

PRİMER MİDE LENFOMASI (Bir vaka nedeni ile)

Dr. Kemal ÖDEV *, Dr. Şükrü ÖZER **, Dr. Bilge ÇAKIR *, Dr. Şakir TAVLI **, Dr. Salim GÜNGÖR ***

* S.Ü.T.F. Radyodiagnostik Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

*** S.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Primer mide lenfoması nadir görülen hastalıktır. Üst gastrointestinal sistemin baryumlu inceleme-sinde mide duvarında belirgin olarak kalınlaşma, anormal şekilde kalınlaşan mukozal kıvrımlar görülen 1 olguda, bilgisayarlı tomografi (BT) ile primer mide lenfoması tanısı konuldu. Klinik olarak mide lenfomasından şüphe edilen olguların teşhisinde bilgisayarlı tomografi noninvaziv, güvenilir incele-me yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı tomografi, lenfo-ma.

SUMMARY

Primary Gastric Lymphoma (A Case of Report)

Primary gastric lymphoma is a rare disease. On barium studies of the upper gastrointestinal tract, one case had marked gastric wall thickening. Primary gastric lymphoma was diagnosed by computed to-mography (CT). Computed tomography is a nonin-vasive, accurate method of evaluating patients with suspected gastric lymphoma clinically.

Key Words: Computed tomography, lymphoma.

GİRİŞ

Mide lenfoması mideyi tutan kötü huylu tümörlerin %1-5'ini teşkil etmektedir. Lenfoma vakalarının %10'unda mide lenfoması primer tümör olarak görülmektedir. Lezyonlar mukozada anormal görünüm olmaksızın, mide duvarı ve mukoza kıvrımlarında kalınlaşma meydana getirerek mukozanın derin tabakaları boyunca yada mukoza altında yayılabilir. Yayılımın mukoza altında olmasından dolayı, baryumlu incelemede sadece kalınlaşmış mukoza kıvrımları görülebilir. Endoskopi ve mukoza biyopsisi sıklıkla tanı koydurucu değildir (1, 2, 3, 4). BT mide duvarının tüm kalınlığını göstermede, hastalığın evresini tayin etmede ayrıca tüm gastrointestinal sistemde duvar tutulumunun olup olmadığını göstermesi yönünden daha ayrıntılı bilgi veren incele-me yöntemidir (1).

Midenin kötü huylu tümörü olan lenfomanın nadir görülmesi nedeni ile ve BT nin tanıdaki önemini belirtmek amacı ile bu vaka sunulmuştur.

VAKA TAKDİMİ

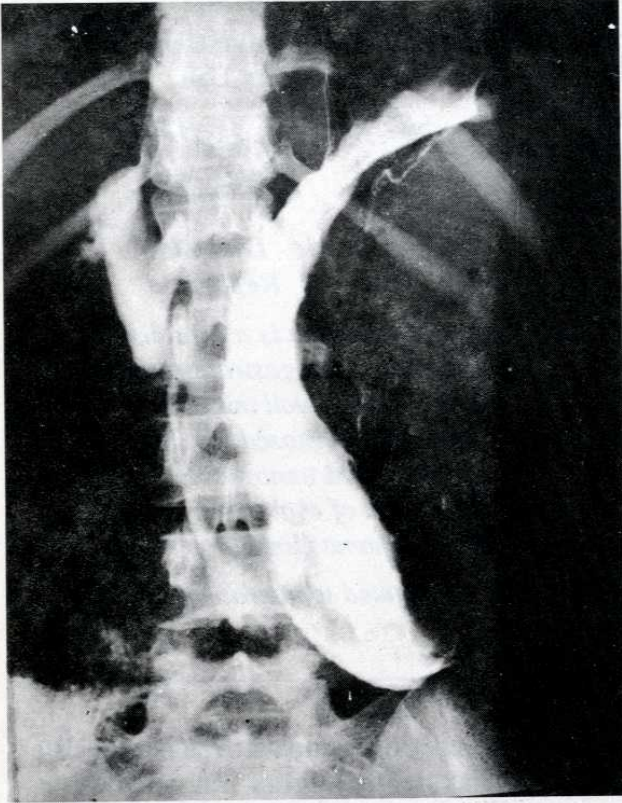
16 yaşında (N.Ş.) kız çocuğu, hikayesinden 2 aydan beri bulantı, kusma ve karın ağrısı olduğu öğrenildi.

