

Mezenter Kökünden Orijinini Alan Dev Bir İnce Bağırsak Leiomyoması (Olgu Takdimi ve Literatür Taraması)

EXCEPTIONAL GIANT INTESTINAL LEIOMYOMA WHICH IS ORIGINATED FROM INTESTINAL MESENTERIC ROOT (REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE)

Salih ÇOLAKOĞLU*, Yüksel GÜMÜRDÜLÜ**, Derya GÜMÜRDÜLÜ***, Ömer ALABAZ****, Handan ZEREN***

* Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD,

** Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD,

*** Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

**** Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. ADANA

Özet

İnce bağırsak leiomyomaları oldukça nadir görülen tümörlerdir. 3 aylık kanıt ağrısı, diyara, karında şişlik şikayetleri ile müracaat eden 32 yaşında bir olgu takdim edildi. Prcooperatif peritonoskopik biyopsi bulguları ile leiomyoma tanısı konuldu. 29x21x8 santimetrelilik mezenterden kaynaklanan distal ilenin leiomyoması cerrahi olarak çıkarıldı. Yaptığımız literatür araştırmasında bu kadar genç yaşta, ishalle seyreden, mezenter kökünden orijinini alan 10 santimetreden büyük ve peritonoskopi ile prcooperatif lanı konulan başka bir leiomyoma vakası bulunamadı. 9 aylık takip süresinde klinik ve radyolojik nüks bulgularına rastlanmadı.

Anahtar Kelimeler: İnce bağırsak, Leiomyoma

T Kİ in Gastroenterohepatol 199«. 10:133-136

ince bağırsak tümörleri gastrointestinal kanalın uzunluğuna ve yüzeyine göre nadir görülen patolojiler olup, bu tümörlerin %60'ı benignidir (1). Adenomlardan sonra en sık görülen tümörler leiomyomlardır (2-5). İnce bağırsak leiomyomaları özofagus ve mide leiomyomaları kadar sık görülme de kolon leiomyomalarından daha sık rastlanırlar (3). Genellikle 5 cm'den küçüktürler. 5 cm den büyük patolojilerde leiomyosarkom ilk planda düşünölmelidir (6). Literatürde 10 santimetreden büyük lezyona rastlanmamıştır. Orta ve ileri

Geliş Tarihi: 05.03.1999

Yazışma Adresi: Dr.Salih Öven ÇOLAKOĞLU
Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji BD, ADANA

T Kluu .1 Gastroenterohepatol 1999, 10

Summary

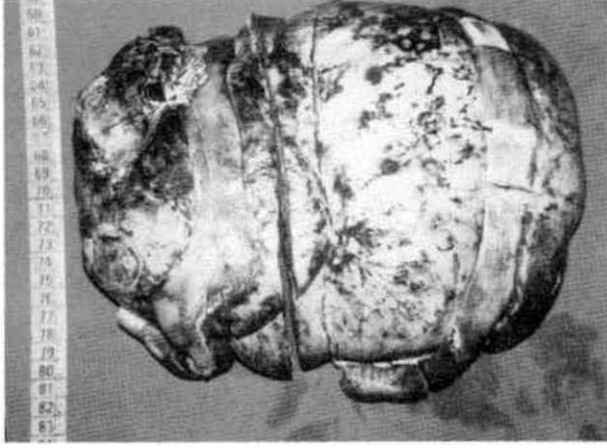
Leiomyomas of small bowel are extremely rare lesions. A unique case is reported of 32 years old male patient who complains of abdominal swelling, pain and diarrhea for 3 months. 29x21x8 cms. leiomyoma of the ineseiiterium was excised surgically. Preoperative laparoscopic biopsy confirmed a tissue diagnosis of leiomyoma of distal ileum. A literature review showed the only case of ileal mesenteric root leiomyoma that had presented with diarrhea in this young age and also diameter more than 10 cms. No clinical and radiological evidence of recurrence was detected during a 9 month follow-up period.

