Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Rekürren Saplı Özofagus Leiomyomu: Nadir Görülen Bir Olgunun Sunumu

Fatih TUNCA[1], Yasemin GİLES[1], Serdar TEZELMAN[1], Günter HAFIZ[2], Burak ERTAŞ[2], Hüseyin BAKKALOĞLU[1], Tarık TERZİOĞLU[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, [2]Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Bu yazıda 40 yaşında bir erkek hastada saptanan ve çok nadir olarak görülen üst servikal özofagus kaynaklı rekürren uzun saplı leiomyom olgusu sunulmaktadır.Yaklaşık 3 aydır devam eden ilerleyici yutma güçlüğü şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın yapılan özofagus pasaj grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve endoskopik incelemesinde hatalı olarak torakal özofagusta, özofagus duvarının sağ tarafında yerleşmiş düzgün yüzeyli submukozal lezyon saptandı. Lezyonun proksimale yerleşmiş olan pedikülü kullanılan yöntemler ile doğru tanı konulmasına engel olarak cerrahi girişimi komplike hale getirdi ve sonuç olarak cerrahi girişimle bulunamayan lezyonun ağız içine regürjite olduğu saptanarak endoskopik olarak çıkarıldı. Histopatolojik tanısı selim leiomyom olmasına rağmen ilk girişimin 2. yılında aynı bölgede lokalize yeni bir saplı leiomyom saptanarak yeniden endoskopik olarak çıkarıldı. Bu olgu litertürde çok nadir görülmesi ve eğitici olması nedeniyle sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Saplı özofagus leiomyomu, nüks, endoskopik rezeksiyon

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2005; 12(1): 37-42

Summary

Recurrence of esophageal pedunculated leiomyoma: a rare case report

In this case report, a very rare patient with a long pedunculated leiomyoma of proximal cervical esophagus was presented. A 40 year old male patient admitted with a complaint of progressive dysphagia for 3 months. The barium swallow, computerized tomography (CT) and endoscopy were misdiagnosed the lesion as a right sided submucosal mass of thoracal oesophagus. Proximal localization of the pedicle hampered the appropriate diagnosis of the lesion and resulted in a more complicated course of surgical intervention. Finally lesion was resected endoscopically by snare electrocoagulation. Although the histologic diagnosis was benign leiomyoma, recurrence developed two years after the first operation, necessitating a second operation.

Key words: Pedunculated oesophageal leiomyoma, recurrence, endoscopic resection

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2005; 12(1): 37-42

Geliş tarihi : 28 Ocak 2005

© 2005 Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği

İletişim adresi: Dr. Fatih Tunca
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD
Çapa 34390 İstanbul
Tel: (0212) 414 20 00
e-posta: drfatihtunca@yahoo.com

