

Peritoneal Benign Kistik Mezotelyoma

BENIGN CYSTIC MESOTHELIOMA OF PERITONEUM

M. Hadi YAŞA*, Halil KURT", Bahar KURT***, M. Emin TEKELİ

* A.Ü.T.F. İbni Sina Hast. İç Hastalıkları ABD.

** A.Ü.T.F. İbni Sina Hast. Klinik Bakt. ve inf. Hast. ABD

*** Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi

ÖZET

Benign kistik mezotelyoma, peritonda nadiren görülen ve mezotel hücrelerinden orjin alan bir tümöral oluşumdur. Hastalık klinik ve histopatolojik olarak selimdir. Ancak tedaisi güçtür ve sıklıkla nükseder. Hastalığın etyolojisi ve patogenezi henüz tam olarak aydınlanmamıştır. Tanısı ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve histopatolojik bulgularla konulur. Günümüzde henüz başarılı bir tedavi şekil yoktur. Dünyada nadir görülen bir tümör olan benign kistik mezotelyomalı bir vak'a sunularak literatür gözden geçirildi.

Anahtar sözcükler: Kistik Mezotelyoma, Periton.

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994, 5:261-263

Mezotelyoma: peritonoal, perikardiyal ve plevral seröz zarlardan orjin olan, mezanşmal bir neoplazmdir. Peritonda görülebilecek mezotelyal tümörler; benign adenomatoid tümör, malign mezotelyoma ve benign kistik mezotelyomadır(1-8).

Nonkistik olan ve diffüz yayılan habis mezotelyoma daha yaygın görülür ve sıklıkla hem abdomen, hem de pelvik bölgeyi tutar. Hemen daima asbeste maruz kalanlarda rastlanır. Asid oluşumu koagülasyon bozuklukları ve barsak tıkanıkları sıklıkla görülür. Bu açıdan peritonitis karsinomatozise benzer (3, 6, 8, 9, 10).

Selim kistik mezotelyoma ise peritonun nadir görülen bir neoplazmidir. Sıklıkla peritonu diffüz olarak tutarak kalınlaştırır. Her bölgedeki peritonu tutmakla beraber en çok pelvik bölgeyi tutar. Peritonla birlikte omentum ve barsak mezolarını da tutabilir. Benign kistik lezyonların çapı birkaç milimetreden santimetreye kadar çeşitli büyüklüklerde ola-

Geliş Tarihi: 28.05.1992

Kabul Tarihi: 21010.1994

Yazışma Adresi: M.Hadi YAŞA

A.Ü.T.F. İbni Sina Hast.

İç Hastalıkları ABD

ANKARA

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 5

SUMMARY

Benign cystic mesothelioma is a tumoral process originating from peritoneal mesothelial cells and which rarely seen. It is a clinically and histopathologically benign disease. The treatment is difficult and it relapses frequently, the etiology and pathogenesis is still obscure. Diagnosis is done by ultrasonography, CT, histopathologic investigation, no complete cure is possible yet. A case of benign cystic mesothelioma which is a rarely seen tumor in the world, has been presented and related literature has been viewed.

Key Words: Cystic mesothelioma, peritoneum.

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 5:261-263

bilir. Peritonun visseral ve paryetal tabakalarının ikisini de tutabilir. Ancak organ tutulumu yoktur. Hastalarda habis mezotelyomanın aksine asbeste maruz kalma anamnezi yoktur (3-7,11-14.).

Literatürde ilk kez 1979 yılında Menemeyer ve Smith, multikistik peritoneal mezotelyomadan bahsetmişlerdir. İlk kez benign kistik mezotelyoma terimini kullanan ise Moore v© arkadaşlarıdır (3).

Benign kistik mezotelyoma orta yaş kadınları daha sık tutmaktadır. 1990 yılına kadar tanımlanan 45 hastanın 40'ı, yani % 89'u kadındır. Bu hastaların yaş ortalaması 37, 8 olarak bulunmuştur (3, 7, 11).

