

Masif ve rekürren gastrointestinal kanamanın nadir sebebi: İnce barsak leiomyomu

A rare cause of the massive and recurrent gastrointestinal bleeding: Leiomyoma of the small bowel

Fikret AKSOY, Niyazi ÜLGEN, Gökhan DEMİRAL

SB Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Leiomyomalar en sık görülen ince barsak tümörleridir. İnce barsağın herhangi bir segmentinde görülebilir ancak sıklıkla jejunum veya ileuma lokalizedir. Genellikle 50-60 yaş arası görülür ve gizli kanama ile kendini belli eder. Kanama bilinen en sık özellik olup tümörün büyümesi sonrası oluşur. Tümörü çevreleyen mukozadaki ülserasyonlar bazen aşırı miktarda ve tekrarlayan kanama yapabilir. Bu olgu sunumunda son 2 yıldır mevcut aşırı miktarda ve tekrarlayan alt gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran ve takip ve tetkikleri sonrası intraabdominal tümör ön tanısı ile laparotomi yapılan ve ileal leiomyom saptanan 61 yaşındaki kadın hastayı sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Leiomyom, gastrointestinal kanama, ince barsak

Leiomyomas are the most common symptomatic small bowel tumors. They may involve any segment of the small intestine but are most often located in the jejunum or ileum. They typically present in the fifth and sixth decades, generally with occult gastrointestinal bleeding. Bleeding is the most common presenting feature and is caused by the growing tumor. Ulceration of mucosa overlying the tumor can cause massive and recurrent bleeding. We report a case of a 61-year-old female patient who presented with massive and recurrent lower gastrointestinal bleeding for the last two years and who was operated as intraabdominal tumor. After laparotomy, she was diagnosed as ileal leiomyoma.

Key words: Leiomyoma, gastrointestinal bleeding, small intestine

GİRİŞ VE AMAÇ

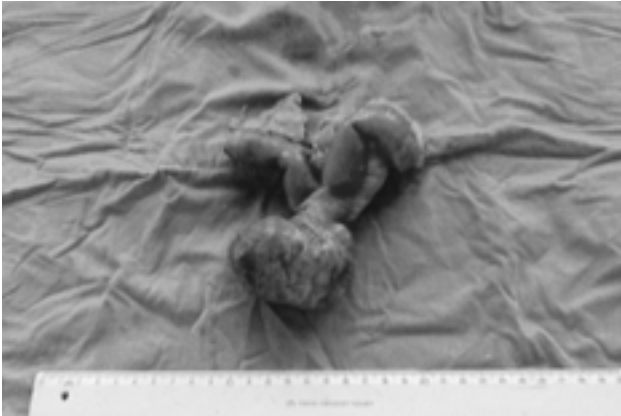
Rektal kanama gastrointestinal sistem hastalıklarının pek çoğunda görülebilen oldukça sık karşılaşılan klinik bir bulgu olup çoğunlukla kolon hastalıklarına sekonder seyredir. Vakaların yaklaşık %5 gibi küçük bir bölümünü tümörler, Crohn hastalığı, Meckel divertikülü, anjiodisplazi ve aortoenterik fistül gibi ince barsak hastalıkları oluşturur (1). Tomografi ve arteriografi kanama odağının lokalizasyonunda oldukça faydalı tetkikler olabilir (2). İnce barsak leiomyomu ince barsağın en sık benign tümörü olup çoğunlukla asemptomatiktir. Genellikle otopsilerde veya ameliyat esnasında tesadüfen saptanır (3). Bazıları rektal kanamayla seyreden abdominal kitle olarak ortaya çıkar. Çok az bir kısmında mukoza ülser olduğu zaman aşırı miktarda tekrarlayan kanamalar görülür. Tanı endoskopik biyopsi veya anjiografi ile konulabileceği gibi leiomyosarkoma gibi malign bir tümörden ayırmanın yapılabilmesi için tümörün cerrahi eksizyonu şarttır (4). Biz de kliniğimizde aşırı miktarda tekrarlayan rektal kanama ile takip ettiğimiz ve laparotomi

sonrası ileumda leiomyoma saptadığımız oldukça nadir görülen bir olguyu sunuyoruz.

OLGU

Altmışbir yaşında kadın hasta 18/08/2004 tarihinde ağrısız aşırı miktarda rektal kanama şikayeti ile acile getirildi. Bulantı, kusma, ateş, barsak alışkanlığı değişikliği, siyah dışkılama şikayetleri olmayan hastanın hikayesinde 20 yıl önce total abdominal histerektomi + bilateral salpingo ooferektomi operasyonu geçirdiği, 2001 ve 2002 yıllarında aşırı miktarda rektal kanama ile hastanemize başvurmuş olduğu, 2003 yılı Aralık ayında alt gastrointestinal sistem kanaması sonrası polipektomi yapıldığı ve 2 yıldır hipertansiyon nedeniyle anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede tansiyon arterial 90/60 mm/Hg, nabız 90/dk olan hastanın abdominal muayenesinde batın sağ alt kadranda yaklaşık 4x5 cm palpe edilebilen ağrısız kitle haricinde hassasiyet-rebound-müsküler defans

