

Özofagus ve mide mezenşimal tümörleri

Dilek Ünlübay, Selma Uysal, Elif Ergün, Pınar Bilaloğlu

D. Ünlübay, S. Uysal (E), E. Ergün, P. Bilaloğlu
Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Radyoloji Kliniği, Ankara

Gastrointestinal sistemde (GİS) mezenşimal tümörler %1 sıklıkta olup, primer adenokarsinomlarından daha nadirdir. Özofagus tümörlerinin %0.5'inden azını, mide tümörlerinin %1-3'ünü, ince barsak tümörlerinin %20'sini ve kalın barsak-rektum tümörlerinin %0.2'sini düz kas kökenli tümörler oluşturmaktadır (1). Konvansiyonel baryumlu çalışmaların ekzofitik büyüyen lezyonun gösterilmesinde sınırlamaları vardır. Ultrasonografi (US) tümörü saptamada yardımcı, ancak komşulukların değerlendirilmesinde yeterli değildir. Kesin tanıya yönelik endoskopi kullanılabilirlikle beraber alınan biyopsi materyali yetersiz kalabilmektedir (2). Bilgisayarlı tomografi (BT) kitlenin tanınması, karakterinin göz önüne serilmesi ve uzanımlarının değerlendirilmesinde daha kullanışlıdır. Biz bir özofagus leyomyomu (LM), mide LM ve leyomiyosarkom (LMS) olgusu çerçevesinde mezenşimal tümörlere ait bulgularımızı literatür verileri ile karşılaştırdık.

Olgu bildirisi

Olgu 1

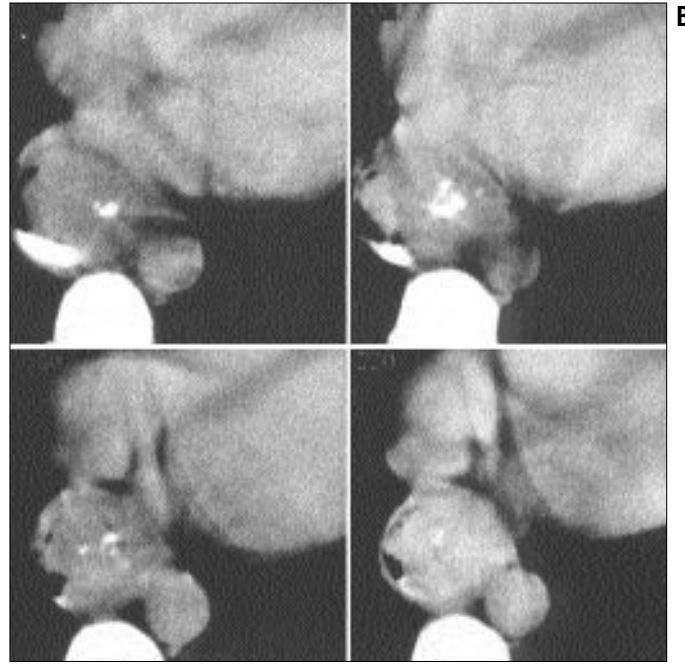
Otuzbeş yaşında kadın olgu 2 yıldır özellikle katı gıdalara karşı gelişen yutma güçlüğü, kusma ve kilo kaybı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Laboratuvar bulgularında belirgin patolojik bulgu saptanmadı. Baryumlu özofagogram incelemesinde özofagus 1/2 distal kesimini etkileyen ve özofagokardiyak bileşkeye uzanım gösteren ekzantrik dolum defekti ve lümeninde daralma izlendi. Mukozal yüzeyde yer yer düzensizlik gözlemlendi. Solunum ve peristaltizm sırasında eş zamanlı longitudinal hareket eden ve komşu duvar ile keskin açı gösteren lezyon, intramural orijinli kitle lehine yorumlandı (Resim 1). Endoskopik incelemede özofagus distal kesiminde kenarları kalkık dev ülser gözlemlendi. Mukozal yüzey ülseratif. Endoskopik biyopsi ülser zemini olarak rapor edildi. Lezyonun çevre yapılarla olan ilişkisi ve natürünün daha iyi değerlendirilmesi için BT incelemesi gerçekleştirildi (Resim 2). Özofagus alt yarısında lümeni daraltan, düzgün konturlu, 4-5 cm'lik bir segmentte duvar kalınlaşması formunda, özofagogastrik bileşkeye uzanım gösteren yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu izlendi. Olguya total özofajektomi ve faringogastrostomi yapılarak, seroza ile mukoza arasında yerleşen kitle çıkarıldı. Histopatolojisi LM olarak değerlendirildi.



