

# İnce Barsağın Primer Neoplazileri

## PRIMARY NEOPLASIA OF SMALL INTESTINE

Dr.Oskay KAYA, Dr.Gaye Ebru NECİPOĞLU, Dr.Zafer ERGÜL,  
Dr.Adnan BULUT, Dr.Alper Bilal ÖZKARDEŞ, Dr.Duray ŞEKER

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

### ÖZET

**Amaç:** Gastrointestinal sistem tümörleri içinde oldukça ender görülen primer ince barsak yerleşimli olgularda klinik deneyimimizi aktarmak.

**Durum Değerlendirmesi:** Primer ince barsak neoplazileri çok farklı belirti ve bulgularla karşımıza çıkabilmektedir. Bu klinik tablolar, gastrointestinal sistemin diğer bölümlerinde ve daha sık rastlanan hastalıklar ile gastrointestinal sistem dışı hastalıklarda daha önce akla gelmektedir. Bu durum, ayırıcı tanıda haklı zaman ve para kaybına neden olmaktadır.

**Yöntem:** Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniğine 1990 ile 1995 yılları arasında çeşitli nedenlerle başvuran ve sonunda opere edilerek primer ince barsak neoplazisi tanısı alan 15 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Çıkarımlar:** Olgularımızın 7'si erkek, 8'i kadın olup en genci 22, en yaşlısı 75 yaşında ve yaş ortalaması 46 idi. Bunların içinde 6 lenfoma, 5 adenokarsinom, 3 leiomyom ve 1 leiomyosarkom bulunmaktadır. Hastalarımızda en sık görülen belirtiler; karın ağrısı, halsizlik ve kilo kaybı idi. Klinik olarak abdominal kitle, barsak obstrüksiyonu, gastrointestinal sistem kanaması, invajinasyon ve perforasyon gibi çok çeşitli tablolar karşımıza çıkmıştır. Lenfomaların en sık yerleşim yeri ileum, adenokarsinomların duodenum, leiomyomların ileum ve tek leiomyosarkom olgumuzun ise ileum olarak saptanmıştır. Preoperatif tanı yöntemi olarak uygun olgularda üst/alt gastrointestinal sistem endoskopisi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, opak maddelerle pasaj grafisi, anjiyografi yapılmıştır. Hastalarımızın 11'ine küratif, 4'üne palyatif cerrahi girişimler uygulanmış; postoperatif adjuvan tedavileri ilgili onkoloji birimleri ile birlikte yürütülmüştür.

**Sonuçlar:** Primer ince barsak neoplazisi tanısını preoperatif olarak koymak çok zordur. Bu olgular gastrointestinal sistem ile ilgili çok çeşitli belirti ve bulgularla karşımıza çıkabildiği gibi tamamen atipik tablolarla da karşılaşılabilir. Klinisyenin en azından akılda bulundurması zaman ve para kaybını azaltmada yararlı olacaktır. Primer ince barsak neoplazilerinde tedavi için ilk seçilecek yöntem rezeksiyon olmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Primer neoplazi, ince barsak

### SUMMARY

Primary small intestine neoplasia can present with various signs and symptoms. As these symptoms can also be seen in other common disorders of the gastrointestinal tract, they can lead to misdiagnosis. Therefore, this situation causes time and money loss. In this study, we retrospectively evaluated 15 patients who had the diagnosis of primary small intestine neoplasia and were operated in 3<sup>rd</sup> Surgical Clinic of Ankara Social Security Hospital between 1990 and 1995. There were 7 men, 8 women and the mean age was 46. There were 6 lymphomas, 5 adenocarcinomas, 3 leiomyomas and 1 leiomyosarcoma. The most common symptoms were abdominal pain, weakness and weight loss. Clinically, various findings as abdominal mass, intestinal obstruction, gastrointestinal bleeding, invagination and perforation were seen. Lymphomas were most commonly found in ileum, adenocarcinomas in duodenum, leiomyomas in ileum; and the only leiomyosarcoma was localized in ileum. Preoperatively, gastrointestinal endoscopy, ultrasonography, computed tomography, serial passage examination, angiography were done in appropriate cases for diagnosis. Radical resections could have been performed in 11 cases and palliative procedures were available in 4 cases.

