

## Perfore Primer İnce Barsak Lenfoması: Olgu Sunumu

Özgen Arslan SOLMAZ<sup>a1</sup>, Mustafa KISAKÜREK<sup>2</sup>, Abdullah BÖYÜK<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, ELAZIĞ, Türkiye

<sup>2</sup>Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, ELAZIĞ, Türkiye

### ÖZET

Primer ince barsak lenfomaları, ender görülen tümörler olup, extranodal yerleşimli lenfomalardır. Anatomisi ve lokalizasyonu nedeniyle, ince barsak lezyonlarının radyolojik görüntülemesi oldukça güçtür. Bu nedenle çoğu zaman tanı ve tedavide geç kalınır. Karın ağrısı ve kilo kaybı nedeniyle başvuran 73 yaşında kadın hastada barsaklarda kitle saptandı. Tetkikler sırasında akut karın geliştiği için acil laparotomi yapıldı. Patolojik incelemede, primer ince barsak lenfoması olarak rapor edildi. Sonuç olarak barsak kitlelerinde, tanıdaki zorluklar göz önünde tutularak bu kitlenin ince barsak lenfoması olabileceği ve beraberinde yaşanabilecek komplikasyonlar unutulmamalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Primer, lenfoma, ince barsak

### ABSTRACT

#### Perforated Primary Small Intestinal Lymphoma : A Case Report

Primary small bowel lymphomas are rare tumors and extranodal established lymphoma. Anatomy and localization reasons, radiological view of the small bowel lesions is quite difficult. For this reason, is often late diagnosis and treatment. Abdominal pain and weight loss due to the applicant at 73 years old female patient had bowel mass. When the examination is continue, acute abdomen due emergency laparotomy. In pathological examination, has been reported as primary small bowel lymphoma. As a result, in bowel mass, diagnosed by considering the difficulties of this mass could live with small bowel lymphoma and complications should be noted that it may be.

**Key words:** Primary, lymphoma, small intestine

**P**rimer ince barsak lenfomaları, ender görülen tümörler olup, extranodal yerleşimli lenfomalardır (1). Gastrointestinal sistem malign tümörlerinin %1'ini oluştururlar (1,2). Anatomisi ve lokalizasyonu nedeniyle ince barsak lezyonlarının radyolojik görüntülemesi oldukça güçtür (3). Bu nedenle çoğu zaman tanı ve tedavide geç kalınır (2).

Ender görülmesi ve tanıdaki güçlükler nedeniyle, perfore olmuş bir jejunal lenfoma olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

### OLGU SUNUMU

Yetmiş üç yaşında kadın hasta, karın ağrısı, kilo kaybı ve karında şişlik yakınmaları ile genel cerrahi polikliniğine müracaat etti. Yapılan fizik muayenede karında hassasiyet ve epigastrik bölgeden göbeğe kadar uzanan ele gelen kitle tespit edildi. Tam kan sayımında; lökosit 6500/µL, hemoglobin 8,5 g/dL, hematokrit % 24,8 ve platelet 388.000/µL idi. Periferik yayma bulguları normal sınırlardaydı. Biyokimyasal tetkiklerde; total protein 4,6 g/dl, albumin 2 g/dl ve diğer parametreler normal seviyelerde idi. Yapılan ultrasonografide umblikus çevresinde 125x55 mm ebatlarında kitle izlendi ve kolon tümörü lehine yorumlandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopik incelemesinde özellik yoktu. Kolonoskopide

patolojik bulgu görülmedi. Batın bilgisayarlı tomografisinde transvers kolon lokalizasyonunda 12 cm çapında, lümeni daraltan kitle izlendi. Tetkikler aşamasında hastada akut karın bulguları gelişince, acil laparotomi yapıldı. Treitz bağına yaklaşık 50 cm distalde, jejunal bölümde, yaklaşık 10x5 cm ebatlarında kitle olduğu ve kitlenin perfore olduğu görüldü. Kitleyi içine alacak şekilde geniş ince barsak rezeksiyonu ve ucuca anastomoz yapıldı. Eksplozasyonda karaciğer ve dalak normaldi. Kitlenin olduğu ince barsak bölümü mezosu dışındaki patolojik lenf bezi görülmedi.

