

**PRİMER GASTRİK LENFOMA ZEMİNİNDE GELİŞEN MİDE
PERFORASYONU VE SUBDİAFRAGMATİK ABSE OLGUSUNDA
BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARI***

Dr. H. Barış Diren**, Dr. Naki Ulusoy***.

Kemoterapi ve radyoterapi sırasında primer gastrik lenfoma olgularında mide perforasyonu gelişmesi nadir değildir. Ancak, tedavi görmemiş ve henüz tanı almamış olgularda mide perforasyonu gelişmesi oldukça nadir görülen bir durumdur^{1,2,3}. Böyle olgularda tanının erken konması ve tedavi planının buna göre yapılması büyük önem taşır. Akut karın tablosu ile başvuran 78 yaşındaki bir erkek hastada tesbit edilen primer gastrik lenfoma zemininde gelişmiş mide perforasyonu ve subdiafragmatik abse tablosunda, bilgisayarlı tomografinin tanısasal değeri ve katkısı konu ile ilgili literatür değerlendirmesi ile birlikte sunulmuştur.

Vaka takdimi

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne şiddetli karın ağrısı ve bulantı - kusma yakınması ile başvuran 78 yaşındaki erkek hastanın öyküsünden, son iki aydır yemeklerden sonra bulantı ile birlikte kusmalarının olduğu ve bu süre içinde üç defa da melena şeklinde gaita yaptığı öğrenildi. Ayrıca hastanın son iki yıldır dispeptik yakınmalarının olduğu, 1,5 yıl önce çekilen mide - duodenum grafisinin ozaman normal olarak değerlendirildiği öğrenildi.

* Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları çalışmalarından.

** Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

*** Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

Fizik incelemesinde, abdomende yaygın defans mevcudiyeti ile birlikte sağ subkostal bölgeden umblikusa doğru uzanan palpasyonla ağrılı, düzgün yüzeyli, immobil ve karaciğerden sınırları net olarak ayırdedilemeyen yaklaşık 10x14 cm. boyutlarında kitle tesbit edildi. Barsak sesleri hipoaktif idi.

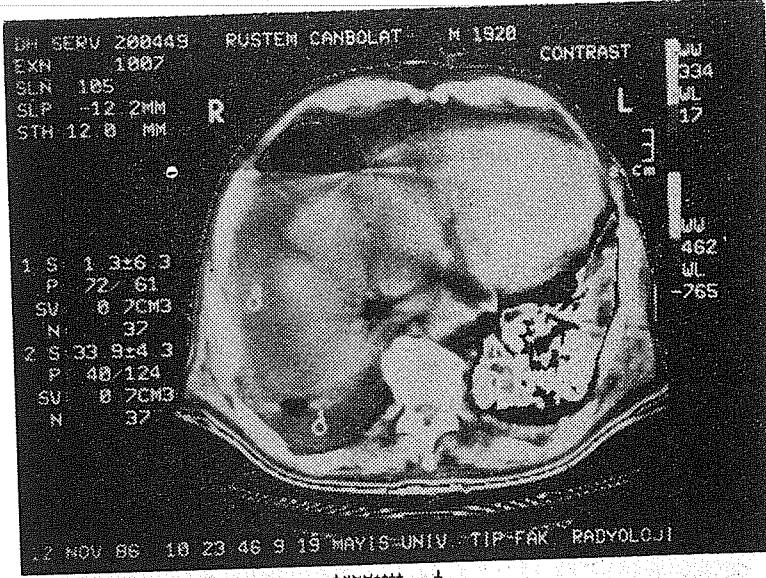
Laboratuvar incelemelerinde, Hemoglobin : 5,8 g./dl., Beyaz küre : 11000/mm³ ve periferik yaymada lökosit hakimiyeti ile birlikte eritrositlerde hipokromi bulguları mevcuttu. Karaciğer fonksiyon testleri, kan elektrolit seviyeleri, BUN ve kreatinin değerleri normaldi.

Akciğer grafisinde; kalbte sol ventrikül hakimiyetli büyüme ile birlikte kronik bronşit bulguları mevcuttu. Ayrıca sağ hemidiafragma yüksek pozisyonda izleniyordu ve bu tarafta plevral effüzyon dikkati çekiyordu. Yine sağ hemidiafragma altında hava - sıvı seviyesi içeren lezyon bulguları izleniyordu. Mediastinal yapılar normal olarak değerlendirildi.

