

Inferior vena kava leyomyosarkomu

Arzu Poyanlı, Orhan Bilge, İzzet Rozanes, Serra Sencer

A. Poyanlı (E), İ. Rozanes, S. Sencer
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji
Anabilim Dalı, 34390 İstanbul

O. Bilge
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji
Anabilim Dalı, 34390 İstanbul

İnferior vena kava (İVK) leyomyosarkomu nadir görülen bir tümördür ve literatürde yaklaşık 200 İVK leyomyosarkom olgusu bulunmaktadır (1). Bu çalışmada İVK'nın orta bölümünden (retrohepatik İVK ile renal venin İVK'ya döküldüğü düzey arası) kaynaklanan ve başarılı rezeksiyonu gerçekleştirilen bir leyomyosarkom olgusunun radyolojik görüntüleme bulguları sunulmuştur.

Olgu bildirisi

Birbuçuk aydır devam eden karın ağrısı şikayeti bulunan 32 yaşındaki bayan hastanın yapılan fiziksel muayenesinde özellik saptanmamıştır. Laboratuvar incelemeleri hafif yüksek sedimentasyon hızı (25 mm/saat, N: 0-20 mm/saat) ve laktat dehidrojenaz (LDH) değerinde artış (357 U/L, N: 91-232 U/L) dışında normal sınırlarda bulunmuştur.

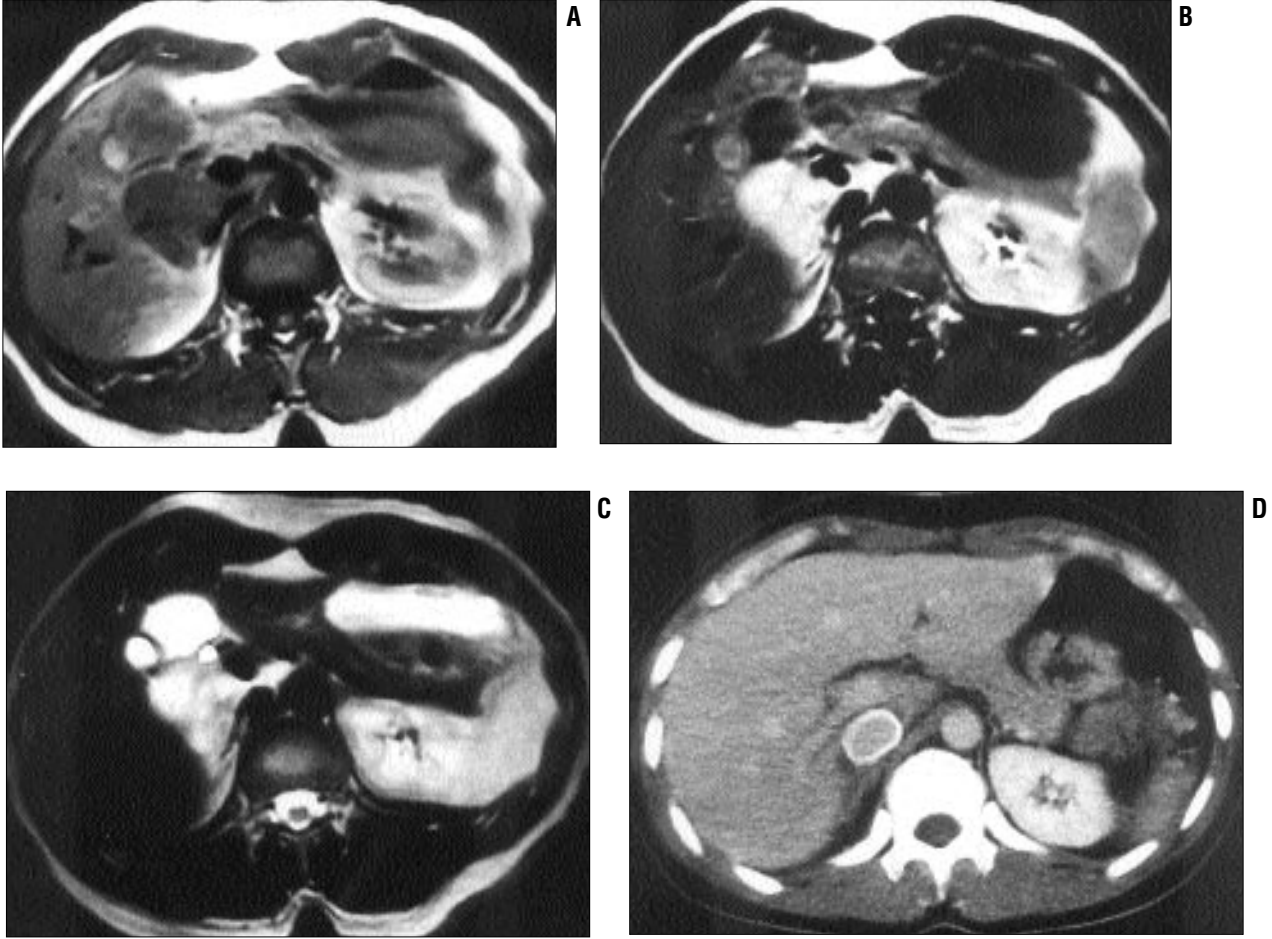
Ultrasonografi (US) incelemesinde, karaciğer hilusu düzeyinden başlayarak, 4 cm'lik segment boyunca inferiora uzanan ve karaciğer hilusunu dolduran 3x4 cm boyutlarında, homojen, hipoekojen iç yapıda kitle lezyonu izlenmiştir. Kitle ile ana portal venin 2 cm'lik segmentinin posterior duvarı arasındaki yağlı planın silinmiş olduğu gözlenmiştir. Anteromedialde kaudat lobun papiller uzantısı ve lateralde karaciğer beş ve altıncı segmentleri ile direkt komşuluk gösteren kitle lezyonunun, uzanımı boyunca İVK'yı 180 derece çevrelediği dikkat çekmiştir.

