

## Perfore Primer İnce Bağırsak Lenfoması: Olgu Sunumu

### *Perforated Primary Small Bowel Lymphoma: A Case Report*

Doğan ALBAYRAK, Abdil Cem İBİŞ, Ahmet Rahmi HATİPOĞLU, Nihat POLAT, Zeki HOŞÇOŞKUN

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne*

**Başvuru tarihi / Submitted:** 26.04.2007 **Kabul tarihi / Accepted:** 23.05.2007

İnce bağırsak malign tümörleri nadir görülen ve tanı aşamasındaki güçlükler nedeniyle ileri evrelerde tanı konan tümörlerdir. Lenfoma gastrointestinal sistem malign tümörlerinin %1'ini oluşturur. Primer gastrointestinal lenfoma ender görülür ve ameliyat öncesi tanı konması oldukça zordur. Primer gastrointestinal lenfoma tanısı genellikle laparotomi ile konur. Bu yazıda, subileus tanısı ile takip edilmekteyken akut karın kliniği gelişen ve acil cerrahi eksplorasyona alınarak ince bağırsak tümör perforasyonu saptanan 77 yaşında erkek hasta sunuldu. Hastaya geniş ince bağırsak rezeksiyonu ve uç uca çift kat ince bağırsak anastomozu yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu indolent B-hücreli non-Hodgkin lenfoma olarak bildirildi. İnce bağırsak tümörlerinin nadiren subileus tablosu ile karşımıza çıkabileceği ve tanının çoğu zaman gecikebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Bağırsak neoplazileri/cerrahi; lenfoma, non-Hodgkin/cerrahi.

Malignant tumors of the small bowel are rarely seen and are usually diagnosed in advanced stages because of the difficulties in diagnosis. Lymphomas account for %1 of malignant gastrointestinal system tumors. Primary gastrointestinal lymphoma is very rare and its preoperative diagnosis is difficult. Its diagnosis is usually made through laparotomy. A 77-year-old male patient developed acute abdomen during observation for partial mechanic intestinal obstruction. Emergent explorative laparotomy revealed perforation of a small bowel tumor. A wide small bowel resection was performed with a double-layer end-to-end anastomosis. Histopathological examination of the surgical specimen was reported as indolent B-cell non-Hodgkin's lymphoma. It should be kept in mind that small bowel tumors can present as mechanic intestinal obstruction, resulting in delayed diagnosis.

**Key Words:** Intestinal neoplasms/surgery; lymphoma, non-Hodgkin/surgery.

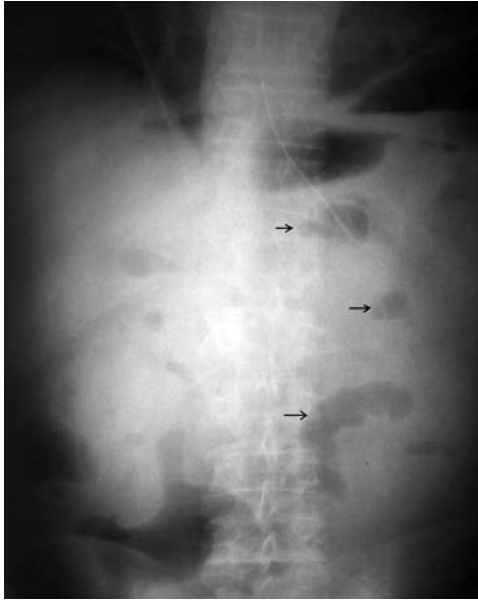
İnce bağırsak primer malign tümörleri nadir görülmektedir. En sık başvuru yakınması karın ağrısı ve kilo kaybıdır. Lenfoma, adenokarsinoma, karsinoid tümör ve sarkomlar ince bağırsakta en sık karşılaşılan malign tümörlerdir.<sup>[1-6]</sup>

Lenfomalar, tüm gastrointestinal sistem malign tümörlerinin %1'ini oluşturur.<sup>[1]</sup> Bu tümörlerin üst ve alt gastrointestinal sistem görüntüleme yöntemleri ile tespit edilmesi oldukça zordur ve bu nedenle tanıda ve tedavide çoğu zaman gecik-

kilir.<sup>[1,3]</sup> Bu yazımızda subileus tanısı ile takip edilmekteyken akut karın kliniği gelişen ve acil cerrahi eksplorasyona alınarak ince bağırsak tümör perforasyonu saptanan olgu sunuldu.