Resim 1. Özofagogram incelemesinde özofagus distal kesimini etkileyen, ekzantrik dolum defekti, lümeninde daralma ve mukozal yüzeyde yer yer düzensizlik dikkati çekiyor.

Olgu 2

Altmış iki yaşında erkek hasta, uzun süredir devam eden dolgunluk ve epigastrik ağrı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede epigastriyumda sert bir kitle palpe edildi. Laboratuvar bulguları normaldi. Yapılan US'de epigastriyumda yerleşmiş, mide küçük kurvaturu ile ilişkili olduğu düşünülen, düzgün dış konturlu, içinde yer yer kistik alanlar bulunduran izo-hiperekoik kitle lezyonu izlendi (Resim 3). Kitle mide kökenli olarak yorumlandığından gerçekleştirilen endoskopide küçük kurvaturda şüpheli dıştan bası mevcut olup, mukozal yüzey normaldi. Biyopsi sonucu kronik gastrit olarak rapor edildi. Üst batin BT incelemede epigastrik bölgede mide küçük kurvaturundan köken alan 10x11 cm boyutlarında, düzgün dış konturlu, diğer çevre organlardan net olarak ayrılabilen, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrasında heterojen boyanma gösteren kitle lezyonu izlenmişti (Resim 4). Operasyonda total kitle eksizyonu yapılmış olup, histopatolojisi LM olarak değerlendirildi.



Resim 2. A, B. BT incelemesinde lümeni daraltan, düzgün konturlu, duvar kalınlaşması formunda, özofagogastrik bileşkeye uzanım gösteren yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu.

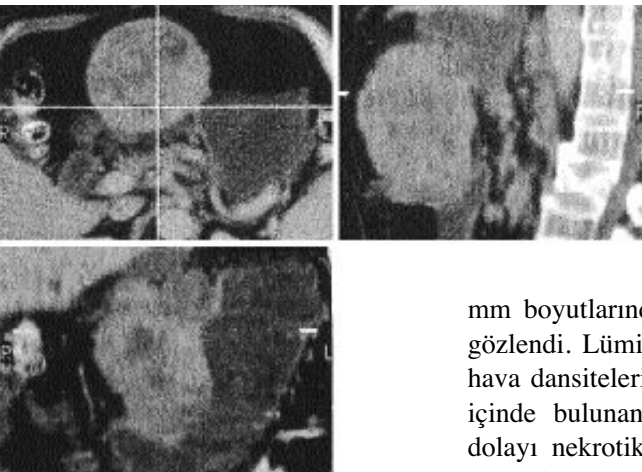
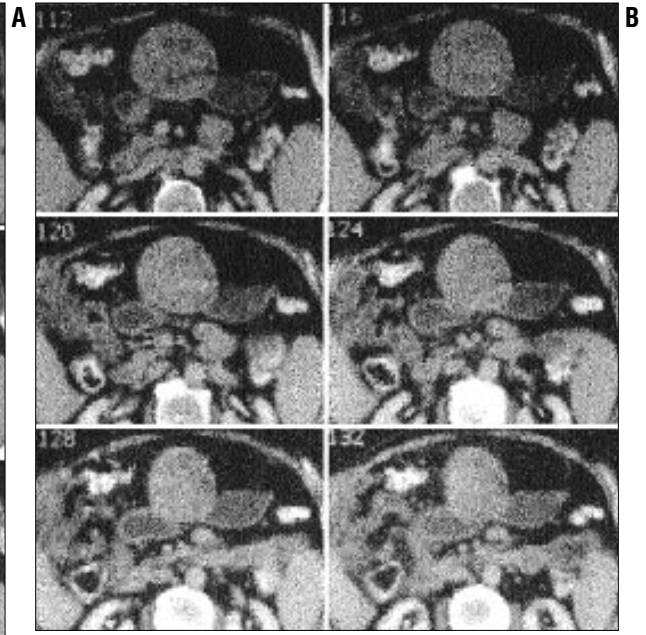
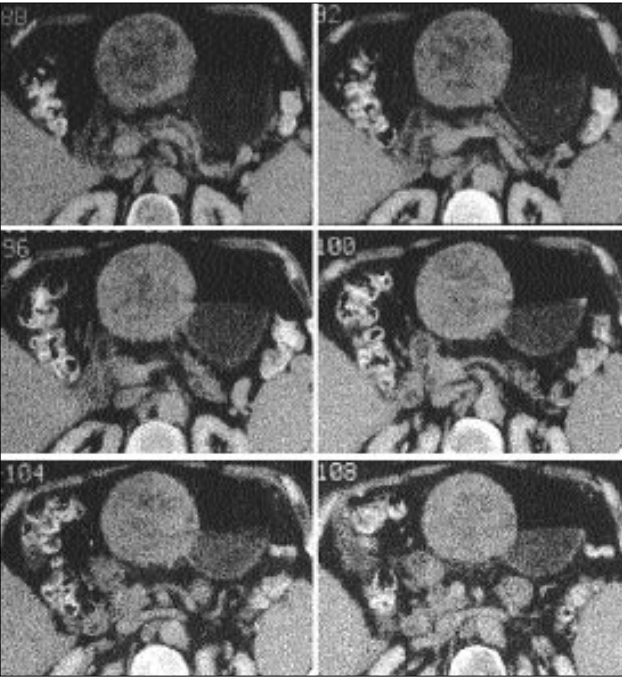
Olgu 3

