

Gastrik Psödolenfoma

Yard.Doç.Dr.Saadettiri ÇETİNER, Yard.Doç.Dr.Mehmet Ali AKKUŞ,
Doç.Dr.Turgut TUFAN, Doç.Dr.Ali AKDENİZ, Prof.Dr.Sabri DEVECİOĞLU

GATA ve As. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilin! Dalı, ANKARA

ÖZET

Gastrik Psödolenfoma (GPL) ilk kez 1958'de Smith ve Helwing daha sonrada 1963'de Jacobs tarafından tanımlanmıştır. Yakın zamanlara kadar literatürde nadir olarak yayınlanan GPL nodüler, ülseratif ve erosiv tip olarak klasifiye edilmektedir. Yayınlanan klinikopatolojik çalışmalarda, psödolenfomanın malign potansiyeli olan bir lezyon olarak kabul edilmesi gerektiği rapor edilmiştir.

Olgumuz mide insisura angularisinde ülseratif lezyonu olan 46 yaşında bir erkek hasta idi. Ameliyat öncesi, endoskopik ve radyolojik araştırmalarda belirlenen lezyon gastrik kanser olarak yorumlanmıştı. Ancak endoskopik biyopsi materyelinin mikroskopik tetkikinde psödolenfomadan şüphe edilmiştir. Daha sonra olguya parsiyel gastrektomi+gastro-jejunostomi (Billroth-II) uygulanmıştır. Ameliyat sonrası piyesin tetkikinde, olgunun GPL olduğu (HEX200) kanıtlanmıştır.

Psödolenfoma malignité potansiyeli olan bir lezyon olarak kabul edildiği için, radikal girişim uygulanması tavsiye edilmektedir.

Ananlar Kelimeler: Gastrik psödolenfoma.

Psödolenfoma; literatürde orbita, cilt, tükrük bezleri, mediastinal ve abdominal lenf nodlan, akciğer, rektum, ince barsak, hatta meme ve diğer yumuşak doku gibi bir çok yerde oluşan ilgi çekici bir antite olarak tanımlanmaktadır. Mide, psödolenfomanın en sık görülen lokalizasyonlarından biri olarak bildirilmektedir (1-3).

Geliş Tarihi: 5.2.1990

Kabul Tarihi: 26.2.1990

Yazışma Adresi: Saadettin ÇETİNER
GATA Genel Cerrahi ABD
ANKARA

SUMMARY

GASTRICPSEUDOLYMPHOMA

Gastric Pseudolymphoma (GPL) was firstly described by Smith and Helwing in 1958 and then by Jacobs in 1963. Until recently, GPL has been published rarely and was classified as nodular, ulcerative and erosive type. In the clinicopathologic studies published, it has been reported that pseudolymphoma should be considered as a precursor lesion with malignant potential

A male patient -46 years old- who had ulcerative lesion in the incisura angularis of the stomach. Before operation, lesion was commented as gastric cancer endoscopic al and on radiologic al investigations. However, in microscopic examination of the endoscopic biopsy material, pseudolymphoma has been doled. And then ortial gastrectomy (Billroth-II) was performed on pAfter operation, diagnosis was proved as GPL (HEX200) histopathologically.

Since pseudofympoma should be considered as a precursor lesion with malignant potential, it is recommended that complete surgical excision should be performed.

Keywords: Gastric Pseudolymphoma.

Gastrik Psödolenfoma (GPL) ilk kez 1958'de Smith ve Helwing tarafından, daha sonrada 1963'de Jacobs tarafından tanımlanmıştır. Psödolenfoma terimini Jacobs vermiştir. Dorfman ve Ark. Fokal Lenfoid Hiperplazi terimini tercih ederken, Nakamura ve Ark. midenin reaktif Lenforetküler hiperplazi olarak tanımlamışlardır (1,3).

GPL'lar nadir görülen olgulardır. Brooks ve Ark. 1983'de kendi olgularında dahil literatürde 175 olgu yayımlandığını bildirmişlerdir (1).

