

MEZENKİMAL İNCE BARSAK TÜMÖRLERİ

Doç. Dr. Mesut Parlak, Asis. Dr. Fatih Ata Genç, Doç. Dr. Vahit Özmen
Doç. Dr. Mustafa Keçer, Doç. Dr. Uğur Çevikbaş

ÖZET: Kliniğimizde 1982-1987 yılları arasında teşhis ve tedavi edilen ve histopatolojik olarak mezenkimal ince barsak tümörü tanısı konulan 10 vaka gözden geçirildi. Bu tümörlerin 1/3'ü klinik olarak perforasyon ve tıkanma meydana getirdikleri zaman farkedildi. Klinik, patolojik bulgular tedavi sonuçları diğer toplanmış serilerle karşılaştırıldı.

SUMMARY: *Small intestinal mesenchymal tumors:* Ten cases with mesenchymal small bowel tumors operated in our clinic between the years 1982-1987 were reviewed. Clinical presentation, pathologic findings, management and results of the patients with small intestinal tumors are compared to the collected published experience of about 2000 cases.

GİRİŞ

İnce barsağın primer tümörleri nadirdir. Tüm gastrointestinal tümörlerin % 1,7-6'sını teşkil ederler (2-5). Bunlar histolojik olarak adenom, leiomyom, lipom, vasküler tümörler gibi selim, adenokarsinom, leiomyosarkom gibi malign olabilirler. Mezenkimal tümörlerden leiomyomlar diğerlerine nazaran 2 kez daha sık görülür (5). Nörinomlar ise tüm ince barsak tümörlerinin % 1 kadarını teşkil eder (1). Malign tümörler arasında ise leiomyosarkomlara % 20 oranında rastlanır (6). Sık olarak görülmediği ve fazla klinik bulguya sahip olmadığı için ince barsak tümörlerinin tanısı güç olmaktadır ve hastalar genellikle komplikasyonlar ortaya çıktığında acil olarak ameliyat edilmektedir. Komplikasyonlar nedeniyle % 30 oranında acil girişim uygulanan ve histopatolojik tanısı mezenkimal (non-epitelyal) ince barsak tümörü olan 10 vaka nedeniyle konu incelenerek tartışıldı.

MATERYAL - METOD

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1982-1987 yılları arasında ameliyat edilen ve Patolojik Anatomik tetkik sonucu mezenkimal ince barsak tümörü olarak alınan 10 vaka klinik ve patolojik yönlerden incelendi.

BULGULAR

Hastaların yaşı 35 ile 78 arasında değişmekte olup ortalama 57,6'dır. Cins dağılımı, 6 kadın, 4 erkektir (Tablo 1). Vakaların yarısında ağrı ve palpabl kitle saptanmıştır (Tablo 2). Histopatolojik tanılar; 5 vakada leiomyom, 3 vakada nörinom, 1 vakada liposarkom, 1 vakada fibromdur (Tablo 3). Tümör lokalizasyonu 7 vakada ileum, 2 vakada duodenum, 1 vakada jejunumdur (Tablo 4). Makroskopik olarak tümörlerin en büyüğü 9 x 4 x 4 cm. ölçülerinde, en küçüğü 1 cm. çapında kapsüllü, kesitleri lobüllü ve lifsel yapıdadır. Leiomyom olgularında çaprazlaşan, demetler yapan düz kas proliferasyonu görüldü. Bir olguda hücre zenginliği dikkati çekti (Resim 1). Fibrom olgusunda; fibrosit, fibroblast proliferasyonu ve bunların çaprazlaşan demetler yaptığı görüldü. Nörinom olgularında sinir hücrelerinin zengin olduğu, yanyana gelerek ritmik sütrüktürler yaptığı saptandı. Bazı

alanlarda ise hücre fakirliği vardı (Resim 2). Bir olguda ise yağ dokusu hücrelerinde habis tümör gelişimi gözlemlendi. Van-Giezon boyası ile tümörlerin nörojenik, düz kas veya fibrosit tipinde olduğu ayırdedilmeye çalışıldı.

TARTIŞMA

Gastrointestinal tümörler arasında nadir rastlanan ince barsak tümörlerinde spesifik belirtilerin olmaması nedeniyle tanıda geç kalınmakta vakaların ancak yarısında ameliyat öncesi tanı konulabilmektedir (5). Serimizde bu oran % 30'dur. en sık rastlanan belirtiler karın ağrısı, tekrarlayan barsak tıkanması, kilo kaybı ve güçsüzlüktür (4, 9, 10). Diğer klinik bulgular kanama ve batında kitledir. Kanama ve obstrüksiyon vakalarımızın 1/3'ünde

TABLO 1: Vakaların ameliyat öncesi klinik tanımları ve histopatolojik tanıları.