Key Words: Small bowel, Leiomyoma

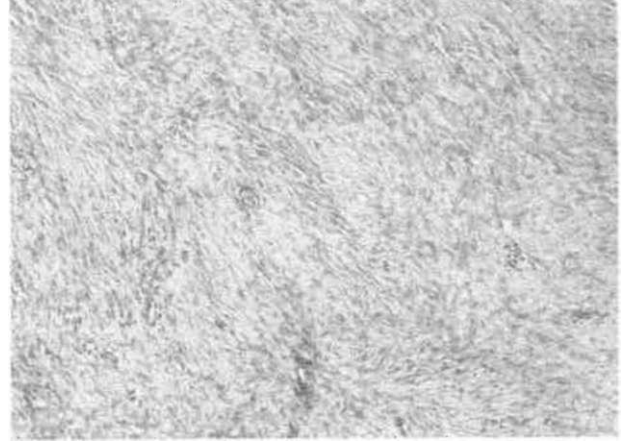
T Klin J Gastroenterohepatol 1999, 10:133-136

yaşların hastalığı olup (3), genellikle 40-79 yaşlan arasında, her iki cinste eşit sıklıkta rastlanılır (2). Ekseriyetle ektramural, bazen de intramural olarak büyüme gösterirler. Mezenter kökünden orijinini alması çok nadir görülen bir durumdur (7).

Karm ve pelviste kitle, gastrointestinal kanama, karın ağrısı, kardinal bulgular olup; ishal mutad olmayan bir şikayettir (3). Tedavi cerrahi müdahale ile lezyonun çıkartılmasıdır. Genel olarak prognozları iyidir (8,9). Leiomyomalann preoperatif tanısı güç olup, endoskopik ve radyolojik tetkiklerle tanıdan şüphelenilirse de endoskopik biyopsilerden müsbet netice alınamaz, çünkü lezyon mukozanın altında lokalize olduğundan ekseri biyopsiler yanlış negatif netice verir. Ancak ülsere lezyon mevcutsa endoskopik biyopsi ile preoperatif



Şekil 1. Ameliyat piyesinin makroskopik görünümü.

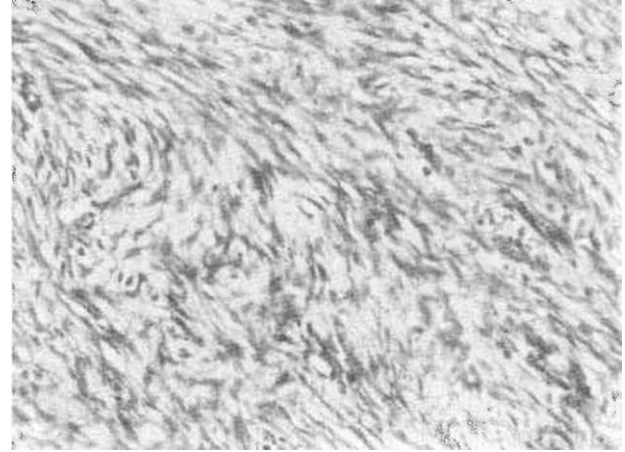


Şekil 2. Spindle hücrelerin oluşturduğu demetler şeklinde gelişim gösteren leiomyoma (HE X 40).

tanı konulabilir (1,2). Fakat olguların büyük kısmında sonuç operasyon esnasında çıkarılan materyalin histopatolojik tanısı ile konulur (10). Olgumuz istisnai olarak genç yaşta görülen, şimdiye kadar literatürde gözükmeyen büyüklükte ve mezenter kökünden orijinini alan ve ishal ile seyreden bir leiomyoma olup, bu olguyu takdim etmeyi ve literatürle mukayeseyi uygun gördük.

Vaka Takdimi

32 yaşında erkek hasta 3 aylık karın ağrısı, ishal, bulantı, ateş, karında kitle ve sertlik şikayetleriyle hastaneye yatırıldı. Fizik muayenede ateş 37.8°C, umbilikusun 2 cm üstüne kadar uzanan düzensiz, ağırlı sert bir kitlesi mevcuttu. Batın USG sinde 197x 204 mm. boyutlarında pubis ve her iki inguinal bölgeyi dolduran; hiperekojen, nonhomojen kitle saptandı. Batın bilgisayarlı komputize tomografisinde mezenter içinde dev tümöral kitle bulundu. İnce bağırsak pasaj grafisinde ince bağırsak anslarında kompresyon ve deplasmana yol açan mezenterik kökenli kitle gözlemlendi. Baryumlu kolon grafisinde rektosigmoid bileşke ve sigmoid kolonun mezenterik yüzeyinde, abdominal kitle tarafından ekstrinsek baskı saptandı. Mezenterik anjio teknik olarak başarısız oldu. Peritonoskopide karnın hemen hemen tamamını dolduran ve umbilikus üzerine kadar gelen yuvarlak, yüzeyi hafif lobulasyon gösteren damardan fakir, grimsi beyaz renkte dev kitle gözlemlendi. Biyopsi için girildiğinde kitlenin çok sert olduğu tesbit edildi. Peritonoskopik biyopsi leiomyoma olarak geldi. Diğer labo-



