

İnce barsak leiomyomasi (olgu sunumu)

Leiomyoma of the small intestine: a case report

Dr. Uğur BENGİSUN, Dr. Nezih ERVERDİ, Dr. Kenan KARDEŞ, Dr. Ayhan KOYUNCU, Dr. Tuncay ERTUNÇ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET: Duodenum ve ince barsağın diğer bölümlerinden köken alan düz kas hücreli tümörler, epitelyal tümörlere göre oldukça nadirdirler. Bu tümörlerin neden olduğu semptomların çok çeşitli olması tanıyı güçleştirir. Aynı zamanda serozaya doğru büyüme eğilimi göstermeleri, konvansiyonel radyolojik ve endoskopik tanı yöntemlerini sınırlamaktadır. Bu yazıda 37 yaşında bir erkek hastada tekrarlayan gastrointestinal kanamalar şeklinde ortaya çıkan duodenojejunal bileşkede yerleşmiş bir leiomyoma olgusu sunuldu.

Anahtar kelimeler: İnce barsak, leiomyoma, gastrointestinal kanama

SUMMARY: Tumors arising from the smooth muscle of the duodenum and small bowel are considerably rarer than epithelial malignancies. The presenting symptoms of such tumors show wide variation and make diagnosis difficult. Their tendency to grow towards the serosal surface limit conventional radiological and endoscopic diagnosis. In this report, a 37 year-old man with recurrent gastrointestinal bleeding, diagnosed to have a leiomyoma of the duodenojejunal junction is presented.

Key words: Small intestine, leiomyoma, gastrointestinal bleeding

İNTESTİNAL leiomyoma ve leiomyosarkoma sık görülen tümörler değildir. İnce barsaktaki tüm lezyonların yaklaşık %20'sini oluştururlar. Klinik bulgu vermeden büyük boyutlara ulaşabilen bu lezyonlar sıklıkla benignedirler (1). Bu yazıda tekrarlayan kanama atakları ile başvuran intestinal leiomyomalı bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

37 yaşında erkek hasta, hastanemiz gastroenteroloji kliniğine yaklaşık bir yıldan beri tekrarlayan melena yakınması ile başvurdu. Bu arada massif gastrointestinal sistem (GİS) kanaması ortaya çıkması üzerine 12 Ü tam kan transfüzyonunu takiben hasta kliniğimize nakledildi. Hastanın öz ve soy geçmişiinde özellik yoktu.

TA: 120/80 mmHg, Nb: 78/dk, Solunum 16/dk, Ateş: 36.7°C, cilt hafif soluk renkte idi. Genel durumu iyi olan hastada başka patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar incelemesinde BK: 8600/mm³, KK: 3.900.000/mm³, Hb: 10.3 gr/dl, HTC: %31, MCV: 78µ³ idi ve biyokimya değerleri normaldi. PA akciğer grafisi normal olan hastanın, abdomi-

nal USG'nde orta hattın solunda 27x65 mm çapında soliter yapı tesbit edildi.

Endoskopide de duodenum 4. kıtada frajil, üzeri normal mukoza ile kaplı, küçük bir alanda ülser kitle tesbit edildi.

Abdomenin bilgisayarlı tomografi (BT) ile incelenmesinde sol renal venin hemen önünden başlayan, yaklaşık 60x40 mm boyutlarında lümen opasifikasyonu gösteren, konturları düzenli solid kitle tesbit edildi. Jejunum duvarından kaynaklandığı düşünülen kitlenin çevre infiltrasyonu olmadığı görüldü (Resim 1).

Bu bulgularla, ince barsak menşeyli kanamaya neden olan tümöral kitle tanısı ile hastaya genel anestezi altında median laparotomi yapıldı. Duodeno-jejunal bileşkede yaklaşık 5x5x3 cm boyutlarında yüzeyi düzensiz, yer yer nodüler görünümde, sert tümöral kitle tesbit edildi. Komşu barsak mezosunda iki adet lenfadenopati mevcuttu, diğer karın içi organlar normaldi. Tümöral kitlenin proksimal ve distalinden 7'şer cm. sağlam barsak olmak üzere ince barsak rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz yapıldı (Resim 2).

Materyalin makroskopik incelemesinde lümene



Resim 1. Kitlenin BT'de görünümü



Resim 2. Laparatomide leiomyomanın görünümü

doğru polipoid uzantılar yapan, santral kısmında ülserasyon bulunan, kesitlerde mukoza altından başlayıp serozaya kadar uzanan, yer yer nodüler görünümde tümöral kitle vardı. Mikroskopik incelemede tümörün duodenum mukozası altında, çevreden oldukça iyi sınırlarla ayrılmış olduğu, villuslarda düzensizlik bulunduğu izlendi. Tümöral gelişimin fuziform-hiperkromatik nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı, düz kas hücre segmentlerinden oluştuğu; ancak hücrelerde atipik pleomorfizm ve atipik mitotik aktivite artımı olmadığı görüldü. Ayrıca çıkartılan iki adet lenf nodunda ve her iki cerrahi sınırlarda tümöral infiltrasyona rastlanılmadı.