VAKA NO	BIOPSİ PROTOKOL NO	YAŞ	CİNS	KLİNİK TANI	HİSTOPATOLOJİK TANI
1	8543/80	40	E	Hemanjiom	Hücreden zengin Leiomyom
2	9156/80	35	K	Ileum tm.	Liposarkom
3	1107/82	55	K	İnvaginasyon	Fibrom
4	11595/82	55	K	Duodenum tm.	Hücreden zengin nörinom
5	121/83	50	E	İncebarsak tm.	Leiomyom
6	6421/83	55	K	Batın tm.	Leiomyom
7	13765/84	47	K	Ileum tm.	Leiomyom
8	1337/80	78	E	Akut batın	Hücreden zengin nörinom
9	15886/84	52	E	Batın tm.	Leiomyom
10	1796/82	55	K	İleus	Nörinom

İleum lokalizasyonlu 6 vakada; tümörü ve mezenterini içeren parsiel ince barsak rezeksionu, Distal ileum lokalizasyonlu 1 vakada; sağ hemikolektomi-parşiel ince barsak rezeksionu, duodenum lokalizasyonlu 1 vakada; duodenotomi-tümör eksizyonu, duodenum lokalizasyonlu 1 vakada; rafi-biopsi, jejunum lokalizasyonlu 1 vakada; parşiel ince barsak rezeksionu uygulandı.

TABLO 2: Semptomlar.

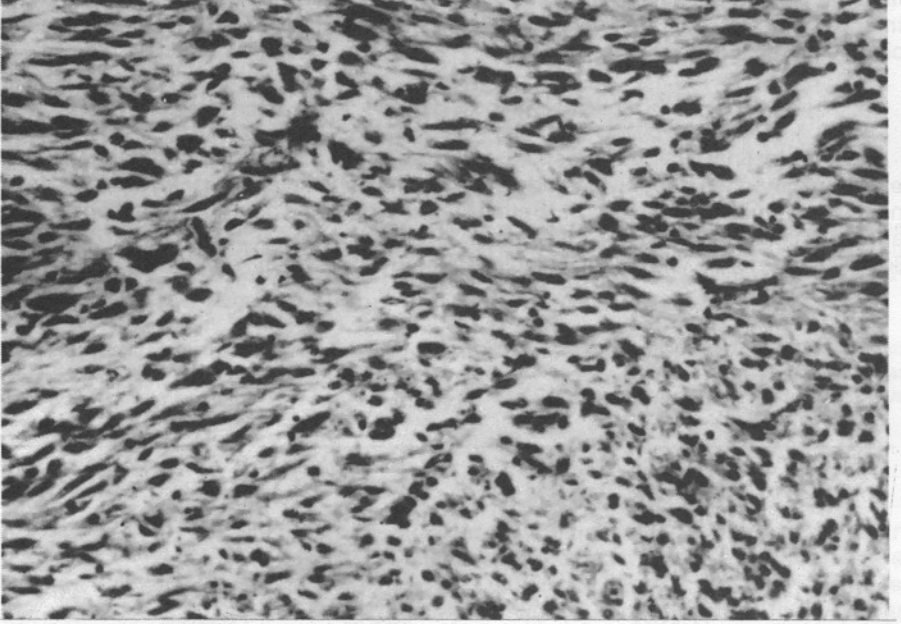
SEMPTOMLAR	VAKA	%
AĞRI	5	50
KİLO KAYBI	3	30
OBSTRÜKSİYON	3	30
HEMATEMEZ MELENA	3	30
KİTLE	5	50
KUSMA	4	40

TABLO 3: Histopatolojik tanıların dağılımı.