Postoperative adjuvant therapies were managed together with related oncology units. As a result, preoperative diagnosis of primary small intestine neoplasia is very difficult. These cases can either present with nonspecific signs and symptoms of gastrointestinal tract, or with very uncommon clinic forms. The clinician should always keep this in mind to avoid time and money loss. Resection is the first choice for the treatment of primary small intestine neoplasia.

**Keywords:** Primary neoplasia, small intestine

İnce barsaklar, tüm gastrointestinal kanalın uzunluk olarak %75'ini ve mukozal yüzey olarak da %90'ını oluşturmasına rağmen; bütün gastrointestinal tümörlerin %5'i ve malign lezyonların ancak %2'si buradan gelişir. Görülme insidansı çeşitli çalışmalarda farklı bildirilmekle beraber, primer ince barsak neoplazilerine kolon neoplazilerinden yaklaşık 40 ile 60 kez daha az rastlanıldığı tahmin edilmektedir. Nadir görülmeleri, tanı ve tedavilerinde güçlüklerle karşılaşılmasına yol açmaktadır (1). İnce barsakta bakteri yoğunluğunun düşük olması, böylece mikroorganizmaların ürettiği karsinojenlerle mukozal temasın azalması, ince barsak pasajının hızlı olması, içeriğin sıvı ve alkalen olması, ince barsak mukozasında yüksek benzopiren hidroksilaz ve duvarında yüksek miktarda immunglobulin A bulunması da karsinogenezisi azaltan faktörler olarak düşünülmektedir (2).

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda 5 yıllık süre içinde hastanemiz 3. Genel Cerrahi Kliniğinde opere edilerek primer ince barsak neoplazisi saptanan 15 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Hastalarımızın 7'si erkek, 8'i kadın olup en genci 22, en yaşlısı 75 yaşında ve yaş ortalamaları 46'dır. Lenfoma 6 vaka (%40), adenokarsinom 5 vaka (%33.3), leiomyom 3 vaka (%20) ve leiomyosarkom ise 1 vaka (%6.7) olarak karşımıza çıkmıştır (Şekil 1).

En sık görülen semptom karın ağrısı olup hastaların %80'inde bulunmaktadır. Batında kitle ile gelen 4 vakanın 3'ünde kitlenin orijini tespit edilememiş ve preoperatif kesin tanı koymak mümkün olamamıştır. Biri invaginasyon olmak üzere 5 vakada ileus gelişmiş, gastrointestinal sistem kanaması ile gelen 2 vaka, ince barsak perforasyonu olan 1 vaka operasyona alınmıştır (Tablo 1).

Preoperatif tanı yöntemi olarak; üst gastrointestinal sistem endoskopisi ile duodenum yerleşimli 4 adenokarsinom vakasına kesin teşhis konulabilmektedir. Rektal kanama ile gelen