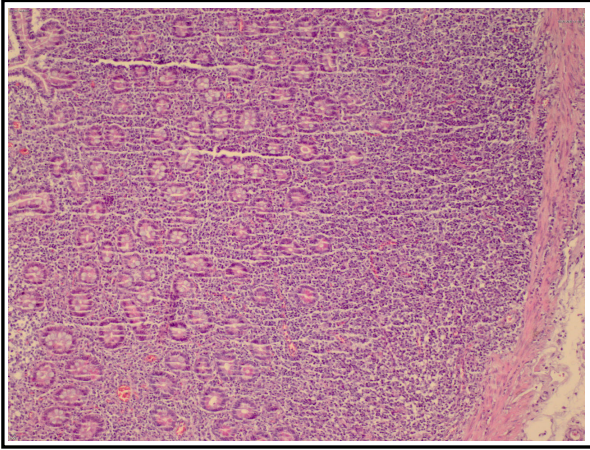
Spesmenin patoloji laboratuvarındaki makroskopik incelemede, proksimal uca 32 cm uzaklıkta, 12 cm çapında, barsağı perfore eden, kesit yüzeyi solid, balık eti kıvamında tümöral kitle izlendi. Spesmen üzerinden, en büyüğü 4 cm çapında 24 adet lenf nodu çıkarıldı. Yapılan histopatolojik kesitlerde, barsağın tüm katlarını tutan, pleomorfik, nükleol belirginliği olan tümöral hücreler görüldü (Resim1, 2). Yapılan immünohistokimyasal tetkiklerde LCA (lymphosit common antigen) (Resim 3), CD20, CD19 pozitif olarak (Resim 4), CD 10, CD3 negatif olarak saptandı. Bu bulgularla *Diffüz büyük B hücreli lenfoma* olarak rapor edildi.

Hasta 10 günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Tedaviye cerrahi sonrası kemoterapi eklenmesi planlandı. Ancak hasta, postoperatif 21. günde ex oldu.

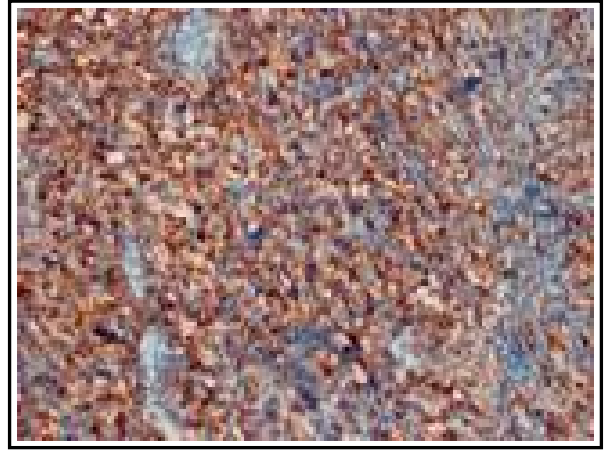
<sup>a</sup> Yazışma Adresi: Dr. Özgen Arslan SOLMAZ, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, ELAZIĞ, Türkiye

Tel: +90 424 2381000

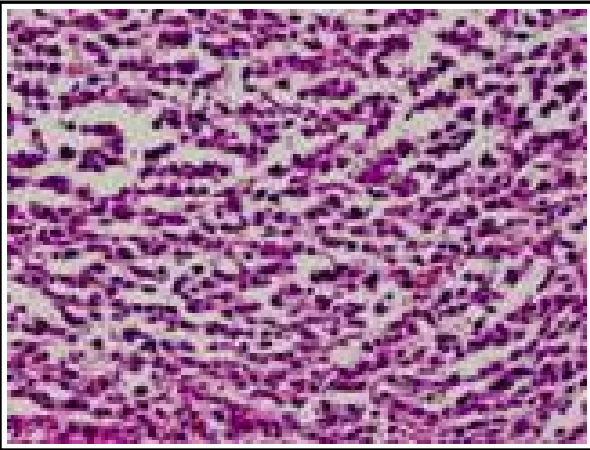
e-mail: ozgensolmaz@mynet.com



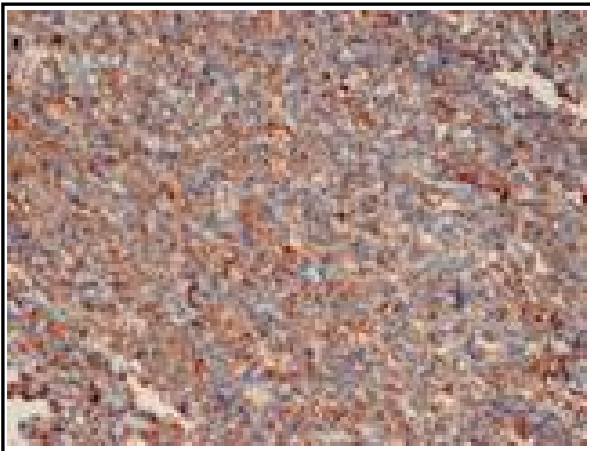
**Resim 1.** Barsak epitelinde, lamina propriada atipik lenfosit infiltrasyonu. Hemotoksilen & Eozin x200.



