

ÖZEFAGUS LEİOMYOMU; OLGU SUNUMU

ESOPHAGEAL LEIOMYOMA: CASE REPORT

**Soner GÜRSOY, Tarık YAĞCI,
Esra YAMANSAVCI SIRZAI, Ahmet UCJET**

İzmir Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EA Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İzmir, Türkiye

Anahtar sözcükler: Enükleasyon; özofagus; leiomyom

Key words: Enucleation, Esophagus, Leiomyoma

Geliş tarihi: 29 / 12 / 2014

Kabul tarihi: 09 / 03 / 2015

ÖZET

Sıklıkla özofagusun alt 1/3 kısmında yerleşmiş, tek ve sınırları düzgün submukozal kitleler olarak karşımıza çıkan leiomyomlar, benign özofagus tümörleri arasında en sık görülenidir. İntramural çevre dokulara bası yapacak ya da lümeni tıkayacak boyutlara gelmedikçe asemptomatiktir. Yavaş büyüyen tümörün kabul edilen tedavisi cerrahi enükleasyondur.

Yaklaşık iki yıldır devam eden katı yiyecekleri yerken ağrı şikayeti olan altmış yedi yaşındaki erkek hastada klinik ve radyolojik tetkikleri sonrasında, özofagusun 33 ve 37 cm leri arasında submukozal lezyon izlendi. Cerrahi olarak enükleasyonu yapılan iyi sınırlı 7 cm lik tümörün kati patolojisi gastrointestinal stromal tümör-leiomyom olarak raporlandı. Lezyon, nadir görülmesi nedeniyle tetkik ve tedavi basmakları irdelenerek, literatür eşliğinde sunulmuştur.

GİRİŞ

Yavaş büyüyen ve lümeni tıkayacak boyutlara gelmedikçe bulgu vermeyen özofagus leiomyomlarının en yaygın semptomları, disfaji, non spesifik retrosternal ağrı ve kilo kaybı olarak bildirilmektedir. Tanısal yöntemler arasında akciğer grafisi, baryumlu özofagus grafileri,

SUMMARY

Leiomyomas, submucosal masses commonly encountered as solitary lesions with regular margins located in the proximal one third of the esophagus, are the most common benign tumors of the esophagus. Widely accepted treatment of asymptomatic lesion is surgical enucleation unless the slow growing tumor enlarges enough to compress the neighboring intramural tissues or occlude the lumen.

A 67-year-old male patient presented with the complaint of pain while swallowing solid food for two years, and the clinical and radiological studies revealed a submucosal lesion from 33 cm to 37 cm in esophagus. Pathological examination of a 7-cm tumor with well-defined margins which was surgically enucleated was reported as gastrointestinal stromal tumor-leiomyoma. Due to rare occurrence of the lesion, testing and treatment steps were discussed and presented together with the current literature.

bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Radyolojik tetkiklerde genellikle posterior mediastinal kitle olarak izlenirler (1).

Kesin tanı dokunun histopatolojik incelemesi ile konulur ve opere edilmeden malignite riskinin ekarte edilmesi zordur (2). Önerilen primer

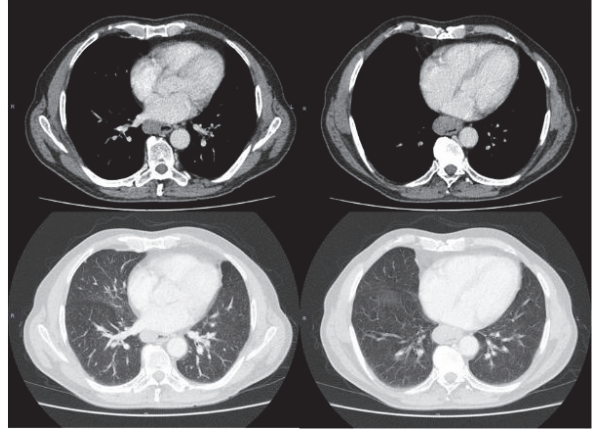
ÖZEFAGUS LEİOMYOMU

tedavi enükleasyon olmasına rağmen nadir de olsa rezeksiyon gerekebilir. Tümörün boyut ve sayısına göre minimal invaziv cerrahi veya torakotomi yapılabilir.

