

PRİMER İNTESTİNAL LENFOMAYA BAĞLI  
İNTESTİNAL PERFORASYON OLGUSUA CASE OF SMALL BOWEL PERFORATION DUE TO  
PRIMARY INTESTINAL LYMPHOMADr.İbrahim AYDIN, Dr.Ahmet BAŞKENT, Dr.Gürhan ÇELİK, Dr.Acar AREN, Dr.M.Zeki EREN,  
Dr.Erdal AYAR, Dr.Mete DEMİR

**SUMMARY:** A 17 years old male with symptoms of acute abdomen was operated. The preoperative diagnosis was peptic ulcer perforation but at the operation there were multiple perforations throughout the small bowels, multiple lymphadenopathies in the mesentery of the jejunum. 60 cm small bowel resection- end to end anastomosis, raphe omentoplasty, primary repair with suture were performed. The patient got well after the operation and discharged postoperative 14<sup>th</sup> day. The pathological diagnosis was diffuse grand cell lymphoma. We conclude that, this rare condition which we could be able to find only one case in the literature must be thought among the reasons of acute abdomen.

## OLGU TAKDİMİ

KK 17 yaşında erkek hasta , 19-01-2000 tarihinde 2 gündür devam eden karın ağrısına bulantı ve kusma eklenmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın ağrısı karın sağ üst kadranda aniden başlayıp tüm karına yayılmış. Hastanın yapılan fizik muayenesinde TA: 130/80 mmHg, Nb: 98/dakika, solunum: 14/dk, axiller ateş: 38.5 C, rektal ateş: 39.3 C, batında yaygın hassasiyet, özellikle sağ üst kadranda olmak üzere yaygın defans, rebound mevcuttu, barsak sesleri alınamıyordu, yapılan tetkiklerinde Hgb: 13.6, Hct:41.4, WBC: 22 000, kan şekeri: 113mg/dl, üre: 31mg/dl, tam idrar tahlili normal idi. Çekilen PA akciğer ve ayakta direkt batin grafilerinde sağ subdiafragmatik alanda serbest hava mevcuttu. Bu bulgularla hasta peptik ülser perforasyonu ön tanısı ile operasyona alındı.

Operasyonda mide ve duodenum salındı, Treitze ligamanından yaklaşık 5cm den başlayarak terminal ileuma kadar tüm ince barsaklarda lümen içerisinde plak tarzında vejetan kitleler mevcuttu, kitlelerden 7'sinde perforasyon vardı, bu perforasyonlardan 3 tanesi yaklaşık 2'şer cm, 4 tanesi ise 0,5-1 cm çaplarında ve kenarları düzgün karelerde idi. Barsak serozası yer yer incelmış görünümde idi, jejunum mezosunda multiple, iri, yumuşak kıvamlı lenfadenopatiler mevcuttu. Periaortik lenfadenopati görülmedi, karaciğer ve dalak salındı. Treitze ligamanından yaklaşık 30 cm distalden başlayarak 3

tane büyük perforasyonu içine alacak şekilde 55-60 cm uzunluğundaki ince barsak segmenti rezeke edildi ve tek kat uçuca anastomoz yapıldı. Anastomozun proximalindeki 2 perforasyona Raphe + omentoplasti, distaldeki 2 perforasyona da primer tamir uygulandı. Winslow, excavatio recto-vezikale ve sol parakolik alana birer adet lastik dren konularak operasyona son verildi.

Postoperatif dönemde 10 gün total parenteral nutrisyon uygulandı, elektrolit, sıvı ve albumin replasmanı yapıldı. Postoperatif 5. günde nazogastrik sonda çekildi, 7. günde oral gıdaya başlandı Postoperatif 10. gün üst gastrointestinal kanama geçiren hastanın yapılan gastroskopisinde hemorajik gastrit tespit edildi, kan ve sıvı replasmanının yanında medikal tedavi yapılarak 14. gün şifa ile taburcu edildi. Bu arada yapılan klinik mikrobiyoloji konsültasyonları ve serolojik testlerinde herhangi bir enfeksiyöz hastalık ve özellikle tifoya ait bir bulguya rastlanmadı. Patoloji sonucu 'diffüz büyük hücreli germinal merkez kaynaklı lenfoma, 4 adet lenf bezinde lenfoma infiltrasyonu 8 adet lenf bezinde reaktif hiperplazi' olarak rapor edilen hasta onkolojik tedavi için hematoloji kliniğine sevk edildi.

