

İNCE BARSAK TÜMÖRLERİ

(18 olgunun analizi)

Dr. Yurdalan Altınsoy (x)

Dr. Durkaya Ören (xx)

Dr. Tahsin Demirtaş (xxx)

Ö Z E T

Kliniğimizde 1.1.1973-5.10.1983 tarihleri arasında ameliyat edilen 14 ü malign, 4 ü benign toplam 18 primer ince barsak tümörlü olgu incelendi. Sonuçlar dünyadaki benzer çalışmalarla karşılaştırıldı.

GİRİŞ :

İnce barsaklar insan vücudunda tümörlerin nadir görüldüğü bir organdır. İnsanlarda görülen tüm malign tümörlerin % 0,1, Benign tümörlerin % 0,1-0,1-0,2 si ince barsaklara aittir (1,6,7,11,12,16,18,19,23,25).

Gastrointestinal tümörler tüm tümörlerin % 40'ından fazlasını içermektedir. Bu sistemin mukozal yüzeyinin % 90'ını ince barsaklar oluşturduğu halde aynı sistem tümörlerinin sadece % 1-6,5'unun ince barsaklarda görülmesi ilginçtir. Kalın barsağın yalnız primer kanserleri bile ince barsak malignansilerinden 40-60 misli daha fazladır (4,6,12,13,19,20,23,24).

İnce barsak tümörleri ile ilgili çalışmalar bu tümörlerin daha çok ameliyat sırasında ve otopsilerde saptandıklarını göstermektedir. Önceden doğru tanı koyma olasılığı düşüktür. Bunun nedeni; bu tümörlerin görünür yerde olmamaları, pratikte az kullanılan ince barsak baryumlu grafilerinden başka tanı aracı bulunmayışı ve nadir olduklarından tanıda az düşünülmesidir (4,6,12,13,19,23).

Günümüzde tümöral olguların, özellikle kanserlerin tedavisinde erken tanı ve erken tedavi tek çıkar yoldur. Yukarıda sayılan nedenlerle ince bar-

x Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Bilim Dalı Op. Dr.

xx Atatürk Üni. Tıp Fak Genel Cerrahi Bilim Dalı Yrd. Doçenti

xxx Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Bilim Dalı Doçenti.

sak tümörlerinde tanı koymadaki gecikmelerin, bu hastalığa tutulan insanların yaşamlarını kötü yönde etkileyeceği bir gerçektir.

Çalışmamızın amacı, kliniğimizde tanı konup tedavisi yapılan ince barsak tümörlü olguları çeşitli yönleriyle incelemek, bu verileri dünyadaki benzer çalışmalarla karşılaştırmak, bir klinik belirsizlik içinde seyreden bu olay hakkındaki bilgilerin genişlemesine katkıda bulunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalında 1.1.1973-5.10.1983 tarihleri arasında cerrahi girişim uygulanmış 14 ü malign, 4 ü benign toplam 18 primer ince barsak tümörü olgusu çalışmamızın gereğini oluşturmaktadır.

Bu klinik araştırma retrospektif ve prospektif yapıldı. Araştırma için gerekli form hazırlandı. Daha önceden tedavi edilmiş hastaların dosyaları bulunarak, araştırma tarihinden sonraki olgular ise kliniğe başvurduğunda tanı ve tedavileri yapılırken araştırma ile ilgili bilgiler forma kaydedildi.

Kesin tanı histopatolojik incelemeyele kondu. Sonuçlar dünyadaki benzer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

BULGULAR

Kliniğimizde 1.1.1973 ten 5.10.1983 e kadar yaklaşık 11 yıllık sürede değişik nedenlerle toplam 13039 ameliyat yapılmıştır. Bunların 523 ü primer gastrointestinal neoplazmdır. Gastrointestinal neoplazmaların 328 i mide, 154 ü kolorektal, 18 i ince barsak neoplazmdır.

İnce barsak tümörlü olgularımızın 10 u erkek, 8 i kadındır. Yaşları 4 ile 60 arasında değişen olgularımızda genel yaş ortalaması 32,8 erkeklerde yaş ortalaması 35,1, kadınlarda yaş ortalaması 30,1 idi. Malign tümör olgularında yaş ortalaması 35,1 benignlerde 25 di.

