

İnce Barsakta Leiomyosarkoma (Bir Olgu Nedeniyle)

Dr. Oskay KAYA , Dr. Gökhan OSMANOĞLU,
Dr. Zafer ERGÜL, Dr. İsmet BARAN

Özet: Leiomyosarkoma ince barsak malign tümörleri içinde dördüncü sıklıkla görülmektedir. İnce barsak maligniteleri ise tüm sindirim kanalı malign lezyonlarının %2 sini oluşturmaktadır. Ender olarak raslanan bu tümör, komplikasyonların olaya katılmasıyla çok farklı semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilir. Atipik abdominal ağrılı hastalar yanında, abondan rektal kanamalı, obstrüksiyon veya perforasyon gelişen vakalar da vardır. Hastalığın primer tedavisi cerrahidir. Burada sunulan olgu eksploratris laparatomide tanı almıştır.

Anahtar kelimeler: Leiomyosarkoma, ince barsak.

İnce barsaklar tüm gastrointestinal kanalın uzunluk olarak %75 ini ve mukozal yüzey olarak da %90 ını oluşturmaya rağmen; bütün sindirim kanalı tümörlerinin %25 i ve malign lezyonların ise ancak %2 si buradan gelişir (1). Toplanmış geniş serilerde ince barsak leiomyosarkomu; karsinoid tümör, adenokanser ve lenfomadan sonra dördüncü sıklıkla karşımıza çıkar (1,2). Leiomyoma, leiomyosarkomadan üç kat fazla görülür ve genellikle daha küçüktür. Ancak tümörün boyutu ile malignite arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (3). Leiomyosarkoma yenidoğan döneminden itibaren her yaş grubunda raslanır. Kadın/Erkek oranı değişik serilerde farklı rakamlarla verilmektedir (1-5). Bu farklı oranlar tümörün çok seyrek görülmesi ve dolayısı ile serilerin küçüklüğünden kaynaklanmaktadır. Tümörün semptomatolojisi de oldukça karışıktır; atipik karın ağrısından, mas-sif kan transfüzyonu gerektiren kanamalar, obstrüksiyon ve perforasyona kadar geniş bir spektrum çizer.

SSK Ankara Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği.

Summary: INTESTINAL LEIOMYOSARCOMA (A CASE REPORT)

Among all intestinal malignancies, leiomyosarcoma is the forth most common tumor Intestinal malignancies stand for 2% of the total gastrointestinal malignancies. By the involvement of complications this rare tumor can show itself with very diferent symptoms and signes. The patiens may present with atypic abdominal pain, abandoned rectal bleeding, obstruction or perforation. The primary treatment of the disease is surgical. The case presented here has been diagnosed during the explorative laparotomy.

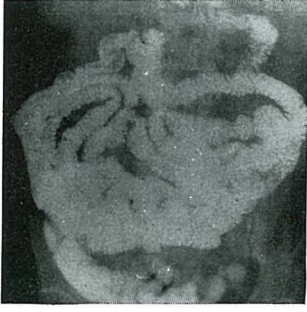
Key words: Leiomyosarcoma, small intestine.

OLGU SUNUSU

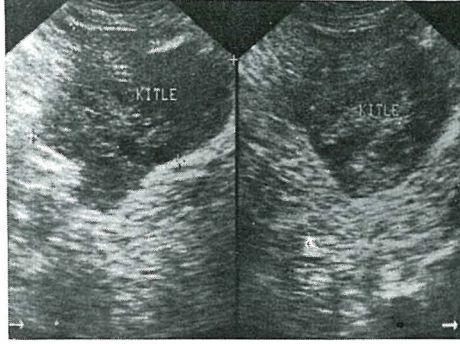
62 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır atipik abdominal ağrı ve distansiyon yakınmaları var, zaman zaman konstipasyon tarzında dışkı-lama alışkanlığında değişiklik tanımıyor ve son üç ayda yaklaşık 6 kilogram zayıflamış. Hastamızda üç yıllık diabetes mellitus ve bir yıllık angina pectoris yakınmaları mevcut olup gittiği sağlık merkezinde batında tümöral kitle saptanması üzerine hastanemize sevk edilmiş.

