

İntestinal leyomyosarkomatozis: US ve BT bulguları

Ahmet Öztürk, Murat Danacı, İlkay Bayrak, Ümit Belet

A. Öztürk, M. Danacı (E), I. Bayrak, Ü. Belet
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji
Anabilim Dalı, 55139 Samsun

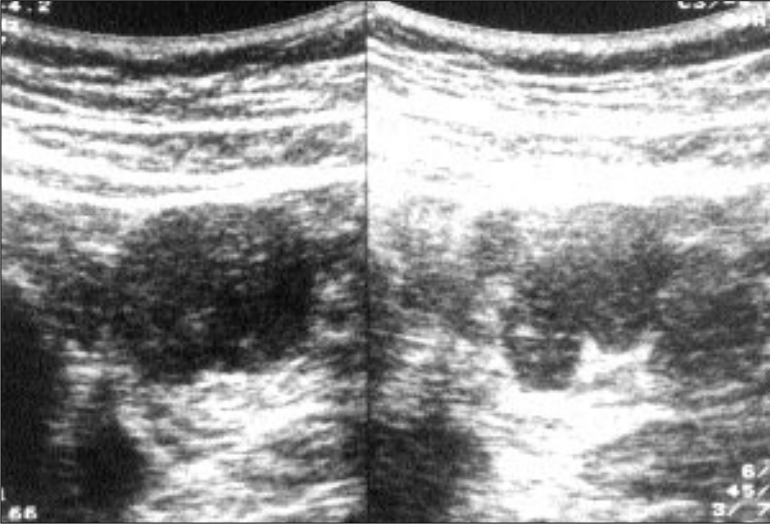
Mezankimal tümörler, gastrointestinal sistem tümörlerinin %1-3'ünü oluşturur (1). Primer sarkomların bir çoğu ince barsak düz kas hücrelerinden kaynaklanır ve ince barsaklarda herhangi bir düzeyde yerleşebilir. Ancak duodenumda nadirdir. Olgularda en sık görülen bulgu ve semptomlar melena ve abdominal ağrıdır (2).

Nadiren gastrointestinal leyomyosakomlar leyomyosarkomatozis olarak adlandırılan çok sayıda peritoneal, omental, mezenterik metastazlar oluşturabilirler (1). Ayrıca primer leyomyosarkom multifokal olarak görülebilir (3).

Bu yazıda çok nadir görülen intestinal leyomyosarkomatozisli bir olgunun klinik bulguları ile birlikte, ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularını sunuyoruz.

Olgu bildirisi

Bir yıldır karın sol alt kadranda ağrı tarifleyen, elli üç yaşındaki erkek hasta, ağrısının aniden şiddetlenmesi üzerine Ocak 1998'de hastanemize başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde anemi, sedimentasyon yüksekliği ve gaytada gizli kan pozitifliği bulunan hastanın gastrointestinal sistem malignitesi düşünülerek yapılan US ve BT incelemelerinde, ince barsak ansları arasında 8 cm çaplı, iyi sınırlı, homojen, solid kitle lezyonu saptanmış. Opere edilen hastada jejunum-ileal bölgede ince barsak duvarından kaynaklanan 6x10 cm boyutlarında kitle çıkarılmış. Tümör 10 cm proksimal ve distalden normal barsak segmenti ile birlikte tam olarak rezeke edilip ucuca anastomoz yapılmış. Operasyon sırasında karın içinde metastatik lezyon ya da barsak duvarlarında ayrı bir kitle saptanmamış. Operasyon sonrası ilk altı aylık kontrolü normal olan hasta ameliyattan 18 ay sonra tekrar karın ağrısı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın genel durumu kötüydü ve baryumlu tetkiki tolere edemediği için baryumlu gastrointestinal sistem incelemesi yapılamadı. Yapılan US incelemesinde, karında abdomen ve pelvik bölgede çok sayıda, en büyüğü 12 cm çaplı, iyi sınırlı, hipoekoik, bazılarının santralinde kistik alanlar bulunan, barsak duvarları ile bağlantılı, semi-solid ve solid kitle lezyonları izlendi (Resim 1). Oral ve intravenöz kontrast madde verilerek yapılan abdomen BT incelemesinde ince barsak segmentlerinde, barsak duvarından dışarıya doğru uzanım gösteren 3-15 cm arası çaplarda, iyi sınırlı kitle lezyonları saptandı. Büyük boyuta ulaşan kitlelerin santralinde nekroz lehine yorumlanan hipodens alanlar görüldü. Kitlelerde belirgin kontrast tutulumu izlenmedi (Resim



Resim 1. Ultrasonografi incelemesinde iyi sınırlı hipokoik kitle izlenmektedir.



