

# Yoğun gastrointestinal sistem kanamalarının nadir bir nedeni; incebarsak leiomyoması

Bir olgu ve literatür sunumu

A rare cause of massive gastrointestinal hemorrhage; leiomyoma of the small bowel a case report and review of the literature

Dr. Osman N. DİLEK, Dr. Fatma H. DİLEK, Dr. M. Kürşad TÜRKDOĞAN

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, Patoloji, İç Hastalıkları ve Gastroenterohepatoloji Anabilim Dalı, Van

**ÖZET:** *Jejunum leiomyoması ince barsakta ortaya çıkan nadir benign tümörlerdendir. Bu makalede, 32 yaşındaki erkek hastamızda, yoğun gastrointestinal sistem kanamasına yol açan bir jejunum leiomyoması olgusu sunulmuştur.*

Anahtar Kelimeler: **İnce barsak, leiomyoma, gastrointestinal kanama**

**SUMMARY:** *Leiomyoma of the jejunum are rare benign tumours of the small intestine. In this case report a 32-year-old man complaining of massive intestinal bleeding caused by a leiomyoma of the wall of the jejunum has been described.*

Key words: **Small intestine, leiomyoma, gastrointestinal bleeding**

**P**RİMER ince barsak tümörlerine oldukça seyrek rastlanır ve tüm gastrointestinal sistem tümörlerinin %1-5'ini oluştururlar (1-3). Leiomyomalar, adenomatöz polipler, lipomlar ve schwannomalar sıklıkla görülen benign tümörlerdir. Barsak duvarındaki düz kas hücrelerinden kaynaklanan ince barsak leiomyomaları, tüm gastrointestinal sistem tümörlerinin %0.2-1.8'ini oluştururlar (4). Haskel ve ark. (2) birçok vakanın hayat boyu semptomsuz ve teşhis edilmeden veya otopsiler sırasında tesadüfi olarak teşhis edilebildiğini belirtmektedir. Erkek ve kadınlarda eşit sıklıkta olan hastalık, daha çok genç yaşlarda görülmektedir. Karında aralıklı kolik tarzında ağrı, melena, anemi, diyare, zayıflama ve kitle imajı en çok karşılaşılan semptomlardır. Tedavi yüz güldürücü olmakla beraber tanıdaki zorluklar morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu yazıda, tıbbi tedavi ile durdurulamayan gastrointestinal sistem (GIS) kanamasına sebep olan ve acil olarak opere edilen bir leiomyoma olgusu sunulmuştur.

## OLGU

Aralıklı karın ağrısı, ishal, zayıflama, halsizlik ve iki gündür devam eden GIS kanaması nedeniyle

gastroenteroloji kliniğine yatırılan hasta, 32 yaşında ve erkektir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde arteriyel tansiyon: 80/40 mmHg, nabız: 108/dk, karın sağ alt kadranda yaklaşık 20 cm çaplı, kısmen hareketli, sert kitle ile rektal tuşede melena tesbit edildi. Karın USG de sağ kolon mezozundan kaynaklanan yaklaşık 20 cm çaplı, sınırları belirgin ve solid bir kitle olabileceği belirlendi. Özefagogastroduodenoskopide patolojik bulgu tesbit edilemedi. Kitlenin sağ kolondan kaynaklanan bir tümör olabileceği düşünülerek yapılan kolonoskopi, yoğun kanama nedeniyle tamamlanamadı. Kan tetkikleri sonucunda; Kan grubu: 0 Rh+, Hb: 5.2 gr/dl, Htc: %17.4, Eritrosit sayısı: 1.940.000 mm<sup>3</sup>'de, sedimentasyon: 45 mm/h olarak tesbit edildi. Hasta verilen 6 ünite kan ve tıbbi tedaviye rağmen stabil hale gelmediği için acil olarak ameliyata alındı. Laparatomide, Treitz'den 30 cm mesafede jejunum anti mezenterik tarafında dışa doğru büyüyen ve sağ alt kadrana yerleşmiş yaklaşık 24 cm çaplı, kapsüllü (seroza), lastik kıvamında ve hareketli kitle mevcuttu (Resim 1). İnce ve kalın barsak lümenleri kan ile doluydu. Onbeş cm lik bir jejunum ansı ile beraber kitle total olarak çıkarılarak uç- uca anastomoz yapıldı. Kitlenin yapılan histopatolojik incelemesi sonucunda leiomyoma tesbit edildi. Postoperatif dönemde 7. gün sorunsuz olarak taburcu edilen hasta, periyodik olarak kontrollere çağrıldı.