Tokunaga ve Ark. 1987'de 15 olguyu içeren çalışmalarında GPL'yu karesteristik bulgularına göre

makroskopik olarak üç alt guruba ayırmışlar ve bunların makroskopik özelliklerini aşağıda olduğu gibi tanımlamışlardır.

A. Nodüler tip psödolenfoma: Makroskopik olarak normal mukozaya ile örtülü submukozal bir kitle ile karakterizedir. Genellikle hafif santral erozyonla birlikte. Herhangibir ülser bulgusu yoktur. Lezyon kesit yüzeyinde çevre dokudan iyi sınırlıdır ve derinliği submukozaya veya muskularis propriaya kadar uzanabilir.

Mikroskopik olarak küçük matür lenfositlerin proliferasyonu ve düzensiz şekilli jerminal merkezlerle karakterizedir. Matür lenfositlerin çevresinde veya jerminal merkezlerdeki lenfoblastlarda atipi bulunmaz, mitotik aktivitesi düşüktür. Eozinofil ve plazma hücreleri infiltrasyonu görülebilir, iyi gelişmiş retikülün lifleri mevcuttur.

B. Ülseratif tip psödolenfoma: Bu tip GPL'ların çoğunluğu ameliyat öncesi İncelemeler sonucunda gastrik kanser tanısı almışlardır. Makroskopik olarak lezyonun ortasında ülser krateri, çevrede mukozal kıvrımlar bulunmaktadır. Ülser muskularis mukozaya ve subserozaya kadar uzanabilir.

Mikroskopik olarak ülser zemininde fibrosellüler konnektif doku ve nekrotize dejeneratif doku yer almaktadır. Bütün bu bağ dokusu içerisinde lenfoid folliküllerin jerminal merkezli proliferasyonu gözlenir.

C. Erosiv tip psödolenfoma: GPL'nın en sık rastlanılan tipidir. Bunların büyük çoğunluğu ameliyat öncesi incelemeler sonucunda kanser tanısı alırlar.

Makroskopik olarak pilor ve fundus glandlarının birbirine geçtiği yerde şiddetli erozyon gösterirler. Lezyonun orta kısmında erozyon daha fazladır. Lokalizasyon olarak küçük kurvaturu genellikle ata biner şekilde tutar.

Mikroskopik olarak küçük matür lenfositler, lamina propriada yerleşmiş olup, submukozal tabakada jerminal merkezli lenfoid folliküler yer alır. Muskularis mukozanın proliferen lenfositler tarafından yapısı bozulmuştur. Pilorik glandlar atrofik ve nadiren görülür. Bu tipte, özellikle lamina proprianın üst kısmı plazmositlerle infiltratır. İnfiltratif hücreler genellikle küçük matür lenfositler olup, düzgün yuvarlak nükleuslu ve dar sitoplazmalıdır. Folliküllerin jerminal merkezlerinde mitoz izlenir. Lenfosit, plazmosit, ve eozinofillerden oluşan infiltrasyon muskuler tabakada bant tarzında sonlanır, infiltrasyon daha derin tabakalarda gözlenmez (3,4).

OLGU TAKDİMİ

Olgumuz (A.H) 46 yaşında, bir erkek hasta idi.

Bulantı, kusma, karın ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi yakınmalarla kliniğimize başvurdu, anamnezinde 5-6 seneden beri peptik ülser tanısı ile H2-reseptör antagonistlerinin de içeren tıbbi tedavi gördüğünü, tıbbi tedavi sonrası 5-6 ay süren peryotlarla remisyon dönemlerinin olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bir yıl önce GİS kanaması tanısı ile hastanede yatarak tedavi gördüğünü ve bir ünit kan transfüzyonu yapıldığını belirtmiştir. Bulantı, kusma ve ağrı yakınmalarının son üç-dört aydan beri devamlılık kazandığını ifade eden hastanın, öz ve soy geçmişinde hastalığına özgü başkaca önemli bir özellik saptanmamıştır.

