

GASTRİK SCHWANNOMA

Dr. Mete KESİM (x)
Dr. A. Naki ULUSOY (x)

Ö Z E T

Bu yazımızda ameliyat öncesi orijini kesin olarak saptanamayan masif üst gastrointestinal sistem kanamalı iki olguda saptanan benign ve malign gastrik schwannoma sunulmuş ve tartışılmıştır.

Midenin nörojenik kaynaklı tümörleri oldukça nadir görülmektedir (1-4). Bu tümörlerin ekserisi kendilerini yalnızca kanama ile belli ederler. Bu yazımızda masif üst gastrointestinal sistem kanamasına yol açan birisi malign, diğeri benign özellikte iki adet gastrik schwannoma olgusu sunuldu. Nedeni aşikar olarak saptanamayan masif üst gastrointestinal sistem kanamalarında bu tümörlerin de düşünülmesi gereği vurgulandı.

OLGULAR

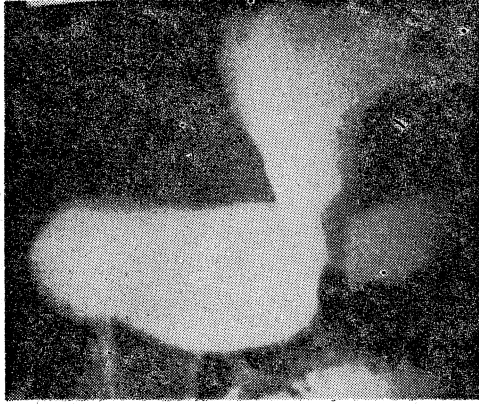
Olgu 1

58 yaşında erkek hasta. Kanlı kusma ve siyah renkte dışkılama yakınması ile hastanemize başvuran hastanın öyküsünden, daha önce hiçbir yakınması yokken 15 gün önce aniden kanlı kusmasının başladığı, takiben siyah renkli, az kıvımlı, kötü kokulu dışkalamasının olduğu bu yakınmalarla başvurduğu hastanede yatırılarak 12 ünite kan transfüzyonu yapıldığı, kanamasının devam etmesi üzerine hastanemize sevk edildiği öğrenildi.

Fizik incelemede, vücut sıcaklığı 36°C, nabız 110/dk, arteriyel kan basıncı 90/50 mmHg idi. Deri ve mukozalar soluktu. Rektal muayenede meleno tespit edildi. Sistem muayenelerinde patolojik bulgu yoktu.

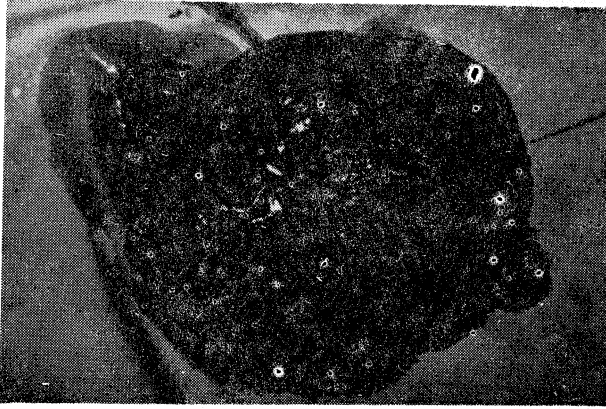
Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobın 4,5 gr/dl, hematokrit % 19, kan üre azotu 40 mg/dl, kreatinin 1,8 mg/dl, açlık kan şekeri 88 mg/dl, alkalen fosfa-

taz 38 Ü, SGOT 14 Ü, SGPT 17 Ü, total bilirubin 0,2 mg/dl, Na 137 mEq/L, K 4 mEq/L, Cl 100 mEq/L, Ca 7,9 mg/dl total plazma proteini 3,8 gr/dl albümin 2,1 gr/dl idi. Protrombin zamanı 22 sn (kontrol 14 sn), parsiyel tromboplastin zamanı 38 sn(kontrol 30 sn), kan grubu A, Rh. (+), HBsAg(—) idi. Baryumlu üst gastrointestinal sistem grafisinde midede büyük kurvatur tarafından tümörü telkin eden dolma defekti saptandı (Resim 1). Abdominal ultrasonografide epigastrium bölgesinde yaklaşık 12 cm çapında, kısmen heterojen eko özelliği gösteren solid kitle izlendi, diğer karın içi yapıları normal olarak değerlendirildi. Gastroskopide korpus bölümünde mide duvarının itildiği izlenimi veren üzeri kanlı nekrotik materyalle kaplı bir yapı gözlemlendi. Aktif kanama olduğundan yeterli inceleme yapılamadı, tarif edilen bölgeden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi yetersiz biyopsi olarak rapor edildi.

