

Brunner Gland Adenomu (Bir Olgu)

Dr. Onur AKIN, Dr. Nedim KIZILKAYA, Dr. Egemen TAYFUN,
Dr. Murat ALADAĞ, Dr. Fatih HİLMİOĞLU

Özet: Benign duodenal tümörler nadir görülür (tüm ince barsak benign tümörlerinin %4-%25'i). Brunner gland adenomları ise duodenum benign tümörlerinin sadece %10.6'sı kadardır. Bulbusta Brunner Gland Adenomu tespit edilen bir olgu sunuldu.

Summary: BRUNNER'S GLAND ADENOMAS

Benign duodenal tumors are rare (They represent %4 to %25 of benign tumors of the small intestine). Brunner's Gland Adenomas constitute only 10.6% of benign tumors of the duodenum. A case of Brunner's Gland Adenoma arising in the duodenal bulb is reported.

Anahtar kelimeler: Brunner gland adenomu, brunneroma.

Key words: Brunner's gland adenoma, brunneroma.

25 yaşında erkek hasta; nadiren olan mide bulantısı, şişkinlik ve epigastrik ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayene bulguları normal olan hastanın, yapılan rutin kan ve idrar tetkikleri normal bulundu. EKG, akciğer grafisi ve abdominal ultrasonografisi normal sınırlarda idi. Yapılan özofagogastroduodenoskopik tetkikinde özofagus ve mide normaldi. Bulbus tabanında yaklaşık 12 mm çaplı, ortası çökük görünümde, lumene doğru kabarıklık yapan, submukozal lezyon görüldü (Resim I). Biopsi alındı. Biopsi metaryalinin patolojik tetkikinde Brunner Gland Adenomu tespit edildi (Resim II).

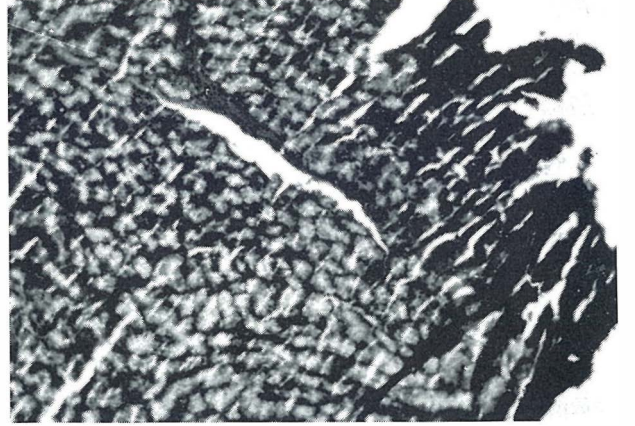
TARTIŞMA

Brunner glandları submukozada bulunurlar ve duodenal mukozayı asidik içerikten koruyabilecek alkalen sekresyon yaparlar. Brunner gland adenomları son derece nadir olup, insidansı yaklaşık %0.08 olarak bildirilmiştir (1,2). Brunner gland adenomları duodenum benign tümörlerinin %10.6'sını oluşturur(3). Glandların lokalizasyonlarına bağlı olarak en sık bulbusta ortaya çıkar ve bulbustan uzaklaştıkça görül-

me sıklığı azalır. Sıklıkla submukozada yerleşir (1-3). Çoğu tümör tek adenom tarzında olup, difüz adenomatöz hiperplazi çok az görülür (1-4). Boyutları genellikle birkaç milimetreden 1-2cm'ye kadar olabilir. Nadiren daha büyük hacimlere ulaşabilir (2,5,6,7). Sıklıkla 40-60 yaşlardaki erkeklerde görülür (3). 1990 yılına kadar bildirilen olgular 200'ün altındadır (2). Brunner gland tümörleri hamartamatöz olarak kabul edilir. Çünkü bu tümörlerde bazen büyük miktarlarda adipoz doku vardır. İlaveten bağ dokusu, düz kas fiberleri bulunmakta, insan epitelyal büyüme faktörü, urogastron ürettikleri sanılmaktadır (2,8). Brunneromaların patogenezi açık değildir. Bazı araştırmacılar hiperklorhidrinin, glandların koruyucu özelliği ile ilgili olarak Brunner gland hiperplazisinde rol oynadığını ileri sürmüşler, ancak gland hiperplazisi ile peptik ülser korelasyonu gösterilememiştir (4,7). Bazı otörler kronik pankreatit veya ağır böbrek hastalığı ile korelasyonu olduğunu belirtmişlerdir (3). Adenomların kliniksel belirtileri nonspesifiktir. Olguların %50'si asemptomatiktir. Abdominal rahatsızlık ve post prandial ağrı, nadiren bulantı ve kusma, pyrozisle birlikte ülser benzeri ağrılar, ülserasyondan veya tümör erezyonundan kanama, sulu diyareler de