Endoskopik tetkikinde patolojik olarak mide küçük kurvaturunda insisura angularis bölümünden pilora kadar olan bölgede ön ve arka duvara doğru infiltratır, düzensiz kenarlı ülserler ihtiva eden vejetan kitle gözleendiği rapor edilmiştir. Endoskopik olarak görünüm gastrik kanser olarak yorumlanmasına karşın, endoskopik biopsi materyelinin mikroskopik tetkikinde psödolenfoma şüphesi bildirilmiştir. Diğer laboratuvar tetkiklerinde anlamlı patolojik bulgu saptanmamıştır.

Antrum Ca. ön tanısı ile yapılan laparotomi ve eksplorasyonda patolojik bulgu olarak antrumda 4x2x2 cm. boyutlarında kitle, ayrıca paraaortik lenfadenopati saptanmıştır. Lenf nodlarından ve kitleden yapılan frozen section'da malignite izlenmediği rapor edilmiştir.

Olguya parsiyel gastrektomi+gastro-jejunostomi (Billroth-II) uygulanmıştır.

Piyenin Patolojik Tetkikinde

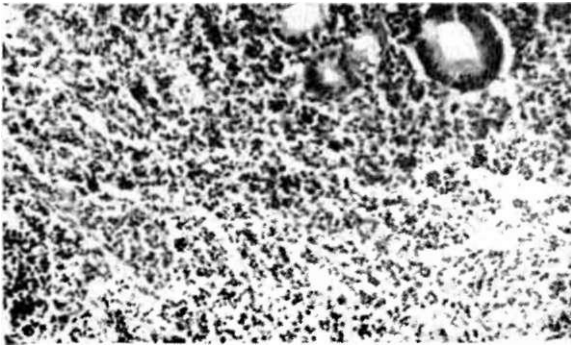
Makroskopik olarak büyük kurvatur boyunca 10 cm., küçük kurvatur boyunca 7 cm. boyutlarındaki parsiyel gastrektomi materyelinin küçük kurvatura uyan bölümünde 4 cm. uzunluğunda, 0.5 cm. genişliğinde ülser alan izlenmiştir. Bu alanlarda mide duvar kalınlığının 6 mm. olduğu, diğer alanlarda ise 3 mm. kalınlıkta olduğu görülmüştür. Büyük ve küçük kurvaturun serozal yağ dokusunda lenf noduna rastlanılmamıştır.

Mikroskopik olarak incelenen kesitlerde (HEx35-200) mukozada yüzeysel ülserasyon, lamina propriada ödem ve belirgin lenfosit, plazmosit ve az sayıda PMN lökositlerden oluşan hücre infiltrasyonu dikkat çekmiştir.

Bu infiltrasyon muskuler tabakaya kadar ilerlemiş görünümde ve çok sayıda jerminal merkezleri belirgin follikül yapıları içermekte idi. Folliküler yapıların merkezinde makrofajların bulunduğu ve folliküllerin düzenli olduğu görülmüştür. Derin kısımlarda lenfosit,



Şekil 1. Mide yüzey epitelinde erozyon yanısıra, jerminal merkezleri belirgin çok sayıda follikül yapıları izlenmektedir (HEx35).



Şekil 3. Mide glandları ile bu alanlar arasında yoğun matür lenfosit, plazmosit, eozinofil lökosit ve makrofajlardan oluşan inflamatuvar infiltrasyon izlenmektedir (HEx200).

plazmosit ve eozinofil lökositlerin belirgin olarak izlendiği ve bu infiltrasyonun bant tarzında olduğu seçilmiştir. Hücrelerde seyrek mitoz mevcut olup, atipi izlenmemiştir.

Sonuç olarak görünüm Gastrik Psödolenfoma ve bunun ülseratif tipi ile uyumlu bulunmuştur (Şekil 1-3).

