

# Preoperatif Tanı Konulamayan Kolon Lenfomalı İki Olguda Laparotominin Tanı ve Tedavideki Yeri

## *The Place of Laparotomy for Diagnosis and Cure in Two Cases with Colonic Lymphoma*

SÜLEYMAN BURHAN YILMAZ, HAKAN BULUŞ, SALİH TUNCAL, SİBEL GELECEK, ALİ COŞKUN  
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

### ÖZET

Lenfoma, kolon kanserleri içerisinde üçüncü sıklıkta görülür. Kolon kanserlerinin % 0.65'ini oluşturur. Olguların çoğu 50 yaş üzerindedir. Erken tanı konulamadığında; komplikasyonlar görülebilir ve acil ameliyat gerekebilir. Bu makalede preoperatif tanı konulamayan kolon lenfomalı iki olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolon lenfoması, Lenfoma, Kolon kanseri

### ABSTRACT

Lymphoma is at the third rank in the frequency list of colon cancers. It forms %0.65 of colon cancers. Most of the phenomenons are over 50. When early diagnosis cannot be achieved, complications can be seen and emergency operation can be also necessary. In this article, two phenomenons with colonic lymphoma, in which preoperative diagnosis could not be made, are presented.

**Key Words:** Colonic lymphoma, Lymphoma, Colon cancer

Dr. Süleyman Burhan YILMAZ  
Yunus Emre Mah. Aşan Sok.15/8  
Yenimahalle 06170 ANKARA  
Tel: +90 312 356 90 00, Fax: +90 312 356 90 02  
e-mail: drsby@hotmail.com

III. Çukurova Kolo-proktoloji ve Stomaterapi sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

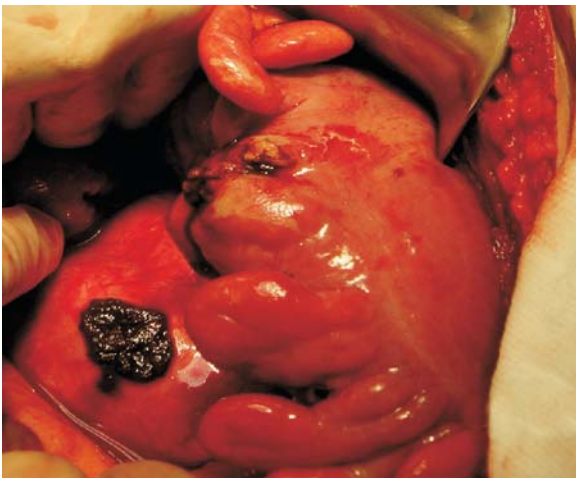
### Giriş

Malign lenfoma, adenokarsinom ve karsinoid tümörden sonra kalın barsakta üçüncü sıklıkta görülen malign tümördür. Primer tümör odaklı, tüm gastrointestinal sistem kanserlerinin %1-4 ünü; kolon kanserlerinin %0.65, rektum kanserlerinin %0.1 ini oluşturur. Birinci amacımız; tanısal gecikme sonucu oluşan komplikasyonlar nedeniyle, kolon lenfomalarının erken tanı ve cerrahi tedavisinin önemini vurgulamaktır.

### Olgu 1

71 yaşında erkek hasta, karında bir ayda büyüyen şişlik, ağrı ve kabızlık yakınmasıyla acile başvurdu. Karın sol alt kısımda göbekten pelvise uzanan sert, fikse, yaklaşık 15x5 cm ebatlarında kitle mevcuttu.