TARTIŞMA

Mezenşimal tümörler, GIS tümörlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur. Her yaşta görülebilmekle beraber 5.6. dekada daha sıktır. Malign olanları benign olanlara göre daha erken yaşlarda ortaya çıkarlar (2,3).

GIS'de düz kas hücreli tümörler en sık midede (%60) yerleşir. Buna sırasıyla ince barsaklar (%24), özefagus (%7) ve kalın barsaklar (%3) izler. Çoğu kere lezyonlar asemptomatik ya da nonspesifik olup, semptomlar lezyonun yerine ve büyüklüğüne göre değişir. Mide ve ince barsaklarda yerleşmiş lezyonlar; sıklıkla kanama ve karın ağrısı şeklinde oraya çıkar. Bizim hastamızda da aralıklı olarak GIS kanaması olmuş ve son olarak da massif hemoraji gelişmişti. Nadiren de perforasyon, invaginasyon ve obstrüksiyona yol açar (1-3,5,6).

Karın ağrısı, kanama ve defekasyon düzeninde değişiklik, kalın barsakta yerleşen lezyonların en sık ortaya çıkış şeklidir. Özefageal yerleşimli lez-

yonlar tipik olarak disfaji ile kendini gösterir.

Bu tümörler çoğunluğu submukozal, sonra sırasıyla subserozal, intramural ve submukozal + subserozal olmak üzere dört şekilde büyürler (1,4).

Büyük leiomyomalar genellikle ülser alan içerir. Bu endoskopi ve baryum incelemelerinde klasik olarak ortaya konur (3,5). Nitekim bizim olgumuzda da küçük bir alanda ülser olduğu hem endoskopi, hem de makroskopik patolojik incelemede tesbit edildi. Bu tekniklerle lezyonlar sıklıkla gösterilebilir. Ancak düz kas hücreli tümörlerin spesifik tanısı; lezyon derine doğru penetre olduğu için biopsi ile bile nadiren konur. Özellikle ince barsakta yerleşen lezyonların tanısı için çölyak ve süperior mezenterik arteriografi faydalıdır. BT, bu tümörlerin ortaya konmasında, çevre yapılarla ilişkisinin aydınlatılmasında faydalıdır. Benign ve malign lezyon ayırımında ve uzak metastazların varlığının belirlenmesinde de BT faydalı olabilir. Malign lezyonlar genellikle daha büyüktür ve uniform değildir. Benign lezyonlar ise BT'de uniform dansitede, düzgün kenarlı ve yumuşak duvarlıdır (1,4,6). Olgumuzun abdomen BT'sinde kitlenin konturlarının düzenli ve homojen olması ve çevre infiltrasyonu bulunmaması lezyonun benign olduğunu düşündürmüştür. Ancak mikroskopik muayenede dahi lezyonun benign-malign ayrımı zor olabilmektedir. Burada kriter olarak sellüler atipi alınmakta ve her sahada beşin üzerinde mitoz olması malignite lehine kabul edilmektedir. Bizim olgumuzdaki mikroskopik incelemede atipik mitotik aktivite gözlenmedi.

Düz kas hücreli tümörlerin tedavisi cerrahidir. En efektif cerrahi tedavi de radikal rezeksiyon-

dur. Ameliyat öncesi veya ameliyat sırasında benign-malign ayrımının zor olduğu ya da mümkün olmadığı durumlarda malign kabul edilerek işlem yapılmalıdır. Frozen section'dan sonuç alınmayacağı gibi, piyesten hazırlanan kesitlerde de leiomyoma-leiomyosarkoma ayrımı güç olabilir (1,2).

Midede yerleşmiş olgularda parsiyel gastrektomi, ampulla vateri civarındakilere pankreatikoduode-

nektomi, jejunum ve ileumda yerleşenlere ise segmental rezeksiyon uygun cerrahi prosedürdür. Mezenter ve omentumun da çıkarılması önerilmektedir (1,2,5).

Sonuç olarak bu olgunun ışığında intestinal leiomyomaların massif gastrointestinal kanama, hatta perforasyon ve ileus gibi akut batın tablosu oluşturabileceğini vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Skandalakis JE, Grey SW, Shepard D. Smooth muscle tumors of the small intestine. *Am J Gastroenterol* 1964; 42:172-190.
2. Diamond T, Parks TG, Danton MHD. Smooth muscle tumors of the alimentary tract. *Ann Roy Coll Surg* 1990; 72:316-320.
3. Evans HL. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract. *Cancer* 1985; 56:2242-50.
4. Megibow AJ, Balthazar EJ, Hulnick PH, Naidich DP, Bosniak MA. CT evaluation of the gastrointestinal leiomyomas and leiomyosarcomas. *AJR* 1985; 144:27-31.
5. Akwari OE, Dozois RR, Weiland LH, Beahrs OH. Leiomyosarcoma of the small and large bowel. *Cancer* 1978; 42:1375-84.
6. Egawa T, Hasuike Y, Takata N, Okamoto J, Igarashi T. Leiomyoma of the duodenum. *Hepatogastroenterology* 1991; 38:76-78.
7. Baker HL, Good CA. Smooth muscle tumors of alimentary tract. *AJR* 1955; 74:247-255.