Klinik muayenesinde, solunum ve dolaşım sistemi normal olarak değerlendirildi. Karın sol üst kadranda traube alanını kaplayan ve arkus kosta distaline kadar uzanan kitle palpe edildi.

Laboratuvar incelemesinde: Anemi ve hepoprotei-nemi dışında patolojik bulgu saptanmadı.

Üst gastrointestinal sistemin baryumlu radyolojik incelemesinde; Midede fundustan başlayan ve distal pole kadar büyük kurvatur boyunca uzanan kitle görüldü. Mukoza kıvrımları anormal şekilde kalın görünümde idi. Peristaltik hareketler izlenmiyordu. Mide hacminin azaldığı ve bilhassa büyük kurvatur boyunca duvarın kalınlaşmış olduğu tespit edildi. (Resim-1).

Oral (500 ml su+20 ml %75 Ürovizyon) ve İV (50 ml Ultravist 300) yol ile kontrast madde verilerek yapılan BT incelemede, midenin büyük kurvatur boyunca duvarını infiltre eden kitlenin (57-48 HÜ) mide lümenini daralttığı ve büyük kurvatur boyunca duvar kalınlığının ileri derecede artmış olduğu (135,4 mm) tespit edildi. Ayrıca mide ile pankreas ve ön pararenal alan arasındaki yağ planlarının kaybolduğu saptandı. Büyük kurvatur ile karın yan duvarı arasında solid metastatik kitleler görüldü. Retroperitoneal bölgede perikaval açık alanın metastatik kit-

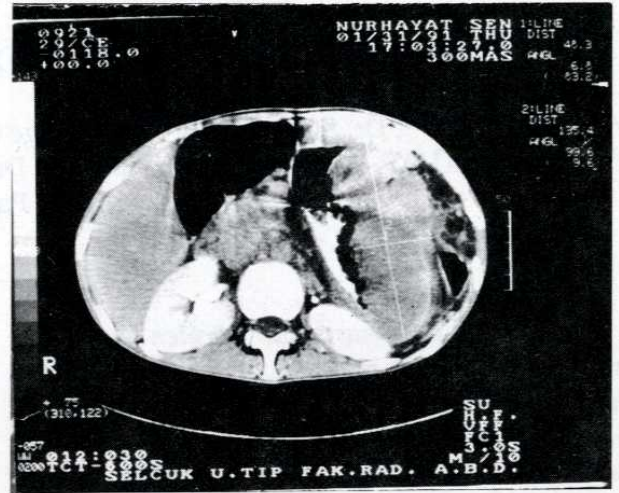


Resim 1: Üst gastrointestinal sistemin baryumlu incelemesinde, midenin fundustan pilorik kanala kadar normal mukozal pili yapısının kaybolduğu, duvarının kalınlaştığı görülmektedir.

leler ile oblitere olduğu ve sol böbreğin basıya uğradığı tespit edildi (Resim-2).

Endoskopik incelemede: Midede büyük kurvatur orta bölümünden lümeneye doğru büyüyen 8x6x4 cm boyutlarında kitle görüldü. Kitlenin üzerinde küçük nodüler yapıda görünümünün ve yalancı membranların olduğu gözlemlendi. Alınan biyopsinin histopatolojik incelenmesinde non hodkin lenfoma olduğu tespit edildi.