Şekil 3. Uniform görünümlü, atipi ve mitoz içermeyen spindle tekilli tümör hücreleri (HE X 200).

ratuar bulguları normal sınırlarda bulundu. Hasta operasyona verildi. 29x21x8 cm boyutlarında bağırsak mezosundan kaynaklanan kitle saptandı. Bağırsak lümeniyle ilişkisi yoktu ve mukoza normaldi. Kitle oldukça sert, kesit yüzü homojen gri renkteydi. Terminal iletim rezeksiyonu ve sağ hemikolektomi yapıldı (Şekil 1). İleo-kolostomi uygulandı. Histolojik kesitlerde yer yer hiyalinize görünümde, yer yer miksoid alanlar içeren spindle hücrelerin oluşturduğu lezyon saptandı (Şekil 2 ve 3). Sellülaritesi az olup immünohistokimyasal yöntemle uygulanan düz kas aktini ve desmini müsbet bulundu. Mitotik aktivite düşük bulundu (her sahada 1 mitoz). Post-operatif komplikasyon gözlenmeyen olgumuzda 9 aylık takip süresince herhangi bir rezidive rastlanmadı.

Tartışma

İnce bağırsak tümörleri seyrek görülen patolojiler olup, gastrointestinal mukozal yüzeyin %90'ını ince bağırsaklar oluşturmasına rağmen toplam gastrointestinal tümörlerin ancak %2'si bu bölgeden orijinini alırlar (1). İnce bağırsaktan gelişen tümörlerin %60-70'i benign olup, leiomyomalar, polip (adenom) lerden sonra en sık görülen benign tümörlerdir (2). İnce bağırsak leiomyomaları orijinini ince bağırsakların düz adalesinden alırlar (2). Olgumuzda tümör, mezenterdeki düz adaleden gelişmişti. Mezenterin benign tümörleri ince barsağın düz adale tümörlerine göre çok daha seyrek gözükmetedir (7). Japon literatüründe şimdiye kadar 21 olgu neşredilmiştir (7). Başka bir neşriyatta ise 44 mezenterik tümörün üçle ikisinin benign olduğu bildirilmiştir (10). Patolojik olarak bu olguların sıklık sırasına göre fibroma, ksantogranuloma, lipoma, leiomyoma kapiller ve kavernöz hemanjioma, nörofibroma, mezenşiyoma olduğu yazılmıştır (11). Olgumuz 32 yaşında olup, bu yaş leiomyomalar için oldukça erkendir. Literatürde en sık 40-79 yaşları arasında (ortalama 49.4) rastlanılmaktadır (1), çok nadir olarak 20, 29 ve hatla 17 yaşında birkaç vaka bildirilmiştir (1,3). Olgumu/ erkek bir hasta olup, literatürde kadın erkek oranı eşit veya biraz erkeklerin lehinedir (1,3). He'nin serisinde 107 erkeğe karşı 53 kadın bulunmaktadır (3).

Gastrointestinal kanal leiomyomaları en fazla proksimal bölgeyi tercih ederler (3). Her ne kadar bizim olgumuz Ucumdan orijinini almışsa da bu lokalizasyona ancak %5.6 olguda rastlanılır (3). Yapılan bir çalışmada en sık özofagusta %39.4, midede %29.6, duodenum ile jejunumda aynı oranda %9.9 ve rektum ile ileumda aynı oranda %5.6 sıklıkta rastlanılmaktadır. Sadece ince bağırsaklar göz önüne alındığında % 15.5, duodenumu da bu bölgeye sokarsak %26.4 oranında leiomyomalar bu bölgeyi tercih ederler (3). Buna karşın leiomyosarkomlar en fazla ince bağırsaklarda oturur (%42.5), bunu mide takip eder (%39.1). İnce bağırsaklarda en fazla jejunumda yerleşirler (%16.1). Hastamızda cerrahi olarak çıkarılan materyal 29x21x8 cm olup, literatürde görülen en büyük leiomyoma kitlesini temsil etmektedir. Leiomyomalarda ortalama çap 4.7±2 cm (1.5-9 cm) olup; leiomyosarkomlarda ise çap 10±5.3 cm (1.5-25 cm) bulunmuştur (3). Leiomyomaların sadece %7'sinde

