsü vardı. Endoskopi ve BT bulguları ile iskemik, inflammatuar/enfeksiyöz barsak hastalığı veya neoplazm ile karışabilen bu patoloji özellikle SOAİİ kullanım öyküsü olan hastalarda ayırtıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolonik neoplaziler, steroid olmayan anti-inflamatuar ilaç, inflammatuar barsak hastalıkları, mezenterik vasküler tıkanıklık **Nobel Med 2013; 9(2): 122-125**

## NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUG (NSAID)-RELATED COLOPATHY MIMICKING NEOPLASIA: CT FINDINGS

### ABSTRACT

A 67-year-old female patient who had lower quadrant pain for a week was assessed with abdominal CT and colonoscopy. Computed tomography revealed diffuse tumoral wall thickness in 10 cm segment of distal ascending colon. There was 13x9 mm in size a necrotic space in the central of lesion. Mesenteric adipose tissue was seen as heterogeneous. CT findings were evaluated as T3 colon tumor. Neither lymph node or liver metastases or mesenteric vascular pathology were seen. Colonoscopy demonstrated bloody, vegetan mass

which did not let the endoscope pass. Laparoscopic right hemicolectomy was performed. After surgery, there was no tumor in histopathologic examination. Microscopy revealed chronic inflammation and findings of closed perforation. There was no lymph node involvement. The patient had history of using NSAID for two months. This pathology was diagnostically challenging because of its similar endoscopic and CT findings with ischemic, inflammatory/ infectious bowel disease or neoplasia. Hence this pathology should be kept in mind in order to differentiate the diagnosis, especially in patients with a history of NSAID use.

**Key Words:** Colonic neoplasms, nonsteroidal anti-inflammatory agents, inflammatory bowel diseases, mesenteric vascular occlusion. **Nobel Med 2013; 9(2): 122-125**

## GİRİŞ

Steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar (SOAİİ) kolonda spesifik olmayan veya minimal inflamasyondan, akut ve kronik inflamasyon, ülserler ve transmural iskemik nekroz ve fibroze ilerleyen değişikliklere neden olabilir.<sup>1,2</sup> SOAİİ ile kolonik hasar arasındaki ilişki gastrik ve duodenal değişikliklerden daha az sıklıkta görüldüğünden daha az bilinmektedir. Bu nedenle SOAİİ'nin kolonik mukozada hasar yapma kapasitesi çoğu gastroenterolog ve radyoloğun gözünden kaçabilir. İnflamatuvar/infeksiyöz barsak hastalığı, iskemi veya neoplazi ile karıştırılabilen radyolojik ve endoskopik bulgulara neden olan bu patolojinin bilinmesi komplikasyonların önlenmesi ve doğru tedavi yaklaşımı açısından çok önemlidir.<sup>3,4</sup> Son yıllarda bu konuya daha yakın ilgi görülmektedir. Bu konuda olgu sunumları ve SOAİİ'nin kolonik etkilerini araştıran birkaç klinik araştırma yayınlanmıştır.<sup>5-9</sup> Ancak bizim bilgimize göre bu olguların bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularını tanımlayan çalışma henüz yayınlanmamıştır.

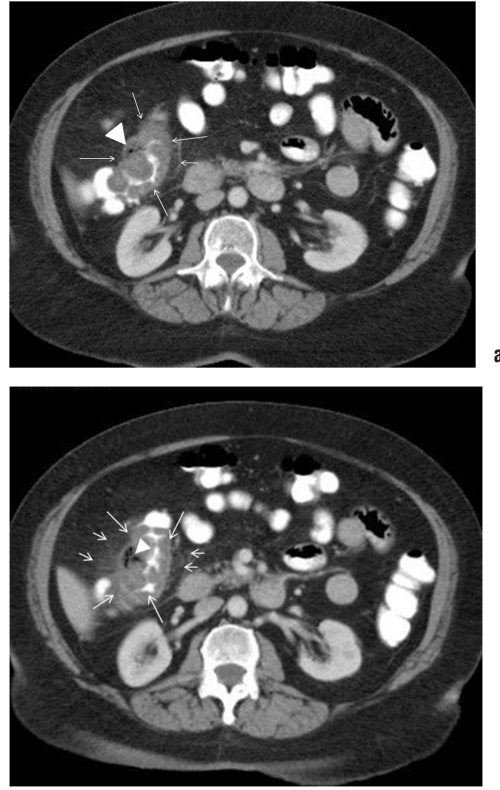
Bu sunumda neoplaziyi taklit eden SOAİİ kullanımı ile ilişkili kronik kolon inflamasyonunun endoskopi ve BT bulgularının sunulması ve tartışılması amaçlanmıştır.