bulgusu saptanmadı. Rektal muayenede koyu kırmızı kan tesbit edildi. Hemoglobun değeri 7.8 ve hematokrit değeri 25 idi. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla dahiliye kliniğine yatırıldı. Takiplerinde rektal kanaması devam eden hastaya toplam 22 ünite eritrosit süspanسیونu, 8 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Gelişinden 1 hafta sonra yapılan kolonoskopisinde aktif kanama odağı tesbit edilemedi. Çekumda anjiodisplazi odağı saptandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde kronik duodenal ülser saptandı. Süperior mezenterik arter anjiografisinde sağ alt kadranda sakrum üzerine süperpoze olan alanda, kolon trasesinden dışa doğru taşan yuvarlak, düzenli konturlu, yer kaplayan yaklaşık 5 cm lik yapı ve patolojik kontrastlanma saptandı. Tüm batın bilgisayarlı tomografi de sağ alt kadranda çekumun inferomedialinde ileal anlarda indentasyon oluşturan yaklaşık 5x5.5x4 cm boyutlarında lobule konturlu, içerisinde milimetrik boyutlarda hipodens alanlar içeren solid ilk planda mezenter kaynaklı kitle lehine değerlendirilen lezyon saptandı. Hastaneye yatışından 2 hafta sonra hasta kliniğimize kabul edildi. Ara ara rektal kanaması devam ediyordu. 09.09.2004 tarihinde yapılan laparotomide ilioçekal valvin yaklaşık 50 cm proksimalindeki ileum ansında daha çok mezenterle iştirakli, serozayı aşmış, lümeni tama yakın tıkamaya sebep olmayan yaklaşık 7x6x6 cmlik tümöral kitle saptandı. Tümöral kitlenin (Resim) 10 cm proksimal ve distali rezeke edilerek ilioiliostomi yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon bulgusu gözlenmeyen hasta ameliyat sonrası 11. gün taburcu edildi. Hastanın 20.09.2004 tarihli patoloji sonucu ileal leiomyoma olarak geldi. 1 yıldır polikliniğimizde takip ettiğimiz hastada alt gastrointestinal sistem kanama bulgusu gözlenilmedi.



Resim 1. İleumdaki leiomyomun rezeksiyon sonrası görünümü

TARTIŞMA

İnce barsak tümörleri çok nadir görülür. Bununla birlikte tanı ve tedavilerinde oldukça farklı problemlerle karşılaşılabilir. Benign lezyonların prognozu çok iyidir ancak malign lezyonların tanı esnasında sadece yaklaşık %50 si küratif rezektablardır. Çoğunlukla tümör yeterince büyüyüp komplikasyon oluşturmaya kadar semptom görülmez. Nonspesifik intermitan karın ağrıları, obstrüksiyon, kronik anemi, kanama görülebilir semptomlardır. Tanı amaçlı kontrastlı radiografiler kabul görür tetkik olmasına karşın sadece % 50 olguda başarılı olmaktadır. Cerrahi eksizyon hemen hemen tüm ince barsak neoplazilerinde kabul gören tedavi seçeneğidir. Benign lezyonlarda basit eksizyon çoğunlukla yeterli olur. Ancak malign lezyonlarda daha çok çevre mezenter doku ile beraber segmental rezeksiyon yapılır (4).

İnce barsak leiomyomaları çok sık görülmeyen benign ince barsak tümörlerindedir. Çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte hayatı tehdit eder derecede masif ve rekürren kanamaya sebep olabilir (3-5). Sıklıkla submukozal veya subserozal olduklarından ince barsağa yönelik yapılan incelemelerde saptanılmayabilirler (6). Daha az sıklıkla obstrüksiyon, intüsussepsiyon ve volvulusa sebep olabilir. Leiomyosarkomadan ayırımın yapılabilmesi için cerrahi rezeksiyon mutlaka yapılmalıdır. Bizde hastamızda kitle rezeksiyonunu tercih ettik ve malign tümör olasılığını da düşünerek kitleyi çevre mezenter doku ile birlikte total olarak eksize ettik.

Olgumuz yaklaşık 2 yıldır ara ara tekrarlayan aşırı miktarda kanamalar ile kendini belli etmiş ve ciddi kan transfüzyonları gerektirmişti. Alt gastrointestinal sistem kanama nedenleri araştırılırken olası ince barsak leiomyoma tanısından şüphelenilmişti. İnce barsak leiomyomu her iki cinsde eşit oranda ve tüm yaşlarda görülebilir. Ancak ensik ellili yaşlarda tanı alır (4). Olgumuz 62 yaşında idi.

İnce barsak leiomyomu % 66 ekstraluminal, % 16 intraluminal, % 10 miks ve % 8 intramural yerleşimlidir (7). Malign karakterdeki formu olan leiomyosarkoma yetmişli yaşlarda görülmekle birlikte leiomyoma ile klinik benzerlikler taşır. Leiomyomanın ayırıcı tanısında alt gastrointestinal sistemde masif kanama yapabilen tüm nedenler gözden geçirilmelidir.