Yetmiş yaşında erkek olgu kilo kaybı ve epigastriyumda rahatsızlık şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede epigastriyumda fikse büyük bir kitle palpe edildi. Laboratuvar bulguları derin demir eksikliği anemisi dışında normaldi. Yapılan US'de mide arka duvarda ve epigastriyumda büyük oranda yer kaplayan, içinde yer yer anekoik alanlar bulunduran ve içinde

hiperekoik ülsere ait görünümün izlendiği, hipoekoik solid kitle mevcuttu (Resim 5). Yerleşimi nedeniyle mide kökenli olabileceği düşünülerek yapılan endoskopide, kardiyadan başlayan, korpus proksimaline kadar uzanan arka duvarda 1.5 cm çapında kenarı kalkık ülser izlendi. Biyopsi sonucu LM olarak geldi. Üst batin BT'de ise mide korpus posterior duvarında yerleşim göstererek, epigast-



Resim 3. US incelemesinde epigastriyumda düzgün dış kontura sahip, içinde yer yer anekoik alanlar bulunduran, izoekoik solid yumuşak doku kitlesi.



Resim 4. Mide korpus (A) ve antrum (B) düzeyinden geçen aksiyel BT kesitlerinde; küçük kurvaturdan köken alarak antrum düzeyine kadar devamlılığı seçilen, keskin kenarlar ile diğer çevre organlardan ayrılabilen, heterojen boyanan LM olgusu. Multiplan rekonstrüksiyon görüntüsünde (C), kitlenin lokalizasyonu ve orijin aldığı duvar dikkati çekerken, lümeneye uzanan komponentinin olmadığı izleniyor.

riyuma uzanan, intraluminal-mural ve ekzofitik yayılımı seçilen, intravenöz kontrast madde enjeksiyonundan sonra yoğun periferik boyanan, 134x101

mm boyutlarında solid kitle lezyonu gözlemlendi. Lüminal yüzeyinde izlenen hava dansitelerinden dolayı ülser ve içinde bulunan hipodens alanlardan dolayı nekrotik kitle lezyonu olarak yorumlandı (Resim 6). Bu özellikleri nedeni ile mide kaynaklı malign intramural yerleşimli kitle lezyonu olarak değerlendirildi. Ayrıca kitlenin sol sürrenalde uzandığı dikkati çekti. Operasyonda korpusta sert nodüler kitle