## OLGU

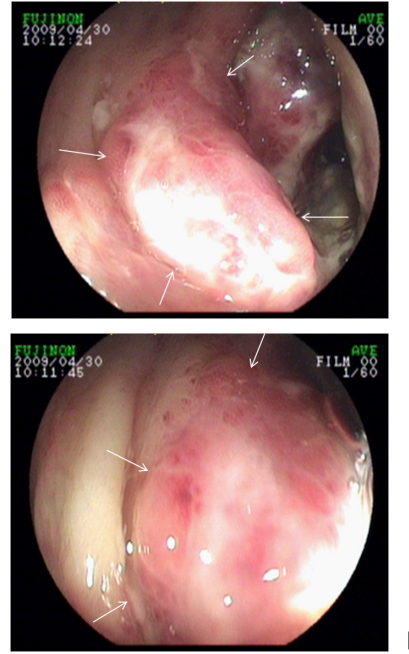
Bir haftadır sağ alt kadranda ağrısı yakınması olan 67 yaşındaki kadın hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet ve sertlik saptandı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde lokosit değerlerinde minimal yükseklik (13.500 mm<sup>3</sup>) dışında patolojik bulgu belirlenmedi. Batın bilgisayarlı tomografi (BT) (Aquillion, Toshiba, Japonya, 64 kanal) (İV, oral, rektal kontrast madde sonrası) ile değerlendirildi. Batın BT'de çıkan kolon distalinde, 10 cm'lik segmentte, sirküler duvar kalınlaşması ve çevre yağlı dokuda heterojenite görüldü. Bulgular T3 kolon tümörü olarak değerlendirildi.<sup>10,11</sup> Kolonik lezyonun santralinde, hava imajları görüldü (Resim 1). Lenf nodu veya karaciğer metastazı ve mezenterik vasküler patoloji görülmeydi. Kolonoskopik incelemede endoskopun geçişine izin vermeyen, kanamalı, vejetan kitlesel lezyon görüldü (Resim 2). Hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı. Cerrahi sonrası histopatolojik incelemede tümör görülmeydi. Lezyon alanında ülserasyon, nekroz, kronik inflamasyon ve kapalı perforasyon bulguları saptandı (Resimler 3,4). Lenf nodu tutulumu saptanmadı. Hastanın anamnezinde son iki ayda yüksek dozda değişik SOAİİ kullanım öyküsü olduğundan bulgular SOAİİ kullanımına sekonder olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

SOAİİ ile ilişkili kolopati nadir görülen benign pato-



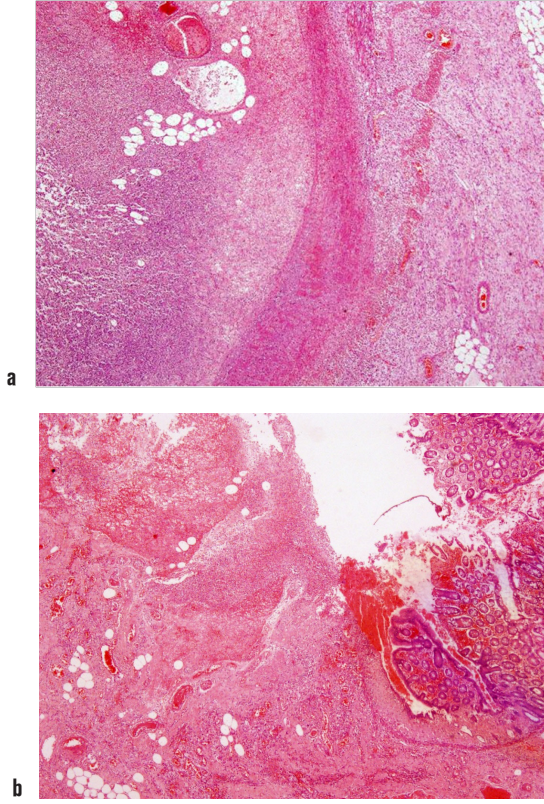
**Resim 1a, b:** Seri batın BT kesitlerinde çıkan kolon distalinde, diffüz duvar kalınlık artışı, lümeninde daralma (uzun oklar) ve lezyon santralinde hava içeren alan (ok başı) görülmektedir. Çevre mezenterik yağlı doku heterojendir (kısa oklar).