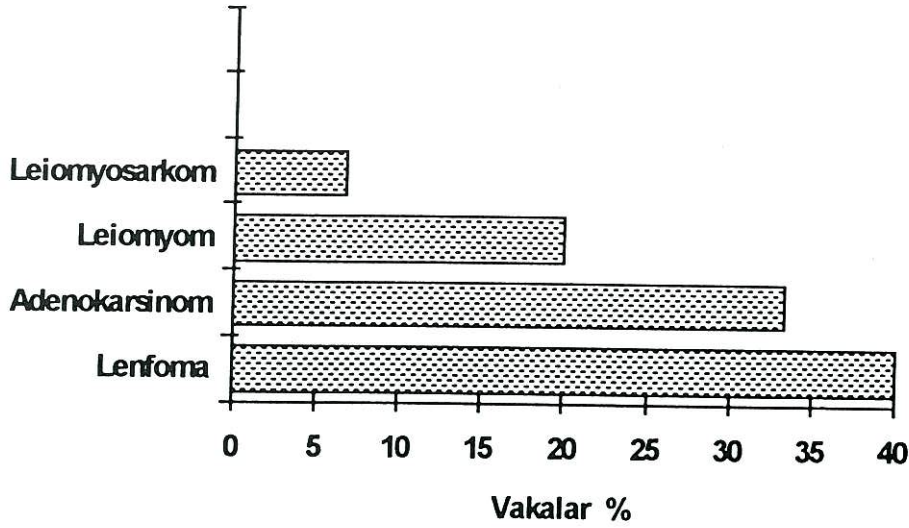
bir hastamızda kanama orijini inferior mezenterik anjiyografide ileum olarak saptanmış, bunun üzerine operasyona alınmıştır. Bu hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopi yapılmış; patoloji bulunamamış; abdominal USG ve BT'de batında kitle saptanmış; ince barsak pasaj grafisi sonuç vermemiştir. Bu vakamızın patoloji sonucu leiomyosarkom olarak gelmiştir. Diğer üst gastrointestinal sistem kanamalı vakamıza acil şartlarında anjiyografi yapılamamış, kanama orijininin duodenumdaki leiomyom olduğu laparatomide saptanmıştır. Diğer vakalarımızda abdominal USG ve BT batın içi kitleleri tespit edebilmiş ancak orijinleri hakkında yararlı olmamıştır. İnce barsak pasaj grafisi çekilen 4 vakanın 2'sinde tanıya gidilebilmiştir. Genelde, vakalarımızda yerleşim yeri olarak 9 vaka (%60) ile ileum başta gelmekte, bunu 5 vaka (%33.3) ile duodenum takip etmektedir. Lenfomaların en sık lokalizasyonu ileum olup, 6 lenfoma vakasının 5'inin (%83.3) ileum yerleşimli olduğu saptanmıştır. Adenokarsinomlu vakalarda ise %80 oranında duodenum, %20 oranında ileum tutulmuştur. Leiomyomlu vakaların 2'si ileum (%66.7), 1'i duodenum yerleşimli; leiomyosarkom saptanan tek vakamız da ileum yerleşimlidir.

**Tablo 1. İNCE BARSAGIN PRİMER NEOPLAZİLERİNDE GÖZLENEN SEMPTOM VE BULGULAR**

Semptom ve Bulgular	Hasta Sayısı	%
Karın ağrısı	12	80
Kilo kaybı, halsizlik	8	53.3
Obstrüksiyon bulguları	5	33.3
Palpabl kitle	4	26.7
GİS kanaması	2	13.3
Sarılık	2	13.3
Perforasyon tablosu	1	6.7

Vakalarımızın %73.3'üne küratif, %26.7'sine ise palyatif girişimler uygulanmıştır.

Duodenuma ait olan lezyonlardan biri; duodenum 4. kıtadan köken alan, lümeni tam tıkamamış, çevreye invazyonu bulunan büyük bir ade-



Şekil 1. Vakaların yüzde olarak dağılımı

nodüler adenokarsinom vakasıdır. Bu vakanın laparatomisinde gastroenterostomi ve biopsi yapılabilmektedir. Diğer 2 vaka ise; biri duodenum 2. kıtada, diğeri 4. kıtada yerleşmiş, yine çevre dokulara invazyonu bulunan, ayrıca peritonda metastaz saptanmış adenokarsinom vakalarıdır. Bu hastalara da gastroenterostomi yapılmıştır. Duodenum 2. kıtada yerleşim gösteren bir diğeri vakamız rezeksiyona müsait olup bu vakaya radikal pankreatikoduodenektomi yapılmıştır. Duodenum 3. kıta yerleşimli, massif üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle acil laparotomi yapılan ve burada saptanan düzgün sınırlı kitlenin total olarak eksize edildiği vakanın patoloji sonucu ise leiomyom olarak gelmiştir ( Tablo 2 ).