**Resim 4.** İmmünohistokimyasal olarak CD20 pozitif boyanma gösteren malign lenfositler x400.



**Resim 2.** Tümörü oluşturan malign lenfositler Hemotoksilen & Eozin x400.



**Resim 3.** İmmünohistokimyasal olarak LCA pozitif boyanma gösteren malign lenfositler x400.

## TARTIŞMA

Lenfomalar, gastrointestinal sistem tümörlerinin %1'ini oluştururlar. Gastrointestinal sistem primer lenfomalarının %50-60'ı midede, %20-30'u ince barsaklarda, %10-20'si kolon ve rektumda görülür (4, 5). Hastalar genellikle 50 yaş üzerindedir. Görülme sıklığı açısından belirgin bir kadın baskınlığı vardır (6).

Hastalarda sıklıkla karın ağrısı, ishal, kusma, kilo kaybı ve kanama gibi şikayetler görülür (5-7).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2000 yılında yayınladığı ince barsak tümörlerinin histolojik sınıflamasında lenfomalar; 1) İmmünproliferatif ince barsak hastalığı 2) Western tip B hücreli MALT lenfoma 3) Mantle hücreli lenfoma 4) Diffüz büyük B hücreli lenfoma 5) Burkitt lenfoma 6) Atipik Burkitt lenfoma 7) T hücreli lenfoma, olarak sınıflanmıştır (1).

En sık görülen ince barsak lenfoması diffüz büyük B hücreli lenfomadır. Bu tip lenfomaların low grade MALT lenfomadan geliştiği düşünülmektedir. CD20, CD19 pozitif olarak, CD 10, CD3 negatif boyanma gösterir (1). Sunulan olguda unifokal diffüz büyük B hücreli lenfoma saptandı.

İntestinal lenfomalar genellikle unifokaldır. Nadiren multifokal olabilir. Yüzeysel ülser anüler ya da egzofitik kiteller oluştururlar. Lamina propriadan serozaya kadar uzanabilirler (6).

Mikroskopik olarak lenfoepitelyal lezyonlar gösteren, monoton bir atipik lenfosit infiltrasyonu izlenir (1, 6).

Gastrointestinal sistemde görülen lenfomaların, primer olarak kabul edilmesi için bazı kriterler vardır (8). Bunlar Tablo 1'de sunulmuştur. Bu olgu da, periferik yayma ve beyaz kürenin normal olması, periferik lenf nodu ve patolojik mediastinal lenf nodunun olmaması, akciğer grafisinin normal olması, karaciğer ve dalak tutulumunun olmaması ve lezyonun gastrointestinal sisteme sınırlı olması nedeniyle primer ince barsak lenfoması olarak değerlendirildi. Kemik iliği biyopsisi, kemoterapi öncesi, hastanın genel durumunun düzeldiği bir zamana ertelendi.

Anatomisi ve lokalizasyonu nedeniyle ince barsak lezyonlarının radyolojik olarak tanısı güçtür. Direkt grafiler,

kontraslı grafler, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yönteminin etkinliği bazı lezyonlarda sınırlıdır. Hatta endoskopik yöntemler de yetersiz kalabilmektedir. Bazı olgularda tanı laparotomi ile konulur (3).

**Tablo 1.** Primer gastrointestinal lenfoma tanı kriterleri (8).

1- Periferik lenfadenopati olmaması
2- Patolojik boyutta mediastinal lenf nodu bulunmaması
3- Beyaz küre sayısı ve periferik yaymanın normal olması
4- Kemik iliğinin normal olması
5- Esas lezyonun gastrointestinal sistemde, patolojik lenf nodunun ise lezyonun drene olduğu bölgede olması
6- Karaciğer ve dalak tutulumunun olmaması

Radyolojik olarak, baryumlu yöntemler ve bilgisayarlı tomografide, jejunumda en sık yerleşen T hücreli lenfomalarda, kalın plaklar, ülser ya da strüktür görülür. İleumda yerleşen B hücreli lenfomalarda ise ekzofitik ya da anüler kitleler izlenir (1, 3).

Endoskopik yöntemler ile görülebilen lezyonlar 1) granülopapular 2) nodülopilipoid 3) ülseratif 4) infiltratif 5) mix lezyonlardır (9). Barakat'ın yaptığı 29 olgu içeren çalışmada 7 granülopapular, 6 nodülopilipoid, 6 ülseratif, 4 infiltratif, 3 mix görünümde lezyonlar saptanmıştır. 3 adet ise

normal görünümde olgu bulunmuştur (9). Sunulan olguda ise patolojik bulgu izlenmedi.