çap 8 cm'yi geçerken, hiçbir olguda 10 cm'den büyük lezyona rastlanılmamıştır (3). Buna karşın leiomyosarkomların %59'unda çap 8 cm'nin. %41'inde 10 cm'nin üzerinde bulunmuştur (3). Kaide olmamakla beraber genel olarak 5 cm'nin üzerindeki vakalarda malign potansiyel düşünülmelidir (12). Yerleşim yerleri göz önüne alındığında leiomyomaların en büyükleri rektumda yerleşenleri olup, ortalama çapı 6 cm'dir; bunu sırasıyla jejunum ve ilerim 5 cm, mide 4.6 cm, duodenum 3.8 ve özofagus 3.4 cm ile takip etmektedir (3). Leiomyosarkomların ise en büyüğü ortalama 11.6 cm ile jejunumda; en küçüğü ise 1.8 cm ile özofagusta oturandır (3).

Klinik bulgu olarak olgumuz karın ağrısı, karında kitle ve ishalden şikayet etmekteydi. Literatürde karın ağrısına %31. karın ve pelviste kitleye ise % 16.9 olguda rastlanılmıştır (3). En sık rastlanılan şikayet ise %43.7 olguyla gastrointestinal kanamadır. Bunları %7 olgu ile akut karın ve %5.6 ile ateş ve subtotal obstrüksiyon takip etmekteydi (3). Hastamızın şikayeti olan ishale ise literatürde klinik bulgular arasında rastlayamadık (13-15). Buna karşın leiomyosarkomalarda klinik bulgular daha ön planda olup, karın ve pelviste kitleye %69, gastrointestinal kanama ve karın ağrısına %41.4, ateşe %33.3 oranda rastlanılmaktadır (3).

Hastalardaki klinik şikayetler lezyonun lokalizasyonuna göre de değişmektedir. Olgumuzda olduğu gibi ekstraluminal büyüme gösterirse erken safhalarda semptomsuz seyreder ve ancak lezyon yerleştiği organa göre belirli bir büyüklüğe eriştikten sonra semptom verir. Özofagusta 1-2 cm'lik leiomyomalar semptom verirken, kolonda ancak 4-5 cm'lik lezyonlar semptomlara neden olurlar. Olgumuzun çok büyük bir kitlesi olmasına rağmen ancak 3 aylık semptomları mevcuttu. Ekstraluminal büyüyen olgularda klinik bulgu olarak abdominal ve pelvik kitle, akut abdomen tablosu gözlenir (3). Bu tip literatürde en sık rastlanılan yerleşim olup, %50.6 oranında gözlenir. Buna karşın intraluminal lokalizasyona %28.2 oranında rastlanır. Bu tipte hakim bulgular ise gastrointestinal kanama, karın ağrısı ve parsiyel obstrüksiyondur (3). Olgumuzda spindle hücrelerin oluşturduğu kitle mevcut olup immünohistokimyasal yöntemle düz kas aktin ve desminin kuvvetle müsbet boyanması lezyonun leiomyom olduğunu göstermektedir (17). Bilindiği

gibi ince bağırsak leiomyomaları mideye göre daha kuvvetle boyanırlar (17) yalnız vakamız acaba leiomyoma mı? yoksa leiomyosarkoma mı? Bu kadar kısa sürede büyüyen ve bu kadar büyük bir kitlede malignite mutlaka ekarte edilmelidir (1). Genellikle 5 cm'den büyük lezyonlarda malignite büyük bir ihtimaldir (5). Fakat olgumuzda mitoz sayısının her sahada 1 civarında olması, lokal ve sistemik metastazlarının olmaması, selülarite, selüler atipi ve tümör hücre nekrozunun mevcut olmaması olgunun benign natürde olduğunu göstermektedir. Hemoraji, santral nekroz ve kistik dejenerasyon güvenilir kriterler değildir (3). Bütün bunların içinde en kıymetli olanı mitoz sayısı olup Golden ve Stout'a göre (4) her sahada 2 veya daha fazla mitoz; Ranchod'a göre ise 5 veya daha fazla mitozlu olgular leiomyosarkoma olarak değerlendirilmelidir (5).

