

PRİMER MİDE LENFOMALARI
(Üç Vaka Takdimi)

Dr. Erşan AYGÜN x
Dr. Metin KURTOĞLU xx
Dr. Salih ERKUL xx
Dr. Mehmet MERAL xxx

ÖZET :

Mide sarkomları, malign mide tümörlerinin % 1-4'ünü teşkil ederler. Bunlarında % 60-70 kadarı primer mide lenfomalarıdır. Seyrek görülmeleri yanında kendilerine ait karakteristik betirtileri yoktur. Mide ülser ve kanserlerine çok benzer. Bu makalede klinğimizde görülen üç primer mide lenfoması sunulmuş ve literatür ışığında tartışılmıştır.

GİRİŞ :

Mide lenfomaları, midenin adenokarsinomlarından sonra en sık görülen malign tümörleridir. sistemik lenfomaların % 25'inde görülen mide tutulmasında karşılık, primer mide lenfoması oldukça nadirdir ve mide malign tümörlerin en çok % 1-4'ünü teşkil ederler(1,2).

Mide lenfomaları ilk olarak 1829'da Cruveileir tarafından tarif edilmiştir. Hodgkin ise 1832'de hastalığın midede yerleşebileceğini bildirmiştir. Ewing 1913'de retikulum hücreli sarkomun ayrı bir antite olduğunu göstermiştir. 1958'de Burkitt kendi adıyla anılan yeni bir lenfoma türünü açıklamıştır(3,4). Primer mide lenfomaları miderin sarkomatöz tümörlerinin % 70'ini oluştururlar ve genellikle Non-Hodgkin lenfoma şeklindedirler(3,7). Mide lenfomalarını, midenin her bölgesinde görülebilir de çoğunlukda korpus ve antrumda yerleşirler.

Dawson'a göre gaströintestinal lenfomaların primer kabul edilebilmeleri için şu kriterler bulunmalıdır (6,10).

x Selçuk Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

xx KTÜ Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanı.

xxx KTÜ Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

- 1— Habis değışiklik, yalnız ilgili organ ve çevre lenf nodüllerinde olmalıdır.
- 2— Lökositlerin kemik iliğindeki sayı ve yapı özellikleri normal olmalıdır.
- 3— Büyümüş mediastinal ve periferik lenf bezi gurupları bulunmamaıdır.

Histopatolojik olarak hücre tiplerinin tanınmasına hücrelerin differansiyasyon derecesine ve mide duvarındaki proliferasyon tipine göre sınıflandırılır. Bu amaçla son yıllarda en çok kabul gören modifiye Rappaport sınıflaması kullanılmaktadır (5,8).

VAKA TAKDİMİ

VAKA 1

30 yaşındaki kadın hasta 2 aydan beri devam eden gastrointestinal şikayetlerle 20.12.1986'da polikliniğimize müracaat etti (Protokol No. 82646). Fizik muayenesinde epigastriumda hassasiyet ve dolgunluk vardı. Laboratuvar bulguları normal idi. Baryumlu mide grafisinde, korpusta dolma defekti mevcut idi. Mide kanseri ön tanısıyla yapılan laparotomide batında 1000 cc kadar asit ve mide fundusundan köken olan ve çevre dokulara invaze kitle vardı, paraaortik ve çölyak lenf bezleri tutulmuştu, diğer karın içi organlar normal idi. Vaka inoperable kabul edilerek gerekli biopsiler alındı ve karın kapatıldı. Patolojik tetkik sonucu indifferensiye lenfositik lenfoma olarak rapor edildi. Postoperatif normal seyreden indifferensiye lenfositik lenfoma olarak rapor edildi. Postoperatif normal seyreden hasta 10 gün sonra radyoterapi ve kemoterapi için sevk edildi. Hastayla tekrar bağlantı kurulamadı.