Radyolojik bulgulara dayanılarak mide lenfoması ön tanısı ile hastaya cerrahi girişim uygulandı. Gözlemlenilen midenin tamamını tutmuş, özellikle büyük kurvatur tarafından büyüyen mide duvarını infiltrate etmiş tümöral kitle görüldü. Tümörün transvers kolonu, pankreası, dalağı ve karın ön duvarını invaze ettiği tespit edildi. Total gastrektomi, splenektomi yapıldı. Distal pankreas, transvers kolon ve omentum rezektö edildi. Özofago-antrastomi uygulandı. Çıkarılan ameliyat materyalinin histopatolojik incelenmesinde, diffüz yüksek gradeli lenfoblastik

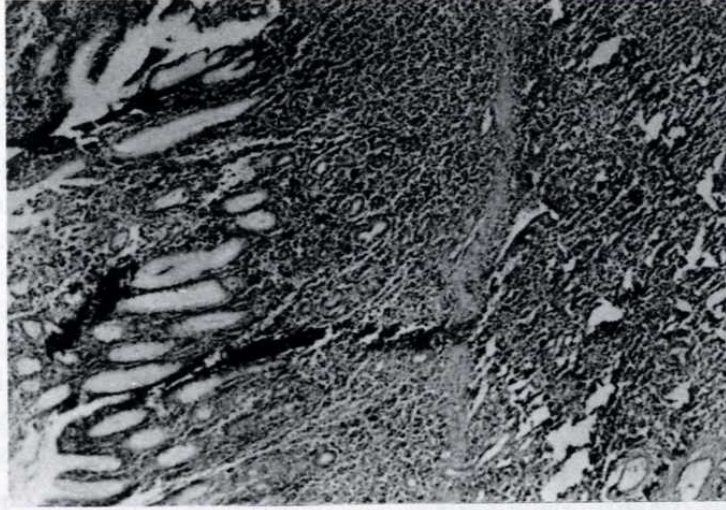


Resim 2: BT incelemede, midede büyük kurvatur boyunca duvarın normalin üzerinde kalınlaştığı (135,4 mm) saptandı. Perigastrik yağlı doku planlarının kaybolduğu, büyük kurvatur ile karın yan duvarı arasında metastatik kitlelerin varlığı saptandı.

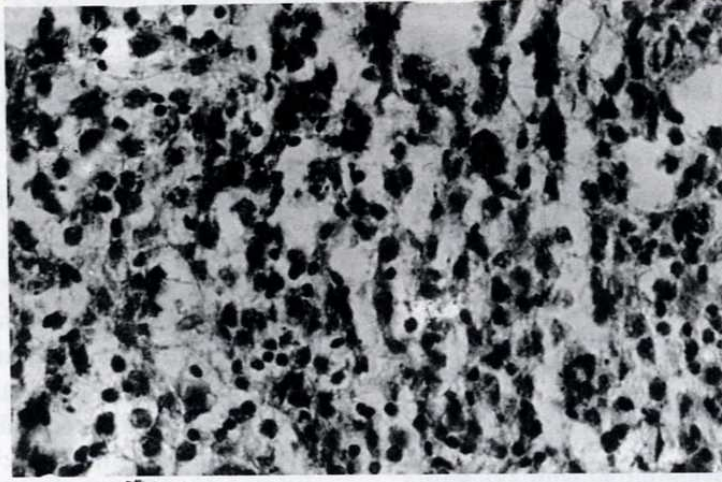
lenfoma (Non Hodkin lenfoma) olduğu saptandı. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA