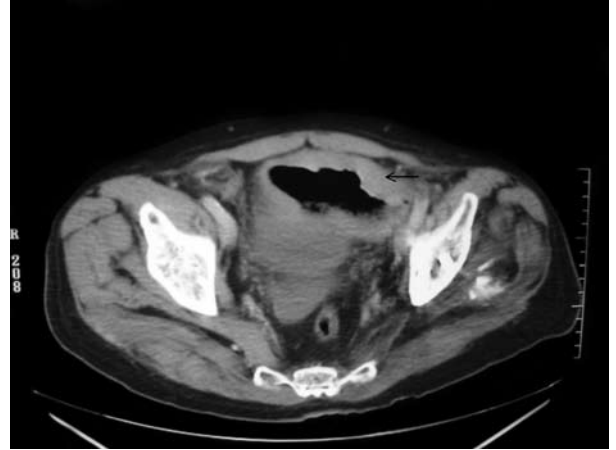
## OLGU SUNUMU

Yetmiş yedi yaşında erkek hasta acil servisi-mize karın ağrısı ve karında şişkinlik yakınması ile başvurdu. İki gündür karın ağrısı tarif eden ve bu dönemde gaz çıkaramadığı ve defekasyon yapamadığını belirten hastanın bulantı ve kusma yakınması vardı. Yapılan fizik muayenede, karında distansiyon ve karın alt kadrantlarında hassasiyet tespit edildi. Tam kan sayımında; Hb: 12.7 gr/dl, Hct: %38.9, Wbc: 13900/mm<sup>3</sup>, Plt: 257000/mm<sup>3</sup> idi. Ayakta direkt karın grafisinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyeleri vardı (Şekil 1). Karın ultrasonografisinde bağırsak ansları arasında serbest sıvı olduğu görüldü. Karın bilgisayarlı tomografisinde; karın içi serbest hava olmadığı, pelvis ön duvar komşuluğunda ileal ince bağırsak anslarından kaynaklanması muhtemel 10 cm'lik segment boyunca uzanım gösteren duvar kalınlık artışı olduğu bildirildi (Şekil 2). Bu bulgular eşliğinde hasta kliniğimize subileus tanısı ile yatırıldı. Hastanın oral alımı kesildi, sıvı replasmanı uygulandı, nazogastrik dekompresyon yapıldı ve kan sayımı, ayakta

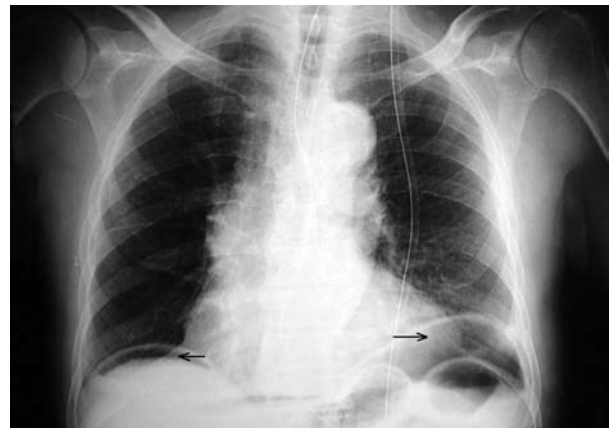


Şekil 1. Olgunun hastaneye başvuru anında çekilen ayakta direkt karın grafisi. İnce bağırsak tipi hava sıvı seviyeleri mevcut.

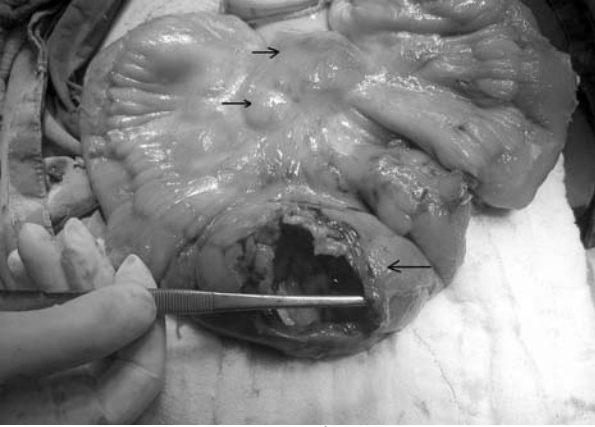
direkt karın grafileri ve karın muayene bulguları ile takip edildi. Takibinin üçüncü gününde çekilen direkt karın grafisinde diyafram altında serbest hava tespit edilmesi üzerine hasta ameliyata alındı (Şekil 3). Median laparotomi yapılarak karna girildi. Yapılan eksplorasyonda; ileoçekal bileşkedeki yaklaşık 60 cm proksimalde, 15 cm uzunluğundaki ileum duvarının ileri derecede kalınlaştığı ve iki alandan perfore olduğu, aynı ileal segmentin mezosunda 5 cm ve 7 cm çaplı iki adet kitle oluştuğu görüldü (Şekil 4, 5). Mezodaki kitleleri de içine alacak şekilde geniş ince bağırsak rezeksiyonu (Şekil 6) ve uç uca çift kat ince bağırsak anastomozu yapıldı. Eksplorasyonda karaciğer ve dalağa ait patoloji saptanmadı. Histopatolojik inceleme sonucu indolent B hücreli nonhodgkin lenfoma olarak bildirilen hasta ameliyat sonrası 10. gün taburcu edildi.