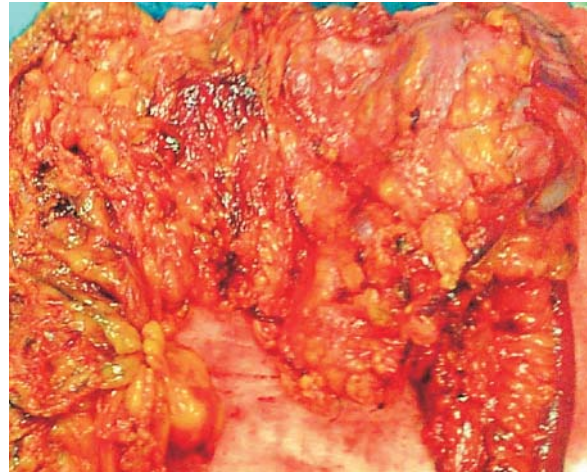
Rektosigmoidoskopide, 25-30 cm ler arasında lümeninde daralma ve duvar kalınlaşmasına bağlı tıkanma; ultrason ve tomografide, rektosigmoid kolon duvar kalınlaşması, perikolonik, retroperitoneal ve perirektal yağlı planda nodüler dansite artımları mevcuttu. CEA, CA 19-9, AFP normaldi. Laparotomide rektum peritoneal kısım dahil sol kolon tamamında splenik fleksuraya uzanan yaygın duvar kalınlaşması, tüm kolon ve ince barsak mezosu, retroperitoneal alan, preaortik lenf nodlarını içeren ödemli, sert tümör infiltrasyonu ve minimal asit vardı. Sigmoid kolon apendiks epiploikası, sol kolon mezosu, preaortik doku ve asit mayiden örnekler alındı. Peroperatif olarak lenfoma düşünülerek tıkanıklık için loop transversostomi yapıldı. Hastanın patolojisi High Grade B hücreli Non Hodgkin Lenfoma infiltrasyonu olarak bildirildi. Hasta postoperatif 13. gün pulmoner emboli sonucu eksitus oldu (Resim 1).



Resim 1. Olgu 1 - Operatif görünüm

### Olgu 2

67 yaşında erkek hasta. Karın ağrısı, kabızlık ve 2 gündür gaitada siyahlaşma yakınması ile polikliniğe başvurdu. Son 1 ayda 20 kg kaybetmişti. 3 yıl önce geçirilmiş mide kanaması ve 1 yıl önce inguinal herniorafi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede karın sağ alt kadranda ele gelen yaklaşık 10x6 cm uzunlukta kitle mevcuttu. Hemogloblin 9.3 g/dl; sedim 87 mm/h; CEA, AFP, CA 19-9 normaldi. Kolonoskopide çıkan kolon distalinde lümeni dolduran polipoid kitle görünümü mevcuttu. Tüm karın USG ve BT'de çıkan kolon 10 cm'lik segmentte en kalın yeri yaklaşık 22 mm olan duvar kalınlaşması mevcuttu. Hastaya laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda; çekumdan hepatik fleksuraya kadar uzanan tümoral kitle ve kolon mezosunda tümoral kalınlaşma mevcuttu. Sağ hemikolektomi + uç-yan ileotransversostomi yapıldı. Hastanın takibinde sorun olmadı ve postop 12. gün taburcu edildi. Patoloji diffüz büyük hücreli lenfoma olarak bildirildi (Resim 2).



Resim 2. Olgu 2 - Ameliyat pyesi

### İrdeleme

Malign lenfoma gastrointestinal tümörler içinde oldukça enderdir. Primer ya da sistemik malignitenin bir parçası olarak gastrointestinal sistemi tutabilir. İnsidansı erkeklerde 2:1 oranında daha fazladır. Olguların çoğu 50 yaş üzerindedir. Lenfoid dokudan zengin çekum (%70) ve rektuma (%11) yerleşir.<sup>2</sup> Tümörün kaynaklandığı hücre tipi % 80-85 B hücre, %10-15 T hücredir<sup>3</sup>. Klinik olarak; karın ağrısı ( %100 ), kilo kaybı (%100), karın duvarında ağrılı kitle (%80 ),

barsak alışkanlığında değişiklik (%75), hematokezya ya da melena (%10-30), tıkanma (%20-25) görülebilir.<sup>2</sup> İnflamatuar barsak hastalığı ve immün supresyon (posttransplantasyon, HIV ve immün bozukluklara bağlı) primer kolon lenfoması için risk faktörü olarak bildirilmiştir.<sup>4</sup>

