

Postmenopozal Kadında Over Tümörü Tanısı Alan İntestinal Leiomyom

Yıldız TUNCAY (*), Kadir GÜZİN (*), Dilek ÖZTÜRK (*), Ergun BİLGİÇ (*), Neşe YÜCEL (*)

SUMMARY

Intestinal Leiomyom in the Pelvis which has been Diagnosed as an Ovarial Tumor

Small intestine tumors, which take place in about % 75 in the length and more than % 90 of the mucosal surface of the gastrointestinal system are very rare. % 3-6 of all benign intestine tumors and % 1 of all malign intestine tumors are colonized in the small intestine. Leiomyomas are the most seen and symptomatic benign tumors. They are asymptomatic in general but might become symptomatic by growing in mass. Symptoms then are intestinal obstruction, bleeding, intusseption and volvulus. They rarely present themselves in the pelvis as a tumoral mass.

We present a patient with an intestinal leiomyom in the pelvis which has been pre-diagnosed as an ovarian tumor. Our aim is reminding surgeons that postmenopausal prediagnosed ovarian masses might be intestine leiomyomas.

Key words: Intestine leiomyoma, postmenopausal ovarian tumor

Anahtar kelimeler: İntestinal leiomyom, postmenopozal over tümörü

Tüm gastrointestinal sistemin uzunluk olarak % 75'ini, mukozal yüzey olarak da % 90'dan fazlasını oluşturan ince barsağın tümörleri oldukça nadir görülür. Tüm gastrointestinal benign tümörlerin % 3-6'sı, malign tümörlerin % 1'i ince barsak yerleşimlidir. Benign tümörlerin en sık görüleni ve en sık belirti vereni leiomyomlardır. Genellikle semptomlar belli belirsiz olmakla birlikte, tümörün büyük çapa ulaşmasıyla kitle oluşturabilirler. İntestinal obstrüksiyon, kanama, intusepsi-yon ve volvulusa yol açabilirler. Tümoral kitle ağırlığıyla pelvise prezante olmaları oldukça nadirdir (1,2). Bu yazımızda, pelviste sağ over lojunda yerleşen ve semptom vermeyen intestinal leiomyom olgusu sunulmuştur.

OLGU

12 yıldır menopozda olan 68 yaşındaki kadın hasta klimakterik şikayetleri için kliniğimize başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenesinde uterus atrofik, sağ adneksiyel bölgede uterusun önünde 7-8 cm ovoid şekilde semisolid, ağrısız, mobil kitle tespit edildi. Postmenopozal pelvik kiyle nedeniyle yapılan transvaginal ultrasonografik incelemede kitlenin over orijinli olabileceği şeklinde rapor verildi. Tümoral belirteçleri normaldi. Batına yönelik MRG tetkikinde, sağ over lojunda 7x6x6 cm kistik lezyon içinde 4x2x2 cm boyutlarında mural solid komponenti olan kitle tanısı aldı. Kitlenin over orijinli olabileceği belirtildi. Diğer sistem bulguları normaldi. Postmenopozal ovaryel tümör tanısıyla operasyona alındı. Eksplo-rasyonda uterus, her iki tüp ve overlerde patoloji saptanmadı. İleoçekal valvin 120 cm proksimalinde ince barsağın antime-zenterik tarafında 7x8 cm'lik ekstraluminal büyümüş kistik ve solid alanlar içeren tümoral kitle saptandı. Kitleyle birlikte segmenter rezeksiyon ve uçuca anastomoz yapıldı. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz geçen hasta 7. günde iyileşerek taburcu oldu. Tümörün histopatolojik tetkiki intestinal leiomyom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

İnce barsak benign tümörlerinin çoğu asemptomatik oldukları için otopsi incelemelerinde veya başka nedenle yapılan ince barsak radyolojik incelemelerinde rastlantısal olarak görülür. Bu nedenle, gerçek sıklık tam olarak bilinmemektedir. Blanchard ve ark., dünya literatürünü gözden geçirerek 1881-1996 yılları arasında leiomyom tanısı almış 1074 hasta olduğunu rapor etmişlerdir (3). İnce barsak tümörleri her iki cinste aynı sıklıkta görülmekte olup, 40-60 yaşları arasında pik yapmaktadır.