**Resim 2a, b:** Kolonoskopik incelemede lümeni daraltan, kanamalı, vejetan kitlesel lezyon (oklar) görülmektedir.

lojidir.<sup>12</sup> Klinik bulgular spesifik değildir. Kanlı diyare, kilo kaybı, demir eksikliği anemisi, karın ağrısı görülebilir.<sup>9</sup> Sunulan olguda yakınma son 1 haftadır şiddetli karın ağrısı idi. Literatürde yakınmalardan önce SOAİİ kullanımı için verilen süre çok değişken (2 gün-12 yıl) olup ortalama 3 aydır.<sup>13</sup> Olgumuzda bu süre iki aydı. SOAİİ kolonda en sıklıkla, olgumuzda olduğu gibi →

**STEROİD OLMAYAN  
ANTI-İNFLAMATUAR İLAÇ  
KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ  
NEOPLAZİYİ TAKLİT EDEN  
KOLOPATİ: BT BULGULARI**



**Resim 3a, b:** Cerrahi sonrası piyesin histopatolojik kesitlerinde ülserasyon, nekroz, inflamasyon ve damarlarda belirgin konjesyon görülmektedir (H&E, 40x).

çıkan kolonu tutar.<sup>14</sup> Kolonda inflamasyon, mukozal ülserasyon, perforasyon ve striktüre neden olabilir.<sup>15,16</sup> Literatürde en sık tanımlanan endoskopik bulgu ülserasyon ve diyafram şeklinde darlıktır. SOAİİ ile ilişkili ülserasyon, darlık gelişiminden önceki evre olarak kabul edilir.<sup>17</sup> Lümende belirgin daralma, “diyafram şeklinde darlık” olarak tanımlanır ve kolonik tutulumun en karakteristik bulgusudur. Darlıklar genellikle kısa segmentte ve çok sayıdadır.<sup>18</sup> Sunulan olguda endoskopun geçişine izin vermeyen, kanamalı, ülser-vejetan lezyon mevcuttu. Tümörle lezyon olarak değerlendirilerek biyopsiye gerek görülmeksizin cerrahi girişim uygulandı. Kolonoskopik biyopsi sonucu olmadan cerrahi girişimin uygulanması bu olguya yaklaşımda eksiklik gibi değerlendirilebilir. Ancak bu olguda patolojik tanıdan emin olmak için cerrahi rezeksiyon sonrası histopatolojik analizin gerekliliği açıktır. Cerrahi girişim sonrası histopatolojik analizde ülserasyon, nekroz, kronik inflamasyon ve kapalı perforasyon bulguları saptandı. BT incelemesinde lümende daralmaya neden olan sirküler duvar kalınlaşması ve çevre yağlı dokuda heterojenite bulguları ile lezyon T3 kolon tümörü olarak değerlendirilmişti. Ancak bu histopatolojik sonuca göre BT bulguları yeniden gözden geçirildiğinde lezyon yine mezenterik iske mi veya inflamatuvar barsak hastalığından ziyade kolon tümörü ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bu olguda BT incelemesinde inflamatuvar barsak hastalığından farklı olarak intestinal duvar katlarının korunmadığı görüldü. Kolonun diğer

segmentleri ve ince barsaklarda da inflamatuvar barsak hastalığını düşündüren bulgu saptanmadı.<sup>3</sup> İskemide görülmesi beklenen hedef/çift halo işareti ve tutulan kolon segmentinde kontrast tutulumunun yokluğu gibi BT bulguları bu olguda belirlenmedi.<sup>4</sup> Mezenterik vasküler yapılaraya yönelik yapılan yeniden gözden geçirmede patolojik özellik saptanmadı. Daha önce SOAİİ kullanımı ile ilişkili kolopatinin BT bulguları tanımlanmadığından karşılaştırma yapılamadı.