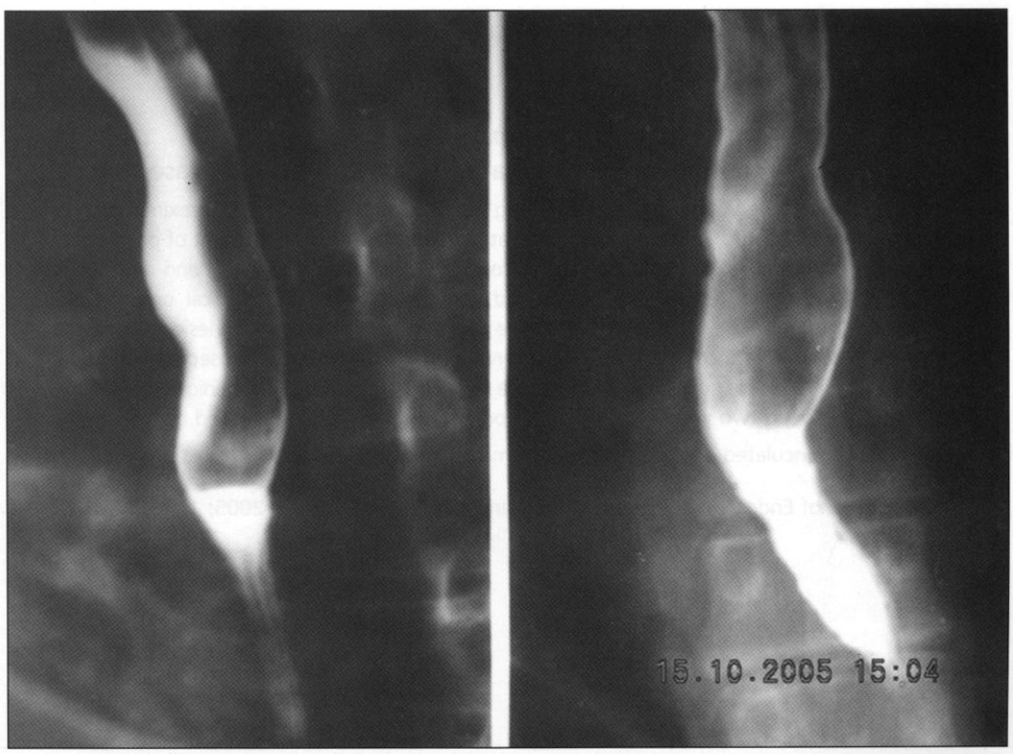
Giriş

Leiomyomlar özogafusun en sık görülen selim tümörleridir ve özofagus kaynaklı selim neoplazilerin yaklaşık %70'ini oluştururlar.[1] Tipik olarak özofagus kanserlerine oranla çok daha genç hastalarda görülürler.[1] Sıklıkla asemptomatik olmalarına ve rastlantısal olarak saptanmalarına rağmen disfaji, ağrı ve kanamaya neden olabilirler.Leiomyomların yaklaşık %90'ı orta ve distal özofagusun iç sirküler halkasından kaynaklanmaktadır.