

# İnce Barsak Mezosundan Köken Alan Dev İntraabdominal Miksoid Liposarkom

## Giant Myxoid Liposarcoma Arising from the Small Intestine Mesentery

<sup>1</sup>İbrahim Aliosmanoğlu, <sup>1</sup>Mesut Gül, <sup>1</sup>Fırat Tekeş, <sup>1</sup>Burak Veli Ülger, <sup>1</sup>Ahmet Türkoğlu, <sup>2</sup>Mehmet Güli Çetinçakmak, <sup>3</sup>Hüseyin Büyükbayram

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

<sup>3</sup>Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

### Özet

Primer mezenterik liposarkom nadir görülen bir durumdur. Semptomları geç ortaya çıktığı için büyük boyuta ulaşana kadar belirti vermezler ve bundan dolayı tanı geç konulur. Biz bu yazıda ince barsak mezosundan köken alan (35x30x8 cm) boyutlarında, 4123 gram ağırlığında dev miksoid liposarkomu olan 32 yaşındaki bayan hastayı sunduk. Batın içi kitlelerinin ayrıcı tanısında liposarkomlar akılda tutulmalıdır. Bu tümörler negatif cerrahi sınır sağlanarak çıkartılmalı ve hastalar uzun süre takip edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Liposarkom, mezenter, cerrahi

### Abstract

Primary mesenteric liposarcoma is a rare condition. It is diagnosed late because symptoms don't appear until it reaches large sizes. In this article we presented a 32 year old female patient with giant myxoid liposarcoma originating from the small intestine mesentery measuring (35x30x8 cm) and weighing 4123 grams. As a result, liposarcomas should be considered in the distinctive diagnosis of intraabdominal masses. The mass should be excised providing negative surgical margins and the patient should be followed for a long time.

**Key words:** Liposarcoma, mesentery, surgery

### GİRİŞ

Yumuşak doku sarkomları tüm malignitelerin %1'in den daha azını oluştururlar. Çoğunlukla 4-6. dekadlarda ve erkeklerde daha sık görülmektedirler (1). Liposarkomun vücuttaki en yaygın lokalizasyonu alt ekstremitelerde (%56) ve ardından retroperitoneumdur (%15-20) (2). Yetişkinlerde nadiren abdominal kavitede yer alırlar. Abdominal ve retroperitoneal yerleşimli tümörler genellikle geç belirti verirler ve büyük boyutlara ulaşıncaya kadar fark edilmezler (3). Çoğu liposarkom bir kilogram (kg)'dan daha hafif olmasına rağmen literatürde ağırlıkları 40kg'ın üzerine çıkan kitleler bildirilmiştir ancak bunların tümü retroperitoneal yerleşimlidir (2). Yaptığımız literatür taramasında ince barsak mezosundan köken alan dev miksoid liposarkomun nadir görülen bir durum olduğunu belirlediğimiz için bu olguyu sunduk.

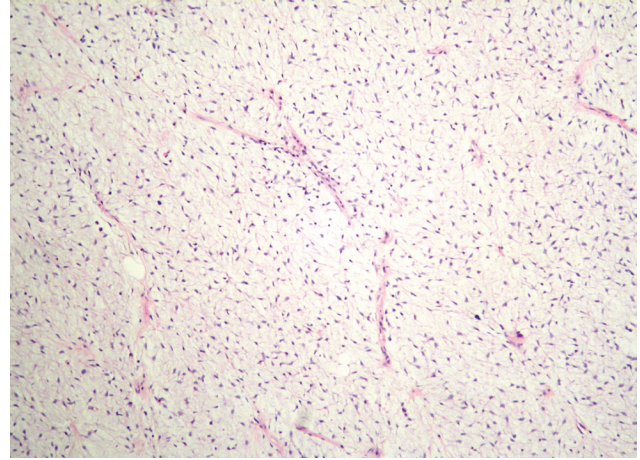
### OLGU

Otuz iki yaşındaki bayan hasta, altı aydır var olan karın ağrısı, karında şişlik ve kilo kaybı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri sonucunda batında kitle ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede, palpasyonda sınırları belirgin, karın sol tarafını tama yakın dolduran, orta sertlikte, ağrısız, yarı mobil olan kitle saptandı. Hastanın sorgulanmasında gastrointestinal pasajın olağan olduğu öğrenilirken, rektal muayenede özellik tespit edilmedi. Yapılan oral ve intravenöz kontrastlı bilgisayarlı karın tomografisinde (BT) karın sol üst kadrandan kaynaklanan, her iki alt kadrana ve