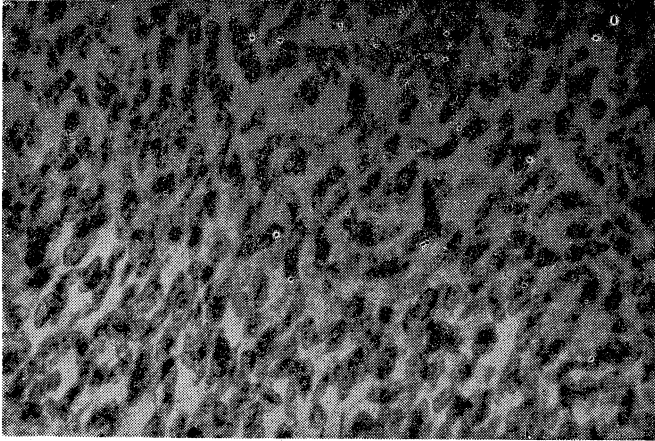


Resim 1. Olgu I'nin mide grafisinde büyük kurvatur tarafında tümörü telkin eden dolma defekti.

Klinik seyir ve tedavi; intravenöz sıvı, elektrolit, taze kan transfüzyonu ile sıvı, elektrolit dengesi sağlanan, hemoglobin düzeyi 10,5 gr/dl yükseltilecek ancak konservatif tedavi metodları ile kanaması devam eden hastaya acil koşullarda laparotomi yapılmasına karar verildi. Göbeküstü orta hat kesisi ile yapılan laparotomide karın boşluğunda 1.5 L ascide tespit edildi, midenin dilate olduğu, lümenin tamamına yakının tümöral kitle ile dolu olduğu izlendi, gastrotomi yapıldığında mide küçük kurvatur tarafında arka duvardan kaynaklanan lümeni dolduran 15x15 cm boyutlarında mobil, yüzeyi nekroze ve frajil tümöral lezyon saptandı. Kitle, civar sağlam mide dokusu ile birlikte eksize edildi. 900 gr ağırlığındaki (Resim 2) tümör dokusundan hazırlanan kesitlerin histopatolojik incelemesinde malign schowannoma tanısına varıldı (Resim 3). Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta postoperatif 10. gün taburcu edildi.



Resim 2. Olgu 1'den eksize edilen malign gastrik schwannomanın makroskopik görünümü



Resim 3. Malign schwannomanın histolojik görünümü. (H.E.X400)

Olgu 2

46 yaşında erkek hasta. Kanlı kusma ve siyah renkte dışkılama yakınması ile hastanemize başvuran hastanın öyküsünden altı gün önce karnının orta üst bölümünde şiddetli ağrının başladığı ertesi gün sabah siyah, az kıvamlı, kötü kokulu dışkılamasının olduğu, bu yakınmalarla yatırıldığı hastanede aynı gün kanlı kusmalarının olduğu, 4 gün aralıklı olarak kanamasının devam ettiği, 6 ünite kan transfüzyonu yapıldığı, kanamasının durmaması üzerine hastanemize sevk edildiği öğrenildi. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik incelemede; vücut sıcaklığı 36,8°C, nabız 125 /dk, arteriyel kan basıncı 100/60 mmHg idi. Deri ve mukozalar soluktu, deri turgor ve tonüsü azalmıştı. Kalp sesleri ritmik ancak taşikardikti. Karın muayenesinde epigastrium bölgesi

hassastı, bağırsak sesleri hiperaktifti, rektal muayenede meleno tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri normal sınırlarda idi.

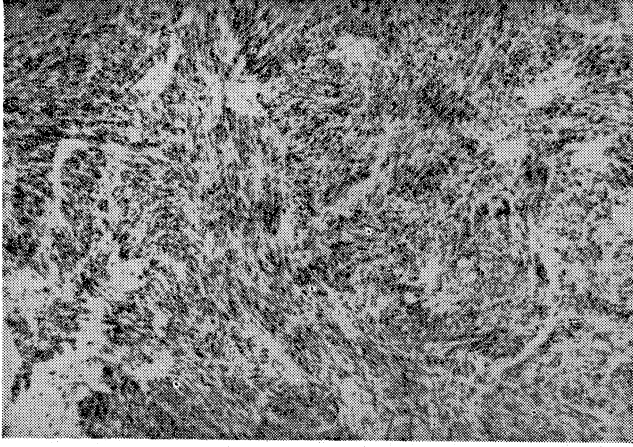
Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 6,6 gr/dl, lökosit 7600 mm³, hematokrit % 20 idi. Kan üre azotu 34 mg/dl, kreatinin, 1,7 mg/dl, serum elektrolitleri Na 122 mEq/L, K 3,2 mEq/L, Cl 96 mEq/L, Ca 8,7 mg/dl total plazma proteini 5 gr/dl, albümin 2,9 gr/dl idi. Karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. EKG'de arteriyel ve ventriküler ekstrasistoller saptandı. Kan grubu 0 Rh. (+) idi, HBsAg(—) idi.

