

Preoperatif Tanı Konulamayan Kolon Lenfomalı İki Olguda Laparatominin Tanı Ve Tedavideki Yeri

The Place of Lapareotomy at 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 Lenfoma, 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 cases are over 50 ages. 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

Başvuru Tarihi: 16.08.2009, Kabul Tarihi: 31.08.2009

Dr. Süleyman Burgan

Yunus Emre Mah. Aşan Sok. 15/8

Yenimahalle 06170 Ankara-Türkiye

Tel: 0312.3569000-4018, 0532.7239950

e-mail: drsby@hotmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2009;19:178-180

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.¹ Amacımız; tanısız gecikme sonucu oluşan komplikasyonlar nedeniyle, kolon lenfomalarının erken tanı ve cerrahi tedavisinin önemini vurgulamaktır.

Olgu 1

71 yaş 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.

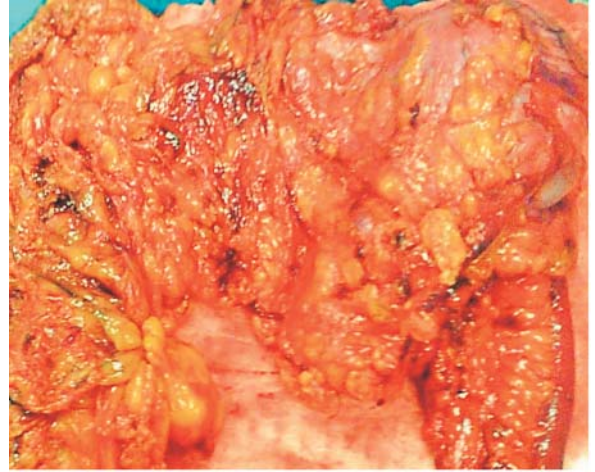
Rektosigmoidoskopide, 25-30. cm'ler arasında lümeninde daralma ve duvar kalınlaşmasına bağlı tıkanma; ultrason ve tomografide, rektosigmoid kolon duvar kalınlaşması, perikolonik, retroperitoneal ve perirektal yağlı planda nodüler dansite artımları mevcuttu. CEA, CA 19-9, AFP normaldi. Laparotomide rektum peritoneal kısım dahil sol kolon tamamında splenik fleksuraya uzanan yaygın duvar kalınlaşması, tüm kolon ve ince barsak mezosu, retroperitoneal alan, preaortik lenf nodularını içeren ödemli, sert tümör infiltrasyonu ve minimal asit vardı (Resim 1). 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 takipte, postoperatif 13. gün pulmoner emboli sonucu eksitus oldu.

Olgu 2

67 yaş erkek hasta, karın ağrısı, kabızlık ve 2 gündür gaitada siyahlaşma yakınması ile polikliniğe başvurdu. Son 1 ayda 20 kg kaybetmiş. 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. Hemoglobün 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;



Resim 1. Tümorale kitle (Olgu 1).



Resim 2. Çekum hepatic fleksura arası tümorale kütle (Olgu 2).

çekumdan hepatic fleksuraya kadar uzanan tümorale kitle ve kolon mezusunda tümorale kalınlaşma mevcuttu (Resim 2). Sağ hemikolektomi + uç-yan ileotransversostomi yapıldı. Hastanın takibinde sorun olmadı ve postop 12. gün taburcu edildi. Patoloji diffüz büyük hücreli lenfoma olarak bildirildi.

Tartışma

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.² Tümörün kaynaklandığı hücre tipi %80-85 B hücre, %10-15 T hücredir.³ 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.² İnflamatuvar barsak hastalığı ve immunsupresyon (posttransplantasyon, HIV ve immun bozukluklara bağlı) primer kolon lenfoması için risk faktörü olarak bildirilmiştir.⁴ Kolon lenfomalarının tanınmaları, tedavilerinin ve prognoz özelliklerinin farklılığından dolayı önemlidir. Tanıda baryumlu çift kontrast kolon grafisi ve bilgisayarlı tomografi en sık kullanılır.⁵ 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 taşımayabilir. Mukoza ve

submukozanın nonspesifik infiltrasyonlarında ise immunohistokimya ayırıcı tanıda kullanılabilir.⁶ Ayrıca gerekirse kemik iliği biyopsisi, β_2 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.² T hücreli lenfomaları prognozunun daha kötü olduğu bildirilmiştir.⁷ Hızlı klinik seyir nedeniyle kolon lenfomalarında erken laparotominin, cerrahi morbidite, mortalite ve hayatta kalma süresi üzerinde olumlu etkisi bulunabilir.

Kaynaklar

1. Busch E, Rodrigez-Bigas M, Mamounas E, *et al.* Primary colorectal non-Hodgkin's lymphoma. *Ann Surg Oncol* 1994;1:222-28.
2. Orangio 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: 751-56.
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.