[2] Histolojik olarak ise leiomyomların %95'inden fazlası muskularis propriadan kaynaklanır ve intramural gelişim paterni gösterirler. Muskularis mukoza tabakasından kaynaklanan saplı ve polipoid formlar ise çok nadir olarak görülmektedir.[3] Literatürde saplı leiomyomlarla ilgili sadece 2 olgu bildirilmiştir.[4,5]

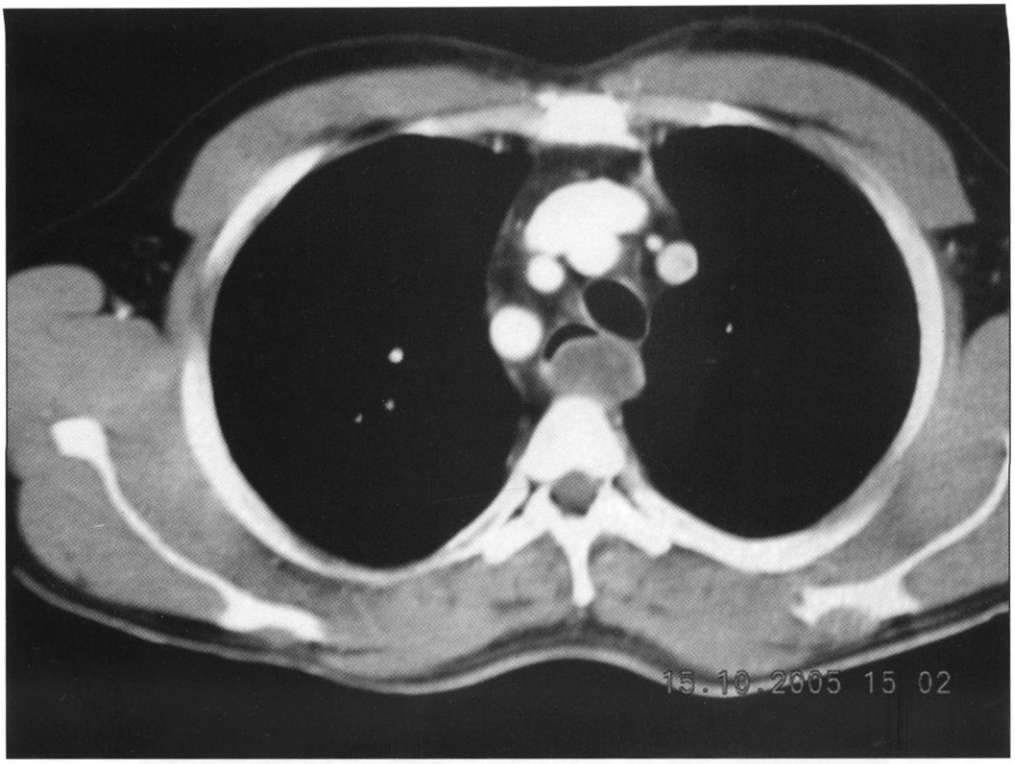
Bu yazıda, servikal özofagusun hipofaringeal segmentinden kaynaklanan tekrarlayıcı saplı leiomyomlar nedeniyle tedavi edilen bir hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