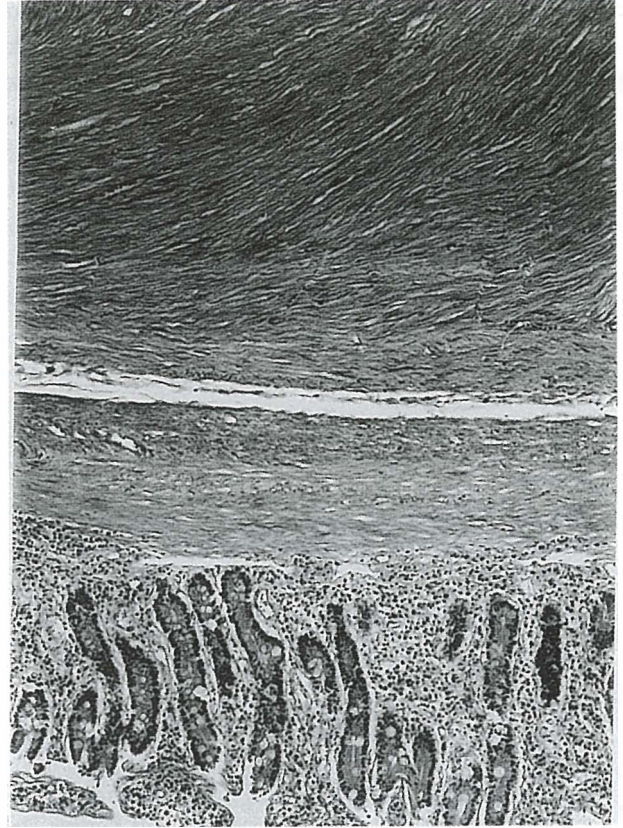
**Resim 1.** Jejunumun antimezenterik kenarından kaynaklanan leiomyomunun çıkarıldıktan sonraki görünümü.

## TARTIŞMA

Leiomyomlar GİS de nadir olarak görülürler. Mide ve ince barsaklar en sık yerleştikleri yerlerdir (2,3,5). Marcilla ve ark. (5)'nin 50 vakalılık ince barsak tümörü serilerinde leiomyomlar %54 jejunumda yerleşmekte ve benign lezyonların %56'sını oluşturmaktadırlar. Matsuo ve ark. (6) 25 yıllık taramada tesbit ettikleri 73 vakalılık ince barsak tümörü serilerinde, 23 vakada tümör benzeri benign lezyon (sıklıkla aberan pankreas ve mide dokusu), 17 vakada benign tümöral kitle (8'i leiomyoma) ve 33 vakada malign tümöral kitle tesbit etmişlerdir.

Leiomyom büyüklüğü vakamızda 24 cm çaplı olmakla birlikte, genellikle çok daha küçük olarak tesbit edilmektedir. Marcilla ve ark.'nın (5) serisinde ortalama büyüklük 4.8 cm iken, Matsuo'nun (6) serisinde ortalama çap 5.2 cm olarak tesbit edilmiştir. İnce barsakta mevcut bir kitlenin klinik belirti verebilmesi için ortalama 4 cm çapa ulaşması gerekmektedir (7). Tanı süresi, tümörün büyüklüğüne, yerine, tipine ve klinik belirti verip vermemesine göre (kanama, invaginasyon, obstruksiyon ve nadiren perforasyon) 1 ay ile 7 yıl arasında değişen vakalar bildirilmiştir (7). Kesin olmamakla beraber hastamızın anamnezinden 2 yıldır aralıklı karın ağrısı, bulantı, ishal ve zayıflamasının olduğu tesbit edildi.

Leiomyomlar buldukları yere göre klinik belirti



**Resim 2.** Mikroskopik görünüm.

verebilirler. İleumda yerleşenler sıklıkla invaginasyon ve obstruksiyonla kendini gösterirken, jejunumda yerleşenler kendini daha çok kanama ile göstermektedir. Ayrıca aralıklı karın ağrısı, bulantı, zayıflama, intermittan kanamaya bağlı anemi ve melena ve karında palpabl kitle diğer belirtilerdir (15). Yoğun veya intermittan GİS kanamasının ince barsaktaki en sık sebebi leiomyomlardır (1).