Bu olguların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken patolojilerden iskemik kolit olguların %75’inde BT bulguları ile tümörden ayırt edilebilir.<sup>4</sup> Kolonoskopide akut fazda ödemli, hemorajik, hiperemik veya nekrotik kolonik mukoza görülür. Kronik fazda ise darlıklar veya haustralarn kaybı dikkati çeker.<sup>19</sup> Ancak iskemik kolitte ülser kitle, submukozal kitle, ülser mukoza-lı daralmış segment gibi atipik kolonoskopik bulgular da görülebilir.<sup>20-24</sup> Ayrıca iskemik kolitli olguların %20’sine kolon kanseri veya diğer tıkaçıcı patolojiler eşlik edebilir.<sup>25</sup> Bu nedenle kesin tanı için kolonoskopik biyopsi gereklidir. Ancak 2012 yılında Iacobellis ve ark. tarafından yayınlanan deneysel çalışmada manyetik rezonans görüntüleme ile İV kontrast madde verilmeksizin kolonik iskeminin tanısı ve derecelendirilmesinin endoskopik biyopsiye gerek olmadan doğru olarak yapılabileceği bildirilmiştir.<sup>26</sup>

SOAİİ kullanımına sekonder gelişen bu kolonik patolojinin radyolojik ayırıcı tanısında Crohn hastalığı gibi inflamatuvar barsak hastalıkları ve kolonun sağ yarısını tutan infeksiyöz kolit etkenleri (salmonella, yersiniya, tüberküloz ve amebiyazis) de akılda tutulmalıdır.<sup>3</sup> Crohn hastalığında akut fazda duvar kalınlığındaki artışın belirgin olmaması, kolon duvarlarında halo-hedef işareti ve perikolonik alanlarda fistül/abse varlığı tümoral lezyonlardan ayırt edicidir. Ancak tüberkülozda duvar kalınlık artışı Crohn hastalığından daha fazladır, tabakalanma görülmez. Fistül/sinüs Crohn hastalığına göre daha nadirdir. Tüberkülozda segmental kolit, diffüz kolit ve kısa darlıklar karsinomu taklit edebilir.<sup>3</sup> Amebomanın kronik formu da tümör ile karıştırılabilen kitle formu oluşturabilir.<sup>27,28</sup> Kesin tanı için kolonoskopik biyopsi gereklidir.

Ancak hastada SOAİİ kullanım öyküsünün varlığı ve SOAİİ kullanımının kesilmesinden hemen sonra yakınmaların sonlanması doğru ayırıcı tanı ve doğru klinik yaklaşım için yönlendirici olabilir.<sup>28</sup>