OLGU

Altmış yedi yaşında erkek hastada, yaklaşık iki yıldır devam eden katı yiyecekleri yerken ağrı şikayeti mevcuttu. Hastanın bilinen kronik hastalığı yok, fizik muayenesinde epigastrik bölgede herniasyon ile uyumlu bulgular haricinde olağandı. Laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Hastanın, posteroanterior (PA) ve lateral akciğer grafislerinde patoloji izlenmedi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde, sağ pulmoner ven seviyesinden geçen kesitlerde posterior mediastende sağ yerleşimli, çevre yumuşak dokuları ile sınırları tam olarak ayırt edilemeyen, homojen yapıda ve yaklaşık 2,5x3x5 cm boyutta düzgün sınırlı hipodens solid bir lezyon izlendi (Resim 1). İleri inceleme özefagus pasaj grafisinde, özofagusun distal kesiminde yaklaşık 4 cm lik alanda, lümende daralmaya neden olan kısmen düzgün konturlu basıya neden olan kuşku görünümü saptandı (Resim 2). Endoskopik olarak 33 ve 37 cm ler arasında lümenin yarısını kaplayan lobule lezyonun ultrasonografik değerlendirmesinde, muskularis propria kaynaklı içinde kalsifik odakların olduğu, heterojen submukozal ekojenitenin izlendiği ve adventisia ile sınırlarının net olmadığı ancak komşu doku ve damar invazyonunun olmadığı belirtildi. Lezyondan ultrasonografi eşliğinde yapılan endoskopik ince iğne aspirasyon biyopsisinin sonucu non diagnostikti. Tüm vücut pozitron emisyon tomografisinde özefagus lezyonu hafif düzeyde artmış aktivite (SUVmax=2,7) raporlandı. Bu verilerle hastaya sağ torakotomi uygulandı. Eksplorasyonda alt 1/3 torasik özofagusta sert solid kitle saptandı (Resim 3). Lezyonunun proksimal ve distaline kadar yaklaşık 8-10 cm lik özofagomyotomi yapıldı. Lezyon muskuler tabaka ile mukoza arasından enükle edildi (Resim 4). Myotomi primer kapatıldı. Herhangi bir morbidite ile

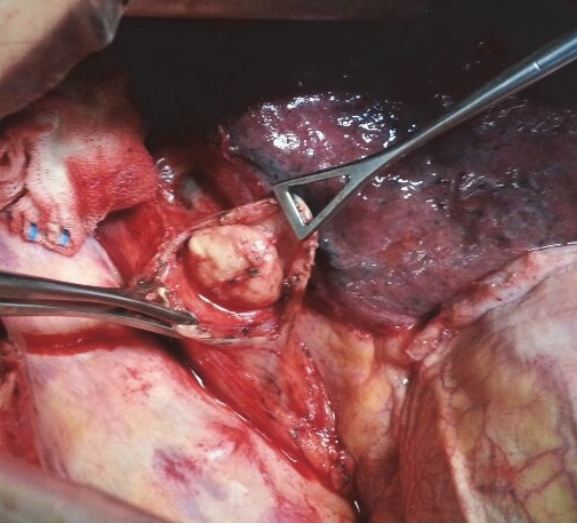
karşılaşılmayan hasta postoperatif 8. günde taburcu edildi. İyi sınırlı 7 cm lik tümör kati patolojisi gastrointestinal stromal tümör-leiomyom olarak raporlandı. Takibinin ikinci ayında olan hastaya ek tedavi düşünülmedi.



Resim 1. Bilgisayarlı toraks tomografisinde, sağ pulmoner ven seviyesinde posterior mediasten yerleşimli, çevre yumuşak dokuları ile sınırları tam olarak ayırt edilemeyen, homojen yapıda, düzgün sınırlı hipodens solid bir lezyonun görüntüsü.



Resim 2. Özofagus pasaj grafisinde, özofagusun distal kesiminde yaklaşık 4 cm lik alanda, lümende daralmaya neden olan kısmen düzgün konturlu basıya neden olan kuşku görünüm.



Resim 3. Alt 1/3 torasik özofagusta izlenen sert solid kitle lezyonunun intraoperatif görüntüsü.



Resim 4. Musküler tabaka ile mukoza arasından enükle edilen lezyon intraoperatif görüntüsü.

TARTIŞMA

Nadir görülen düz kas orijinli benign bir tümör olarak tanımlanan özefagus leiomyomu, genellikle erkeklerde ve 2-5. dekatlar arasında sık görülür. En sık karşılaşılan semptomlar;

disfaji, nonspesifik göğüs ağrısı ve retrosternal ağrı, daha seyrek olarak da regürjitasyon, epigastrik hassasiyet, nefes darlığı ve kilo kaybı olarak bildirilmektedir. Tümör büyüklüğü ile semptomlar arasındaki ilişkiyi değerlendiren 53 olguluk çalışmada, tümör çapı artışı ile semptomlar arasında ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır (3).