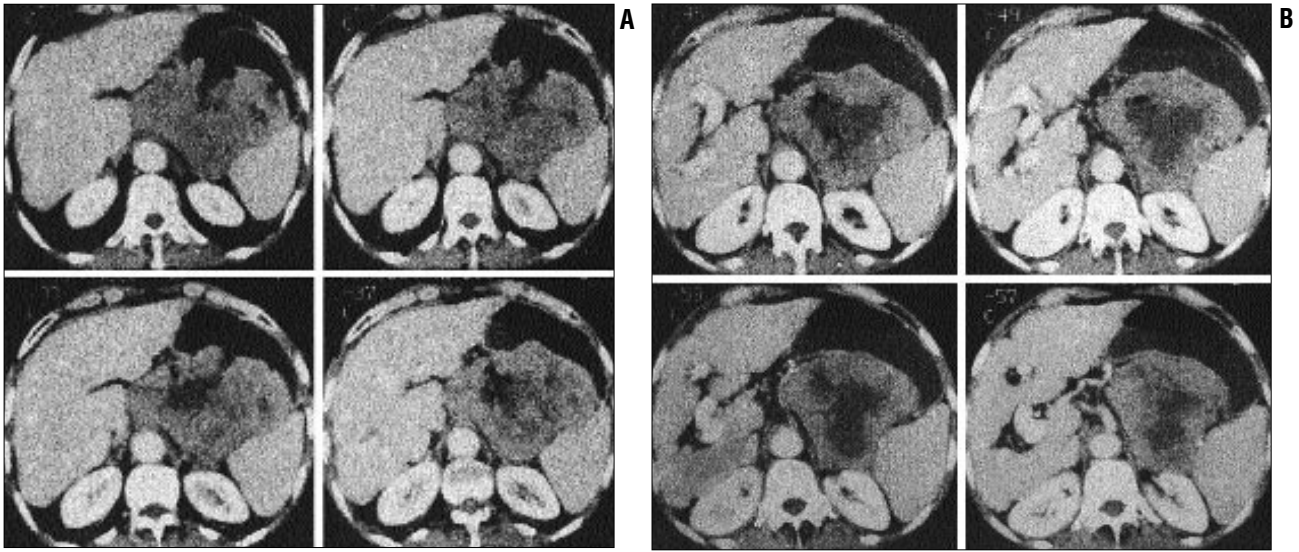
gözlemlendi. Lezyonun sol sürrenali tuttuğu izlendiğinden, kitleden ve sol sürrenalde biyopsi alındı. Histopatolojide kitle LMS olarak değerlendirildi ve sol sürrenalde invazyon olduğu rapor edildi.

Tartışma

Benign mezenşimal tümörler sık rastlanmakla beraber, küçük boyutlar-



Resim 5. US incelemesinde mide posteriyöründe, içinde nekroza ait olabilecek hipoekoik alanlar ve ülsere ait olduğu düşünülen hiperekoik alanlar bulunan, çevre yapılardan net ayrılamayan solid yumuşak doku kitlesi.



Resim 6. Sürrenal (A) ve portal hilus (B) düzeyinden geçen aksiyel BT kesitlerinde, mide posterior duvarından köken aldığı seçilen, içerisinde hipodens alanlar ve hava dansitelerinin gözlendiği ve belirgin heterojen boyanma gösteren yumuşak doku kitlesi izleniyor. Ayrıca sol sürrenale uzanım dikkati çekiyor.

da asemptomatik kalırken büyük boyutlara ulaşabilen malign tümörler sıklıkla semptomatiktir. Bu iki patolojinin klinik ve radyolojik ayrımı zordur (3).

Mezenşimal tümörler dört büyüme paterni göstermektedir: 1- İntramural lezyonlar: Genelde asemptomatiktir, 2- Submukozal tümörler (%55): GİS duvarıyla keskin açılı, üzerindeki mukozası intakt ve rugaları düzleşmiştir, 3- Subserozal lezyonlar (%35): Çapı 5 cm'nin üzerindedir, 4- 'Dumbbell' tümörler (%5): Subserozal ve submukozal lezyon özelliklerinin kombinasyonudur (1).

GİS mezenşimal tümörlerine yönelik ilk çalışmalar 1941 yılında yayınlanmış olup; baryumlu özofagus grafilerinde lezyonların duvarla keskin açı yapmaları, düzgün mukozal yüzey ve

net sınırlara sahip olmaları, solunum ve peristaltik hareketlere eş zamanlı katılması gibi özellikleri ile diğer kitlerden ayrılabilirdikleri bildirilmiştir (4). Özofagus LM'li olgumuzun baryumlu çalışmasında duvar ile keskin açısı ve skopide solunum ile eş zamanlı hareketi, intramural lezyon lehine yorumlanmıştı. Mukozadaki dolma fazlalığı ülserasyonu düşündürmüştür.