Semptomların spesifik ve belirgin olmayışı, radyolojik yöntemlerde çoğu kez başarısız kalınması nedeniyle tanıda gecikmeler olabilir. Genellikle tanı konulana kadar geçen süre 6-8 ay olabilmektedir. Bizim olgu-

Tablo 1. İnce barsak düz kas tümörlerinde malignite kriterleri.

1. 5 cm'den büyük çapta olması
2. Taze tümör nekrozu bulunması
3. Cerrahiye bağlı olmayan geniş kanama alanı bulunması
4. Artmış sellülarite varlığı
5. Artmış mitotik aktivite (10'luk büyültmede 5'den çok mitoz)

muamde da hastanın herhangi bir şikayeti olmayıp menapoz sonrası osteoporozun ilerlememesi amacıyla başvurulmuştu. Ancak, bazı intestinal leiomyomlar büyük çapa ulaşarak tümör nekrozu sonrası mukozal ülserasyonla gastrointestinal kanamalara yol açabilirler (1,4,5). Bazen de, olgumuzda olduğu gibi, tümör büyüyerek ağırlığıyla pelvise iner ve kitle oluşturur (2,6,7) ve böylece olgular jinekologlara başvurur. Anjiyografi, ince barsak pasaj grafileri, enteroklizis, abdominal US ve MRG tanıda yardımcıdır. İnce barsak pasaj grafileri ile tümörün lezyonlarının % 30-40'ı tanınabilmektedir, % 30-35'i hastada ise lezyon bölgesinde spesifik olmayan anormal görüntüler verir. Gastrointestinal kanamaya yol açan lezyonlarda anjiyografi, tanıda yardımcı olabilmektedir (1,6). Son zamanlarda daha yaygın kullanım alanı bulan enteroklizis ile ince barsak tümörlerinde tanısal doğruluk % 90'lara ulaşabilmektedir.

Olgumuzda jinekolojik muayene sırasında tespit edilen pelvik kitlenin US ve MRG tetkikinde over orijinli olabileceği rapor edilmiştir. Bu nedenle, hasta jinekoloji kliniğinde operasyona alındı. Literatürde de ovaryen tümör tanısı alan intestinal leiomyom olguları sunulmuştur. Bu nedenle, postmenopozal kadında ovaryen tümör tanısı alındığında, nadir de olsa intestinal leiomyom ile karşılaşılabileceği akılda tutulmalıdır.

Komplikasyonlara yol açtığına hastalara laparotomi endikasyonu konur. Ancak, muayeneler sırasında rastlantısal olarak kitle tespit edildiğinde de planlı laparotomiye gidilebilmektedir (6). Cerrahi yaklaşım, segmenter rezeksiyon ve uçuca anastomoz olarak yeterlidir, çok küçük tümörlerde enterotomiyle lezyon çıkarılabilir. İnce barsak düz kas tümörlerinde Tablo 1'deki bulguların herhangi birinin varlığında tümör malign veya potansiyel malign olarak kabul edilmelidir.

5 cm'den büyük tümörlerde operasyonda frozen ile tümörün malignite açısından değerlendirilmesi gereklidir. İntestinal leiomyosarkomların tedavisinde geniş rezeksiyon ve bölgesel lenf nodu disseksiyonu yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Altaca G, Sayek I: İnce Barsak Tümörleri. Temel Cerrahi. 2. Baskı, Güneş Kitapevi. Ankara; 1087-193.
2. Li TD, Yang WX: Smooth muscle tumors of the alimentary tract - a review of 397 cases. Zhonghua Zhong Liu ZA Zhie 8(4):280-290, 1986.
3. Blanchard DK, Budde JM, Hatch GF: Tumors of the small intestine. World J Surg 24(4):421-9, 2000.
4. Gourtsoyiannis NC, Bays D, Malamas M, Barouxis G, Liasis N: Radiological appearances of small intestinal leiomyomas. Clin Radiol 45(2):94-103, 1992.
5. Federov VD, Kubyshkin VA, Korniyak BS: Leiomyomas of small bowel. Khirurgia (Mosk) (8):4-7, 1999.
6. Czubalski A, Barwijuk A, Dziag R: Leiomyoma of small intestine and leiomyoma of the uterus. Ginecol Pol 68(7):331-3, 1997.
7. Kataoka A, Sugiyama T, Nishida T: Leiomyosarcoma of the small intestine presenting as a pelvic mass. Eur J Obstet Ginecol Reprod Biol 66(2):187-91, 1996.