Olguların 14 ü (% 77,7) malign, 4 ü (% 22,2) benignidir. 14 malign olgunun 8 i (% 47,14) lenfoma, 4 ü (% 28,5) adenokarsinom, 1 i (% 7,14) karsinoid tümör, 1 i (% 7,14) leiomyosarkomdur. 4 benign olgunun 2 si (% 50) adenomatöz polip, 1 i (% 25) lipom, 1 i (% 25) Peutz-Jeghers'dir.

Lenfomalı 8 olgunun 3 ü Hodgkin, 2 si histiositik tip lenfoma, 1 i lenfositik lenfoma, 1 i lenfosarkom, 1 i Burkitt lenfomasıdır.

En sık, gördüğümüz belirtiler,; karın ağrısı (% 72,2), bulantı kusma (% 61,1) gaz ve gaita çıkaramama (% 50), karında şişlik (% 38,8), iştahsızlık (% 33,3) dır.

En sık gördüğümüz bulgular, karında palpabl kitle (% 44,4), karında hassasiyet (% 44,4), karında distansiyon (% 33,3) dır.

NO	TÜMÖRÜN TİPİ	İnce barsak Tümörü tanısı	Karında palpabl kitle	Mekanik barsak tıkanması	Peritonit	Kanama	Mekanik sarılık	Pilor stenozu
1	Lenfoma		x					
2	"		x					
3			x					
4			x					
5	Lenfoma			x				
6	"			x				
7	"			x				
8	Adenokarsinom			x				
9	"			x				
10	Peutz-Jeghers			x				
11	Polip			x				
12	"			x				
13	Lipom			x				
14	Adenokarsinom				x			
15	Leiomyosarkom					x		
16	Lenfoma						x	
17	Adenokarsinoma							x
18	Lenfoma	x						
	TOPLAM	1	4	9	1	1	1	1
	%	5,5	22,2	50	5,5	5,5	5,5	5,5

Tablo-1: Olgularımızın ameliyata alınma nedenleri

Olgularımızın yalnızca lenfomalı birinde (% 5,5) ince barsak grafilerinde lenfomayı düşündüren bulgular saptandı ve bu olguda ameliyat öncesi ince barsak tümörü tanısı bu şekilde sağlandı.

Malign tümürlü olguların 6 sı (% 42,8) elektif, 8 i (% 57,14) acil olarak ameliyata alındı. Tablo 1 de olgularımızın ameliyata alınma nedenleri gösterilmiştir.

Olguların 8 inde saptanan kitlenin 3 ü tümörün kendisine, 4 ü invaginasyona, 1 i dilate barsak anslarına aitti.

Bening tümörlerin 1 i (adenomatöz polip) duodenal, 1'i (Peutz-Jeghers) jejunal, 3 ü (adenomatöz polip, lipom, Peutz-Jeghers) ileal yerleşimliydi. Malign tümörlerin 1 i (lenfoma) duodenal, 6 sı (1 adenokarsinom, 4 lenfoma, 1 leiomyosarkoma) jejunal, 9 u (3 adenokarsinom, 5 lenfoma, 1 karsinoid tümör) ileal yerleşimliydi.

Lenfomaların 2 sinde jejunum ve ileumda multisentrik yerleşim mevcuttu. Peutz-Jeghers'de polipler jejunum ve ileumda yaygındı. Karsinoid tümörlü olgumuzda ince barsaklarda yaygın iltihabi polipozis mevcuttu. ikinci bir malign tümörle beraberliğe rastlanmadı.

Proksimalden ileoçekal kapağa doğru gidildikçe tümör sıklığında artma olduğu gözlemlendi. Tümörlerin % 52,3 ü terminal ileumda idi. Bunu % 23,8 ile proksimal jejunum takip etmektedir. Diğer barsak bölümlerinde tümöre seyrek rastlandı.

Malign tümörlü olguların 4 ünde (% 28,57) ilgili mezenter lenf nodüllerinde, 4 ünde ilgili mezenterle birlikte diğer oluşumlarda metastaz mevcuttu.