pelvise uzanım gösteren, 123x160x283 mm boyutlarında, hiperdens komponenti bulunan yağ dansitesinde solid lezyon izlendi. Kitle ince barsak segmentlerini komprese etmekteydi (Şekil 1). Laboratuvar değerleri ve tümör belirteçleri normal sınırlarda idi. Kolonoskopik incelemede transvers, inen ve sigmoid kolona dıştan bası izlendi. Karın göbek üstü-altı orta hat insizyonu ile yapılan eksplorasyonda yer yer lobülasyon gösteren kitlenin, batın sol üst tarafta ileum'un mezenterinden kaynaklanıp pelvise ve karşı tarafa uzandığı ancak çevre dokulara invaziv olmadığı görüldü. Aynı zamanda sol kolon mezosunu alttan iterek dalak alt polü, sol böbrek ile mide ve ince barsaklara bası yaptığı görüldü. Karın içi solid organlarda başkaca patoloji saptanmadı. Kitle etrafındaki yaklaşık 1 cm'lik mezenterik yağ dokusuyla beraber çıkarıldı. Barsak rezeksiyonu gerekmedi. Piyes 35x30x8 cm boyutlarında, 4123 gr ağırlığında, yüzeyi kanamalı kahve renkte, dış yüzeyi nispeten düzgün ve lobüle görünümdeydi (Şekil 2). Histopatolojik incelemede, kesitlerde iğsi-ovoid ve bir kısmı yuvarlak görünümü, yıldız nükleusları olan, gevşek vakuole görünümde sitoplazmalı adipositleri andıran hücrelerin meydana getirdiği, arada çok sayıda vasküler yapıların gözlendiği, bazı odalarda miksoid görünümde değişiklikler sergileyen lezyon izlendi (Şekil 3). İmmünohistokimyasal incelemede SMA, S100, CD34, CD68, CD117 çalışılmış olup, Vimentin ve S-100 ile pozitif boyanma gözlendi (Şekil 4). Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %1-2 olarak değerlendirildi. CD34, SMA, CD68 VE CD117 ile immünreaktivite saptanmadı. Kitlenin makroskobik olarak dış yüzü çini mürekkebi ve bouin solüsyonu ile



Şekil 1. Ameliyat esnasındaki kitlenin görüntüsü.



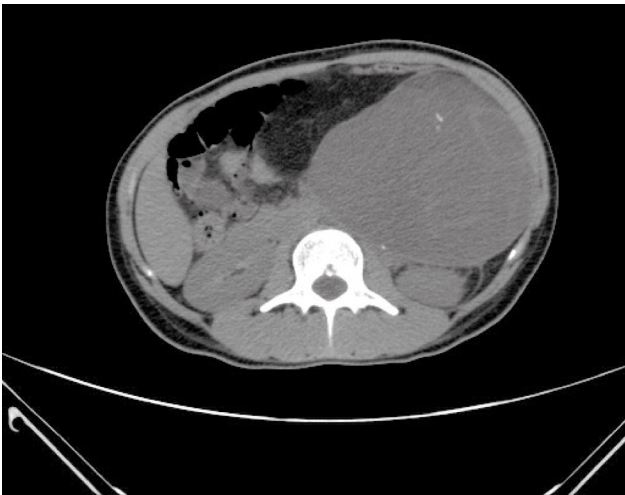
Şekil 3. Kesitlerde liposarkom izlenmekte (X100, H&E).

boyandı. Parafin bloklara örnekler alındı. Alınan örneklerin histopatolojik incelenmesinde cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Tüm bu bulgulara dayanarak tümörün histolojisi miksoid liposarkom olarak yorumlandı. Klinik takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası takibinin 4.gününde taburcu edildi.

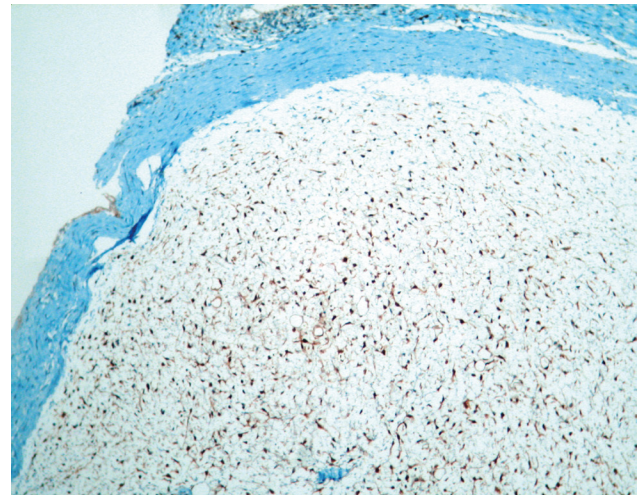
#### TARTIŞMA

Liposarkomlar yumuşak doku sarkomlarının %20'sini oluştururlar (4). Literatürde liposarkomun erkeklerde ve yaşamın beşinci-yedinci dekatlarında sık görüldüğü bildirilmekle beraber (4) bizim olgumuz 32 yaşında bir bayan hasta idi. Liposarkomun etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte travma ve sonrasında gelişen hematomun

tümörün ortaya çıkışına yol açtığı öne sürülmüş ve travma ile tümörün ortaya çıkışı arasında yaklaşık bir yıllık sürenin olduğu belirtilmektedir (5). Başvuru yakınmaları yerleşim yerine göre değişiklik gösterir. Abdominal yerleşimli olan hastalar genellikle karın çevresinde kademeli artış, kilo kaybı, kabızlık, karın ağrısı ve karında hareketli kitle yakınmaları ile başvururlar. Retroperitoneal ve abdominal yerleşimli liposarkomlar çoğunlukla ayırt edici olmayan semptomlar nedeniyle büyük boyutlara ulaşana kadar belirti vermezler (6). Tanıda BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) gerek tümör boyutu açısından gerek kesin lokalizasyon açısından ya da metastatik lezyonların belirlenmesinde yardımcı tetkiklerdir. MR bu konuda kitlenin vasküler ilişkisinin değerlendirilmesi açısından bir adım daha öndedir. Kitlenin



Şekil 2. Kitlenin tomografik görüntüsü.



