

Olgu Sunumu



İntestinal Obstrüksiyona Neden Olan Dev Mezenterik Hemanjioma; Olgu Sunumu

İbrahim ALİOSMANOĞLU^{a1}, Mesut GÜL¹, Burak Veli ÜLGER¹, Fırat TEKEŞ¹, Musluh HAKSEVEN¹,
Hüseyin BÜYÜKBAYRAM²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET

Mezenterik hemangioma, nadir ve sıklıkla erken yaşlarda görülen benign bir lezyondur. Hastalar sıklıkla gastro-intestinal kanama ve obstrüksiyon bulgularıyla kliniğe başvururlar. Onsekiz yaşında intestinal obstrüksiyon bulgularıyla hastaneye başvuran, radyolojik görüntüleme ve histopatolojik değerlendirme sonucu mezenterik hemanjiom tanısı alan olgu, nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Mezenterik, Hemanjiom, Obstrüksiyon, İleum

ABSTRACT

Giant Mesenteric Hemangioma Causing Intestinal Obstruction: A Case Report

Mesenteric hemangioma is a rare benign lesion commonly seen in the early ages. They usually apply to the clinic with findings of gastro-intestinal bleeding and obstruction. The case of an 18 year old patient applying to the hospital with findings of obstruction and after radiologic imaging and histopathologic examination, diagnosed with mesenteric hemangioma is presented because it is rare.

Key Words: Mesenteric, Hemangiomas, Obstruction, İleum

Mezenterik hemanjiomlar nadir görülme sıklığına sahip olup iyi huylu lezyonlardır. Bu tür hemanjiomların etiyojisi halen bilinmemektedir. Ancak mezenterik vasküler dejenerasyon sonucunda veya basit bir konjenital anomali olarak geliştiklerine dair birçok teori ileri sürülmektedir (1). Hemanjiomlar başta karaciğer olmak üzere kemik dokusu, mediastinum, dalak, retroperiton, gastro-intestinal sistem (kolon ve rektum), santral sinir sistemi ve yumuşak dokularda da görülmektedir (2,3). Hemanjiomlar her ne kadar asemptomatik seyretse de gizli kanama, aralıklı karın ağrısı, barsak tıkanıklığı, intussepsiyon veya perforasyon gibi bulgularla ortaya çıkabilirler (4). Mezenterik hemanjiyom, birçok görüntüleme yöntemiyle bile tanısı zor konmaktadır. Kitlenin çevre doku ile birlikte çıkarılması tedavi edicidir (5). Mezenterik hemanjiyom tanısı almış olgu, nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi polikliniğine başvuran 18 yaşındaki erkek hasta ileri tetkik ve tedavi için yatırıldı. Hastanın özellikle yemeklerden 1-2 saat

sonra karın ağrısı, bulantı ve sindirilmiş mide içeriği vasfında kusması vardı. Bununla birlikte hastanın gaz çıkışı mevcut olup kabızlık şikayeti vardı. Ortalama 3-4 günde bir gaita çıkışı oluyordu. Fizik muayenede karında minimal distansiyon mevcuttu. Barsak sesleri normoaktif idi. Palpasyonda periumblikal bölgeden başlayıp sağ hipokondriak bölgeye uzanım gösteren mobilize, düzgün sınırlı, palpasyona hassasiyet gösteren karın içi kitle mevcuttu. Rektal tuşede rektum boş idi. Laboratuvar tetkiklerinde biyokimyasal parametreleri, tümör belirteçleri ve beyaz küre değerlerinde anormal bulgu yoktu. Ayakta direkt batın grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. Abdominal ultrasonografide pelviste natürü tam olarak ayırt edilemeyen 15x10 cm boyutlarında kistik-solid komponenti olan kitle saptandı. Abdominal manyetik rezonans (MR) görüntülerinde pelvik bölgede lokalize ve mesaneyi posteriora doğru iten oval şekilli 14x10 cm boyutlarında hipodens kistik komponente sahip solid kitle saptandı. Hastanın ameliyat öncesi hazırlıkları yapılarak elektif şartlarda ameliyata alındı. Eksplorasyonda pelvisi tama yakın dolduran, ileum segmentini içine alan genişlemiş venöz vasküler yapıya sahip yaklaşık 14x10 cm'lik kitle mev-