Cerrahi rezeksiyon, lokalize kitlelerde tedavi için yeterlidir. Son zamanlarda, cerrahi rezeksiyon sonrası kemoterapi ve radyoterapi uygulaması tercih edilmektedir (5). Kemoterapi alanlarda, sadece cerrahi uygulanan olgulara göre sağkalım süresi uzamaktadır. İleri evre hastalarda kombine kemoterapi uygulanmalıdır (10). Radyoterapi ile lokal nüks oranları azalsa da, radyasyon alanı dışındaki bölgelerde nüks geliştiği için, radyoterapinin yaşam süresi üzerine etkisi sınırlıdır (11). Bu olguda, tedaviye cerrahi sonrası kemoterapi planlandı ancak hasta postoperatif 21. günde ex oldu.

Obstrüksiyon, perforasyon, kanama, intususepsiyon gibi komplikasyonlar görülebilir (2). Sunulan olguda da perforasyon gelişmiştir. Karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri mevcut olan bu olguda, radyolojik olarak tanı verilemediğinden perforasyon gelişince, tanı laparotomi ile konuldu.

İnce barsak lenfomalarında temel prognostik faktörler histolojik derece, evre ve tümörün çıkarılabilir olmasıdır (1). Akut perforasyon, multifokal tümör bulunması, lenf nodu tutulumu, tümörün barsak duvarı dışına taşması kötü prognozu gösterir (6).

Küratif rezeksiyona rağmen 5 yıllık yaşam şansı evre 1 tümörlerde %45, evre 2 tümörlerde %15'dir (12). İleri evre hastalarda ise kombine kemoterapi ile 5 yıllık yaşam şansı %50'dir (10).

Sonuç olarak barsak kitlelerinde, tanıdaki zorluklar göz önünde tutularak bu kitlenin ince barsak lenfoması olabileceği ve beraberinde yaşanabilecek komplikasyonlar unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Gascoyne RD, Müller- Hermeling HK, Chott A, Wotherspoon A. Tumours of small intestine. Pathology and genetics of tumours of the digestive system. Lyon: Edited by Hamilton SR, Aaltonen LA. IARC Pres: 2000: 83-89.
2. Albayrak D, İbiş AC, Hatipoğlu AR, Polat N, Hoşçoşkun Z. Perfore Primer İnce Barsak Lenfoması: Olgu Sunumu. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2008; 25: 60-64.
3. İlkül Ö, İçöz G, Korkut M ve ark. İnce Barsak Lezyonlarının Gösterilmesinde Enteroklizisin Yeri. Ege Tıp Dergisi 2001; 40: 131-135.
4. Loehr WJ, Mujahed Z, Zahn D at al. Primary Lymphoma of the Gastrointestinal Tract: A Review of 100 Case. Ann of Surg. 1969; 170: 232-238.
5. Zinzani PL, Magagnoli M, Pagliani G at al. Primary Intestinal Lymphoma: Clinical and Therapeutic Features of 32 Patients. Haematologica. 1997; 82: 305-308.
6. Dilworth HP. Neoplasms of the Small Intestine. In: Lacobuzio- Donahue CA, Montgomery EA, Gastrointestinal and Liver Pathology. Series editor: Goldblum JR. Pennsylvania: Churchill Livingstone. 2005: 187-203.
7. Al-Saleem, Al-Mondhiry. Immunoproliferative small intestinal disease (IPSID): a model for mature B-cell neoplasms. Blood. 2005; 105: 2274-2280.
8. Dawson IM, Cornes J, Morson BC. Primary malignant tumors of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. Br J Surg 1961; 49: 80-89.
9. Barakat MH. Endoscopic features of primary small bowel lymphoma: a proposed endoscopic classification. Gut. 1982; 23: 36-41.
10. Fisher RI, Dahlberg S, Nathwani BN at al. A clinical analysis of two indolent entites: Mantle cell lymphoma and marginal zone lymphoma. A Southwest Oncology Group Study. Blood 1995; 85: 1075-1082.
11. Contreary K, Nance FC, Becker WF. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. Ann Surg 1980; 191: 593-598.
12. Domizio P, Owen RA, Shepherd NA at al. Primary lymphoma of the small intestine: A clinicopathological study of 119 cases. Am J Surg Pathol 1993; 17: 429-442.

Kabul Tarihi: 18.10.2009