GİS kanamalarının %5'inde yapılan rutin incelemelere rağmen etyoloji tesbit edilememektedir(8). Bu hastalarda kanama kaynağını bulmak için daha ileri tetkikler yapılması gerekmektedir. Preoperatif dönemde yapılacak selektif mezenter angiografisi, USG, enteroskopi, Tc-99m sintigrafisi, tomografi ve enteroklizis tanıya yardımcı olabilir(1,5,7-9). Tanıya yardımcı olabilecek spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Anemi, gaitada gizli kan veya melena tesbit edilebilir (10).

Yaklaşık %50 vakada tanı laparatomide konulmaktadır (5,8,10). İntraoperatif olarak yeri tesbit edilemeyen kanamalarda intraoperatif enteroskopi tanıya yardımcı olabilir. Ayrıca eksplorasyon sırasında lezyonun %4-10 vakada senkronize (multipl) olabileceği unutulmamalıdır. (3,9,10).

Tedavi genellikle tümöral bölgenin rezeksiyonu ve uç-uca anastomozundan ibaret olup 5 yıllık yaşam oranı %96'dır (5). Hastalar aralıklı olarak kontrollere çağrılmalıdır. Mendes da Costa ve ark. nın (12) 178 vakalık serilerinde, 2 yıllık takip sonucunda, vakaların %1.7'inde nüks tesbit etmişlerdir. Lokal nüks tesbit edilmesi durumlarında malign değişiklik olabileceği unutulmamalıdır. Leiomyom büyüklüğünün 5 cm ve üzerinde

olması malign potansiyel göstermesi bakımından bir kriter olarak kabul edilmektedir (2-4). Ancak, vakamızdan çıkarılan kitle 24cm çapına rağmen mikroskopik olarak benign, klinik olarak malign leiomyom olarak değerlendirildi.

Sonuç olarak, yoğun GİS kanamalarında sebebin bulunamadığı durumlarda, nadir olarak karşılaşılan leiomyomların da hayatı tehdit eden kanamalara yol açabileceği unutulmamalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Serour F, Dona G, Birkenfeld S, Balassiano M, Krispin M. Primary neoplasms of the small bowel. *J Surg Oncol* 1992; 49:29-34.
2. Haskell CM, Selch MT, Ramming KP. Small bowel. In: Haskell CM, Editor, *Cancer Treatment*, 3. Edition, Philadelphia, WB Saunders C 1990; pp: 230-1.
3. Townsend CM Jr, Thompson JC. Small intestine. In: Schwartz SI, Ed. *Principles of surgery*, 6. Edition, New York, Mc Graw Hill C 1994; pp: 1153-89.
4. Wilson SL, Wheeler WE. Giant leiomyoma of the small intestine with free perforation into the peritoneal cavity. *South Med J* 1992; 85:667-8.
5. Marcilla JAG, Bueno FS, Egea AM, Paricio PP. Benign tumors of the small intestine (In Spanish with English abstract). *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 85:177-9.
6. Matsuo S, Eto T, Tsunoda T, Kanematsu T, Shinozaki T. Small bowel tumors; an analysis of tumor-like lesions, benign and malignant neoplasms. *Eur J Surg Oncol* 1994; 20:47-51.
7. Gourtsoyiannis NC, Boys D, Papaioannou N, Theotokas J, Barouxis G, Karabelas T. Benign tumors of the small intestine; preoperative evaluation with a barium infusion technique. *Eur J Radiol* 1993; 16:115-25.
8. Szold A, Katz LB, Lewis BS. Surgical approach to occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg* 1992; 163:90-3.
9. Valls C, Sancho C, Bechini J, Dominguez J, Montana X. Intestinal leiomyomas; angiographic imaging. *Gastrointest Radiol* 1992; 17:220-2.
10. Ashley SW, Wells SA Jr. Tumors of the small intestine. *Semin Oncol* 1988; 15:116-28.
11. Mendes da Costa P, Bearnearst A. Benign tumours of the upper gastro-intestinal tract. *Acta Chir Belg* 1993; 93:39-42.