BT ektramukozal lezyonların yerleşimini, boyutunu, şeklini, dansitesini ve boyanma şeklini yani makroskopik özelliklerinin göstermesi ile tanıya daha çok katkıda bulunabilmektedir. BT'de özofagus LM'si, sıklıkla özofagus uzun aksı boyunca uzanan, ovoid-yuvarlak, kas dansitesinde, düzgün konturlu, intravenöz kontrast madde verilmesinden sonra boyanan ve sıklıkla çapı 4 cm'nin altında kitle lezyo-

nu şeklindedir (5). Mide LM'si ise en sık kardiya ve korpusta yerleşim göstermektedir. Genellikle 5 cm'nin altında, ovoid veya sferik, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası oldukça homojen boyanarak kas dansitesinde intramural kitleler şeklinde izlenir (5).

Megibow ve ark. mezenşimal tümörlerde BT'nin benign/malign natürün ayrımında yardımcı olduğunu, bir kitlenin iç yapısının homojen olmasının malign olarak yorumlanmasında en önemli kriter olduğunu bildirmişlerdir (1). Mide LMS'leri LM gibi kardiya ve korpusu tutmalarına rağmen, 5 cm'den büyük çapa ulaşmaları, sıklıkla çevre yapılara invaze olmaları, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonucu belirgin heterojen boyanmaları ile benign formundan

ayrılabilir. Bu ayırmada bazen histopatolojik çalışmalar (mitoz ve pleomorfizm dereceleri) bile zorlanmaktadır (6).

Bu lezyonlar ekzofitik büyüme gösterdiğinde (%18-30) baryumlu çalışmaların değeri düşmektedir (1). Büyük boyutlarda ekzofitik lezyonlarda BT de sınırlamalara sahiptir. Literatürde BT’de pankreas kuyruğu psödo-kisti olarak yorumlanan mide LMS’si (6) ve LMS olarak yorumlanan ekzofitik mide adenokarsinomu (7) olguları bildirilmiştir. Çok büyük boyutlarda ve orijinin saptanamadığı durumlarda selektif anjiyografi gerçekleştirilebilir (8). Yoğun invazyonu izlenen lezyonlarda yapılan anjiyografi ile en azından yüksek damarlanmaya sahip tümörlerin (LMS) düşük damarlanmaya sahip tümörlerden (peritoneal lenfoma) ayrımı sağlanabilir (1).

Sıklıkla malign lezyonlarda seçilen hipodens alanlar genellikle likefaksiyon nekrozuna, daha az sıklıkta hemorajiye bağlı olabilir. Kitle içinde nekroz, kavitasyon ve fistül formasyonu izlenebilir ve bu durumlarda perforasyon sıktır. Literatürde mide içine perfore olmuş LMS olgusu bildirilmiştir (9). Kitlenin iç yüzeyinde hava dansitelerinin olması ülser nişine veya süperenfeksiyona bağlıdır (3). Nadir de olsa kitle içinde kalsifikasyon görülür. LM’deki kalsifikasyon müsinoz adenokarsinomdaki punktat veya miliyer tarz dakinden, düşük dansiteli ve yamasal olması ile ayrıla-

bilir. Literatürde amorf ve büyük boyutlarda mide LM kalsifikasyonu bildirilmiştir (10).

Ekzogastrik büyüme gösteren adenokarsinomlar radyolojik olarak, başta LMS olmak üzere tüm stromal tümörlerle karışabilir. Ancak adenokarsinom kitlesi sıklıkla çepeçevre duvar kalınlaşması yaptığından mide çıkışında obstrüksiyona, komşu duvarda kalınlaşmaya, peristaltizmin bozulmasına ve lenfadenopatiye yol açması ayırmada yardımcıdır. Lenfomalarda ise genelde splenomegali veya dalak lezyonu bulunması, renal hilus inferiyor kesimine uzanan çok sayıda lenfadenopatinin olması, lezyon düzeyinde intralüminal kontur ve mukozal normal iken, konsantrik tarzda submukozal tabakada kalınlaşmaya yol açmaları ayırım noktalarıdır (2).