Tablo 2. DUODENUM YERLEŞİMLİ OLGULAR

Tip	Yerleşim Yeri	Yapılan
Adeno ca	4.kıta	Gastroenterostomi
	2. kıta	Gastroenterostomi
	4. kıta	Gastroenterostomi
	2. kıta	Whipple
Leiomyom	3. kıta	Eksizyon

Jejunumda yerleşim gösteren tek lenfoma vakasına parsiyel jejunum rezeksiyonu ve anastomoz yapılmıştır ( Tablo 3 ).

Ileum yerleşimli 9 vakanın 5'i lenfoma, biri adenokarsinom, 2'si leiomyom, biri leiomyosar-

komdur. Bunlardan 2'si ileoçekal valvin 20 ve 60 cm proksimaline yerleşen, birinde lümeni tam tıkayarak ileusa yol açan, diğeri ise perforasyon saptanan lenfoma vakalarıdır. Terminal ileum yerleşimli 2 vakanın biri, serozayı aşmış ülser hipertrofik adenokarsinom ve diğeri yine obstrüksiyona yol açan lenfomadır. Bunlara rezeksiyon ve anastomoz uygulanmıştır. Diğer bir vakamız ise NHL tanısı ile kemoterapi almakta iken, batındaki dev kitlenin eksizyonu için operasyona alınmıştır. Ancak ileumdan köken alan bu kitlenin, kolon mezosu, pankreas, dalak hilusu, mide büyük kurvatur ve retroperitona kadar infiltrasyon göstermesi nedeniyle ancak parsiyel eksizyonu mümkün olabilmiştir ( Tablo 4 ).

Tablo 3. JEJUNUM YERLEŞİMLİ OLGU

Tip	Yapılan
Lenfoma	Rezeksiyon

Tüm vakalarımız cerrahi girişim sonrası onkoloji birimleri ile konsülte edilerek adjuvan tedavileri planlanmıştır.

## TARTIŞMA

İnce barsağın primer neoplazileri, tüm gastrointestinal sistem neoplazilerinin sadece % 5'ini ve tüm gastrointestinal sistem malignitelerinin

% 1 ile 2'sini oluşturmaktadır (2). Primer ince barsak neoplazileri bütün yaşlarda karşımıza çıkabilmekle birlikte, ortalama başlangıç yaşı 59 olarak bildirilmiştir (3). İnsidans kadın ve erkekte, hem benign hem malign tümörlerde eşit olarak bulunmuştur (2).

**Tablo 4. İLEUM YERLEŞİMLİ OLGULAR**

Tip	Yerleşim Yeri*	Yapılan
Lenfoma	20 cm	Rezeksiyon
	60 cm	Rezeksiyon
	Terminal ileum	Rezeksiyon
	Terminal ileum	Rezeksiyon
Adenokarsinom	Bütün ileum	Parsiyel rezeksiyon
	Terminal ileum	Rezeksiyon
Leiomyom	50 cm	Rezeksiyon
	50 cm	Rezeksiyon
Leiomyosarkom	70 cm	Rezeksiyon

\*: İleoçekal valvden proksimale doğru uzaklık

İnce barsağın en sık görülen benign tümörleri adenom ve leiomyomlardır. Malign tümörleri arasında en sık görülenler ise adenokarsinom, karsinoid tümör ve leiomyosarkomlardır (4). Adenokarsinomlar tüm ince barsak malignitelerinin hemen yarısına yakınına oluştururken (2); sarkomlar %25'inden azını oluşturmaktadırlar (5). Klasik bilgi olarak çocuklarda en yaygın ince barsak malignitesi lenfomadır; yaş ilerledikçe lenfomanın görülme insidansı azalmaktadır (6). Ancak Taggart ve Mestel'in serilerinde, ince barsak neoplazilerinde ilksırayı lenfomalar almaktadır (7). Kyriacou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, Orta Doğu'da gastrointestinal sistem lenfomalarının, nodal lenfomaya göre daha sık görüldüğü ve intestinal lenfomalarının önemli yer kapladığı belirtilmiştir (8). Bizim serimizde de lenfomalar en sık (%40) olarak karşımıza çıkmıştır.