Olgularımıza mümkün olduğu kadar radikal cerrahi işlem yapılmağa çalışıldı. Adenokarsinomlu olguların hepsine radikal cerrahi uygulandı. Proksimal jejunumda oturan bir adenokarsinom için ilgili mezenterle birlikte jejunum rezeksiyonuna ek olarak metastaz düşünüldüğünden distal subtotal gastrektomi yapıldı. Terminal ileumda ileoçekal kapağa yakın adenokarsinom olgusuna mezenterileriyle birlikte ileum rezeksiyonuna ek olarak sağ hemikolektomi yapıldı ve devamlılık ileotransvers anastomozla sağlandı. Lenfomaların yalnızca 3 üne (% 37,5) radikal işlem uygulanabildi. Jejunum ve ileumda olmak üzere 2 ayrı sahada oturan ve inen kolona infiltrasyon yapan lenfoma olgusunda; ayrı ayrı tümör ve ilgili mezenterle birlikte jejunum ve ileum rezeksiyonuna ek olarak parsiel kolon rezeksiyonu yapıldı. Karsinoid tümörlü olguya palyatif rezeksiyon, leiomyosarkomlu olguya mezenterle birlikte barsak rezeksiyonu uygulandı.

Böylece malign olgularımızın 8 ine (% 57,14) radikal cerrahi işlem uygulanmış oldu. Bu oran duodenal malignansilerde % 0, jejunallerde % 60, ileal olanlarda % 77,7 dir. Tablo 2 de tümörlerin tipi , yerleşimi, uygulanan cerrahi işlem ve ameliyat sonrası durum arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Malign tümörlü 3 olguda yara enfeksiyonu, 2 olguda yara evisserasyonu, 1 olguda jejunum fistülü gelişti. Toplam ameliyat sonrası komplikasyon 6 olguda (% 42,8) saptandı. Benign tümörlü 2 olguda yara enfeksiyonu, 1 olguda anastomoz yerinden fistül gelişti.

Ameliyat sonrası erken mortalite malign tümörlü olgularda % 21,42, benign tümörlü olgularda % 25 ti.

Hastanemizde ilgili kliniklerde lenfomalı 5 olguya ameliyat sonrası dönemde kemoterapi uygulandı.

NO	TÜMÖRÜN TİPİ	Tümörün yerleşim yeri	Uygulanan cerrahi işlem	Ameliyat sonrası komplikasyon	Hastanede kaldığı gün sayısı	Ameliyat sonrası erken sonuç
1	Lenfoma	i	R	Yara enfek.	15	salah
2	"	i,j	R	—	37	"
3	"	i	R	—	22	"
4	"	j	R	—	19	"
5	"	i,j	P	—	—	Eksitus
6	"	D	P	Yare enfek,	51	Haleiyle
			P	jej. fistül.		taburcu
7	'	i	B	—	21	salah
8	"	j	R	—	—	Eksitus
9	Adenokarsinom	j	R	—	24	salah
10	"	i	R	Yara eviss.	21	salah
11	"	i	R	Yara enfek.	13	"
12	"	i	P	Yara enfek.	17	"
13	Karsinoid tümör	i	R	—	25	"
14	Leiomyosarkom	j	P	—	14	"
15	Peutz-Jeghers Send.	i,j	R	İleum fist.	—	Eksitus
16	Lipom	i	R	Yara enfek.	13	Şefa
17	Polip	i	R	Yara enf.	22	"
18	"	D	R	—	12	"

i : ileum

R : radikal cerrahi işlem

j : jejunum

P : palyatif cerrahi işlem

D : duodenum

B : biyopsi

Tablo 2: Olgularımızda tümörün tipi, yeleşimi, uygulanan cerrahi girişim ve ameliyat sonrası durumları analizi

TARTIŞMA

İnce barsaklar gastrointestinal sistemin en uzun ve en geniş yüzeye sahip kısmıdır. Buna karşılık gastrointestinal tümörlerin çok az bir kısmı ince barsak; larda meydana gelir. Aynı zamanda diğer organ tümörlerine göre ince barsak tümörleri oranı çok düşüktür (1,6,7,11,12,16). Mayo kliniğin araştırma serilerinin- de 4597 kolon ve 4315 mide karsinomuna karşılık 55 ince barsak karsinomu

saptanmıştır (12). 1.1.1973 ile 5.10.1983 tarihleri arasındaki yaklaşık 11 yıllık sürede kliniğimizde toplam 13039 ameliyat yapılmıştır, bunların 523 ü primer gastrointestinal neoplazmdır. Bunlarında 325 i mide, 154 ü kolorektal, 18 i ince barsak neoplazmdır. Yani bu süre içinde ameliyat geçiren hastaların % 0,13 ü, gastrointestinal neoplazmaların ise % 3,8 i ince barsak tümörlüdür.