^a Yazışma Adresi: Dr. İbrahim ALİOSMANOĞLU, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

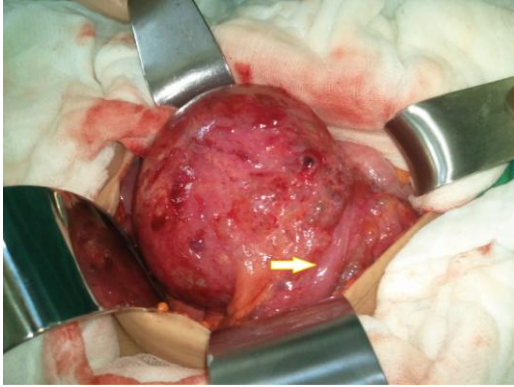
Tel: 0 412 2488001

Geliş Tarihi/Received: 18.08.2012

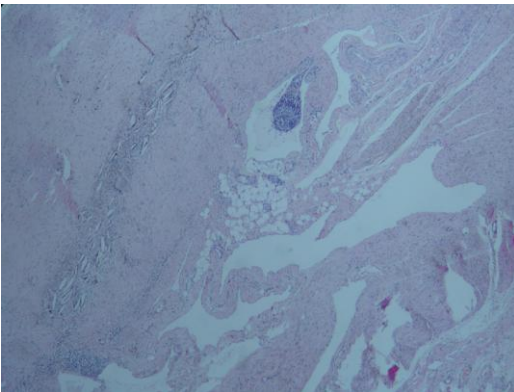
e-mail: ialiosman@gmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 02.10.2012

cuttu (Resim 1). Kitle barsak geçişini ileri derecede daraltmış durumdaydı. Kitle parsiyel ileum rezeksiyonu ile beraber eksize edildi ve uç-uca ince barsak anastomozu gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası takiplerinde problem olmayan olgu 4. günde taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirmede; kitlenin makroskopik incelemesinde 18x2,5cm boyutlarında barsak materyali üzerinde 14x10x4cm boyutlarında, dış yüzü düzensiz görünümde kistik yapıda lezyon bir adet lezyon ilendi. Barsak açıldığında mukozanın olağan görünümde olduğu ve lezyonun mukozaya uzanım göstermediği dikkati çekti. Lezyona kesit yapıldığında içinden pıhtılaşmış mayi boşaldı ve yer yer bir biri ile bağlantılı çok sayıda genişlemeler dikkati çekti. Bu boşlukların mezenterden başladığı ve barsak duvarının içine kadar devam ettiği görüldü. Spesmenin mikroskopik incelemesinde mezenterden başlayıp barsak kas tabakasına kadar devam eden bir kısmı kalın cidarlı bir kısmı ince cidarlı ve içlerinde eritrositler bulunan yer yer birbirleri ile kavern oluşturmuş damar yapıları dikkati çekti. Çoğunun kalın cidarlı ve içlerinde eritrositlerin olmasından dolayı hemanjiom tanısı kondu (Resim 2).



Resim 1. Ameliyat esnasındaki kitlenin görüntüsü. Okla gösterilen yer ileum segmenti.



Resim 2. Sağlam barsak epiteli altında mezoda genişlemiş damar yapıları. (H&E, X40)