## SONUÇ

Sunulan bu olgu klinik değerlendirmede anamnezin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır. Radyolojik ve endoskopik olarak inflamatuvar ve infeksiyöz barsak hastalığı, iske mi veya neoplazm ile karışabilen bu patoloji, özellikle SOAİİ kullanım öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Davies NM. Toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the large intestine. Dis Colon Rectum 1995; 38: 1311-1321.
2. Gibson GR, Whitacre EB, Ricotti CA. Colitis induced by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Arch Intern Med 1992; 152: 625-632.
3. Thoeni RF, Cello JP. CT imaging of colitis. Radiology 2006; 240: 623-638.
4. Deepak P, Devi R. Ischemic colitis masquerading as colonic tumor: Case report with review of literature. World J Gastroenterol 2011; 17: 5324-5326.
5. Margolius DM, Cataldo TE. Nonsteroidal anti-inflammatory drug colopathy mimicking malignant masses of the colon: a report of three cases and review of the literature. Am Surg 2010; 76: 1282-1286.
6. Stolte M, Hartmann FO. Misinterpretation of NSAID-induced colopathy as Crohn's disease. Z Gastroenterol 2010; 48: 472-475.
7. Aftab AR, Donnellan F, Zeb F, et al. NSAID-induced colopathy. A case series. J Gastrointest Liver Dis 2010; 19: 89-91.
8. Villanacci V, Casella G, Bassotti G. The spectrum of drug-related colitides: important entities, though frequently overlooked. Dig Liver Dis 2011; 43: 523-528.
9. Shibuya T, Ohusa T, Yokoyama T. Colonic mucosal lesions associated with long-term or short-term administration of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Colorectal Dis 2010; 12: 1113-1121.
10. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines). Colon cancer. Staging (ST-1). Available at: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/colon.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf)
11. Burton S, Brown G, Bees N, et al. Accuracy of CT prediction of poor prognostic features in colonic cancer. Br J Radiol 2008; 81: 10-19.
12. Kurahara K, Matsumoto T, Iida M, et al. Clinical and endoscopic features of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced colonic ulcerations. Am J Gastroenterol 2001; 96: 473-480.
13. Faucheron JL, Parc R. Non-steroidal anti-inflammatory drug-induced colitis. Int J Colorectal Dis 1996; 11: 99-101.
14. Püspök A, Kiener HP, Oberhuber G. Clinical, endoscopic, and histologic spectrum of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced lesions in the colon. Dis Colon Rectum 2000; 43: 685-691.
15. Masannat YA, Harron M, Harinath G. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs-associated colopathy. ANZ J Surg 2010; 80: 96-99.
16. Aloysius MM, Kaye PV, Lobo DN. Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-induced colonic strictures and perforation: A case report. Dig Liver Dis 2006; 38: 276-278.
17. Lang J, Price AB, Levi AJ, et al. Diaphragm disease: pathology of disease of the small intestine induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs. J Clin Pathol 1988; 41: 516-526.
18. Gopal DV, Katon RM. Endoscopic balloon dilation of multiple NSAID-induced colonic strictures: case report and review of literature on NSAID-related colopathy. Gastrointest Endosc 1999; 50: 120-123.
19. Ko GY, Ha HK, Lee HJ, et al. Usefulness of CT in patients with ischemic colitis proximal to colonic cancer. AJR Am J Roentgenol 1997; 168: 951-956.
20. Brandt LJ, Katz HJ, Wolf EL, Mitsudo S, Boley SJ. Simulation of colonic carcinoma by ischemia. Gastroenterology 1985; 88: 1137-1142.
21. Lucha PA. Ischemic colitis of the ascending colon: a diagnostic and management conundrum. Mil Med 2008; 173: 328-330.
22. Karamouzis MV, Badra FA, Papatsois AG. A case of colonic ischemia mimicking carcinoma. Int J Gastrointest Cancer 2002; 32: 165-168.
23. Lee HH, Agha FP, Owyang C. Ischemic colitis masquerading as colonic tumor: an unusual endoscopic presentation. Endoscopy 1986; 18: 31-32.
24. Fiorito JJ, Schoen RE, Brandt LJ. Pseudo-obstruction associated with colonic ischemia: successful management with colonoscopic decompression. Am J Gastroenterol 1991; 86: 1472-1476.
25. Hurwitz A, Khafif RA. Acute necrotizing colitis proximal to obstructing neoplasms of the colon. Surg Gynecol Obstet 1960; 111: 749-752.
26. Iacobellis F, Berritto D, Somma F, et al. Magnetic resonance imaging: A new tool for diagnosis of acute ischemic colitis? World J Gastroenterol 2012; 18: 1496-1501.

27. Stockinger ZT. Colonic ameboma: its appearance on CT-report of a case. Dis Colon Rectum 2004; 47: 527-529.
28. Simsek H, Elsurur R, Sokmensuer C, Balaban HY, Tatar G. Ameboma mimicking carcinoma of the cecum: case report. Gastrointest Endosc 2004; 59: 453-454.
29. Faucheron JL, Parc R. Non-steroidal anti-inflammatory drug-induced colitis. Int J Colorectal Dis 1996; 11: 99-101.

- 
- Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi tarafından (Proje no: BYP-4982) desteklenmiştir.
  - Bu çalışma 30. Ulusal Radyoloji Kongresi (TÜRKRAD 2009)'nde poster olarak sunulmuştur.
-