Hastalarda en sık görülen belirti ve bulgular; yaygın, intermittant ve tam lokalize edilemeyen abdominal ağrılar, geçici kramp tarzında karın ağrıları, bulantı ve kusma, zaman zaman konstüpsiyon, daha seyrek olarak asit, karında dolgunluk hissi, erken doyma, ele gelen nodüller lezyonlar, kilo kaybı, pelvik bölgede kunt ağrılardır (3, 4, 7, 11).

Abdominal ağrılar en sık görülen semptomlar olup vakaların % 46-80'inde rastlanır (3, 6, 7, 11).

Literatürdeki vakaların % 29'unda abdominal veya pelvik nodüller tesbit edilmiştir. Hastaların % 19'unda taramalar esnasında tesadüfen benign kistik mezotelyoma tanısı konulmuştur, ilginç olarak bir vakada ise

ektopik gebelik şüphesi ile ultrasonografi yapıldığında selim kistik mezotelyoma ortaya çıkmıştır (3, 7, 8, 11).

Selim kistik mezotelyomda metastaz tanımlanmamış ve fakat nüks sıktır. Literatürde tedavi edilen hastaların % 27-75'inde nüks tesbit edilmiştir. Hastalığın başlangıcıyla nüks arasındaki süre 3 ay ile 19 yıl arasında değişmektedir (3, 5, 6, 7, 14, 15).

Hastalığın gidişi genellikle selimdir. Ancak literatürde 2 vakada fatal seyrettiği bildirilmektedir. Hastalarda ölüm daha çok komplikasyonlara bağlı olarak görülmektedir. Bu hastalarda kardiyovasküler, renal ve pulmoner problemler görülebilmektedir. Ayrıca barsak obstrüksiyonu ve pelvik organların torsiyonu görülebilen diğer komplikasyonlardır (il, 11,16).

Peritoneal selim kistik mezotelyomanın etyolojisi ve patogenezi henüz bilinmiyor. Ancak özellikle son zamanlarda etyolojide kronik peritoneal irritasyon ve laparotomi gibi faktörlerin rolü olduğu ileri sürülmektedir (1,9,11,14).

Selim kistik mezotelyomanın tanısında ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans faydalı bilgiler verebilmektedir. Özellikle operasyon uygulanacak hastalarda operasyon öncesi bilgisayarlı tomografi yapılarak lezyonun yerleştiği bütün sahalar önceden tesbit edilmelidir. Ancak bu hastalarda kesin teşhis sitolojik ve histopatolojik inceleme ile konulur. Lezyonlar çoğunlukla tübüler, mikst yada fibröz yapıda olup soliter diffüz yayılım şeklinde görülürler. Sitopatolojik ve histopatolojik incelemede ışık mikroskopunda kübik hücrelerin yanısıra tek sıra dizilmiş, yassılaştırmış hücrelerden oluşan kistik alanlar, laminal yüzeyde mikrovilluslar ve mezotel proliferasyonu sıklıkla görülür. Hücreler küçük ve oval yapıda olup mitoz göstermezler. Atipik özelliklere de rastlanmaz. Stromada miyofibroblastlarla birlikte düz kas hücreleri de görülebilir (1-6, 11,14,17).

Selim kistik mezotelyomalı hastalarda karsinoembriyjenik antijen, Ca125, ve al'afetoprotein normal sınırlardadır. Plazma ferritin düzeyinin arttığına dair literatürde bilgi yoktur. Ancak plevral mezotelyomalı 10 hastada yapılan bir çalışmada plevral sıvıda ferritin düzeyi normalin 4-7 katı kadar yüksek bulunmuştur (1,3,11,14,18).