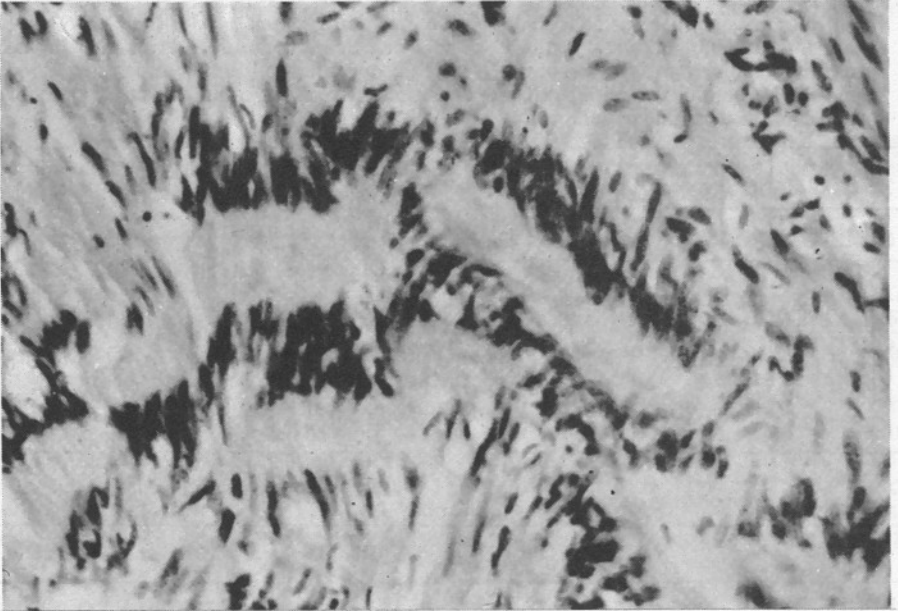
PATOLOJİ	VAKA	%
LEİOMYOM	5	50
LİPOSARKOM	1	10
NÖRİNOM	3	30
FİBROM	1	10

TABLO 4: Tümör lokalizasyonu

	LEİOMYOM	LİPOSARKOM	NÖRİNOM	FİBROM
DUODENUM	-	-	2	-
JEJUNUM	1	-	-	-
İLEUM	4	1	1	1



Resim 1: Prolifere ve çaprazlaşan demetler yapan düz kas hücreleri. (H. E. x 310).



Resim 2: Prolifere ve hücreden zengin, fakir alanlar içeren sinir hücresi demetleri. (H. E. x 125).

mevcuttur. Karın ağrısı ve batında kitle ise vakaların yarısında tesbit edilmiştir. Diğer serilerde bu oran % 7-63 arasında değişmektedir (3, 7). Rochlin ve Longmire (7) olguların % 40'ında semptomların tanı konulmadan en az 10 ay önce başladığını belirtmektedir. Lokalizasyon olarak en sık ileumda tümöre rastlanmaktadır. Vakalarımızda 7 ileum, 2 duodenum, 1 jejunum lokalizasyonu tesbit edilmiştir. Vakalara % 30 oranında acil cerrahi girişim uygulanmıştır. İnce barsak primer tümörleri genellikle 6. ve 7. dekadteki hastalarda görülmektedir (4). Vakalarımızın 6'sı 6. dekada, 1 vaka 7. dekada olup yaş ortalaması 57,6'dır.

Taniya varılamayan karın ağrısı, gastrointestinal kanama, barsak tıkanıklığı, batında kitle gibi bulguların varlığında ince barsağa yönelik tetkiklere ağırlık verilmelidir. Ultrasonografi ve CAT ince barsak patolojilerinde güvenilir sonuçlar vermemektedir. Baryumlu pasaj tetkikleri, anjiyografi ve endoskopi önem kazanmaktadır. Baryumlu pasaj grafiyle % 70'e varan oranda tanı konulabilmektedir (10, 8).

Sonuç olarak, belirin olmayan semptomlarla ortaya çıkan ve sıklıkla acil cerrahi girişim gerektiren bir patoloji olan ince barsak mezenkimal tümörleri; taniya varmakta güçlük çekilen abdominal semptomlarda düşünülmeli, radyodiagnostik, endoskopik yöntemlerle araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Avcı: C, Özmen, V. Terzioğlu, T. İnce barsak tümörleri içerisinde nadir görülen iki nörinom vakası. İst. Tıp Fakültesi 6. Tıp Kurultayı (6:118) 20-25 Eylül (1981).
- 2- Broders A. C. Jr. et al. Primary neoplasms of the small bowel. Arch. Surg. 79: 753, (1959).
- 3- Ebert, P. A., Zuidema, G. D.: Primary tumors of the small intestine. Arch. Surg. 91: 452, (1965).
- 4- O'Brien, T. F.: Neoplasms of the small bowel. p. 959. Gastrointestinal disease, (1973).
- 5- Norberg, K. A., Emas, S.: Primary tumors of the small intestine. The American. Jour. of Surg. 142: 569-573, (1981).
- 6- Onye, E., Akmar, R., et al. Leiomyosarcoma of the small and large bowel. Cancer 42: 1375-1384, (1978).
- 7- Rochlin, D. B. Longmire, W. P.: Primary tumors of the small bowel. Surgery 50: 586, (1961).
- 8- Silberman, H. et al.: Neoplasms of the small bowel. Ann Surg. 180: 257, (1974).
- 9- Treadwell, T. A., White, R. R.: Primary tumors of the small bowel. Am. J. Surg. 130: 749, (1975).
- 10- Vuori, J. V. A.: Primary malignant tumors of the small intestine. Acta Chir Scand 137: 555, (1971).