Fizik muayene; umbilikal bölge ve karın sağ alt kadranda derin palyasyonla duyarlılık var,, aynı bölgede yaklaşık 10x10 cm boyutlarında fiksasyon göstermeyen, lastik kıvamında solid izlenimi veren kitle alındı.Diğer sistemlerin muayenesi normaldi.

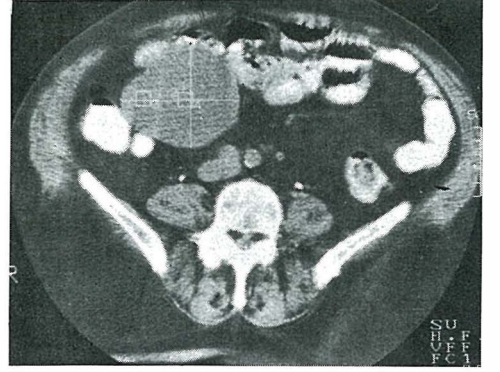
Laboratuvar incelemelerinde rutin tam kan, idrar ve kan biokimyası normal bulundu. Kan şekeli diyet ile regüleydi. EKG de lateral iskemi bulguları olup, tıbbi tedavi görüyordu. PA akciğer grafisi normaldi. HBsAg negatif, çalışılan



Resim 1: İnce barsak pasaj grafisi: T?m?r, m?sk?ler tabakadan mezoya do?ru b?y?d??nden patolojik g?r?n?m yok.



Resim 2: Batın ultrasonografisi: Heterojen ekoda, 90x80 mm ebadında, sınırları belirgin solid kitle.



Resim 3: Bilgisayarlı tomografi: ?ekum medialinde ince barsak segmentlerinin posteriorunda 75x85 mm ebadında kitle

t?m?r belirleyicilerden CEA: 0.1 ng/ml, AFP: 2.06 ng/ml, CA 19-9:33 U/ml olarak saptandı ve normal sınırlardaydı. Gaitada gizli kan yoktu.

İnce barsak pasaj grafisinde patolojik g?r?n?m yoktu (Resim 1). Opak lavmanlı kolon grafisi de normaldi. Abdominal ultrasonografide batın sa? alt kısmında 90x80 mm boyutlarında heterojen, sınırları belirgin solid kitle ve sa? b?brekte kortikal kist saptandı (Resim 2). Bilgisayarlı tomografide ?ekum medialinde, ince barsak segmentlerinin posteriorunda, barsakları anteriora do?ru iten, terminal ileum lokalizasyonunda d?zg?n sınırlı, homojen yapıda 75x85 mm boyutlarında yumuşak doku kitlesi vardı (Resim 3), pankreas atrofik g?r?n?mdeydi ve sa? b?brekte kortikal kist saptandı.

Eksploratris laparotomiye karar verildi. Hasta diabetes ve koroner iske mi y?n?nden dahiliye klini?inin ?nerileri ile gerekli ?nlemler alınarak opere edildi. Sa? pararektal kesi ile batına girildi, Treitz ligamanından yaklaşık 30 cm distalde jejunum duvarından k?ken alıp mezosu segmanter olarak rezeke edildi (Resim 4 ve 5) u? uca anastomoz yapıldı.