Doppler US incelemesinde kitlede yoğun patolojik damarlanma izlenmiştir. Portal ven, İVK ve hepatik venlerde trombüs gözlenmemiş ve normal akım özellikleri kaydedilmiştir.

Üst batin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde, T1 ağırlıklı incelemelerde hipointens, T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens sinyal özelliği gösteren kitle lezyonunda, yoğun ve heterojen kontrast madde tutulumu dikkat çekmiştir (Resim 1A, B ve C). Tanımlanan kitle lezyonu dışında özellik saptanmamış ve kitlenin karaciğer kaynaklı olup hilusa doğru ekzofitik büyüme gösteren bir lezyon olabileceği düşünülmüş ve biyopsi önerilmiştir.

US kılavuzluğunda perkütan yolla 18 G tru-cut iğne kullanılarak biyopsi gerçekleştirilmiştir. Patolojik inceleme sonucu fusiform hücreli sarkom (leyomyosarkom) olarak bildirilmiştir.

Bu bulgularla cerrahi girişim planlanan hastada yapılan eksplorasyonda, karaciğer hilusu düzeyinde İVK'ya oturmuş sert, multilobüle tümör oluşturmaya başlamış ve kitlenin İVK duvarından kaynaklanmış olduğu gözlenerek, İVK tümörle birlikte tümüyle serbestleştirildi. Kitlenin 3



Resim 1. A. T1 ağırlıklı incelemede hipointens sinyal özelliğinde olan kitlenin, portal ven ve İVK ile ilişkisi izlenmekte. B. Kontrast madde verildikten sonra yapılan T1 ağırlıklı incelemede, kitledeki yoğun kontrast madde tutulumu dikkat çekmekte. C. T2 ağırlıklı incelemede kitle hiperintens sinyal özelliğinde izlenmekte. D. Cerrahi girişim sonrası alınan BT kesitinde greft izlenmekte.

cm yukarısından ve 2 cm aşağısından klemp konularak, tümörle birlikte İVK rezeksiyonu gerçekleştirildi. Ardından 24 mm genişlik ve 10 cm uzunluğunda gore-tex greft kullanılarak anastomoz yapıldı (Resim 1D). Hastaya 5 mg/gün kumadin önerildi. Üç aylık takip süreci içinde Doppler US ile yapılan kontrollerde greftin açık olduğu izlendi.

Tartışma

İVK leiomyosarkomu yavaş büyüyen bir tümördür ve diğer retroperitoneal tümörlerde olduğu gibi çok büyük hacimlere ulaşana dek, semptomla yol açmayabilir (2). Komşu dokuların invazyonu ve metastaz ise geç dönem bulgularıdır. İVK leiomyosarkomunun geç klinik prezentasyonu, genellikle tümörün ilk saptandığı anda lokal ileri evre olmasıyla sonuçlanmaktadır.

Retroperitoneal leiomyosarkomlar üç temel büyüme paterni göstermektedir (3). Olguların %62'sinde, bu olguda olduğu gibi tamamen lümen dışına doğru büyüme izlenirken, %5'inde sadece lümen içine ve %33'ünde lümenin hem içine ve hem de dışına doğru büyüme gözlenmektedir. Lümen içine doğru büyüyen tümörler, İVK'da tıkanmaya yol açarak nispeten erken dönemde kendilerini gösterebilmektedir.