Klinik seyir ve tedavi: Masif üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle yatırılan hastanın aktif kanaması buzlu serum fizyolojik, lavajı, parenteral H-2 reseptör blokleri, sedasyon, taze kan transfüzyonuna rağmen devam etti. Aktif kanama nedeni ile gastroskopide mide yeterli incelenemedi. Vücut sıvı, elektrolit dengesi sağlanan, toplam 7 ünite taze kan transfüzyonu ile hemogloblin düzeyi 10 gr/dl'ye yükseltilen hastanın hematemizi devam etmesi üzerine acil koşullarda laparotomi yapılmasına karar verildi. Laparotomide midenin dilate ve lümenin dolu olduğu gözlemlendi. Gastrotomi yapıldığında midenin proksimal bölümünde kardiyaya yakın, küçük kurvatur tarafında arka duvardan kaynaklanan 6x7 cm boyutlarında intramüral mide lümenine uzanan yüzü üzerinde kanayan iki adet 1 ve 1,5 cm çaplarında akut ve kronik ülser ihtiva eden tümöral lezyon saptandı (Resim 4). Kanama kontrolü yapıldıktan sonra lezyondan alınan biyopsi materyalinin dondurulmuş kesitlerinin incelemesi benign görünümlü periferik sinir kaynaklı neoplazm olarak rapor edildi. Bunun üzerine tümörün makroskopik sınırlarından 3-4 cm'lik normal mide dokusunu da içeren geniş lokal eksizyon ya-



Resim 4. Olgu 2'den eksize edilen benign schwannomanın makroskopik görünümü

pıldı. Cerrahi materyalin histopatolojik incelemesi benign gastrik schwannoma olarak rapor edildi (Resim 5). Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta postoperatif sekizinci gün taburcu edildi.



Resim 5. Benign schwannomanın histolojik görünümü (H.E. X100)

TARTIŞMA

Midenin submukozal tümörlerinin çoğu mide duvarının düz kas hücrelerinden kaynaklanırlar. Periferik sinir kaynaklı tümörleri ise çok nadirdir ve bunların miyojenik tümörlerden ayırt edilmeleri oldukça güçtür (1). Stout(2). midenin primer schwannomalarının son derece nadir olduğunu ve literatürde schwannoma olarak bildirilmiş tümörlerin önemli bir kısmının aslında leiomyomalar olduğunu iddia etmiştir. Günümüzde immünokimyasal ve ultrastrüktürel metodlarla bu submukozal gastrik tümörler incelendiğinde, yaklaşık yarısının nörojenik orijinli oldukları ortaya çıkmıştır(1). Midenin nörojenik orijinli tümörlerinin % 70'inin nöroblastomoma olduğu ve bu tümörlerin genellikle midenin distal bölümünde lokalize oldukları bildirilmiştir(5). Bu tümörler sinir kılıfı hücrelerinden kaynaklandıkları için schwannoma adını alırlar. Bizim olgularımızda tümörlerin midenin proksimal bölümünde arka duvardan kaynaklandıkları görülmüştür. Gastrik nörojenik tümörlerin % 25'ini nörofibromalar teşkil ederler ve bunlar çoğunlukla nörofibromatozis (von Recklinghausen hastalığı) ile birlikte görülürler(6). Bizim olgularımızda jeneralize fibromatozisi telkin eden bulgular yoktu. Nörojenik tümörlerin erişilene kalan % 5'ini ise sempatik sinir sistemi kaynaklı nöroblastoma ve periganglionöromalar teşkil ederler(3). Pack(7) bir olguda, ganglionöroma ve bir olguda da paragangliomoya rastladığını bildirmiştir. Tapp (8) ise mide arka duvarına lokalize bir ganglionöroblastoma olgusu rapor etmiştir.

Gastrik schwannomalarda abdominal ağrı, gastrik ülserasyon ve üst gastroin-testinal kanama en sık görülen klinik belirtilerdir(6). Nitekim daha önce hiçbir

gastrointestinal sistem yakınması olmayan iki olgumuzda da karın ağrısı ve masif üst gastrointestinal kanama ilk belirti olarak ortaya çıkmıştır.