VAKA 2

46 yaşında erkek hasta 4 aydan beri devam eden dispeptik yakınmalar ile 5.9.1988 tarihinde polikliniğimize müracaat etti (Protokol No. 119013). Fizik muayenesinde epigastriumda hassasiyet ve epigastriumu işgal eden 10X10 cm ebatlarında mobil kitlesi vardı. Baryumlu mide grafisinde antrumdan korpusta doğru uzanan dolma defekti vardı. Endoskopide mide mukozasında tümöral invazyon tespit edilemedi. Rutin laboratuvar tetkikleri normal idi, intraabdominal kitle teşhisiyle laparotomi yapıldı. Antrumda büyük kurvatura tarafında 15X10X ölçülerinde sercayayı aşan ve transvers kolonu invaze eden tümör vardı, bölgesel lenf bezleri tutulmuş olup, çölyak ve hepatik lenf bezleri normal idi. Distal subtotal gastrektomi, splenektomi, segmenter transvers kolektomi ve omentektomi yapıldı. Kolon temizliği yapılmadığı için hartman usulü kolostomi yapıldı. Patolojik tetkik sonucu diffüz lenfoma olarak rapor edildi. Postoperatif seyri normal geçiren hasta 9. günü radyoterapi için sevk edildi. Hastamıza radyoterapi+kemoterapi uygulandı. Halen 2 yıl 4 aydır yaşıyor ve kolostomi kapatılması için 2 ay sonra randevu verildi.

VAKA 3

40 yaşında kadın hasta, 5 aydanberi devam eden gastrointestinal şikayetler ile 20.2.1989 tarihinde polikliniğimize müracaat etti (Protokol No. 11929). Fizik muayenesinde epigastriumda hassasiyet, klepotaj ve şüpheli kitle, baryumlu mide grâfisinde antrumda ülseratif kitle vardı. Pilon obstrüksiyonu ön tanısıyla laparotomi yapılan hastada; antrumda 4X4X4 ölçülerinde kitle, çölyak ve paraaortik lenf bezlerinde metastaz vardı, hasta inoperabl kabul edildi fakat tümörün kanayan ülserine tümör olması nedeniyle % 80 yakın distal gastrektomi ve omentektomi yapıldı. Patolojik tetkik sonucu: Histiosit, k tip lenfoma olarak rapor edildi. Postoperatif 8. gün taburcu edilen hasta radyoterapiyi kabul etmedi. Hastamız 12 aydır yaşıyor.

TARTIŞMA

Non-Hodgkin lenfomaların % 5'i mide-barsak kanalında bulunurlar. Bunların % 2,5'i midede, % 1,5'i ince barsakta % 1'i kolon ve rektumda görülür.

Primer mide lenfomaları submukozadaki lenfoid dokudan gelişirler, bütün mide duvarına, lümenine lenf bezleri ve komşu organlara yayılabilirler. Süratle lenf bezlerine metastaz yaparlar. Bizim vakalarımızda semptomların başlangıç sürelerinin kısa olmasına rağmen, lenf bezi metastazları vardı.

Primer mide lenfomaları daha çok 45-50 yaşları arasında ve erkeklerde biraz daha sık görülürse de her yaşta çocuklarda da görülebilir (9,10,12). Bizim iki vakamız 30 ve 40 yaşlarında kadın ve bir vakamız 46 yaşında erkekti. Primer mide lenfomalarına ait spesifik klinik belirti yoktu. En sık görülen belirtiler; epigastriumda künt ve orta şiddette ağrı, iştahsızlık ve kilo kaybıdır. Vakaların büyükbir kısmında epigastriumda kitle palpe edilir. Daha az sıklıkta bulantı, kusma, dispepsi, hematemez ve melena yanında komplike olmuş vakalarda yutma güçlüğü ve perforasyon görülebilir(1,6). Bizim bir kadın vakamızda epigastriumda hassasiyet, diğerinde hassasiyet, tıkanma belirtileri ve kanama, bir erkek vakamızda ise hassasiyet ve belirgin kitle vardı . Bazen anemi görülür, gaitada gizli kan (+) olabilir, sedimantasyon yüksektir. Sistemik lenfomaların aksine lökosit sayı ve özelliklerinde değişiklik görülmez. Her üç vakamız da Dawson kriterlerine uygundur.