Şekil 4. Tümör hücrelerinde s-100 pozitifliği (X 100, immunperoksidaz)

solid sınırları, invazyonları ve vasküler ilişkisi açısından kontrastlı yağ baskılı T1 A sekansları oldukça faydalı bilgiler verir. Yağ baskılı T2 A sekanslar ise kitle çevresindeki ödem ve kitle içerisindeki nekrozları daha iyi gösterebilir (7). Dünya Sağlık Örgütü liposarkomları histolojik olarak miksoid, iyi diferansiye, az diferansiye, pleomorfik ve karma tip olmak üzere beş tipe ayırmıştır. En sık miksoid (%50) ve iyi diferansiye tip (%25) görülür (8). Bizim olgumuzda da patolojik tanı miksoid tip liposarkom idi. Liposarkomda primer tedavi olarak tam cerrahi eksizyon önerilmektedir. Tam olmayan eksizyonlarda lokal ya da uzak nüks oranı %80'lere çıkmaktadır. Adjuvan tedavilerin yararları halen tartışılmaktadır. Radyoterapi veya kemoterapinin uzun süreli sağ kalım üzerine etkinliği kanıtlanmamıştır (5, 9). Biz hastamızda küratif amaçlı geniş cerrahi eksizyon uyguladık. Devamında ise kemoterapi veya radyoterapi uygulamadık. Liposarkomların prognozu, histolojik tip, diferansiyasyon derecesi ve cerrahi eksizyon gibi parametrelere bağlıdır. Genel olarak pleomorfik, yuvarlak hücreli ve az diferansiye tipler kötü prognoz gösterirken, iyi diferansiye ve miksoid tipler ise iyi prognostik özellik gösterir (5). Beş yıllık sağ kalım oranları miksoid ve iyi diferansiye tiplerde sırasıyla %77 ve %85, yuvarlak hücreli ve pleomorfik tiplerde sırasıyla %18 ve %21'dir. Spillane ve ark. (10) miksoid liposarkomların metastaz açısından daha yüksek risk taşıdıklarını göstermiştir. Sato ve ark. (11) tümör boyutunun 20 cm'nin üzerinde olmasının kötü prognozla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bizim hastamızda da patolojik tanının miksoid liposarkom olması ve tümör çapının 20 cm'nin üzerinde olması nedeniyle erken nüks ve metastaz görülme şansı yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Bu nedenle hastayı yakın takip ediyoruz.

Batın içi kitlelerinin ayrıncı tanısında liposarkomlar akılda tutulması gereken tümörlerdir. Liposarkom olabileceği düşünülen kitleler negatif cerrahi sınır sağlanarak çıkartılmalı ve hastaların uzun süreli takibi yapılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Antinori A, Antonacci V, Magistrelli P. Giant retroperitoneal liposarcoma. *Am J Surg* 2002;184(1):56-7.
2. Zhanpour M, Sirous M. Huge Liposarcoma of the Sigmoid Mesocolon: A Case Report. *Iran J Radiol* 2010;7(4):251-3.
3. Calò P.G, Farris S, Tatti A, et al. Primary mesenteric liposarcoma: Report of a case. *G Chir* 2007; 28(8): 318-20.
4. Ciraldo A, Thomas D, Schmidt S. Giant Abdominal Liposarcoma: A Case Report. *The Internet Journal of Oncology* 2000; Volume 1 Number 1.
5. Enzinger FM, Weiss, SW. Liposarcoma. Enzinger, FM Weiss, SW eds. *Soft tissue tumors*, Mosby St. Louis 1995;431-66.
6. Fernandez-Trigo V, Sugarbaker PH. Sarcomas involving the abdominal and pelvic cavity. *Tumori* 1993;79:77-91.
7. Sundanam M, Mclead RA. MR imaging of tumor and tumor like series of bone and of soft tissue. *Ann J Roentgenology* 1990; 155: 817-24.
8. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F. *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumors of Soft Tissue and Bone*. Lyon: IARC Press, 2002: 227-32.
9. Mendenhall WM, Zlotecki RA, Hochwald SN, et al. Retroperitoneal soft tissue sarcoma. *Cancer* 2005;104(4):669-75.
10. Spillane AJ, Fisher C, Thomas JM. Myxoid liposarcoma-the frequency and the natural history of nonpulmonary soft tissue metastases. *Ann Surg Oncol* 1999;6:389-94.
11. Sato T, Nishimura G, Nonomura A, et al. Intra-abdominal and retroperitoneal liposarcomas. *Int Surg* 1999;84:163-7.