Olgularımızın yaşları 4 le 60 arasında değişiyordu ve yaş ortalaması 32,8 di. Araştırılan kaynaklarda 2 ila 88 yaşlar arasında ince barsak tümörlü olgular bildirilmiştir. Aynı kaynaklarda tümör görülen olguların yaş ortalaması 42-62 arasında değişmektedir (4,6,9,11,15,18,19,23).

Freund ve arkadaşları (4) intestinal lenfomaların % 30 unun çocuk olduğunu belirtirken, diğer yazarlar lenfomaların en çok 60 yaşlarında görüldüğünü rapor etmişlerdir (4,15). Bizim lenfomalı olgularımızda yaş dağılımı özellik göstermiyordu.

Araştırmacıların çoğu ince barsak tümörlerinin kadın ve erkekte aynı oranda görüldüğünü bildirirken (19,23) , lenfomalarda erkek/kadın oranını 2/1, 3/1 olarak bildirmektedirler (7,15). Bizim olgularımızın 10 u erkek 8 i kadındı. Lenfomalıların ise 5 i erkek, 3 ü kadındır ki bu sonuç literatür bilgisiyle uygunluk göstermektedir.

Karın ağrısı ince barsak tümörlü değişik olgu dizilerinde % 14 ten 86 ya kadar oranda başlangıç semptomudur (13,18,19,23). Freund ve arkadaşları, (4) ağrının ince barsak malignensilerinde en sık semptom olduğunu rapor etmişlerdir. Bu bizim olgularımızla uygunluk göstermektedir.

Kilo kaybının ince barsak malign tümörlü olgularda % 23-53, benign tümörlü olgularda % 17 oranında görüldüğü değişik olgu dizilerinde bildirilmiştir (19,23,25). Bizim malign tümörlü olgularımız bu bilgiye uymaktadır, ancak benign tümörlü olgularımızda kilo kaybı saptanmamıştır.

Silberman ve arkadaşları, (19) malign tümörlü olguların % 24 ünde bulantı ve kusma olduğunu rapor etmişlerdir. Biz olgularımızda bu belirtiye daha çok rastladık.

Dorman, Floyd ve Chon, kramp tarzındaki abdominal ağrı, kilo kaybı ve palpabl kitlenin ince barsak tümörlerinde çok önemli diagnostik üçlüyü oluşturduğunu vurgulamışlardır (14,19). Williamson'a (24) göre, lenfomalar adenokarsinomlardan daha çok kendini palpabl kitle ile belli eder. Bizim palpabl kitle saptanan 4 malign tümörlü olgumuzun 3 ü lenfomaydı. İnce barsak malign tümörlü olgu raporlarında palpabl kitle % 7-63 oranında rapor edilmiştir. (13,18, 19,23) Malign tümörlü olgularımızda bu oran % 28,5 tur, Benign tümörlü olgu raporlarında oran % 3-14 (19,23) olmasına karşılık, bizim benign tümörlü olgularımızın % 100 ünde karında palpabl kitle saptanmıştır.

Mc Peak barsak lümenin yavaş yavaş daralıp, aralıklı tıkanma tablosu gösterip, daha sonra komplet obstrüksiyona dönüşmesinin ince barsak malignensileri için en karakteristik bulgu olduğunu söylemektedir (19). Mekanik barsak tıkanması annüler sıkıştırıcı şekilde büyüme nedeniyle adenokarsinomlarda daha karakteristiktir (4,11,13) Bizim olgularımızda da bu durum en sık adenokarsinomlarda (% 50) gözlenmiştir. Literatürde ince barsak tümörlerinin % 5-38 inde mekanik barsak tıkanması saptandığı kaydedilmiştir. (13) Bizim olgularımızın % 50 sinde saptanan bu olay oldukça yüksektir. Bu yükseklik olguların doktora geç başvurmalarıyla açıklanabilir. Treadwell ve White (23) malign olguların % 50,6, benign olguların % 9,8 inde mekanik barsak tıkanması bildirmişlerdir. Malign tümörlü olgularımızda % 37,8 lik barsak tıkanması oranı düşük, benign tümörlü olgularımızda ise % 100 oranı oldukça yüksektir.