Peritoneal benign kistik mezotelyoma diğer kistik abdominal kitlelerden daha seyrek görülür. Ancak özellikle lenfonjioma, mezenterik ve omental kistler, overial kist adenoma ve kistadenokarsinoma, teratoma, psödomikzoma peritonei, kistik düz kas tümörleri, visseral kistler, pankreasın kistik müsinöz neoplazmaları ve endometriozis ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ayrıca ayırıcı tanıda mezoteliyal hiparplaziye sebep olabilen karaciğer sirozu, viral enfeksiyonlar ve konnektif doku hastalıkları ekarte edilmelidir. Selim kistik mezotelyoma pelvik bölgeyi sıklıkla tuttuğu için özellikle iç genital organ patolojileri ile de ayırıcı tanısı yapılmalıdır (3,5,14,19-21).

Hastalığın tedavisinde genellikle total rezeksiyon uygulanmaktadır. Ancak total çıkarma güçtür ve nüksler sıktır. Nüks hallerinde ikincil cerrahi tedaviler de pek başarılı değildir. Hastalığın tedavisinde kemoterapi ve radyoterapinin de yeri yoktur. Son zamanlarda perito-

neal selim kistik mezotelyoma tedavisinde konservatif cerrahi rezeksiyonla birlikte tetrasiklin ile skleratik tedavinin başarılı sonuçlar verdiğine dair yayınlar yapılmaktadır. Bu kombine tedavinin özellikle nüksleri azaltıldığı bildirilmektedir (1, 9 11, 14, 22).

VAK'A

F. A., 30 yaşında, Sivaslı, ev hanımı, Klinik Protokol No; 575149/8621.

Üç aydan beri halsizlik, zayıflama, ateş, zaman zaman konstipasyon, karında yaygın hassasiyet ve şişkinlik şikayetleri bulunan hasta 18 Aralık 1991 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne yatırıldı.

Asbeste maruz kalma ve operasyon geçirme anamnezi olmayan hastanın soy geçmişinde de özellik yoktu. Sistemlerin sorgusunda şikayetleri dışında patoloji yoktu.

Hasta kliniğe yatırıldığında ileri derecede halsiz ve soluk görünümde ve 40 kg ağırlığındaydı. Tansiyon arteriyel: 100/70 mmHg, nabız: 114/dakika, ateş: 37,4°C ve solunum sayısı 32/dakika idi. Konjunktivaları hafif soluk olan hastada periferik lenfadenopati yoktu. Akciğer muayenesinde sol hemitoraks orta ve alt zonlarda orta kaarakterde raller alınıyordu. Sol kostodiafragmatik sinüs perküsyonda kapalı idi. Sinüzal taşikadri dışında kalb muayenesi normaldi. Karın, inspeksiyonda hafif bombeydi. Sol alt kadranda parasentez izleri vardı. Palpasyonda karında yaygın hassasiyet ve özellikle alt kadrarlarda yer yer küçük nodülleri düşündürülen heterojen yapı vardı. Karaciğer ve dalak eie gelmiyordu. Traube açığı ve karında orta miktarda serbest asit vardı.

Labaratuvar tetkiklerinde; Hematokrit: % 35, Lökosit: 10500/mm³, sedimentasyon: 80 mm 1. saat. Periferik yaymada: % 79 parçalı, % 18 lenfosit, % 3 monosit vardı. Tam idrar: normal idi. Biyokimyasal incelemede; total protein ve albümin hafif düşüktü. Kan şekeri, üre, kreatinin, ürik asit, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor, alkalen fosfat, ve transaminazlar normaldi. Protrombin zamanı ve aktivitesi de normaldi.

BruseUa v« grup aglutinasyon testleri: Hepatit markerleri negatifti.

Boğaz ve burun kültürlerinde patojen bakteri üretilmedi, kan idrar ve asid kültürlerinde üreme olmadı.

Asit sıvısı eksuda vasfında idi ve % 80'i nötrefillerden oluşan 3000/mm³ lökosit içeriyordu. Plevral sıvı ise transuda özelliğindedi.

Asit ve plevral sıvıdan 3 kez yapılan asidoalkole rezistan basil incelemesi negatif bulundu. İkişer kez asit ve plevral sıvı ile yapılan kobay inokülasyonunda ve tüberküloz kültüründe üreme olmadı.