Şekil 2. Olgunun acil servise başvuru anında çekilen karın bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



Şekil 3. Olgunun takibinin 3. gününde çekilen akciğer grafisinde diyafram altı serbest hava tespit edildi.



Şekil 4. Eksplorasyon bulgusu: İleum segmentinde perforasyon ve mezoda iki adet kitle.

## TARTIŞMA

İnce bağırsak malign tümörleri, nadir görülen ve tanı koymaktaki güçlükler nedeniyle daha çok ileri evrelerde karşılaşılan tümörlerdir.<sup>[1,4]</sup> Lenfoma, adenokarsinoma, karsinoid tümör ve sarkomlar ince bağırsakta en sık karşılaşılan malignitelerdir.<sup>[1-6]</sup> Lenfomalar tüm gastrointestinal sistem malign tümörlerinin %1'ini oluşturur.<sup>[1]</sup> İnce bağırsağın malign lenfoması özellikle Ortadoğu ve Kuzey Afrika'da daha sık görülmektedir.<sup>[1-9]</sup> Primer gastrointestinal lenfoma (PGL) ise daha ender görülür ve ameliyat öncesi tanı konması oldukça zordur. Bizim olgumuzda da olduğu gibi PGL tanısı genellikle laparotomi ile konur (Tablo 1).<sup>[3-6,8,9]</sup>

İnce bağırsak lenfomasının en sık yerleştiği yer mukoza ilişkili lenfoid dokunun yerleşimi ile paralellik gösterir şekilde ileumdur. İleumda



Şekil 6. Ameliyat sonrası rezeksiyon piyesi.



Şekil 5. Eksplorasyon bulgusu: Yan yana iki alanda perforasyon.

B hücreli lenfomalar sık gözlenirken, jejunumda görülenler daha çok T-hücreli lenfomadır. Hastaların %80'inde terminal ileumda tek lezyon vardır.<sup>[2]</sup> Malabsorbsiyon sendromu, immün yetmezlik, rejyonel enterit, çölyak hastalığı ve uzun süreli immünolojik uyarıların (enfeksiyonlar vs.) etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>[3]</sup>

İnce bağırsak lenfomasını üç grupta incelemek mümkündür.

1- Batı tipi lenfoma; daha çok erişkinlerde görülür ve hastaların %5-10'unda şiddetli malabsorbsiyon ile birlikte dir.<sup>[3,8]</sup>

2- Akdeniz lenfoması (immünproliferatif ince bağırsak hastalığı); düşük sosyoekonomik düzeye sahip bölgelerde görüldüğü bilinmektedir.<sup>[3]</sup> Batı lenfomasının aksine malabsorbsiyon önemli bir klinik sorundur. Akdeniz lenfoması jejunum ve duodenumda daha belirgin olmak

### Tablo 1. Primer gastrointestinal lenfoma tanı kriterleri<sup>[3,9]</sup>

1. Periferik lenfadenopati olmaması.
2. Akciğer grafisinde patolojik boyutta mediastinal lenf nodu olmaması.
3. Beyaz küre sayımı ve periferik yaymanın normal olması.
4. Kemik iliği ve aspirasyonunun normal olması.
5. Ameliyatta esas lezyonun gastrointestinal sistemde, patolojik lenf nodlarının da bu lezyonu drene eden bölgedekiler olması.
6. Karaciğer ve dalakta tutulum olmaması.

**Tablo 2. Primer gastrointestinal lenfoma histopatolojik sınıflandırılması<sup>[1,9]</sup>**

B hücreli	T hücreli
1. Düşük-dereceli B-hücreli MALT lenfoma	1. Enteropati-ilişkili T hücre lenfoması
2. Yüksek-dereceli B-hücreli MALT lenfoma (Düşük-dereceli B-hücreli MALT lenfoma ile birlikte olabilir)	2. Enteropati ile ilişkisi olmayan
3. Akdeniz lenfoması (ince bağırsağın immünproliferatif hastalığı) düşük, orta, yüksek dereceli	
4. Burkitt-benzeri lenfoma	
5. Diğer tiplerde düşük ya da yüksek dereceli lenfomalar	

üzere bağırsakların tümünü tutar. Hastalıklı bölgeler arasında normal mukozaya rastlanmaz. Hastaların %35'inde ince bağırsağı infiltrate eden plazma hücrelerinin salgıladığı IgA ağır zinciri vardır. Hastalık tüm mukozayı tuttuğundan komplikasyon gelişmedikçe cerrahi uygulanmaz.<sup>[1-3,5,8]</sup>

3- Çocukluk çağı abdominal lenfoma grubuna giren Amerikan (non-endemik) Burkitt lenfoma; diferansiye olmamış non-Burkitt lenfoma ve yaygın histiyositik lenfomalar üçüncü grubu oluştururlar (Tablo 2).<sup>[1,3]</sup>

İnce bağırsak lenfomasında prognozda önemli olan hastalığın evresi ve hücre tipidir.<sup>[1-9]</sup> Evrelemede en sık Musshoff evreleme sistemi kullanılır (Tablo 3).