TARTIŞMA

Hemanjiomlar embriyonik dönemde mezodermal dokudan köken alan benign, konjenital hamartomatöz lezyonlar olarak kabul edilirler. 1839'dan bugüne kadar rapor edilen yaklaşık 200 gastro-intestinal sistem hemanjiomlarından sadece birkaç tanesi mezenter ve barsak kaynaklıdır (6). Gastro-intestinal hemanjiomlar histopatolojik görüntülerine göre kapiller, kavernöz ve karışık tip olarak sınıflandırılırlar. Kapiller ve karışık tip hemen hemen eşit sıklıkta ve daha az görülürken kavernöz hemanjiom en yaygın tiptir (7). Olgumuzdaki kitlede kavernöz hemanjiom idi. Kavernöz hemanjiomlar makroskopik olarak mor renkte, yumuşak, komprese edilebilir yapıda olup submukozal arter ve venlerdeki genişlemeye bağlı olarak ortaya çıkar. Rapor edilen mezenterik ve gastro-intestinal hemanjiomlu hastaların yaş aralığı 2 ay ile 79 yıl arasında değişmektedir. Hastalığın cinsiyet baskınlığı konusunda net veriler olmayıp genellikle genç hastalarda ve sıklıkla 3 dekatta görülürler (8). Bizim olgumuz da gençti (18 yaş). Mezenterik hemanjiomlar semptom vermeyebilirler veya kitle lezyonu semptomlarına neden olabilirler. Semptomlar akut veya kronik olabilir. Hastaların %80 'nin de ana bulgular, kanama veya obstrüksiyona bağlı meydana gelir. Anoreksi, bulantı, kusma, yorgunluk, abdominal distansiyon ve kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlara da yol açabilirler (1). Bilgisayarlı tomografi, karın ultrasonografisi ve MR görüntüleme yöntemlerinin hepsi mezenterik ve gastro-intestinal hemangiomların değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Bahsedilen yöntemlerin hepsinde karın orta bölümünde solid komponenti olmayan kistik yapı tespit edilebilir. Bunlar genellikle unilokülerdir ancak bazen çok sayıda ya da multiloküle olabilirler. Kullanılan yöntemle bağlı olmaksızın hemanjiomların kistik stromal tümör veya mezotelyoma gibi kistik komponenti bulunan solid mezenterik tümörlerden ayırt edilebilmesi bazen zor olabilir (1). Bizim olgumuzda da radyolojik görüntülemelerde solid komponenti olan kistik yapı mevcuttu. Gastro-intestinal hemangiom tanılı uygun vakalardaki tedavi yaklaşımı genellikle segmenter intestinal rezeksiyon olup rezeksiyon sonrası rekürrens nadirdir (9). Olgumuzda da segmenter ileum rezeksiyonu uygulandı. Sonuç olarak, mezenterik hemanjioma tekrarlayan gastro-intestinal kanamalara bağlı anemi, basıya bağlı obstrüksiyon bulgularıyla ortaya çıkabilirler. Bu nedenle mezenterik hemanjiomlar her ne kadar nadir görülüyor olsa da diğer intraabdominal hastalıklar ile ayırıcı tanısı ve uygun şartlarda kitlenin eksizeyonu yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Seymour NE, Bell RL. Abdominal Wall, Omentum, Mesentery, and Retroperitoneum. In: Brunicaudi FC (Editors). Schwartz's Principles of surgery. Ninth edition, McGraw-Hill 2010: 1267-81.
2. Kinoshita T, Naganuma H, Yajima Y. Venous hemanjioma of the mesocolon. AJR Am J Roentgenol 1997; 169: 600-1.

3. Takamura M, Murakami T, Kurachi H, Kim T, Enomoto T, Narumi Y, Nakamura H. MR imaging of mesenteric hemangioma: a case report. *Radiation Med* 2000; 18: 67-9.
4. Varma JD, Hill MC, Harvey LAC. Hemangioma of the small intestine manifesting as gastrointestinal bleeding. *Radiographics* 1998; 18: 1029-33
5. Parker WT, Harper JG, Rivera DE, Holsten SB, Bowden T. Mesenteric cavernous hemangioma involving small bowel and appendix: a rare presentation of a vascular tumor. *Am Surg* 2009; 75: 811-6.
6. Schwartz GD, Barkin JS. Small bowel tumors. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006; 16: 267-75.
7. Ruiz AR, Ginsberg AL. Giant mesenteric hemangioma with small intestinal involvement. *Dig Dis Sci* 1999; 12: 2545- 51.
8. Kazimi M, Ulas M, Ibis M, et al. A rare cause of recurrent gastrointestinal bleeding: mesenteric hemangioma. *World J Emerg Surg* 2009; 4: 5.
9. Corsi A, Ingegnoli A, Abelli P, et al. Imaging of a small bowel cavernous hemangioma: Report of a case with emphasis on the use of computed tomography and enteroclysis. *Acta Biomed* 2007; 78: 139-43.