Antinükleer antikorlar negatif, anti-DNA anikorları ise normal sınırlarda idi. Hem serumda, hem de asit mayiinde karsinoembriyjenik antijen ve al'afetoprotein negatif bulundu. Ferritin düzeyi ise her ikisinde de normalin 6 katı kadar yüksek idi.

Rektoskopi, kolon grafisi ve rektum biyopsisi normaldi.

Abdominal ve pelvik ultrasonografide bol miktarda asitle birlikte sol alt kadranda daha belirgin olmak üzere bariz peritoneal kalınlaşma vardı. Karaciğer parankimi normaldi. Ancak endometrium ekosu silik izlendi ve överler iyi görüntülenemedi.

Toraks ve abdominal tomografide; sol akciğer basasında plevral kolleksiyonla birlikte abdomende asid ve alt kadranslarda hipo ve anekoik küçük kistik lezyonlar vardı.

Plevral ponksiyon sitolojisi: Materyalde yer yer papiller yapılar oluşturan mezotel hücreleri görüldü. Préparat mezotelial proliferasyon olarak değerlendirildi.

Asit sitolojisi: Eritrosit, lenfosit ve mikropapiller yapılar oluşturan mezotel hücre grupları gözlemlendi. Hücrelerde mitotik aktivite ve atipi gözlemlendi. Bu bulgular selim kistik mezotelyoma olarak değerlendirildi.

Periton biyopsisi: Materyalin fibröz dokudan yapıldığı görüldü ve yer yer mezotel hücre proliferasyonu izlendi. Küçük ve oval yapıdaki hücrelerin düzensiz bez yapıları oluşturduğu veya küçük topluluklar şeklinde dizilim gösterdiği gözlemlendi. Atipik özelliklere ve mitoz rastlanmadı. Materyal selim kistik mezotelyoma olarak değerlendirildi.

Sitolojik ve histopatolojik olarak selim kistik mezotelyoma tanısı konulan hastanın genel durumunu düzeltmek ve muhtemel bir operasyona hazırlamak için destek tedavisi uygulandı. Ancak hastanın genel durumu giderek bozuldu. Ateşi subfebril olarak devam etti. Nabuz sayısı 140'a, solunum sayısı ise 42'ye kadar yükseldi ve kalp yetmezliği gelişti. Ayrıca hastanın kliniğimize yattığında mevcut olan peritonit tablosu, kullanılan nonspesifik antibiyotik kombinasyon tedavilerine rağmen düzelmedi. Yapılan bütün tıbbi müdahalelere rağmen düzelmedi. Yapılan bütün tıbbi müdahalelere rağmen 13 Ocak 1992 tarihinde kardiopulmoner arrest ile eksitus oldu.

TARTIŞMA

Nedir görülen bin hastalık olan selim kistik mezotelyoma iyi seyidir. Ancak nökslerle seyrederek. Histopatolojik olarak tanısı konulabilen hastalığın kesin ve başarılı bir tedavi şekli yoktur. Hastalarda nadiren komplikasyonlar görülür. Literatürde komplikasyonlara bağlı olarak 2 ölüm vakası bildirilmiştir. Bizim hastada görülen kardiopulmoner komplikasyon bu vakalarda nadir, ancak ölüme sebep olabilen bir komplikasyondur. Peritonit tablosu selim kistik mezotelyomalı hastalarda sık görülmemeyen bir komplikasyondur. Bizim vakamızda mevcut peritonit tablosunun önceden teşhis amacıyla yapılan parasentezlere bağlı olduğu düşünüldü. Daha önce çeşitli antibiyotikler kullanılmış olan hastada peritonite sebep olan etken izole edilemedi ve kullanılan nonspesifik antibiyotik kombinasyonlarına da cevap alınmadı.