Bu bilgiler doğrultusunda olgumuz evre 2E1 batı tipi düşük-dereceli B-hücreli MALT PGL olarak kabul edildi.

Obstrüksiyon, perforasyon ve kanama dışında intususepsiyon da rastlanan komplikasyonlar arasındadır.<sup>[3]</sup> Olgumuzda komplikasyon gelişmesi sonrasında eksploratif laparotomi yapıldı ve rezeksiyon uygulandı. Lokalize hastalık için cerrahi rezeksiyon hemen daima gereklidir.

**Tablo 3. Musshoff evrelendirilmesi<sup>[4-6,8]</sup>**

Evre 1E1: Seroza tutulumu yok.
Evre 1E2: Seroza infiltrasyonu ve/veya perforasyon.
Evre 2E1: İntraabdominal komşu lenf nodlarına yayılım.
Evre 2E2: Paraaortik ve/veya iliak lenf nodlarına yayılım.

Batı tipi ince bağırsak lenfomasının tedavisinde ilk yaklaşım cerrahi rezeksiyondur.<sup>[2,6]</sup> Düşük evreli ve cerrahi rezeksiyon uygulanan hastalarda prognoz belirgin oranda düzelmektedir.<sup>[6]</sup> Sunulan çalışmalarda üç yıllık sağkalım lenfomalı olgularda %62, lenfoma dışı tümörlerde %53 olarak bulunmuştur.<sup>[6]</sup>

Subileus nedeniyle takip edilen özellikle yaşlı hastalarda kalın bağırsak maligniteleri ve eğer geçirilmiş ameliyat öyküsü varsa, ameliyat sonrası yapışıklıklar ön planda düşünülmektedir. Ancak ince bağırsak malign tümörleri, nadiren subileus kliniğinin nedeni olarak karşımıza çıkabilmekte ve tanıda çoğu zaman gecikilebilmektedir. İnce bağırsak lenfomalı olgularda görüntüleme yöntemlerinin tanusal değeri kısıtlıdır. Bu tür olgularda tanı ve tedavi seçeneği olarak cerrahi her zaman gerekli olabilir. Bizim hastamızda da tanı, ancak perforasyon oluştuktan sonra eksploratif laparotomi ile konabildi.

## KAYNAKLAR

1. Al-Saleem T, Al-Mondhiry H. Immunoproliferative small intestinal disease (IPSID): a model for mature B-cell neoplasms. *Blood* 2005;105:2274-80.
2. Zinzani PL, Magagnoli M, Pagliani G, Bendandi M, Gherlinzoni F, Merla E, et al. Primary intestinal lymphoma: clinical and therapeutic features of 32 patients. *Haematologica* 1997;82:305-8.
3. Kılıç YA, Aran Ö. Gastrointestinal lenfomalar. In: Sayek İ, editör. *Temel cerrahi*. 3. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004. s. 1083-86.
4. Pamir G, Müftüoğlu O, Palteki T. İmmünproliferatif ince barsak hastalığı. *Ankara Numune Hastanesi Tıp Dergisi* 1989;29:73-5.
5. Yıldırım E, Öztürk A, Çelen O, Berberoğlu U. Gastrointestinal lenfomalar. *Acta Oncologica Turcica*. 1995;28:101-4.

6. Altınyollar H, Kaptan G, Çelen O, Yıldırım E, Berberoğlu U. İnce barsak malign tümörleri. *Acta Oncologica Turcica* 1997;30:36-7.
7. Peşdereli HE, Gülkesen KH, Erdoğan G, Gelen MT, Karpuzoğlu G, Süleymanlar İ, et al. Relationship Ki-67 and BCL-2 in gastrointestinal lymphomas. *Turk J Gastroenterol* 2000;11:305-8.
8. Ayşan E, Özakay K. Primer gastrointestinal lenfoma tanısında laparoskopinin yeri. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 1998;61:229-31.
9. Göker H, Tekuzman G, Barista İ, Güllü İ, Fırat D. İmmünoproliferatif ince barsak hastalığı (IPSID): 18 yıllık Hacettepe deneyimi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2001;11:57-61.