Mekanik barsak tıkanması, karında kitle ve kanama ince barsak tümörlerinde geç semptomlardır. (6) Literatürde malign tümörlü olguların % 15-25, benign tümörlü olguların % 30-40 ında kanama rapor edilmiştir (16,19,23,25). Bu oran bizim malign tümörlü olgularımızda % 7,1 benign tümörlü olgularımızda ise % 0 dır. Bu düşük sayı olgu sayımızın azlığına bağlı olabilir.

Williamson'a (24) göre, karsinom ve lenfomaların her ikisinde obstrüksiyona, karsinomlar daha çok kanama, lenfomalar ise perforasyona eğilim gösterir. Adenokarsinomlu bir olgumuzda perforasyon saptanmıştır (% 7,14). Literatürde ince barsak malignensilerinde perforasyon oranı % 3-20 dir (18,25). Bizdeki bu düşük oran olgu sayısının azlığıyla açıklanabilir.

Williamson'a göre poliplere bağlı invaginasyon nedeniyle Peutz-Jegher's li bir olguyu 8 defa ameliyat ettiğini yazmaktadır (8). İnvaginasyon kanserden çok lenfoma ve bening tümörlere eşlik eder (24). Malign tümörlü olgularda bu durum % 1-4 oranında rapor edilmiştir (20). Malign tümörlü olgularımızda invaginasyon yoktu. Bening tümörlü olgularımızın 4 ünde de invaginasyon saptandı.

İnce barsak tümörleri nadiren sarılığa neden olur ve ancak periampuller olduğu zaman sarılık görülebilir (13). Araştırılan kaynaklarda malign tümörlü olgularda sarılık görülme oranı %2-6 dır. Duodenal lenfomalı bir olgumuzda sarılık görüldü (% 7,14).

İnce barsak tümörlerinin tanısı çoğunlukla hastalık gelişip ilerleyince ortaya çıkan semptom ve bulgulardan sonra yapılabilir. Hancocok, yaptığı bir çalışmada 153 olgunun yarısından çoğunun ilk tıbbi araştırmalarında nörotik olarak değerlendirildiğini rapor etmiştir. Ameliyat öncesi doğru tanı oranı değişik olgu dizilerinde % 19-30 arasında değişmektedir. (1,4,11,13,19,23) Olgularımızın yalnızca birinde (% 5,55) ince barsak grafisi ile ameliyat öncesi doğru tanı konmuştur. Bu düşük oran olgularımızın daha çok acil durumda bulunmaları ve acil ameliyata alınmalarına bağlı olabilir. Olgularımızın 12 si (% 66,6) acil ameliyata alınmıştır.

Norberg (17), malign tümörlü olguların % 60 ında ameliyat endikasyonunun barsak veya bilier trakt stenozu ve palpabl kitle, benign tümörlü olguların % 40 ında kanama olduğunu rapor etmiştir. Bizim malign tümörlü olgularımızın % 71, 42 sinde ameliyat endikasyonu barsak veya bilier trakt stenozu ve palpabl kitle, benign tümörlü olguların % 100 ünde barsak tıkanmasıdır.

Yayınlanan kaynaklarda adenokarsinomların ince barsak malign tümörleri içindeki oranı % 16-69 dur (4,6,12,13,16,18,23,34). Malign tümörlü olgularımızın 4 ü (% 28,5) adenokarsinomdur. En sık karşılaştığımız tümör olmakla literatür bilgisine ters düşmektedir.

Lenfomaların literatürde sıklığı, ince barsak malign tümörleri içinde % 10-20 arasında değişmektedir (4,18,23). Bununla beraber % 1-4 gibi düşük dahi rapor edilmiştir (4) . Malign tümörlü olgularımızın 8 ini (% 57,14) lenfomalar oluşturmaktadır. Bu literatürdeki lenfoma insidensinden oldukça yüksektir. Bunun yanında Freund, (4) ince barsak malign tümörleri içinde lenfomaları % 67 gibi yüksek rapor etmiştir. İntestinal lenfomaların % 90-95 ini lenfosarkomlar oluşturur (11). Bizim seride bir lenfosarkom mevcuttu.