Kolon lenfomalarının tanınmaları, tedavilerinin ve prognoz özelliklerinin farklılığından dolayı önemlidir. Tanıda baryumlu çift kontrast kolon grafisi ve bilgisayarlı tomografi en sık kullanılır.<sup>5</sup> Kolonoskopi; makroskopik değerlendirme ve biyopsi ile mikroskopik değerlendirme için yararlıdır. Ancak, lezyon submukozal lenfoid dokudan başlar ve mukozaya yayılır. Bu nedenle, erken dönemde yapılan kolonoskopik biyopsiler tanısal değer taşımaz. Mukoza ve submukozanın nonspesifik infiltrasyonlarında ise immunohistokimya ayırıcı tanıda kullanılabilir.<sup>6</sup> Ayrıca gerekirse kemik iliği biyopsisi, β2 mikroglobulin ölçümü ve karaciğer fonksiyon testleri yapılabilir.

Hastalığın tedavisinde cerrahi; tanı, erken dönemde kür ve komplikasyonların tedavisi için gerekebilir. Esas tedavi kemoterapi ve radyoterapidir. Rektumda sınırlı, rezeksiyona uygun tümörde, cerrahi ve sonrası radyoterapi yapılır. Anrezektabl tümörde radyoterapi, sistemik tutulum da varsa kombine kemoterapi uygulanır. Prognoz bölgesel lenf nodu ve doku yayılımına bağlıdır. Olguların yarısında tanı konulduğunda bölgesel lenf nodları ve dissemine yayılım vardır. Kür amaçlı opere edilen hastalarda 5 yıllık sağ kalım % 50'dir. Bölgesel lenf nod tutulumunda 5 yıllık sağ kalım % 12'ye düşer.<sup>2</sup> T hücreli lenfomaları prognozunun daha kötü olduğu bildirilmiştir.<sup>7</sup> Hızlı klinik seyir nedeniyle; kolon lenfomalarında erken laparotominin, cerrahi morbidite, mortalite ve hayatta kalma süresi üzerinde olumlu etkisi bulunabilir. Bu makalede tanımlanan vakalarda da dramatik klinik prezentasyonlar zemininde preoperatif kesin tanı elde edilmesi mümkün olmamıştır. Bir vakada komplikasyon nedeniyle ölüm gelişmekle birlikte, laparotomi her iki vakada da tanı ve tedaviyi sağlamıştır.

#### Kaynaklar

1. Busch E, Rodrigez-Bigas M, Mamounas E, *et al.* Primary colorectal non-Hodgkin's lymphoma. *Ann Surg Oncol* 1994;1:222-8.
2. Orango RG. Nonepithelial colorectal tumors In: Fazio WV (ed). *Current Therapy in Colon and Rectal Surgery*. Mosby Comp, Philadelphia; 2005. p. 409-14.
3. Okada M, Maeda K, Suzumiya J, *et al.* Primary colorectal T cell lymphoma. *J Gastroenterol* 2003;38:376-84.
4. Fan CW, Changchien CR, Wang JY, *et al.* Primary colorectal lymphoma. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1277-82.
5. Lee HJ, Han JK, Kim TK, *et al.* Peripheral T-cell lymphoma of the colon: double-contrast barium enema examination finding in six patients. *Radiology* 2001;218:751-6.
6. Hwang WS, Yao JC, Cheng SS, *et al.* Primary colorectal lymphoma in Taiwan. *Cancer* 1992 ;70:575-80.
7. Wang MH, Wong JM, Lien HC, *et al.* Colonoscopic manifestations of primary colorectal lymphoma. *Endoscopy* 2001;33:605-09.