Endoskopik tetkik ile kesin teşhis güçtür(9). İnfiltratif şekiller linitis plastica, hipertrofik gastrit, mide selim tümörlerivemide ülseriyle karışabildiği gibi nodüler şekillerde bazen mukoza normal görülebilir ve biopsi yapılması da mümkün olmaz. Bizim bir vakamızda gastroskopi yapılmış ve mukoza normal olarak bulunmuştur. Mide suyu tetkikleri de tanıya yeterince yardımcı olmaz. Baryumlu mide grâfisinde düzgün kenarlı dolma defekti, multipl ülserler, multipl polipoid lezyonlar ile ileri derecede genişlemiş ve kalınlaşmış mukoza kıvrımları görülebilir. Bizim iki vakamızda dolma defekti, bir vakamızda ülseratif lezyonlar vardı.

Primer mide lenfomalarında kesin teşhis ameliyatta, hatta patolojik tetkik sonucu konulabilmektedir. Eksplorasyon da lezyonun büyük olması, mide pililerinin kalınlaşmış görünümü ve büyümüş lenf bezlerinin olması lenfomayı düşündürmelidir.

Mide kanserlerinde olduğu gibi lenfomalarda da tedavi, cerrahi olarak rezeksiyondur(9). İnoperabl olmayan vakalarda subtotal gastrektomi ve geniş lenf bezi disseksiyonu tavsiye edilmektedir. Bizim bir vakamızda tümör serozayı aşmış ve transvers kolona invaze olduğu halde uzak lenf metastazı olmadığından subtotal gastrektomi+transvers kolektomi ve lenf bezi disseksiyonu yaptık, diğer vakada ise tümör inoperabl olarak kabul edildiği halde, kanayan ülserle tümör olduğu için palyatif rezeksiyon uygulandı.

Ameliyatta tümör tamamen çıkarılmasa dahi postoperatif radyoterapi yapılmalıdır (10). Postoperatif radyasyon nüks oranını düşürmektedir. Radyoterapiye en iyi cevabı lenfositik lenfomalar vermektedir. İnoperabl vakalarda radyoterapi ve kemoterapi yapılabilir (6),

Primer mide lenfomalarında fokal mide duvarı tutulması olup, serozayı aşmayan ve lenf bezi tutulması olmayan vakalarda 5 yıllık sürvi % 75-80, bunun yanında mide duvarının difüz tutulması olup serozayı aşması halinde 5 yıllık sürvi % 30'un altındadır(4,10,12).

PRIMARY GASTRIC LYMPHOMA

(Three Cases Report)

SUMMARY :

One to four percent of malignant gastric tumors consists of gastric sarcoma. Of these sarcomas 60 to 70 % are primary gastric lymphomas, which are rarely seen and have no characteristic symptoms. In this report, three cases of primary gastric lymphoma seen in our clinic are presented and discussed in the light of literature.

KAYNAKLAR

- 1- Minkari, T, Önal G: Mide Tümörleri ve Cerrahisi 1. Baskı, Kağıt Basım İşleri A.Ş. İSTANBUL S: 157, 1976.
- 2- Sözüer EM, Bengisu N: Primer gastrik lenfoma. Türkiye Klinikler. 7(2): 158, 1987.
- 3- ReMine WH: Maingot's Abdominal Operations. Appleton-Century-Crofts. Connecticut 1985, p. 987.

- 4- Nathwani BK, Rappaport H: Nonhodkgin lymphomas. *Cancer* 44: 347, 1978.
- 5- James DH: *Textbook of Surgery, Principles and Practice*. JB Lippincott Co. Philadelphia 1977, p. 887.
- 6- Burges JN, Docketly MB: Sarcomatous lesions of the stomach. *Ann Surg.* 173: 758, 1971.
- 7- Devid SS, Laniel ED, Thomas A: Primary gastric lymphoma of the stomach. *Surg Gynecol Obstet.* 143: 113, 1976.
- 8- Norman RH: An interpretive review of lymphoma of the stomach. *Surg Gynecol Obstet.* 143: 113, 1976.
- 9- Dumhy JE, Lawrence WW: *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. California 1979, p. 497.
- 10- Shachmelford RT, Zuidema GD: *Surgery of the Alimentary Tract*. WB Saunders Com. Philadelphia 1981, p. 260.
- 11- Shiu MH, Karas M, Nisce L et al: Management of primary gastric lymphoma. *Ann Surg.* 195: 196, 1982.
- 12- Jhon JB, Horatio TE: gastric lymphoma. *Cancer.* 51: 701, 1983.