LMS varyantı olan leiomyoblastom (LMB) tipik olarak intramural tümör görünümündedir. Endoskopi ile

tanı kalsa da sıklıkla diğer intramural kitlelerden ayıramaz. Baryumlu çalışmalarda umblikasyon görülmesi karakteristiktir. Lenf nodu tutulumu veya uzak organ metastazı nadirdir. LM ve LMS’nin gros özelliklerinin çoğu LMB’de de izlenmekle beraber LMB’nin mikroskopik özellikleri çok farklıdır (11).

İnamural yerleşimli lipom ve liposarkomların ise BT’de düşük atenuasyon değerleri vermesi ayırıcı tanıda önemlidir.

Sonuç olarak GİS kaynaklı intramural tümörler içerisinde en sık izlenen LM ve LMS’dır. Kitlelerin orijinini, yayılımını ve çevre dokularla olan ilişkisini göstermede BT konvansiyonel tetkiklere göre üstün olmakla birlikte, büyük ekzofitik kitlelerde orijini saptamada anjiyografi de yararlıdır. LM ve LMS arasındaki kesin ayırım histopatolojik olarak yapılmakla birlikte kitlelerin BT görünümleri bu ayırmada yardımcı olabilir.

CASE REPORT: GASTRIC AND ESOPHAGEAL MESENCHYMAL TUMORS

The frequency of mesenchymal tumors among gastrointestinal tract neoplasms is 1%. Symptoms vary depending on size, location and malignancy potential of the lesion, but the lesion may reach large proportions without causing clinical symptoms. The tendency to grow exophytically limits conventional barium studies in documenting the full extent of the mass and its relation to surrounding structures. Computed tomography is more useful in depicting the origin and extent of this mass and offers extra clues such as shape, enhancement patterns, uniformity of densities, and distant metastases if any which helps to differentiate between malignant and benign lesions. We presented three cases having esophagus leiomyoma, gastric leiomyoma and leiomyosarcoma and discuss the radiologic findings of mesenchymal tumors together with a review of the literature.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2002; 8:245-249

Kaynaklar

1. Megibow AJ, Balthazar EJ, Hulnick DH, Naidich DP, Bosniak MA. CT evaluation of gastrointestinal leiomyomas and leiomyosarcoma. AJR 1985; 144:727-731.
2. Pannu HK, Hruban RH, Fishman EK. CT of gastric leiomyosarcoma: patterns of involvement. AJR 1999; 173:369-373.
3. Disler DG, Chew FS. Gastric leiomyosarcoma. AJR 1992; 159:58.
4. Schatzki P, Hawes LE. The roentgenologic appearance of extramucosal lesions of the esophagus. AJR 1942; 45:1-5.
5. Koehler RE, Memel DS, Stanley RJ. Gastrointestinal Tract. In: Lee JKT, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP, ed. Computed Body tomography with MRI correlation. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998;637-701.
6. Chen JH, Wang HP, Wu MS, Chou AL, Lin CC, Shun CT, et al. Gastric leiomyosarcoma mimicking a cystic tumor at the pancreatic tail- one case report. Hepato-Gastroenterol 1998; 45:2468-2470.
7. Lee DH, Choi BI, Lee MG, Park CM, Park KS, Ko YT, et al. Exophytic adenocarcinoma of the stomach: CT findings. AJR 1994; 163:77-80.
8. Train JS, Vieux U, Cohen BA, Dan SJ, Messer J, Mitty HA. Separation of the left gastric artery from the gastric air shadow: a diagnostic sign of lesser curvature wall lesion. Br J Radiol 1983; 56:535-538.
9. Hoefflin SM, Passaro E. A retroperitoneal cystic leiomyosarcoma spontaneously draining into the stomach. Am J Surg 1976; 132:387-389.
10. Savit RM, Horrow MM, Agarwal P. Ossified leiomyoma of the stomach: demonstration on computed tomography. Br J Radiol 1989; 62:79-80.
11. Graham SM, Ballantyne GH, Modlin IM. Gastric epithelioid leiomyosarcoma: a curable gastric neoplasm. Am J Gastroenterol 1987; 82:82-85.