40 yaşında erkek hasta kasım 2002'de disfaji şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde özellikle katı gıdalara karşı olan ve yaklaşık 3 aydır devam eden disfaji saptandı. Hastada kilo kaybı mevcut değildi. Hastanın yapılan fizik muayenesi normaldi. Yapılan tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlar içindeydi. Çekilen baryumlu özofagus pasaj grafisinde üst torakal bölgede özofagusun sağ duvarına lokalize düzgün yüzeyli doluş defekti saptandı (Resim 1). Endoskopik incelemede ağız içi ve farinks normal, özofagusta dişlerden itibaren 20. cm'den başlayan ve 28. cm'ye kadar uzanan düzgün yüzeyli submukozal lezyon saptandı. Endoskopi sırasında biopsi yapılmadı. Servikal ve torakal bölgeyi içine alan BT incelemesinde, üst torakal özofagustan kaynaklanan lümene doğru protrüze olmuş 4x3x2 cm boyutlarında düzgün yüzeyli kütle saptandı (Resim 2). Ameliyat öncesi yapılan radyolojik ve endoskopik



Resim 1
Baryumlu özofagus pasaj grafisinde lezyonun görünümü

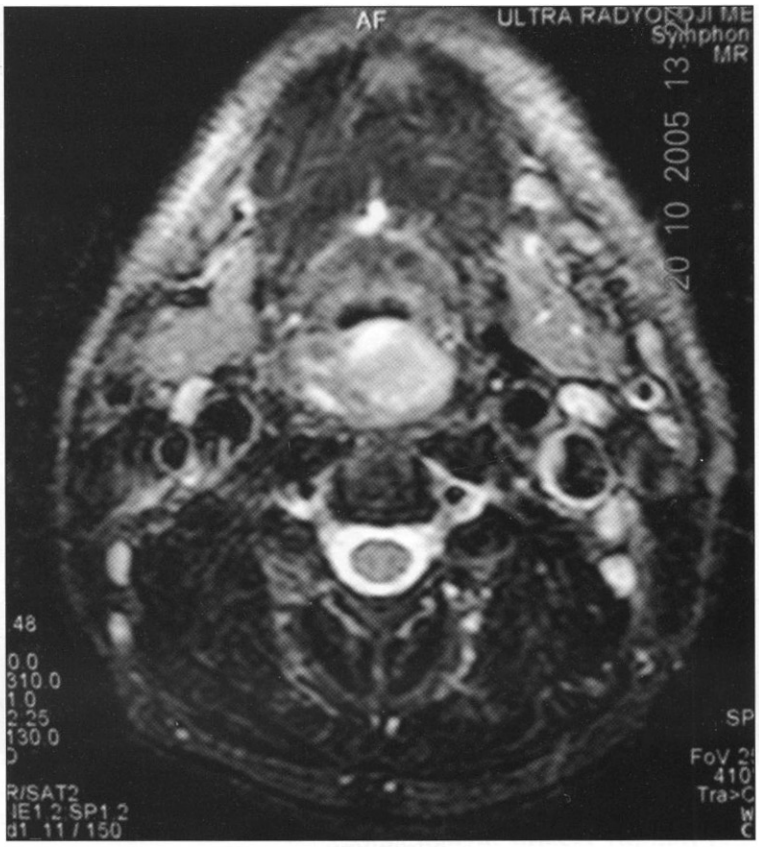


Resim 2
BT'de üst torakal bölgede lezyonun (lümene protrüze olmuş düzgün yüzeyli kütle) görünümü

incelemelerin sonucu olarak kütlenin torakal özofagus kaynaklı bir leiomyom olduğu düşünülerek cerrahi girişim planlandı.

Hasta ameliyata alınarak sağ torakotomi yapıldı. Eksplorasyonda torakal özofagusun tamamen normal olduğu ve özofagus kaynaklı bir tümöre ait herhangi bir bulgu olmadığı saptanması üzerine sol servikotomi yapılarak servikal özofagus eksplore edildi. Ancak servikal eksplorasyonda da özofagusun tamamen normal olduğu ve özofagus kaynaklı bir kütle olmadığı görüldü. Bu aşamada peroperatuar endoskopik inceleme yapılmasına karar verildi. Endoskopik incelemede kütlenin servikal özofagusun hipofaringeal segmentinden kaynaklan saplı bir lezyon olduğu ve muhtemelen ameliyat sırasında verilen pozisyona bağlı olarak ağız içine doğru yer değiştirdiği görüldü. Kütle sapı snare ile koagüle edilerek endoskopik olarak eksize edildi. Ameliyat sonrası çekilen özofagus pasaj grafisi tamamen normaldi. Histopatolojik inceleme sonucu selim leiomyom olarak bildirildi. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine hasta ameliyat sonrası 10. günde taburcu edildi.

Hasta yıllık olarak endoskopi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile takip edildi. Ameliyat sonrası birinci yılda hasta asemptomatikti ve endoskopi ve MRG'de patolojik bulgu saptanmadı. Ameliyatın 24. ayında hastada yeniden disfaji gelişmesi üzerine MRG yapıldı. MRG'de hipofarinksin arka duvarından kaynaklanan ve laringeal girimi daraltan nodüler lezyon saptandı (Resim 3). Endoskopik incelemede lezyonun bir öncekine benzer şekilde saplı bir kütle olduğu görülerek lezyon endoskopik olarak çıkarıldı (Resim 4). Histopatolojik inceleme ile bu ikinci lezyonunda saplı selim bir leiomyom olduğu saptandı. Hasta ikinci ameliyatından sonraki bir yıl içinde semptomsuz olarak takip edildi.