Alt gastrointestinal sistem kanama yerinin belirlenmesinde proktoskopi-kolonoskopi, sintigrafi,

anjiyografi, kapsül endoskopi, push enteroskopi-sonda enteroskopi ve baryumlu grafiler kullanılan tetkiklerdir (8). Kolonoskopi faydalı olmakla birlikte bu hastalarda bulgu vermez (9). Olgumuzda kolonoskopi yapıldı fakat kanama odağı saptanamadı. Bu hastalarda kullanılabilen anjiyografi kanayan veya asemptomatik ince barsak leiomyomalarının tanısının konulabilmesinde oldukça faydalı bir tetkiktir (10). Anjiyografi ile elde edilen görüntüler arteriovenöz malformasyonlar ile benzerlik taşır (7). Anjiyografide hastada aktif kanama olmadığı halde elde edilen büyük kitle imajı bizi vasküler malformasyon tanısından uzaklaştırır ve tümöral bir oluşuma yönlendirir (9). Olgumuzda aktif kanama olmayan dönemde elde ettiğimiz mezenter kaynaklı lezyon lehine bulgular tümöral bir kitle tanısını kuvvetlendirdi. Kapsül endoskopi akut alt gastrointestinal sistem kanamalarında yaygın kullanılmamasına rağmen kolonoskopi ve özofagogastroduodenoskopi ile kanama yeri saptanılmayan minör kontrollü

olgularda yapılabilir (11). Özofagogastroduodenoskopi ve kolonoskopiyle kanama yeri bulunmayan olgularda push enteroskopi veya sonda enteroskopi uygulanarak jejunum ve ileum incelenir. Enteroskopi akut veya minör kanamada teşhis ve tedavi amacıyla kullanılır ve kanama kontrolüne imkan tanır. Sonda enteroskopi ucunda balonu olan ve peristaltik hareketler ile ilerleyen bir enteroskoptur. Push enteroskop ile ise transoral olarak proksimal jejunum ve transanal olarak ileum incelenebilir (12). Bu tür standart yaklaşımlara ek olarak kanama odağı bulunmadığı ve tanı hakkında net fikir sahibi olunmadığı durumlarda cerrahi eksplorasyon, intraoperatif enteroskopi ve intraoperatif sintigrafi rezeksiyon sınırlarını belirleme ve küratif rezeksiyon için çok net sonuçlar verebilir (13). Biz olgumuzda özofagogastroduodenoskopi, koloskopi, tüm batın bilgisayarlı tomografi ve anjiyografi tetkiklerini kullandık ve cerrahi eksplorasyon sonrası patolojik inceleme ile tanıyı kesinleştirdik.

KAYNAKLAR

1. De Markles MP, Murphy JR. Acute lower gastrointestinal bleeding. *Med Clin North Am* 1993; 77: 1085-100.
2. Triggiani E, Iaccarino V, Tricario A, et al. Diagnosis of bleeding jejunal leiomyoma by emergency selective angiography: Case report. *Int Surgery* 1981; 66: 259-60.
3. Fenoglio-Preiser MC, Pascal RR, Perzin KH. Mesenchymal tumors. In: *Tumors of the intestine*. Philadelphia: WB Saunders, 1990: 427-50.
4. Ashley SW, Wells SA Jr. Tumors of the small intestine. *Semin Oncol* 1988; 15: 116-28.
5. Schwesinger WH, Sirinek KR, Gaskill HV, et al. Jejunoileal causes of overt gastrointestinal bleeding: diagnosis, management, and outcome. *Am Surg*. 2001 Apr; 67(4): 383-7.
6. Gourtsoyiannis NC, Bays D, Malamas M, et al. Radiological appearances of small intestinal leiomyomas. *Clin Radiol* 1992; 45: 94-103.
7. Mahfoud Beajow M.D., Heramb K. Singh M.D., et al. Wiese M.D., et al. Bleeding jejunal leiomyoma: A new approach. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 131-3.
8. Baca B, Karahasanoğlu T. Lower gastrointestinal bleeding. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2005; 1(4): 7-16.
9. Robert E. Scully MD, Eugene J. Mark MD, et al. *N Eng J Med* 1993; 328(15): 1107-14.
10. Demirbas A, Kaynaroğlu ZV, Daphan C, et al. Leiomyomas of the small bowel: a rare cause of massive and recurrent gastrointestinal bleeding. *Hepatogastroenterol* 1994 Dec; 41(6): 589-90.
11. Mylonaki M, Fritscher-Ravens A, Swain P. Wireless capsule endoscopy: a comparison with push enteroscopy in patients with gastroscopy and colonoscopy negative gastrointestinal bleeding. *Gut* 2003; 52: 1122-6.
12. Soderman C, Uribe A. Enteroscopy as a tool for diagnosing gastrointestinal bleeding requiring blood transfusion. *Surg Laparosc Endosc* 2001; 11: 97-102.
13. Szold A, Katz LB, Lewis BS. Surgical approach to occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg*. 1992 Jan; 163(1): 90-2.