## TARTIŞMA

Malign lenfoma ince barsaklardan primer olarak orijin alabilir. Tüm lenfomaların %51'i gastrointestinal traktusdadır ve lenfomalar tüm intestinal neoplazmların %1'idir (1,6,10,12). Bunlar ince barsaklarda adenokarsinoma ve karsinoidden sonra 3. sıklıkla görülen tümörlerdir (1,4,10-12). %20 oranında multisentrite görülmesine rağmen ince barsağın primer lenfoması genelde barsağın tek bir segmentinde lokalizedir (1,6,13).

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi :Dr.İbrahim Aydın

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği

Gray ve arkadaşların 1982 de belirttikleri gibi lenfoid folliküller açısından çok zengin olmasından dolayı genellikle ileumda lokalizedir, insidens jejunumdan duodenuma doğru gidildikçe azalır (1-6). Bizim olgumuzda ise multisentrik idi ve jejunumda daha yoğun olmak üzere hem jejunum hem de ileumda lezyonlar mevcuttu.

Gastrointestinal lenfoma 10 yaş altı çocuklarda artmış bir insidens gösterir, insidens 50 yaşına doğru azalır ve bundan sonra belirgin bir şekilde artar, erkeklerde daha sık görülmektedir (1,6,13,14). Bizim olgumuzda hasta 17 yaşında ve erkek idi.

Dawson ve arkadaşları 1961 yılında 126 vakayı analiz etmişler ve süperfasial lenfadenopati bulunmuyor ve göğüs grafisinde mediastinal lenf nodu tutulumu yoksa, lökosit sayısı normal limitlerde ise, laparotomide tutulmuş olan barsak segmentinin ve rejyonel mezenterik lenf nodlarının haricinde tutulum bulunmuyorsa, karaciğer ve dalak tutulumu yoksa lezyonun primer ince barsak lenfoması olabileceğini bildirmişlerdir (1,2,4,18). Bizim olgumuzda da lökosit sayısının sekonder peritonite bağlı olarak yükseldiğini düşündüğümüzden tüm şartlara uygunluk göstermekte idi.

Tümörün makroskopik görünümü anevrizmal, ülseratif, polipoid, annüler veya infiltratif olabilir (1-3,6,15). Bizim olgumuzda da hem ülseratif hem de polipoid lezyonlar mevcuttu. Tümörün yapısının (nodüler veya diffüz), histolojik hücre tipinin ve diferansiyasyon derecesinin belirtildiği Rappaport sınıflaması sıkça kullanılmaktadır (1,19). Bizim olgumuz da patoloğlar tarafından diffüz büyük hücreli germinal merkez kaynaklı lenfoma, 12 adet lenf bezinin 8 tanesinde reaktif hiperplozi 4 tanesinde lenfoma infiltrasyonu görülmüş immün histokimyasal boyamada tümör hücreleri CD-20 (+), CD-45(-) olarak rapor edilmiştir.

Abdominal ağrı, kilo kaybı, bulantı, kusma genel belirtilerdir, ateş nadirdir (1,2,4,6). Perforasyon %20-25 hastada görülmektedir, ancak bu komplikasyon tümör hücreleri nekroza gittiğinden kemoterapi alan hastalarda daha sık görülmektedir (1,8,16). Bizim olgumuzda multiple perforasyonlar mevcuttu, literatürde sadece 1 olguda aynı klinik tabloyu bulabildik (7). Ayrıca intestinal obstrüksiyon ve intussepsiyon da görülebilir.

İntestinal lenfomalar genelde kontrastlı radyolojik çalışmalarla görüntülenebilir, duodenum veya terminal ileum tutulumu olmadıkça endoskopik girişimlerin yeri yoktur (1-4). Tanı genelde laparotomi ile konulur (6). Bizim olgumuzun tanısı da laparotomi sonucundadır.

Primer intestinal lenfomanın tedavisi barsağın yandaş mezenterik ve rejyonel lenf nodları ile beraber segmenter rezeksiyonudur (1,2,4,6). Ancak lenfomanın birden çok anatomik bölgede bulunması ya da yaygın intraabdominal tutulum olması nedeni ile küratif rezeksiyon yapılamaz. Bizim olgumuzda da yaygın tutulum nedeni ile segmenter rezeksiyon, primer tamir, raphe + omentoplasti yapılmıştır. Non rezektile yaygın lezyonların palyasyonunda radyoterapinin rolü vardır, kemoterapi de küratif rezeksiyon yapılamayan hastalarda

endikedir (1,6,13,17). Bizim olgumuzda da küratif rezeksiyon yapılamadığından hasta postoperatif kemoradyoterapi için ilgili bölüme sevk edilmiştir.