Operasyon piyesinin histopatolojik incelemesinde (Resim 6 ve 7); kesitlerde geniş nekroz ve kanama alanları i?eren t?m?ral yapının, hipersell?ler nitelikte oldu?u ve demetler oluşturan atipik h?crelerden meydana geldi?i g?r?lmektedir. H?crelerde pleomorfizm mevcut olup herbir 10 b?y?k b?y?tme alanında 5 veya daha fazla mitozun bulundu?u g?ze ?arpmaktadır. T?m?ral yapı ince barca?ın kas tabakası ile ilişki g?ster-

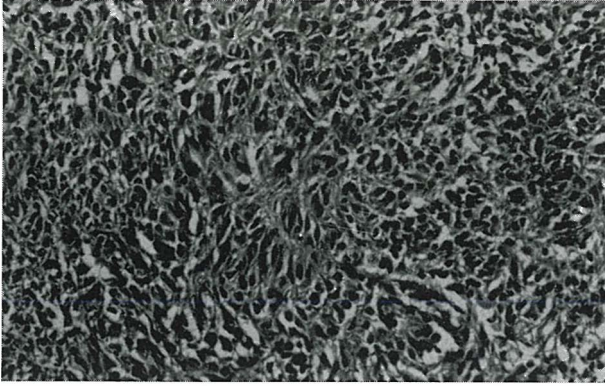


Resim 4: Operasyon piyesinin makroskopik g?r?n?m?.



Resim 5: Operasyon piyesi. Jejunum longitudinal, t?m?ral kitle horizontal planda a?ılmış. Mukozanın sa?lam oldu?u g?r?l?yor.

mektedir. Barsak mukoza ve submukoza normal yapıda olup, barsa?ın her iki ucu normal g?r?n?mdedir. Histopatolojik tanı: Jejunum ve mezo kitlesi eksizyon materyalinde leiomyosarkoma.



Resim 6: Mikroskopik görünüm (HE): Demetler oluşturan iç şekilli atipik hücreler.



Resim 7: Mikroskopik görünüm (HE): Malignite için patognomonik geniş nekroz alanı.

Hastamız postoperatif 5. gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Adjuvan kemoradyoterapi planlanmadı.

TARTIŞMA

Opsiyon ve otopsi sonuçlarına göre değişmekle birlikte primer ince barsak tümörlerine kolon neoplazmlarından 40-60 kez az rastlanmaktadır (1). Bu durum 35 ten fazla histopatolojik tipin mevcut olduğu da gözönünde alınırsa tanı ve tedaviyi daha karışık hale getirmektedir (1).

Gastrointestinal kanalda barsak duvarı ya da vasküler duvarın düz adelesinden kaynaklanan neoplazmlar tüm gastrointestinal tümörlerin %1 ini oluşturur (3). Leiomyosarkoma ile leiomyoma arasında histopatolojik ayrım bazen zor olabilir. Her iki tümör de gri-beyaz renkli ve solid olmasına rağmen; malign olgularda geniş nekroz vöe hemoraji odakları, sellülaritede artışla birlikte iç şeklinde hücreler, pleomorfizm ve hiperkromatizm görülür, mitoz sayısındaki artışta histopatolojik ayırmada yardımcıdır (1). Bizim olgumuzda malign histopatolojik kriterlerin hemen hepsi mevcut olduğundan tanı kolay konuldu. Öte yandan benign görünümlü bazı düz kas tümörlerinin de nüks gösterdiği ve aslında malign davranışlı olduğu bildirilmektedir (2).

İnce barsak leiomyosarkomunun semptomatolojisi oldukça değişiktir. Shireen ve ark. nın 16 yılda topladıkları 46 hastalık bir seride %81 abdominal ağrı, %41 rektal kanama, %19 halsizlik ve kilo kaybı saptanmıştır (3). Bert ve ark. nın 19 yıllık ve 34 olgulu bir serisinde 12 rektal kanama, 11 ağrı, 5 erken tokluk hissi, 3 perforas-

yon, 2 palpabl kitle vardır (2). Patrick ve ark. nın literatür tarayarak bildirdiği 22 olgulu pediatrik hasta serisinde bu semptom ve bulguların yanında obstrüksiyon gelişmiş olgulara rastlanmaktadır (4). Hastamızda yaklaşık bir yıldır atipik abdominal ağrı, konstipasyon tarzında dışkılama alıkanlığında değişiklik ve son üç ayda altı kilogram zayıflama vardı. Makroskopik rektal kanama yoktu ve gaitada gizli kan da tesbit edilmedi (Guiaç yöntemi). Sağ alt kadranda palpabl tümöral kitle vardı.