Resim 1: Bulbus tabanında yaklaşık 12mm çapında, ortası çökük görünümde, submukozal lezyon görülmekte.



Resim 2: Patolojik incelemede bulbus mukozasında lobüler gelişimli çok sayıda Brunner Gland'ları izlenmekte.

tanımlanmaktadır (1-3). Büyük Brunneromalar intestinal obstrüksiyonlara, papilla vateri yakınında ise bilier tıkanma ile birlikte sarılığa neden olabilirken, pylorik obstrüksiyonla birlikte bilier fistül de bildirilmiştir (2,3,9). Ayrıca karsinoid tümörle birlikteliği de bildirilmiştir (10). Brunner gland adenomasından gelişen sadece 2 kanser olgusu tanımlanmıştır (2,3). Kesin tanı endoskopi ve biopsi ile konur. Endoskopik

görünümü leiomyoma, lipoma, nörojenik tümör, karsinoid, lenf nodu büyümesi, aberran pankreas ile karışır (3). Semptomatik soliter Brunneromalar genellikle cerrahi olarak rezeke edilirken, küçük pedinküler Brunneromalarda endoskopik girişim mümkün olabilir (2). Bizim olgumuzda brunneromanın 12mm çapında sesil polipoid bir lezyon olması nedeniyle endoskopik girişim yapılmadı. Cerrahi girişim gerektiren bir yakınması olmadığı için hasta operasyona verilmedi.

KAYNAKLAR

1. Tadataka Yamada, volum 2, 1991; 1485, 1489, 1497.
2. Van Rooij W.J.J, van der Horst J.J, Stuijbergen W.N.H.M, Pijpers P.M. Extreme diffuse adenomatous hyperplasia of Brunner's Glands. *Gastrointest Radiol* 1990; 15:285-7.
3. Pricolo V.E, Lee K.C, Van Zuiden P.E.A, Vezeridis M.P. Brunner's Gland Adenoma. *Southern Medical Journal* 1987; 80: 1572-4.
4. Peison B, Benisch B. Brunner's Gland Adenoma of the duodenal bulb. *Am J of Gastroenterol* 1982; 77: 276-8.
5. Khawaja H.T, Deakin M, Colin-Jones D.G. Endoskopik removal of a large ulcerated Brunner's Gland Adenoma. *Endoscopy* 1986; 18: 199-201.
6. Matsumoto T, Lida M, Matsui T, Yao T, Fujishima M.A large Brunner's Gland Adenoma removed by endoscopic polypectomy. *Endoscopy* 1990; 22: 192-3.
7. Bastlein Ch, Decking R, Voeth Ch, Ottenjann R. Giant Brunneroma of the duodenum. *Endoscopy* 1988; 20: 154-5.
8. Rüfenacht H, Kasper M, Heitz U, Streule K, Harder F. Brunneroma: Hamartom or Tumor. *Path Res Pract* 1986; 181: 107-9.
9. Hedges A.R. Hamartoma of Brunner's Gland causing pyloric obstruction and a biliary fistula. *Acta Chir Scand* 1988; 154: 475-6.
10. Matsui T, Lida M, Fujishima M, Sakamoto K, Watanabe H. Brunner's Gland Hamartoma associated with microcarcinoids. *Endoscopy* 1989; 21: 37-8.