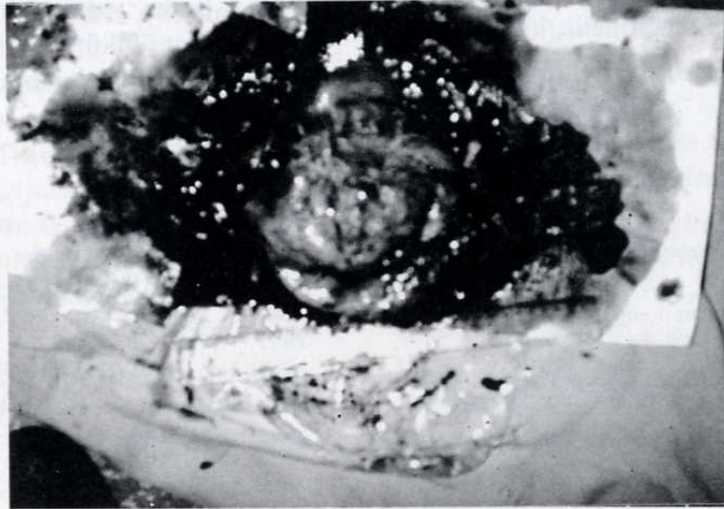
Gastrointestinal sistem, primer ektranodal lenfomanın en yaygın olduğu bölgedir. Hastalığın başlıca yerleşim yeri bu sistemde olduğu zaman primer olarak düşünülür. Gastrointestinal sistemde, lenfomanın en yaygın lokalize olduğu organlar, mide (%48-50), ince barsak (%30-70) ve ileaçekal bölge (%12-13) dir (2). Üst gastrointestinal sistemin baryumlu incelemeleri ve endoskopi, midede mukozadan köken alan lezyonların teşhisinde güvenilir yöntemler olmasına rağmen, dolaysız olarak tüm barsak duvarı hakkında ayrıntılı görünüm veren bilgisayarlı tomografi (BT) nin gastrointestinal sistemde submukoza ve adele tabakalarını tutan lezyonların teşhis edilmesinde ve evre tayininde daha güvenilir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (1). Mide lenfomasında, tümöral lezyonların submukozada yayılmasından dolayı, baryumlu incelemeler sadece kalınlaşmış mukoza kıvrımlarını göstermektedir. Endoskopi ve biyopsinin sıklıkla tanı yönünden yeterli olmadığı belirtilmektedir (3). Primer olarak mide duvarına doğru büyüyen sınırlı görünümdeki sarkomlar midede karakteristik olmayan görünüme neden olmaktadır. Üst gastrointestinal sistemin incelenmesi esnasında radyolojik teşhis sadece ülserasyonların görülmesi ile mümkündür. Bunlar iyi huylu ülserlere göre daha düzensiz ve daha büyüktür. Mide lümenine doğru büyüyen lenforetiküler sarkoma mide iç duvarında tek yada birçok sayıda düzgün



Resim 3: Tüm alanlarda atipik dar eozinofilik sitoplazmalı, hiperkromatik nükleuslu hücrelerin oluşturduğu selüler bir yapının yer aldığı görülmektedir.



Resim 4: Lenfositlerden büyük blastik tipte atipik dar eozinofilik sitoplazmalı, yuvarlak nükleuslu, kaba kromatinli hücrelerin yer aldığı ve belirgin bir organ invazyonu yapmadıkları görülmektedir.



Resim 5: Mide duvarının tamamına yakın kısmını tutan, serozaya kadar enfiltrasyon gösteren tümöral gelişme izlenmektedir.

sınırla karakterize kitleler şeklinde görülmektedir. Lümeneye doğru büyüyen kitlelerde sıklıkla ülserasyon görülür. Genellikle mide lümenine doğru büyüyen lenfosarkomalar yada retikülüm hücreli sarkomaların röntgenolojik ayırıcı tanısı bu özellikleri ile diğer tümörlerden mümkün değildir (5). Olgumuzda yapılan baryumlu üst gastrointestinal sistem incelemesinde, sadece fundustan başlayan ve antruma kadar büyük kurvatura lokalize duvar kalınlaşması tespit edildi. Mukoza kıvrımlarında kalınlaşma ve düzleşme, ayrıca mide duvarının iç yüzünde düzensizlikler görüldü. ülseratif lezyonlar saptanmadı. Ancak baryumlu incelemelerde elde edilen diğer radyolojik bulgular kaynak bilgileri ile paralellik göstermektedir. Gastroskopi ile alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi lenfoma tanısını doğruladı.