Malign dejenerasyon çok nadir görülmesine rağmen, leiomyomun eksizyonu semptomların giderilmesi için gereklidir. Bu tümörlerin kesin tanısı ancak histolojik inceleme ile konulabilir. Cerrahi öncesi yapılabilen özofageal ultrason tanıda faydalı olmasına karşın transözofageal iğne biyopsisi, benign olduğu düşünülen lezyonlarda genellikle uygun değildir ve tavsiye edilmez. Leiomyom tanısı konulduğunda, hasta asemptomatik olsa bile tümörün çıkarılmasını savunanlar olduğu gibi, asemptomatik ve küçük leiomyomlarda hastanın sık aralıklarla takibini önerenler de vardır (1-4-5). Ancak her ne kadar malign dönüşüm nadir olsa da, özellikle mukozal ülserasyon varlığında malignitenin ekarte edilmesi zordur. Cerrahi yaklaşımla hem tanı hem de tedavi aynı anda gerçekleştirilmiş olur. Ayrıca büyüyen lezyonların semptomatik olabileceği bilindiğinden bu tümörlerin, asemptomatik bile olsa bile çıkarılması tavsiye edilmektedir.

Cerrahi enükleasyon, önerilen klasik tedavidir. Ancak, nadiren büyük tümörler (>8cm), anüler morfoloji ve multipl leiomyomatozis olgularında özofagus rezeksiyonu önerilmektedir. Cerrahi yaklaşıma karar vermede, tümörün tek veya multipl oluşu, büyüklüğü ve yerleşim yeri yol göstericidir. Cerrahi yaklaşım, torakotomi veya torakoskopi ile sağlanabilir. Sağ torakotomi intratorasik özofageal lezyonların çoğunda daha iyi görüş sağladığı için tercih edilir.

Literatürde enükleasyon sonrası miyotomi uygulanan bölgenin kapatılıp, kapatılmaması ile ilgili tam bir fikir birliği yoktur. Ama mukozal bir deformasyonu önlemek için genel görüş, musküler duvarın tekrar birleştirilmesi gerektiğidir (3-4). Musküler tabakanın kapatıl-

ması aynı zamanda özofagusun propulsif aktivitesine bağlı psödodivertikül gelişimi gibi komplikasyonlara da engel olur. Bizim hastamızda tümörü çıkarmak için miyotomi yapıldı. Enükleasyon sonrası musküler tabaka kapatıldı. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Kapatma öncesi mukozanın intakt olduğundan kesinlikle emin olunması çok önemlidir. Çünkü farkına varılamayan bir mukozal defekt,

çok ciddi ameliyat sonrası komplikasyonlara yol açabilir.

Sonuç olarak, posterior mediastinal patolojilerin ayırıcı tanısında özofageal leiomyom akılda tutulmalıdır. Leiomyomlar multipl ve çok büyük olmalarına rağmen asemptomatik kalabilirler. Enükleasyon, özofageal leiomyom tedavisinde tercih edilmesi gereken cerrahi yöntemdir. Enükleasyon sonrası musküler tabaka mümkünse kapatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Facktor MA, Katlic MR. Benign tumors, cysts, and duplications of the esophagus. In: Schields TW, LoCicero III J, Reed CE, Feins RH (eds). General thoracic surgery. China: Wolters Kluwer; 2009: 1973-82.
2. Aurea P, Grazia M, Petrella F, Bazzocchi R. Giant leiomyoma of the esophagus. Eur J Cardiothorac Surg, 2002; 22: 1008-10.
3. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, Wright CD, Gaissert HA, Grillo HC, Mathisen DJ, Allan JS. Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. Ann Thorac Surg, 2005; 79: 1122-5.
4. Roviario GC, Maciocco M, Varoli F, Rebuffat C, Vergani C, Scarduelli A. Videothoracoscopic treatment of oesophageal leiomyoma. Thorax, 1998; 53: 190-2.
5. Karagülle E, Akkaya D, Türk E, Göktürk HS, Yıldırım E, Moray G. Giant leiomyoma of the esophagus: a case report and review of the literature. Turk J Gastroenterol, 2008; 19: 180-3.

Yazışma Adresi:

Dr. Esra YAMANSAVCI SIRZAI
İzmir Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve
Cerrahisi Ea Hastanesi, Göğüs Cerrahisi,
İzmir, Türkiye
yamansavci@gmail.com