Semptomatik olsa bile ince barsak tümörlerinin tanısı zordur. Retrospektif değerlendirmeler bazı serilerde kontrast radyografi ile tanının %60-90 olduğunu gösterse de bu şekilde preoperatif tanı imkanı %20-50 dolayındadır (1). Olgumuzda ince barsak pasaj grafisi, tümörün müsküler tabakadan mezoya doğru büyümesi nedeniyle sonuç vermedi. Enteroklizis olarak adlandırılan bir yöntemde Treitz ligamanını geçen bir tüp yoluyla kontrast madde verilerek ince barsak grafileri alınmaktadır. Maaglinte ve ark. bu şekilde önceden rutin yöntemle gözden kaçmış 48 tane ince barsak lezyonu tesbit etmişlerdir (6). Öte yandan obstrüksiyon, volvulus gibi ender komplikasyonların düz grafilerde klasik görünümeleri olabilir; terminal ileum lezyonları ileoçekal valvden reflü olan opak madde ile kolon grafisinde saptanabilir.

Anjiyografi, özellikle kanayan leiomyosarkomalı olgularda lezyon yerini tesbit için kullanılır. 0.5-1 ml/dk kanama tesbit edilebilir. Tc 99 m ile işaretli eritrosit kullanarak yapılan sintigrafi ile de 0.1 ml/dk kanamaları tanımak olasıdır (1.5).

Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi, leiomyosarkomalı olgularda özellikle tümörün ekstraluminal yerleşim özelliğinden dolayı yararlı bilgiler vermektedir (1-5). Olgumuzda sağ alt kadrındaki tümöral kitleyi bu yöntemlerle görüntüleyebildik.

Hastalığın tedavisi konusunda hemen tüm otoriteler önceliği cerrahiye vermektedir (1-5). Leiomyosarkoma peritoneal implantasyon, lenfatik ve hematojen yayım yapabilir (3). Bert ve ark. nın

serisinde peritoneal implantasyon oranı %45 olarak verilmekte, bu hastalarda küratif olduğu sanılan cerrahi tedaviden sonra sağkalım oranını anlamlı ölçüde düştüğü vurgulanmaktadır (2). Değişik serilerde cerrahi tedaviden sonra 5 yıllık sağkalım oranları %10 ile %50 arasında değişmektedir (2,3). Doxorubicin, decarbasin, vincristine, cyclophosphamide gibi kemoterapötik ajanlar ile yapılmış çalışmalar varsa da otorite görüşündedirler (1-5).

KAYNAKLAR

1. Ashley SW, Wells SA: Tumors of the small intestine. *Semin Oncol* 1988; 15(2): 116-28.
2. Bowers BA, Watters CR, Szpak CA, Meyers WC: Abdominal leiomyosarcoma: Aggressive management. *South Med J* 1989; 82(3):313-7.
3. Senewiratne S, Strong R, Reasbeck PG: Smooth muscle tumours of the upper gastrointestinal tract. *Aust N Z J Surg* 1987; 57(5): 299-302.
4. McGrath PC, Naifeld JP, Kay S, Salzberg AM: Principles in the management of pediatric intestinal leiomyosarcomas. *J Pediatr Surg* 1988; 23(10): 939-41.
5. Hansen CP, Colstrup H, Mogensen AM: Recurrent gastrointestinal bleeding due to leiomyosarcoma of the small intestine. Case report. *Eur J Surg* 1991; 157(3): 227-9.
6. Maglinte DDT, Hall R, Miller RE: Detection of surgical lesions of the small bowel by enteroclysis. *Am J Surg* 1984; 197: 226-9.