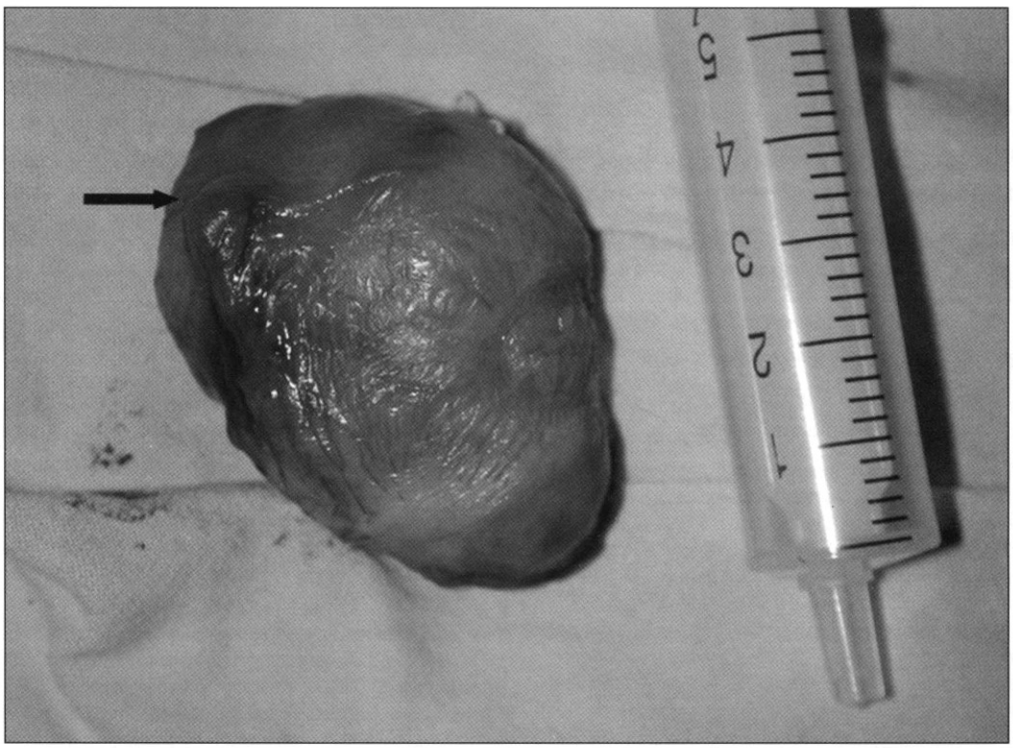


Resim 3
Hipofarinks kaynaklı nüks lezyonun manyetik rezonans görüntüsü

Tartışma

Leiomyomlar özofagusun en sık görülen mezenkimal selim tümörleridir ve selim özofagus tümörlerinin yaklaşık 2/3'ünü oluştururlar.[1] Tipik olarak genç hastalarda görülürler. Tanı yaşı genellikle 20 ile 50 arasındadır ve erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha sık olarak görülürler.[1] Özofagus leiomyomu olan hastaların en az %50'si asemptomatiktir ve başka nedenlerle yapılan pasaj grafisi veya endoskopik inceleme sırasında rastlantısal olarak saptanırlar.[2] Disfaji ve ağrı en sık semptomlar olmakla birlikte hastaların sadece %45'inde görülürler. Hava yolu tıkanması, tekrarlayıcı pnömoni ve kanama ise özofageal leiomyomlarla ilişkili nadir görülen semptomlardır.[6]

Özofagus leiomyomlarının %95'i muskularis propria tabakasından kaynaklanır ve intramural bir büyüme paterni gösterir fakat nadir olarak mukoza (muskularis mukoza) tabakasından kaynaklanan ve saplı ve ya polipoid tarzda büyüme gösteren formlara da rastlanılmaktadır.[3] Özofageal leiomyomların %90'na yakını düz kas hücrelerinin baskın olduğu orta ve alt özofagustan kaynaklanırken sadece %10'u çizgili kas hücrelerinin baskın olduğu üst özofagustan kaynaklanmaktadır.[2] Özofagus leiomyomları genellikle baryumlu pasaj grafisinde düzgün yüzeyli doluş defekti saptanması ile tanınırlar.[2] Benzer şekilde endoskopi ile de normal görünümlü mukoza ile kaplı submukozal lezyon olarak görülürler. Endoskopi ile lezyonun lokalizasyonu genellikle doğru olarak saptanmasına rağmen sunduğumuz olguda olduğu gibi özofagusun hipofaringeal segmentinden köken alan uzun saplı lezyonlar endoskopist için yanıltıcı olabilirler ve farklı bir bölgenin saplı olmayan leiom-



Resim 4
Endoskopik olarak çıkarılan yaklaşık 4 cm çaplı saplı (okla işaretli kısım) lezyon

yomu olarak yanlış lokalize edilebilirler.[2] BT, endoskopi ve baryumlu pasaj grafisinden farklı olarak kütlenin yayılımı ve çevre organlarla ilişkisine yönelik yararlı bilgiler verebilmesine rağmen lezyonun özofagus duvarının hangi katmanından kaynaklandığına, solid ya da kistik olduğuna dair kesin bir bilgi sağlayamamaktadır.[2] Sunduğumuz olguda olduğu gibi saplı leiomyomlar BT'de intramural lezyonlar şeklinde yorumlanabilir.