Prognoz tutulan hücre tipinden çok hastalığın evresi ile ilgilidir. Bizim olgumuzda evre 3 olarak değerlendirilmiştir ve halen tedavisi sürmektedir.

Litaretürde sadece 1 olgu olarak bulabildiğimiz nadir görülen bu antitenin de akut batın nedenleri arasında düşünülmesi gerektiği kanısındayız.

#### KAYNAKLAR

1. George, D. Zuidema: *Shecalford's Surgery of the Alimentary Tract*, 4<sup>th</sup> ed, Vol 5, Pennsylvania 1991, pp 461-463
2. Seymour, I Schwartz: *Principles of Surgery*, 5<sup>th</sup> ed. vol 1 Singapore, 1989, pp1208
3. Lawrence, W. Way: *Current Surgical Siagnosis & Treatment*, 9<sup>th</sup> ed, Lebanon, 1991, pp630-631
4. Ahat Andican et all: *Maingot Abdominal Operasyonlar*, 8<sup>th</sup> ed, Vol 2 İstanbul 1990, pp916-917
5. Fikri Alican : *Cerrahi Dersleri*, 1<sup>st</sup> ed .Vol 2 İstanbul 1995, pp268-269
6. İskender Sayek : *Temel Cerrahi* 1<sup>st</sup> ed, Vol 1 Ankara 1991, pp632-633
7. Kramer, W, Richter HJ: *Malignant Lymphoma of the Small Intestine as a cause of Small Intestine Perforation*, *Zentrabl Chir* 1994; 119(12):900-3 (ISSN:0044-409XX)
8. Sakakura, C, Hagiwara A, Nakanshi M et all: *Bowel Perforation During Chemotherapy for non Hodgkin's Lymphoma*, *Hepatogastroenterology* 1999, Nov-Dec; 46(30):3175-7 (ISSN:0172-6390)
9. Hochberg, F.H. Dasilva .R.B., Galdabini J. and Richirdson, E.P., jr: *Gastrointestinal Involvement in non Recklighausen's Neurofibromatosis*. *Neurology* 24:1144. 1974
10. Milkgrub, S., Kamel.O.W., Wiley, E., et all: *Malignant Histiocitic Neoplasm of the Small Intastine*. *Am. J. Surg. Phatology* 16(1):11, 1992
11. Pagtalunan, R.J.G., Mayo, C.W., and Dockerty, M.B., *Primary Malignant Tumors of the Small Intestine*. *Am. J. Surg.* 108:13, 1964
12. Hersman, H., Wettein, L., Rosen, Y., et all: *Tumors of the Small Intestine*. *Curr. Probl. Surg.* 17:121; 1980
13. Trier, J., *Lymphoma*. In Sleisenger, M.H., and Forttan J. S., (eds 9: *Gastrointestinal Disease :Phatophysiology, Diagnosis Menegement*, 2<sup>nd</sup> ed Philadelphia W.B. Saunders 1978, pp1115
14. Mestel, A.L., *Lymphosarcoma of the small Intestine in Infancy and Childhood*. *Ann Surg.* 149:87, 1959
15. Wood, D.A., *Tumors of the Intestines*, *Atlas of Tumor Phatology, Fascicle 22*. Washington, DC, U.S. Armed Forces Instute of Phatology 1967
16. Sherlock, P., and Oropeza .R., *Jejunal Pherforations in Lymphoma after Chemotherapy*. *Arch. Intern. Med.* 110:102, 1962
17. Treadwall, I.A., and White R.R., *III Primery Tumor of the Small Bowel*. *Am. J. Surg.* 130:749, 1975
18. Brennan, M., and Mc Donald J.S., *Carciniod Tumor*. In De

Vita V.T. Jr., Hellman S, and Rosenberg S.A., *Cancer :Prencples and Practice of Oncology*. Philedephia J.B. Lippincott 1982

*Atlas of the Tumor Phatology, Section 3 , Fascicle 8. Washington DC. U.S. Armed Forces Instute of Phatology ,1996*

19. Appaport, H.: *Tumors of the Hematopoietic System*. In