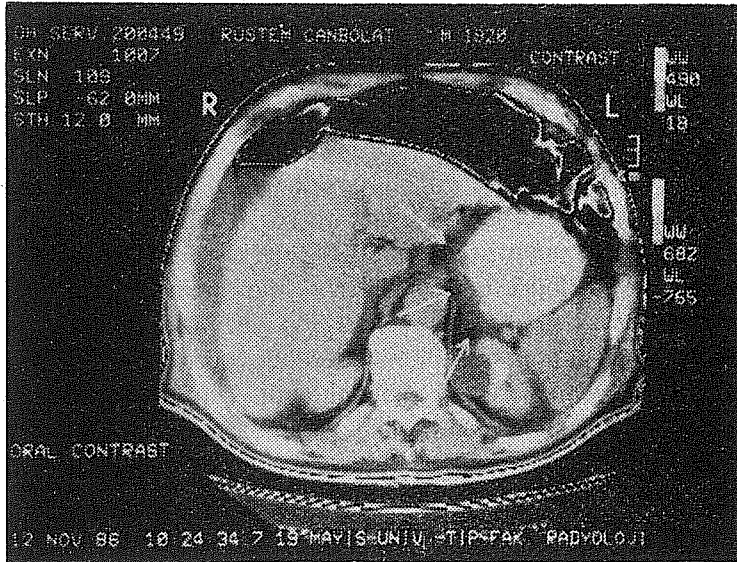
Ayakta direkt batin grafisinde, yukarda tariflenen sağ subdiafragmatik abse ile uyumlu bulgular dışında patolojik bulgu tesbit edilmedi.

Ultrasonografik değerlendirmede; sağ tarafta subdiafragmatik abse ile uyumlu miks eko yapısı veren kolleksiyon tesbit edildi. Aynı zamanda pankreasın ön kısmında, mide ile sınırları tesbit edilemeyen 7x6 cm. boyutlarında, lobülasyon gösteren solid doku kitlesi mevcudiyeti görüldü.

Bilgisayarlı tomografi tetkikinde, sağ tarafta diafragma altından başlayarak karaciğer sağ lobu dış kenarı boyunca lumbal bölgeye kadar uzanan abse formasyonu izleniyordu. Bu taraf diafragma üst kesiminde plevral effüzyon bulguları görülmekteydi. Ayrıca intraabdominal bölgede intestinal segmentlerin dışında, sağ hipokondriumda serbest opak ilaç mevcudiyeti tesbit edildi. Bütün bu bulgular dışında aynı zamanda mide duvarında kalınlaşma ile birlikte antrum kesiminden geliştiği görülen ve lümen dışına konglomere bir kitle şeklinde büyüyen solid tümöral doku mevcudiyeti görüldü. Karaciğer ve dalak normaldi. Yine paraaortik sahalar ve retroperitoneal bölge oluşumları normal olarak değerlendirildi (Resim : 1, 2, 3).

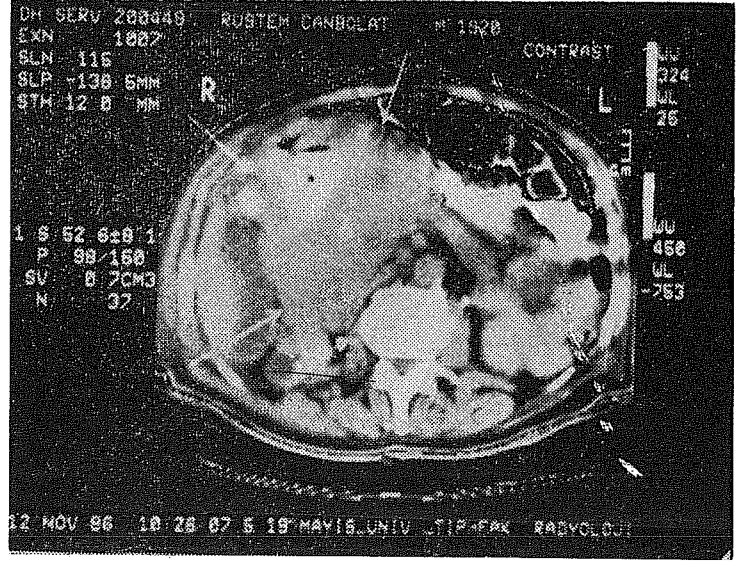


Sağ hemidiafram seviyesinden geçen transvers kesitte, sağda plevral effüzyon mevcudiyeti ile birlikte karaciğer sağ lob apeksinden başlayıp dış kenarı boyunca uzanan ve hava seviyesi içeren abse formasyonu izleniyor (1: Plevral effüzyon, 2: Abse formasyonu).



Resim 2

Porta hepatis seviyesinden geçen transvers kesitte, korpus kesiminden başlayarak, mide duvarında izlenen kalınlaşma ve mukozal hipertrofi görünümü izleniyor.



Resim 3

Pankreas korpusu seviyesinden geçen transvers kesitte solid özellik gösteren, abdomen içine büyümüş lobüle kitle (okla işaretli) ve sağ tarafta abse formasyonu ile kitlenin yakın ilişkisi izleniyor. Ayrıca kitle üzerine süperpoze serbest opak madde görünümü (* işaretli), perforasyonun sekonder bulgusu olarak değerlendirilmiştir.