TARTIŞMA VE SONUÇ

GPL'lı olguların yakınmalarını, epigastrik rahatsızlık hissi ve ağrının oluşturduğu bildirilmektedir. Ayrıca abdominal distansiyon ve zaman zaman ortaya çıkan diyareden de söz edilmektedir. Yakınmaların alt gruba uygun olarak değişeceği ve erosiv tipde epigastrik rahatsızlık hissi yada ağrı, ülseratif tip de ise peptik ülseri hatırlatan epigastrik ağrı sık görülen yakınmalar olarak rapor edilmektedir (1,3,5). Olgumuzda gözlenen epigastrik ağrı ve rahatsızlık hissi literatürde bildirilen genel semptomlarla uyumludur.



Şekil 2. inflamatuvar infiltrasyonun mide submukozasında bant tarzında sonlandığı ve müköler tabakanın normal olduğu görülmektedir (HEx35).

Bulantı ve kusma muhtemelen lezyonun antrum lokalizasyonu ile ilgilidir. Olgunun peptik ülser ön tanısı ile tıbbi tedavi görmesi ve tedaviye kısmende olsa cevap vermesi kesin tanıyı geciktirmiştir. Yine de endoskopik görünümün antrum kanseri olarak yorumlanması ülseratif tip GPL'nın bildirilen genel karakteri ile uyumludur. Ancak endoskopik biyopsi tetkikinde psödolenfomadan şüphelenilmesi uyarıcı olmuştur.

Laparotomi ve eksplorasyonda gastrik kanser tanısı göz ardı edilmeyerek kitle ve lenf nodlarından FS ile histopatolojik tetkik yapılmış ve malignite izlenmediği rapor edilmiştir.

GPL için karakteristik özellikle malign potansiyeli olan prekürsör bir lezyon olarak kabul edilmesidir (1,3,5,6). Brooks ve Ark. 15 GPL olgusundan beşinde fokal malign lenfoma (FML) tanımlamışlardır (1). Wolf ve Ark. bir mide fokal lenfoid hiperplazi olgusunun iki buçuk yılda gastrik lenfomaya dönüştüğünü yayınlamışlardır (7). Tokunaga ve Ark. dört ülseratif ti GPL'dan birinde FML ilişkisi göstermiştir (3).

GPL'nın malign prekürsör lezyon karakterine ilişkin yukardakiler dışında literatürde daha bir çok yayın vardır, bu yayınlarda GPL ve FML arasındaki ilişki nedeniyle, daha dikkatli patolojik inceleme ve lezyonun total cerrahi eksizyonuna işaret edilmektedir.

Bu bilgilerin ışığında olgumuza parsiyel gastrektomi+gastrojejunostomi (Billroth-II) uygulanmıştır. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta dört aydır kontrol altında olup halen herhangi bir yakınması yoktur.

Sonuç olarak: Gastrik psödolenfoma malign potansiyeli olan bir lezyon olarak kabul edildiği için, tanı konulan olgularda radikal cerrahi girişim uygulamasının uygun olacağı kanısına varılmıştır.

KAYNAKLAR

Brooks JJ, Enterline HT: Gastric pseudolymphoma. Its three subtypes and relation to lymphoma. *Cancer* 51:476-486, 1983.

Yenerman M: Genel Patoloji. İÜTF- İstanbul pp. 653-654, 1986.

Tokunaga O, Watanabe T, Morimatsu M: Pseudolymphoma of the stomach. A clinicopathologic study of 15 cases. *Cancer* 59:1320-1327,1987.

4. Saroga P, Hurlimann J, Gazello L: Lymphoma and pseudolymphoma of the alimentary tract. *Hum Path* 12:713-723,1981.

5. Lawrence WW: Current surgical diagnosis and treatment. Prencite -Hall Inter. Eight Ed. pp.453-454,1988.

6. Orr RK, Lininga JR, Lawrence W Jr: Gastric pseudolymphoma. A challenging clinical problem. *Ann Surg* 185-200,1984.

7. Wolf JA Jr, Spjut ILI: Focal lymphoid hyperplasia of the stomach preceeding gastric lymphoma. *Cancer* 48: 2518-2523,1981.