İVK leiomyosarkomları, yol açabileceği semptomlar ve sağkalım sonuçları gözönüne alınarak üst (hepatik ven düzeyi ve üstü), orta (retrohepatik İVK ile renal venin İVK'ya döküldüğü düzey arası) ve alt (renal ven düzeyinin altı) olmak üzere üç ayrı anatomik lokalizasyonda incelenmektedir (1). Üst segment tümörlerinde sağkalım süresi daha azdır ve sıklıkla lümen içine doğru tümörün büyümesi

sonucu alt ekstremitte ödemi, Budd-Chiari sendromu ve İVK oklüzyonu gibi bulgularla karşılaşılmaktadır. Bu olguda olduğu gibi orta segment yerleşimli İVK leiomyosarkomlarında, sağkalım süresi diğer iki segmentteki leiomyosarkomlardan daha uzundur ve orta segment yerleşimli İVK leiomyosarkomlarında cerrahi rezeksiyon sonrası beş yıllık sağkalım %56.5 olarak bildirilmektedir (1, 2, 4).

İVK leiomyosarkomlarında patognomonik bir radyolojik bulgu tanımlanmamıştır (5). Lümen dışına doğru büyüme gösteren tümörlerin lobüle konturlu, keskin sınırlı, yağ içermeyen, nekrotik bölümleri bulunan yumuşak doku kitlesi özelliğinde olduğu bildirilmektedir (3, 5). Hipervasküler özellikleri nedeniyle İVK leiomyosarkomlarında yoğun ve heterojen boyanma paterni izlenmektedir (5,6). MRG'de T1 ağırlıklı incelemelerde

düşük-orta sinyal özelliğinde izlenen bu kitleler, T2 ağırlıklı incelemelerde orta-yüksek sinyal özelliği göstermektedir. Lümen içine doğru büyüyen tümörlerde ise İVK'da genişleme gözlenmektedir, BT ve MRG ile tümör ile trombüs ayırımı yapmak mümkün olabilmektedir (5-7). Bu olguda radyolojik bulgular, nekroz izlenmemesi dışında, yukarıda tanımlanan bulgularla uyum göstermektedir.

İVK leiomyosarkomlarında uzun süreli kür için tek şans radikal rezeksiyondur ve cerrahi sınırlar, sağkalımı belirleyen faktörlerden biridir (2, 4). Cerrahi sınırları pozitif olan olgularda beş yıllık sağkalım izlenmezken, negatif olan olgularda bu değer %68 ola-

rak bildirilmektedir (4). Bu olguda olduğu gibi, tümörün olduğu İVK segmentinin rezeksiyonu ve ardından greft yerleştirilmesi ile, günümüzde pekçok olguda küratif rezeksiyon mümkün olabilmektedir.

Bu olguda tümörün tamamen lümen dışına doğru büyümüş olması, görüntüleme yöntemleri ile tümörün kaynaklandığı dokunun belirlenmesinde

yanılığa yol açmıştır. Ancak biyopsi sonucunda ortaya çıkan patolojik tanı nadir görülen bu tümörün preoperatif tanısını sağlamıştır. İVK leiomyosarkomlarının lümen dışına doğru büyüme potansiyelleri, bu lokalizasyonlardaki kitle lezyonlarının ayırıcı tanısını yaparken gözönünde bulundurulmalıdır.

CASE REPORT: LEIOMYOSARCOMA OF THE INFERIOR VENA CAVA

Leiomyosarcoma of the inferior vena cava is a rare and potentially curable tumor. We present herein the case of a 32-year-old woman who underwent successful surgical treatment for a middle segment inferior vena cava leiomyosarcoma (retrohepatic to the origin of the renal veins).

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:414-416

Kaynaklar

1. Mingoli A, Cavallaro A, Sapienza P, et al. International registry of inferior vena cava leiomyosarcoma: analysis of a world series on 218 patients. *Anticancer Res* 1996; 16: 3201-3206.
2. Mingoli A, Feldhaus RJ, Cavallaro A, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: analysis and search of world literature on 141 patients and report of three new cases. *J Vasc Surg* 1991; 14:688-699.
3. Hartman DS, Hayes WS, Choyke PL, et al. From the archives of the AFIP. Leiomyosarcoma of the retroperitoneum and inferior vena cava: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1992; 12:1203-1220.
4. Hines OJ, Nelson S, Quinones-Baldrich WJ, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: prognosis and comparison with leiomyosarcoma of other anatomic sites. *Cancer* 1999; 85:1077-1083.
5. Blum U, Wildanger G, Windfuhr M, et al. Preoperative CT and MR imaging of inferior vena cava leiomyosarcoma. *Eur J Radiol* 1995; 20:23-7
6. Cyran KM, Kenney PJ. Leiomyosarcoma of abdominal veins. Value of MRI with gadolinium DTPA. *Abdom Imaging* 1994; 19:335-338.
7. Semelka RC, Ascher SM, Reinhold C. MRI of the abdomen and pelvis. A Text-Atlas. New York: Wiley-Liss. 1997; 508-512.