Konuyla ilgili kaynaklarda karsinoid tümör % 10,35, leiomyosarkom % 3-15 oranında rapor edilmiştir. (4,18,23) Bizim % 7,14) lük karsinoid ve aynı orandaki leiomyosarkom oranlarımız rapor edilenlerden düşüktür.

Benign tümörlerin en sık görülenleri leiomyoma, lipom, adenom ve poliplerdir. (20) Benign tümörlü olgularımızın 2 si polip, 1 i lipomdur. Heller'in belirttiği gibi, Peutz-jeghers Sendromu çok nadir bir hastalıktır (8). Benign tümörlü olgularımızdan 1 i Peutz-Jeghers'dir.

1920-1960 seneleri arasındaki kaynakların gözden geçirilmesiyle görülmüştür ki, malign intestinal tümörlerin çoğunluğu ince barsakların distal bölümünde lokalizedir. Bizim olgularımızda bu duruma uymaktadır.

İnce barsak benign tümörlerinin % 15 i duodenum, % 25 i jejunum (özellikle yukarı 1/3 kısım), % 60 ı ileumda (özellikle alt 1/3 kısım) görülmektedir. Bizim bulgularımız da bu bilgilere uygundur.

İnce barsak tümörü bulunan olgularda büyük sıklıkla 2. bir neoplazm da mevcuttur. Rapor edilen 2. primer neoplazi insidensi % 17, 7-74 tür (17,23,24). Olgularımızda 2. bir primer neoplaziye rastlanmadı.

Çoğul ince barsak polipozisiyle adenokarsinomun birlikte oluşunun aşırı derecede nadir olabileceği bildirilmiştir (6). Goel, karsinoid tümörlü bir olguda çoğul iltihabi ince barsak polipozisi saptadıklarını rapor etmiştir. Bizim karsinoid tümörlü olgumuzda da çoğul ince barsak polipozisi mevcuttu.

Çoğul primer ince barsak karsinoid tümörü kaynaklarda % 30 oranındadır. Karsinoid tümörlü olgumuzda appendixte de multipl nodüller mevcuttu.

Tanıdaki gecikme cerrahi tedavi sırasında yaygın hastalık ile karşılaşmayla sonuçlanır. George (18), ameliyatta olguların % 43 ünde tümörün ince barsak duvarında sınırlı kaldığını, % 30 unda yerel lenf nodüllerinde yayılma gösterdiğini, % 27 sinde karaciğer, omentum ve diğer periton bölümlerine yayıldığını rapor etmiştir. Goel ve arkadaşları(6), tanı zamanında olguların 3/4 ünde yerel lenf nodülü veya uzak metastaz olduğunu bildirmiştir. Malign tümörlü olgularımızın 6 sında (% 42,86) tümör barsak duvarında sınırlı idi, 4 ünde (% 28,57) yerel lenf nodüllerinde, 4 ünde (% 28,57) diğer oluşumlarda metastaz vardı. Bu durum literatürdeki olgularla uygunluk göstermektedir.

Tedavi yöntemi ince barsak tümörünün tipine dayanmaktadır. (22) Malign tümörlerde lenf nodüllerini içine alacak şekilde yapılan geniş rezeksiyon en uygun tedavi yöntemidir, (1,6,9,12,19,23) Değişik otörler ince barsak malign tümörlü olgularının % 40-78 ine küratif cerrahi işlem yaptıklarını bildirmektedirler (22). Tablo 2 de olgularımıza yapılan cerrahi işlemler gösterilmiştir. Malign tümörlü olgularımızın 8 ine (% 57) uygulanan girişim radikaldir.

İnce barsak lenfomalarının tedavisinde kemoterapinin faydası şüphelidir. Ancak günümüzde palyatif olarak kullanılmaktadır (9,23). Lenfomalı olgularımızın 5 ine ameliyat sonrası kemoterapi uygulanmıştır.

İyi huylu tümörün tedavisi tümörün bulunduğu barsak segmentinin rezeksiyonu ve barsak anastomozudur. Ancak olgularımız komplikasyonla geldiğinden işlem geniş tutulmuştur.