Resim 2. Olgunun karın BT incelemesinde ince barsak ansları arasında değişik boyutlu, iyi sınırlı, barsak duvarları ile ilişkili kitleler görülüyor. Büyük olan kitlenin santralinde nekrozla uyumlu hipodens görünüm mevcuttur.

2). Hastanın ilk operasyonu ve patolojik tanısı düşünüldüğünde bu bulgular öncelikle leyomyosarkomatozis olarak değerlendirildi. Tekrar opere edilen hastada jejunum ve ileum segmentlerinde, barsak duvarından kaynaklanan 0.5-15 cm boyutları arasında değişen çok sayıda kitle çıkarıldı. Çıkarılan kitlelerin histopatolojik incelemesi ile leyomyosarkom tanısı doğrulandı.

Tartışma

Leyomyosarkomlar karında gastrointestinal sistem düz kas hücrelerinden, retroperitondan, genitoüriner sistemden veya yumuşak dokudan kay-

naklanabilen nadir tümörlerdir (4). Sıklıkla semptom ve klinik bulgu verirler (2). Her ne kadar leyomyom ve leyomyosarkomda ülser, kanama, ağrı, bulantı ve kusma, kilo kaybı, palpe edilebilir kitle görülse de bu bulgu ve semptomlar leyomyosarkomlarda daha yaygındır (5). Obstrüksiyon tümör yavaş büyüdüğünden ve barsak lümeninden dışarıya doğru uzandığından sıklıkla geç bulgu olarak ortaya çıkar (2).

Tümör subserozal, submukozal, intramural ve iki tabaka kaynaklı olmak üzere dört farklı büyüme özelliği gösterir. Tümör boyutu, mukozal invazyon ve on veya üzeri mitoz görülmesi histopatolojik değerlendirmede agre-

sif davranış olarak nitelendirilir (1). Tanı histopatolojik görünüm, klinik bulgular ve metastazların bulunup bulunmamasına göre konur. Bu tümörler hematojen yolla yayılabilirler (6). Tümör nekroze olarak barsak lümenine veya peritoneal boşluğa perforate olabilir. Karaciğer metastazı leyomyosarkomun sık bulgusudur; sıklıkla da santralde nekroz alanı içerir (3).

Tümör büyük boyutlara ulaştığında direkt grafilerde barsak anslarını iterek gaz dağılımını değiştiren düşük yoğunluklu radyopasite şeklinde görülebilir. Baryumlu incelemelerde paralel mukoza katlantılarında yayılma tümörün yerini belirtebilir. Nekroz ve ülserasyon olduğunda tümör içerisinde düzensiz bir kavite gelişir ve bazen baryum ile dolabilir. Baryum bazı durumlarda tümör kitlesinin içine uzanan fistül hattını gösterebilir (2).

US'de düz kas hücreli tümörler tipik olarak değişik boyut ve ekojenitede, santralinde sıklıkla kistik alan içeren, yuvarlak, düzgün sınırlı kitle lezyonları şeklinde görülür. Barsak orjinli tümör kolaylıkla belirlenemez, ancak ülserin varlığı, ülser kraterinde gaz görülmesi tümörün barsak orjinli olduğunu düşündürür (7).

BT kitlelerin saptanması yanında leyomyom ve leyomyosarkom ayrımının yapılmasında faydalıdır. Direkt invazyon ve uzak metastaz bulgularına ek olarak malignite telkin eden özellikler, büyük boyut (>5 cm), lobule kontur, heterojen kontrastlanma, mezenterik yağ infiltrasyonu, ülserasyon, bölgesel lenfadenopati, egzofitik büyüme paternidir. Bununla birlikte kalsifikasyon varlığı her iki antitenin ayırt edilmesinde etkili değildir (8). Tümör santralindeki nekroz veya likefaksiyon alanları BT kesitlerinde düşük dansiteli alanlar şeklinde görülür.