Gastromtestinal kanal leiomyomaları submukozal lokalizasyonlu düz adale tümörleri olup, klinik, radyolojik, endoskopik yöntemlerle düz adale tümörlerinden şüphe edilse bile endoskopik biyopsiden sonuç alınamaz (1), çünkü biyopsi ile ancak mukozadan örnek alınabilir. Ülsere lezyonlarda başarı şansımız daha yüksektir (2). İnce bağırsak leiomyomalarında bilhassa distal bölgede lokalize olanlarda ise başarı şansımız daha da düşüktür. Enteroskopi ile ancak duodenum ve üst jejunumda lokalize olan intestinal leiomyomlarda az da olsa başarı şansımız olabilir. Peritonoskopi bilhassa ektramural büyüyen lezyonlar için preoperatif tanıda ümit ışığı olabilir. Bildiğimiz ve araştırdığımız kadarıyla olgumuz literatürde peritonoskopik biyopsi ile tanı konulan ilk vakadır.

Olgumuzda cerrahi müdahale başarılı oldu ve ilçeçekal bölge rezeke edildi. 9 aylık kontrollerde herhangi bir rezidive rastlanılmadı. Bu tümörler radyorezistant ve kemoterapiye hassas olmadıkları için, tek şans cerrahi rezeksiyondur (1). Cerrahi mortalite %2.2-2.8, lokal ve genel postoperatif

komplikasyonlar %34.2 ve lokal nüks 27 aylık takipte %1.7 bulunmuştur (8). Yaşama süresinin ise olguların %25.4'ünde 5 seneden az %21.1'inde 5-10 sene arası ve %43.7'sinde 10 seneden fazla olduğu saptanmıştır (3).

KAYNAKLAR

1. Lightdale CJ, Lewis LH. Tumors of the Small Intestine. In: Haubrich, Shaffner, Berk, eds. Gastroenterology (Bockus). 5 th ed, 1995: 1274-90.
2. Sinar D. Small Bowel Neoplasms (other than carcinoid and lymphoma). In: Sleisenger and Fordtran, eds. Gastrointestinal Disease. 5th ed, 1993: 1393-401.
3. He LJ, Wang BS, Chen CC. Smooth muscle tumours of the digestive tract: report of 160 cases. Brit J Surg 1988; 75: 184-6.
4. Brophy C, Cahow CE. Primary small bowel malignant tumors. Am Surg 1989; 55:408-15.
5. Ranchod M. Smooth muscle tumours of the gastrointestinal tract and retroperitoneum: A pathologic analysis of 100 cases. Cancer 1977; 39: 255-62.
6. O' Riordan BG, Vilor M, Herrera L. Small bowel tumors: an overview. Dig Dis 1996;14:245-57.
7. Eriquchi N, Aoyagi S, Hara M. A cases of leiomyosarcoma of the small bowel mesenterium. Krume Med J 1998;45: 219-22.
8. Mendes DCP, Beernaerts A. Benign tumours of the upper gastrointestinal tract. Acta Chir Bel 1993;93:39-42.
9. Beajow M, Singh HK, Wiese DA, Pandyan JR. Bleeding jejunal leiomyoma. Am J Gastroenterol 1995; 90:131-3.
10. Baillie CT, Williams A. Small bowel tumours. J Roy Coll Surg 1994;39:8-12.
11. Matsuo S, Eto T, Tsunoda T. Small bowel tumors. Eur J Surg Oncol 1994;20:47-51.
12. Martin RG. Malignant tumors of the small intestine. Surg Clin North Am 66: 779-83.
13. Miettinen M. Gastrointestinal Stromal Tumors. Am J Clin Pathol 1988;5:601-10.
14. Sim mang CL. Reed K, Rosenthal D. Leiomyomas of the gastrointestinal tract. Mil Med 1989; 154:47-7.
15. Serour F, Dona G, Birkenfeld S. Primary neoplasms of the small bowel, J Surg Oncol 1992; 49 (1) :29-34.
16. Ma CK, Amin MB, Kintanar Ti. Immunohistologic characterisation of gastrointestinal stromal tumors. Mod Pathol 1993; 6:139-44.