Literatürde saplı leiomyomlarla ilgili sadece 2 olgu bulunmaktadır.[4,5] Grupta ve arkadaşları 1998 yılında özofagusta dilatasyona yol açan 20 cm uzunluğunda saplı leiomyomu bulunan ve transhiatal özofajektomi ile tedavi edilen bir hastayı bildirmişlerdir. İkinci olgu ise Kuo ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yayınlanmıştır. Bu yazıda rastlantısal olarak difüz leiomyomatozis ve saplı polipoid leiomyom saptanan ve endoskopik olarak tedavi edilen bir hasta sunulmaktadır. Kuo ve arkadaşları yazılarında özofageal leiomyomlarda ki tanı zorluklarından bahsetmiş ve sonuç olarak endoskopik ultrasonografinin saplı leiomyomlar ve difüz özofageal leiomyomatozis tanısında daha faydalı olduğunu bildirmişlerdir.

Sunduğumuz hipofarinks kaynaklı uzun saplı leiomyom olgusu çok nadir görülen bir leiomyom formudur. Literatürde ki diğer olgular gibi bizim hastamızda da tanıda zorluklar yaşandı ve kütlenin proksimal yerleşimli sap kısmı lezyonun doğru lokalize edilmesini engelleyerek hastaya komplike bir cerrahi girişim uygulanmasına neden oldu. Hastanın takibi endoskopi ve yumuşak dokuları daha iyi değerlendirlmesi nedeniyle MRG ile yapıldı. Histolojik tanı selim leiomyom olmasına rağmen, hastada ilk girişimden 2 yıl sonra aynı bölgeden kaynaklanan ikinci bir lezyon saptandı ve endoskopik olarak eksize edildi.

Sonuç olarak, özofagus leiomyomları nadir görülen patolojik antiteler olmakla birlikte leiomyomların saplı formları çok daha ender olarak görülmektedir. Özellikle proksimalde yerleşmiş saplı lezyonların ameliyat öncesi endoskopi ve diğer

radyolojik tanı yöntemleri ile gösterilmesinde zorluklar olabilir. Lezyonların natürünün ameliyat öncesi dönemde belirlenmesinde yaşanan zorluklar cerrahi girişimleri komplike hale getirebilir. Özofagus leiomyomları her ne kadar selim lezyonlar olsalarda nadir olarak nüks görülmesi nedeniyle ömür boyu takip gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Seremetis MG, Lyons WS, De Guzman VC, Peabody JW Jr. Leiomyomata of the oesophagus: an analysis of 838 cases. *Cancer* 1976, 38: 2166-77.
2. Spechler SJ, Waxman I. Eosophageal leiomyomas. *Curr Treat Op in Gastroenterol* 2000; 3: 71-6.
3. Massari M, Lattuada E, Zappa MA, et al. Evaluation of leiomyoma of the oesophagus with endoscopic ultrasonography. *Hepatogastroenterology* 1997; 44: 727-31.
4. Grupta NM, Dhavan S, Bambery P, Goenka MK. Pedunculated large leiomyoma of oesophagus. *Indian J Gastroenterol* 1998; 17: 159.
5. Kuo MJ, Yeh HZ, Chen GH, Jan YJ. Diffuse oesophageal leiomyomatosis with a pedunculated polyp. *J Gastroenterol* 2004; 39: 1205-6.
6. Rendina EA, Venuta F, Pescarmona EO et al. Leiomyoma of the oesophagus. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 24: 79-82.