Tümör manyetik rezonans görüntülemesinde T1 ağırlıklı serilerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens görülür. Ayrıca T2 ağırlıklı görüntüler nekroz yayılımını gösterir ve bu da tümörün histopatolojik derecesinin belirlenmesinde önemlidir (1). Ancak tümör içi kanama olduğunda görünüm özellikleri değişkenlik gös-

terir.

Leyomyosarkomlar hipervasküler tümörlerdir. Anjiyografide kapiller fazda kontrastlanırlar. Karakteristik olarak besleyici arter ve drenaj veni belirgindir (2).

Leyomyosarkom ayırıcı tanısında leyomyom, adenokarsinom, adenom, lipom, nörojenik tümörler ve karsinoidler bulunur (1).

Olgumuzda ilk operasyonda tümörün perfore olmadan, güvenlik sınırı bırakılarak tamamen çıkartılması; ayrıca asit, peritoneal tutulum ve karaciğer metastazının bulunmamasından dolayı ikinci operasyonda çıkarılan kitleler metastaz olarak kabul edilmedi. Kitlelerin değişik lokalizasyonlarda bulunması ve vasküler anatomiye uymaması bizi embolik metastazdan uzaklaştırdı. Korman ve arkadaşları daha önce yayınladıkları benzer özellikler gösteren leyomyosarkomatozisli bir olguda, ilk operasyondan aylar sonra barsak duvarında çok sayıda yeni kitleler saptamışlardır. Bu olguda geç dönemde saptanan kitlelerin muhtemelen ilk operasyon öncesinde de var olduğunu; ancak boyutlarının küçüklüğü nedeniyle saptanamadığını öne sürmüşlerdir. Bu nedenle geç dö-

nemdeki kitlelerin ilk lezyonun metastazı olmayıp yeni lezyonlar olduğunu ve olgunun leyomyosarkomatozis olarak yorumlandığını bildirmişlerdir (1). Biz de Korman ve arkadaşlarının düşüncesine katılıyoruz ve benzer şekilde olgumuzdaki lezyonların intestinal leyomyosarkomatozis olduğunu düşünüyoruz.

Batında birden fazla kitle bulunan intestinal leiomyosarkomlu hastalarda metastaz dışında intestinal leyomyosarkomatozis tanısı da gözönünde bulundurulmalıdır. Bu olgularda lezyonların saptanmasında, leyomyosarkom ve leyomyom ayırıcı tanısında US ve BT'nin önemli tanı araçları olduğunu düşünüyoruz.

CASE REPORT: INTESTINAL LEIOMYOSARCOMATOSIS: US AND CT FINDINGS

Leiomyosarcomas are rare tumors of the small bowel. Gastrointestinal leiomyosarcomas may rarely lead to multiple peritoneal, omental and mesenteric metastases called leiomyosarcomatosis. They may also very seldomly occur as multiple primary intestinal tumors other than metastases. In the present case, we report US and CT findings of a 53 year-old man with primary intestinal leiomyosarcomatosis.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2002; 8:90-92

Kaynaklar

1. Korman U, Ersavaştı G, Kuruoğlu S, Uygun NT, Akman C. Radiologic evaluation of gastrointestinal leiomyosarcomatosis. Eur Radiol 1997; 7:1332-4.
2. Robert EK. Small bowel neoplasms. In: Patrick CF, Giles WS, eds. Margulis and Burhenne's alimentary tract radiology. 5th ed. Missouri: Mosby, 1994; 627-648.
3. Yalçın S, Özışık Y, Aydın D. Leiomyosarcomatosis involving the duodenum and the subcutaneous tissue. J Exp Clin Cancer Res 1998; 17: 405-7.
4. Kyriakos ML. Tumors and tumorlike conditions of soft tissues. In: Kissane JM, ed. Anderson's pathology. St. Louis: Mosby, 1985; 1659-1661.
5. David GD, Felix SC. Gastric leiomyosarcoma. AJR 1992; 159:58.
6. Deck KB, Silverman H. Leiomyosarcomas of the small intestine. Cancer 1979; 44: 323-5.
7. Wilson SR. The gastrointestinal tract. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, eds. Diagnostic ultrasound. Missouri: Mosby, 1998; 279-327.
8. Chun HJ, Byun JY, Chun KA, et al. Gastrointestinal leiomyoma and leiomyosarcoma: CT differentiation. J Comput Assist Tomogr 1998; 22:69-74.