Oral kontrast madde ile birlikte kullanıldığı zaman BT nin mide duvarını, kalınlığını ve konturunu göstermek için daha uygun olduğu belirtilmektedir (6). Duvar kalınlığının 1 cm den daha fazla olması halinde bunun patolojik olarak kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Mide de lenfoma tanısı alan olguların 2/3 sinde, midenin dış kenarı lobule yada düzgün kontur gösterir. Midenin dış duvarı ile komşu karın organları arasındaki yağ planları da benzer oranda muhafaza edilmektedir. İç duvar sıklıkla düzensizdir. Olguların 1/3 inde mide dış kenarı belirsizdir ve perigastrik yağ planları kaybolmuştur. Mide ile komşu organlar arasındaki yağ planlarının muhafaza edilmesi lenfomanın komşu organlara yayılmadığını gösterir. Olguların %70-75 inde lenfomanın komşu organlara yayılması sonucunda yağ planlarının kaybolduğu belirtilmektedir (3).

Sunulan olguda, oral ve İV yol ile kontrast madde verilerek yapılan BT incelemede, mide duvarının normalin (2-3 cm) üzerinde (13,5 cm) kalınlaşmış olduğu ve lobule kontur gösterdiği tespit edildi. Midenin iç duvarı düzensiz görünümde olup normal mukozal pilileri görülüyordu. Mide hacminin ileri derecede azalmış olduğu saptandı. Mide ile komşu organlar arasındaki yağlı doku planları görülüyordu. Ayrıca mide ile karın yan duvarı arasında solid metastatik kitleler vardı. Bu BT bulguları ile hastalığın komşu organlara yayıldığı ve ileri evrede lenfoma olabileceği sonucuna varıldı.

Kaynaklarda, sadece mide duvarı tutulumu esas alındığı zaman, adenokarsinomdan lenfomayı ayırtetmenin güç olduğu belirtilmektedir. Mide ile pankreas arasındaki yağ planlarının kaybolmasının, karaciğerde metastatik lezyonlar görüldüğü zaman tanıyı tayin etmede yardımcı olacağı ileri sürülmektedir (6). Mide tümörlerinin BT ile teşhis edilmesinde başlıca sorun, mide tümörlerinden enflamatuvar duvar kalınlaşmasının (peptik ülser yada kronik gastritte olduğu gibi) ayırt edilmesidir (6).

İnceleme yapılmadan önce hasta için herhangi bir ön hazırlığı gerektirmemesi ve aynı anda hem oral hemde İV yol ile kontrast madde verilerek incelemenin yapılabilmesine imkan vermesi ile BT diğer yöntemlere göre daha üstündür. BT mide lenfomasından şüphe edilen olguların değerlendirilmesinde birincil tanı yöntemi olarak önerilmemesine rağmen tedaviden önce tümöral lezyonların tam lokalizasyonunu, komşu organlara olan invazyon derecesini kesin olarak göstermektedir. Lenfadenopatilerin varlığı, BT den başka yalnız bir inceleme yöntemi ile göstermek mümkün değildir BT ile tüm karın bölümleri incelenerek hastalığın evresini tayin etmek mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Buy JN, Moss AA. Computed tomography of gastric lymphoma. AJR 1982; 138: 859-865.
2. Brady LW, Asbell O. Malignant lymphoma of the gastrointestinal tract. Radiology 1980; 137: 291-298.
3. Moss AA, Thoeni RF. Computed tomography of the gastrointestinal tract. In: Moss AA, Gamsu G, Genant HK (Eds). Computed tomography of the body. 1 th. ed. Philadelphia: WB Saunders Com, 1983: 935-963.
4. Bolondi L, Zani L, Barbara L. Primary gastric lymphoma versus gastric carcinoma: Endoscopic US evaluation. Radiology 1987; 165: 821-826.
5. Frik W. Neoplastic diseases of the stomach. In: Margulis AR, Burhenne IJ. Alimentary tract roentgenology. Vol 1, 2 nd ed. Saint Louis: The CV Mosby Com, 1973: 662-709.
6. Balfe DM, Koehler RE, Karstaeds N, Stanley RJ, Sagel SS. Computed tomography of gastric neoplasms. Radiology 1981; 140: 431-436.