Literatür gözden geçirildiğinde de görüldüğü gibi primer olarak selim olmasına rağmen benliğin kistik mezotelyoma orta yaşlı hastalarda görülmesi ve nadir komplikasyonlarıyla önemli bir hastalıktır. Başarılı ve etkin bir tedavi şeklinin olmaması önemini daha da arttırmaktadır. Bu sebeple özellikle abdominal şikayetleri olan orta yaşlı kadın hastalarda ayırıcı tanı yapılırken selim kistik mezotelyoma da akılda bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Villaschi S, Autelitano F. Cystic Mesothelioma of the Peritoneum. *Am. J. Clin. Pathol.* 1990; 94:758-61.
2. Micheal D, Canty, Jim Williams. Benign Cystic Mesothelioma in a male. *Am J of Gastroent* 1990; 85;(3):311-5.
3. John D, O'Neil, Pablo R, Ros, Brett L, Stor. Cystic Mesothelioma of the Peritoneum. *Radiology* 1989; 170:333-7.
4. Moore JH, Crum P, Chandler G. Benign cystic mesothelioma. *Cancer* 1980; 45:2395-99.
5. Katsube Y, Mukai K. Cystic mesothelioma of the Peritoneum A report of five cases and review of the literature. *Cancer* 1982; 50:1615-22.
6. Mc. Caughey TE, Kannerstein M. In Tumors and Pseudotumors of the serous membranes. In *Atlas of tumor pathology*. 1 d ser, fasc 20. Washington, D. C, Armed Forces Institute of Pathology, 1985:11-5.
7. Mennemeyer R., Smith M.: Multicystic peritoneal mesothelioma; a report with electron microscopy of a case mimicking intraabdominal cystic hygroma (Lymphangioma). *Cancer* 1979; 44:692-8.
8. Schneider JA, Zelnick EJ. Benign cystic peritoneal mesothelioma. *JCU* 1985; 13:190-2.
9. Rita I, Demopoulos. Margie A. Kahn. Epidemiology of cystic mesothelioma. *Int J of Gynec Pat* 1986; 5:379-81.
10. Nigel J Ball, Stefan J Urbanski. Pleural Multicystic mesothelial proliferation. *Am J Surg Pathol* 1990; 14(4):375-8.
11. Fady K, Baddoura, Vijay A. Varma. *Cytologica*. 1990; 34(4):524-8.
12. F. Raafat, MRC Path, M. Egan. Benign Cystic Mesothelioma of the Peritoneum. *Pediatric Pathology* 1988; 8:321-9.
13. Kjellevoid K, Nerland JM. Multicystic Peritoneal Mesothelioma. *Pathol Res Pract* 1986; 181:767-71.
14. Creagan P, Wiley S. Multicystic Peritoneal Mesothelioma in a 29-year-old male. *Aust NZ J Surg* 1987; 57:271-3.
15. Carpanter HA, Lancaster JR. Multilocular Cysts of the Peritoneum. *Mayo Clin Proc* 1982; 57:634-8.
16. Weiss SW, Tavassoli FA. Multicystic mesothelioma: An analysis of pathologic findings and biologic behavior in 37 cases. *Am J Surg Pathol* 1988; 12:737-46.
17. Rosai J, Dehner LP. Nodular Mesothelial Hyperplasia in hernia sacs: A benign reactive condition simulating a neoplastic process. *Cancer* 1975; 35:165-75.
18. Milman N, Garsdal H. Diagnostic value of ferritin analysis in pleural effusions. *Scand J Clin Lab Invest* 1986; 46:403-9.
19. Wetzel WJ, Fulbright DK. Macrocystic Peritoneal Mesothelioma: Case Report *South Med J* 1985; 1004-07.
20. Leopold GR, Alfidi RJ. Film interpretation session. Radiological Society of North America Seventy-first Scientific Assembly and Annual Meeting, November 1985. Summary of Discussion and Diagnoses. Case 5. *Radiology* 1985; 157:823-8.
21. Mayes B, Chuang VP. CT of pseudomyxoma peritonei. *AJR* 1981; 136:807-8.
22. Ralph C. Benson, Thomas H. Williams. Peritoneal Cystic Mesothelioma: Successful Treatment of a Difficult Disease. *J Urol* 1990; 143:347-8.