Belirli bir neden saptanamayan masif üst gastrointestinal sistem kanamalarında midenin bu nörojenik orijinli tümörlerinin de akla getirilmesi araştırmacılarca da vurgulanmıştır(9). Burada sunduğumuz iki olgumuzda da daha önce herhangi bir yakınma belirlenmedi, klinik ve laboratuvar incelemelerinde kesin bir tanıya varılamadı. Konservatif yöntemlerle kanamanın durdurulamaması üzerine acil koşullarda yapılan laparotomide midede birinci olgumuzda malgin, diğerinde ise ülsere benign schwannoma tespit edildi.

Midenin nörojenik tümörlerin büyüklüklerinin çok değişik olabilecekleri belirtilmiştir(10). Warren(11), 780gr ağırlığında bir gastrik schwannoma olgusu rapor etmiştir. Sunduğumuz birinci olgumuzdaki malign schwannoma 15x15 cm boyutlarında ve 900 gr ağırlığında, ikinci olgumuzdaki benign schwannoma ise 6x7 cm boyutlarında ve 150 gr ağırlığında idi.

Bu tümörlerin cerrahi tedavisinde radikal girişimler yerine tümörle birlikte yeterli mide dokusunu içerecek şekilde eksizyon önerilmektedir(8). Her iki olgumuzda da tümörün makroskopik sınırlarından itibaren 3-4 cm'lik çevre mide dokusunu içerecek şekilde lokal eksizyon uygulandı. Olgularımız halen hayatta olup aralıklı yakın takipleri yapılmaktadır.

SUMMARY

GASTRIC SCHWANNOMA

The rare cases of massive upper gastrointestinal bleeding, solitary one benign, and one malign schwannoma of the stomach were presented.

Tumors were identified by emergency laparotomy. The importance of this study in cases of gastrointestinal bleeding without obvious cause is stressed.

KAYNAKLAR

1. Yagihashi, S., Kimura, M., Kurotaki, H., et al.: Gastric submucosal tumors of neurogenic origin with neuroaxonal and schwann cell element. J. Pathol. 153: 41-50, 1987.
2. Stout, A.P.: Tumors of the stomach. Atlas of tumor pathology Armed Forces of pathology, Washington D.C., 1953, Section 6, Fasc. 21: 30-49.
3. Rosai, J.: Gastrointestinal tract. In: Ackerman's Surgical Pathology, 6 the edn. St. Louis: C.V. Mosby, 1981, Chap. 10, 400.
4. Mazur, RA, Clark H.B.: Gastric stromal tumors,. Reappraisal of histogenesis. Am. J. Surg. Pathol. 7: 507-19, 1983.

5. Beard, R.J., Lee, E.C., Haysom, A.H., et al.: Non-carcinomatous tumors the stomach. *Br. J. Surg.* 55: 535, 1968.
6. Shackelford, R.T., Zuidema, G.D.: In *Surgery of the alimentary tract*. Second ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1981, 247.
7. Pack, G.T.: Unusual tumors of the stomach. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 114: 985-1011, 1964.
8. Tapp, E.: Ganglioneuroblastoma of the stomach. *J. Path. Bact.* 88: 79-82, 1964.
9. Nielsen, J.H., Geerdsen, J.P., Pedersen, V.M.: Bleeding schwannoma of the small intestine: A diagnostic problem, case report. *Acta. Chir. Scand.* 153: 39-42, 1987.
10. Ming, S.C.: Tumors of the esophagus and stomach. *Atlas of tumor pathology*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC. 1973, Fasc 7 pp. 248-9.
11. Warren, K.W., Wittman, C.J. Jr.: Neurilemmoma of the stomach appearing as an abdominal mass. Report of a case. *Lahey Clin. Found. Bull.* 17: 96-98, 1968.

5. Beard, R.J., Lee, E.C., Haysom, A.H., et al.: Non-carcinomatous tumors the stomach. *Br. J. Surg.* 55: 535, 1968.
6. Shackelford, R.T., Zuidema, G.D.: In *Surgery of the alimentary tract*. Second ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1981, 247.
7. Pack, G.T.: Unusual tumors of the stomach. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 114: 985-1011, 1964.
8. Tapp, E.: Ganglioneuroblastoma of the stomach. *J. Path. Bact.* 88: 79-82, 1964.
9. Nielsen, J.H., Geerdsen, J.P., Pedersen, V.M.: Bleeding schwannoma of the small intestine: A diagnostic problem, case report. *Acta. Chir. Scand.* 153: 39-42, 1987.
10. Ming, S.C.: Tumors of the esophagus and stomach. *Atlas of tumor pathology*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC. 1973, Fasc 7 pp. 248-9.
11. Warren, K.W., Wittman, C.J. Jr.: Neurilemmoma of the stomach appearing as an abdominal mass. Report of a case. *Lahey Clin. Found. Bull.* 17: 96-98, 1968.