Hasta bu tetkik bulguları ve klinik değerlendirme sonucunda operasyona alındı. Operasyon sırasında sağ taraftan ortalama 200 cc. dolayında subdiafragmatik abse poşu drene edildi. Mide antrum kesiminden kaynaklanan ve arka tarafa doğru büyümüş 7x7x8 cm. boyutlarında tümöral kitle ile karşılaşıldı. Aynı zamanda antrumun ön yüzünde yaklaşık 1 cm. boyutlarında bir perforasyonun gelişmiş olduğu görüldü. Perforasyon, yukarıda tariflenen abse poşu içine açılmaktaydı. Tümöral kitlenin proksimalinden mide, antrumdan ayrılarak gastrojejunostomi yapıldı. Distal mide segmenti primer olarak kapatıldı. Subfrenik bölgeye dren konularak operasyona son verildi.

Postoperatif dönemde hastada kalb yetmezliği bulguları gelişti. Genel durumu gittikçe bozularak 11. günde eksitus oldu. Operasyon sırasında kitleden alınan biopsinin sonucu "diffüz histiositik lenfoma" olarak öğrenildi.

Tartışma

Gastrik lenfoma olgularında histopatolojik değerlendirme dışında özđün bir tanı kriteri mevcut değildir. Hastada gelişen klinik yakınmalar çeşitli gastrointestinal sistem hastalıklarını taklid ettiğinden genellikle tanıda geç kalınmaktadır. Bulantı, hematemez, melana, gcszlk ve kilo kaybı gibi yakınmalar diğer gastrointestinal sistem malignensilerini taklit edebileceği gibi kolayca peptik ülser kliniği ilede karışabilmektedir^{4,5}. Tümör yüzeyinde ülserasyon gelişmesi de yine tümörün belli bir boyuta ulaşmasına ve sonuçta mukozada oluşturduğu iskemi ve nekroza bağlı olarak gelişmektedir. lserasyona sekonder kanamalar % 20 olguda ilk semptom olabilmektedir⁶. Tümöre sekonder gelişen ülserasyon olgularında perforasyon gelişmesi genellikle tedavideki hastalarda daha ender olarakta yeni olgularda görülmektedir.

Gastrik lenfoma olgusunda temel tanı yöntemi radyolojik tetkiklerdir. Bununla beraber, yapılan birçok araştırmada radyolojik bulgular ile lenfoma tanısı düşünülen vakalarda cerrahi değerlendirme sonuçlarına göre doğru tanı oranı oldukça düşük düzeylerde bulunmuřtur⁷. Baryumlu st gastrointestinal sistem tetkiklerinde lenfomayı düşündürecek bulgular řunlardır⁸:

1. Mide mukozasında yaygın hipertrofi ve gastrik rugalarda düzensiz kalınlaşmalar.
2. Multipl lserasyonlar.
3. Yaygın mukozal kalınlaşma ile birarada bulunan tek gastrik ülser
4. Pylordan duodenuma uzanan kitle veya mukozal düzensizlik.

Bu genel radyolojik kriterler dışında eğer kitle 15 cm.'den büyükse lenfoma, 5 cm.'den kkse karsinoma yönünde değerlendirilebileceği ifade edilmiřtir⁹.

Gastrik lenfoma olgularında ultrasonografinin özđün tanı kriterleri mevcut değildir. Bununla birlikte kitlenin tesbiti, lokalizasyonu ve muhtemel komplikasyonlarına ait diğer bazı bulguları erken, kolay ve noninvaziv bir yöntem olarak ortaya koyması bakımından deđeridir¹⁰.

Bilgisayarlı tomografi (BT) tetkik yönteminde de gastrik lenfomaya özđün tanı kriterleri mevcut değildir. Bununla beraber mide duvar kalınlığını, kitle mevcudiyetini ve boyutlarını göstermesi bakımından özellikle son yıllarda büyük önem kazanmaktadır. Noninvaziv bir yöntem olması kadar patolojinin yayılımı, vre dokularla ilişkisi ve doku hakkında da bilgiler ortaya koyması bakımından değerli bilgiler verebilmektedir.

Bu makalede sunulan vakada da görüldüğü gibi primer patolojinin yanında, yolaçmış olduğu komplikasyonlara ait tüm bulguları da birarada veren tek tetkik yöntemi BT olmuştur. Kitlenin hemen hemen gerçek boyutları ortaya konarken lokalizasyonu ve orijini hakkında da doğru bilgiler elde edilmiştir. Kitlenin lobülasyon gösterdiğinin tesbiti ve ekstraluminal gelişimin gösterilmesi ile gastrik lenfoma ön tanısı düşünülebilmektedir. Genel olarak mide tümörlerinde BT ile ayırıcı tanıda yukarıda belirtilen bu kriterlerin değeri vardır. Lenfoma genellikle lobülasyon gösteren dev kiteller olarak tesbit edilmektedir. Leiomyosarkomlarda ise kitle içinde kalsifikasyonların tesbiti önemli bir ayırıcı tanı kriteri olmaktadır^{11,13}.