Tumors of the Small Bowel (Analysis of the 18 cases)

S U M M A R Y

Eighteen patients with primary tumor of small bowel who were operated in our department between 1973 and 1983 were reviewed. Fourteen of these cases were malign and four were benign. The results were compared with literature.

K A Y N A K L A R

- 1- Bumin O: Sindirim Sistemi Cerrahisi. 1. Basım cilt 2, Ayyıldız Matbaası Ankara 1978, s: 5-12, 54-61
- 2- Colbert PM: Primary carcinoide of the ileum and rectum. Jama, 236: 2201-2203, 1976
- 3- Deck BK, Silberman H: Leiomyosarcomas of the small intestine. Cancer 44: 323-325, 1979

- 4- Freund H, Lavi A, Pfefferman R, ADurst AL: Primary Neoplasm of the small Bowel. Am J Surg 135:757-759, 1979
- 5- Godwin JD: Carcinoid Tumors. Cancer 36: 560-569, 1975
- 6- Goel IP, Dikolkar MS, Elias EG: Primary malignant tumors of the small Intestine. Surg Gynecol Obs 143: 717-1719, 1978.
- 7- Hawley PR, Monson BC, Ed. Maingot R: Maingot's Abdominal Operations. 6. Basım 2. Volüm, p: 1909-1919, 1979
- 8- Karakaş, K, Kesim M, Yandı M: Peutz-jeghers Sendromu. Atatürk Üni. Tıp Bülteni, 2: 137-141, 1979,
- 9- Kayabaşı B: İnce barsak malign tümörleri. Uzmanlık Tezi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İst. 1982
- 10- Loehr WJ, Mujahed Z: Primary lenfoma of the Gastrointestinal Tract. Ann of Surg 170: 232-238, 1969
- 11- Lowe WC: Neoplasms of the Gastrointestinal Tract. Henry Kimpton Publishers London, p: 125-144, 1972.
- 12- Mason GR, Ed. Sabiston DC: Christopher's Temel Cerrahi, Güven Kitabevi, 11. Basım, Cilt 2, s: 736-749, 1981
- 13- Morgan DF, Busuttil RW: Primary Adenocarcinoma of the small intestine. Am J Surg 143: 331- 333, 1977
- 14- Morgan JG, Marks C, Hearn D: Carcinoids Tumors of the Gastrointestinal Tract. Ann Surg, 180: 720, 1974
- 15- Nagov MS, Burrows L: Lenfomas of the Gastrointestinal Tract. 170: 221-230, 1969
- 16- Norberg KA, Emas S: Primary Tumors of the Small Intestine. Am J Surg, 135: 569-572, 1981
- 17- Peck JJ, Shildes AB, Boyden AM, Workin LAD, Nadal JW: Carcinoids of the ileum. Am J Surg, 146: 124, 1983
- 18- Sager FG: Primary Malignant Tumors of the Small Intestine. Am J Surg, 135: 601-603, 1978
- 19- Silberman H, Crichlow RW, Caplan RS: Neoplasms the Small Bowel. Ann Surg, 180: 157-161, 1974
- 20- Storer EH, Ed. Schawrtz S: Principles of Surgery, 4. Basım, p: 1175-1188, 1976
- 21- Sworn MJ, Reasbeck P, Buchanan R: Intestinal Ischemia assosciated with ileal Carcinoid Tumors. Br j Surg, 65: 313-315, 1978

- 22- Towb Sj, Greenwald RA, Morris Sj, Tedesco FJ: Recurrent intermittent Small Bowel Obstruction due to Carcinoid Tumor. *Jama* 239: 28686-2687, 1978
- 23- Treadwell TA, White RR: Primary Tumors of the Small Bowel. *Am j Surg* 130: 749-754, 1975
- 24- Williamson RC, Welch CE, Malt RA: Adenocarcinoma and Lymphoma of the small intestine *Ann surg.* 179: 172-178 1983
- 25- Wilson JM, Melvin DB, Gray GF, Thorbjarnarson B: Primary malignancies of the Small Bowel. *Ann Surg* 180: 175, 1974.
- 26- Zakaria YM, Quan SHQ, Hadju SI: Carcinoid Tumors of the Gastrointestinal Tract. *Cancer* 35: 588-591, 1975