Hastamızda ayrıca sağ subdiafragmatik abse olgusu da kesin bulgularla ortaya konulmuştur. Abse formasyonu, lezyon içeriğinin radyoabsorbsiyon değerleri tesbiti ile tanımlanırken lokalizasyonu ve yayılımı hakkında da bilgiler yine BT tekniği ile elde olunmuştur. Subdiafragmatik abse gelişimine yolaçan neden, hastada cerrahi girişimde tesbit edilen mide perforasyonudur. Ancak preoperatif dönemde yine BT tetkiki ile perforasyon mevcudiyeti hakkında bilgiler elde olunmuştur. Tetkik öncesi hastaya oral yolla verilen dilüe opak solüsyonun kesitlerde sağ hipokondriumda gastrointestinal sistem dışında tesbiti bu yönde anlamlı bir bulgu olarak gözlenmiştir.

Sonuç olarak BT tetkik yönteminin acil cerrahi girişim planlanan kitle olgularında erken tanıda önemli bir yeri olduğunu vurgulamak isteriz. Özel olarak, gastrik malignansi düşünülen hastalarda ilk tanı yöntemi olarak konvansiyel radyolojik tetkikler seçilmelidir. Yine mide tümörü olgularında kesin tanıya yönelik temel girişim, endoskopik gözlem ve bu yolla alınan biopsinin histopatolojik değerlendirilmesidir. Ancak tüm bu yöntemlere ek olarak, BT tetkikinin primer patolojiyi tanımlamasındaki önemli rolü yanında lezyonun yayılımı ve diğer organlarla etkileşimini de görüntülemesi bakımından tanı değeri büyük olmaktadır.

Özet

Akut karın tablosu ile başvuran 78 yaşındaki bir erkek hastada tesbit edilen primer gastrik lenfoma zemininde gelişmiş mide perforasyonu ve subdiafragmatik abse olgusunda bilgisayarlı tomografi bulguları ve yöntemin tanı değeri ile ilgili literatür değerlendirmesi tartışılmıştır.

SUMMARY

Computerised tomographic findings of gastric perforation and subdiaphragmatic abscess formation related to primary gastric lymphoma in a 78 year-old-man, with the complaints of acute abdomen is presented and relevant literature has been discussed.

KAYNAKLAR

1. Sandler, S.R. Primary gastric lymphoma A review. **The American Journal Of Gastroenterology**, 79, (1), 21 - 25, 1984.
2. Shiu, M.N. Recent results of multimodal therapy of gastric lymphoma. **Cancer**, 58 (7), 1389 - 1399, 1986.
3. Filippa, D.A. et al. Primary lymphomas of the gastrointestinal tract, **Am. J. Surg. Path.**, 7, 363 - 372, 1983.
4. Loehr, W.S. et al. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. A review of 100 cases. **Ann Surg.**, 170, 232 - 238, 1969.
5. Lewin, K.J., Ranchod, M., Doffman, R.F. Lymphomas of the gastrointestinal tract A study of 117 cases presenting with gastrointestinal diseases, **Cancer**, 42, (2), 693 - 707, 1978.
6. Hertzler, N.R., Hoerr, S.O. An interpretive review of lymphoma of the stomach **Surg Gynecol Obstet**, 143, 113 - 124, 1976.
7. Burgess, J.R., et al. Sarcomatous lesions of the stomach, **Ann Surg.**, 173, 758 - 766, 1971.
8. B. Craig, O., Gregson, R. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. **Clin. Radiol.**, 32, 63 - 72, 1981.
9. Menuck, L.S. Gastric lymphoma, a radiologic diagnosis, **Gastrointest Radiol.**, 1, 157 - 161, 1976.
10. Salem, S., Hiltz, C.H. Ultrasonographic appearance of gastric lymphosarcoma, **J. Clin. Ultrasound**, 6, 429 - 430, 1979.
11. Haaga, J.R., Alfidi, R.J. **Malignant gastric neoplasms. Computed tomography of the whole body.** vol. 2. Toronto, Th.C.V. Mosby Co., 978 - 982, 1983.
12. Lee, J.K.T., Sagel, S.S., Stanley, R.J. **Alimentary tract, computed body tomography** 3rd ed., New York: Raven Press, 313 - 318, 1983.
13. Lee, K.R., Levin, E. Moffat, R.E. Computer tomographic staging of malignant gastric neoplasms., **Radiology**, 133, (1), 151 - 155, 1979.