İnce barsağın primer neoplaziler içinde benign lezyonlar genellikle asemptomatiktir. Malign lezyonlarda ise hastaların çoğunda semptomlar gözlenir. En sık karşılaştığımız semptomlar ağrı, obstrüksiyon, gastrointestinal sistem kanaması ve perforasyon; bazen ele gelen kitle, kilo kaybı ve anemidir. Benign ince barsak lezyonları lümen içi kitle oluşturmalarından dolayı invajinasyona da neden olabilirler (2). Bizim vakalarımızda %80 oranında karın ağrısı, %53.3'ünde kilo kaybı ve halsizlik, %26.7'sinde ele gelen kitle, %26.7'sinde obstrüksiyon bulguları, %13.3'ünde gastroin-

testinal sistem kanaması, %13.3'ünde sarılık, %6.7'sinde perforasyon ve yine %6.7'sinde invajinasyon gözlenmiştir. Literatürde özellikle kemoterapi gören lenfomalı hastalarda %20 ile 25'e varan oranda perforasyon bildirilmiştir (9). Lenfomalı altı vakamızdan jejunum yerleşimli bir hastada ve ileum yerleşimli üç hastada belirgin kilo kaybı, diyare ile malabsorpsiyon semptomları vardı. Bu vakalardan üçü high grade, biri low grade B hücreli, ileum yerleşimli iki vaka ise Akdeniz tipi lenfoma olarak rapor edilmiştir.

Doğru preoperatif teşhis hastaların ancak üçte birinde mümkün olabilmektedir. Karsinoid tümörlerde gözlenen 5-HIAA yüksekliği dışında spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Hafif derecede anemi, obstrüksiyona bağlı hiperbilirubinemi, malign tümörlerde CEA yüksekliği ve hepatik metastazlarda karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma gözlenebilir. İnce barsak pasaj grafisi en yararlı teşhis yöntemlerinden biridir; ince barsağın malign neoplazilerinde %50 ile 70 oranında doğru sonuç verebilmektedir. Adenokarsinomlar anüler tarzda bir daralmaya yol açarken, lenfomaların daha uzun segmentleri tuttuğu gözlenmiştir. Leiomyom ve leiomyosarkomlar çok büyük kitleler olarak gözlenebilirken karsinoid tümörler genellikle ince barsakta kink oluşmasına yol açarlar (2). Bizim çalışmamızda ince barsak pasaj grafisi %50 oranında doğru sonuç vermiştir. USG'nin çok yararlı olmadığı düşünülmektedir. Lauren tarafından yapılan bir çalışmada BT'nin hastaların %80'inde ince barsakta tümör olduğunu gösterdiği bildirilmiştir (10). Bizim hastalarımızda da USG ve BT kesin tanı için yararlı olamamıştır. Anjiografinin kanamalı olgularda; leiomyom, leiomyosarkom, karsinoid tümör ve hemanjiomlarda faydalı olduğu bildirilmiştir (4). Çalışmamızda tek vakaya anjiyografi yapılabilmemiş ve kanama odağı tespit edilmiştir. Proksimal lezyonlarda üst gastrointestinal sistem endoskopisinin yeri tartışmasızdır. Bizim duodenum yerleşimli 4 adenokarsinom vakamızın hepsinde endoskopi ile tanıya gidilebilmiştir. Son yıllarda peroral enteroskopi üzerinde durulmaktadır; bu yöntemin, hem polip gibi fokal lezyonların hem de Akdeniz lenfoması gibi daha diffüz lezyonların teşhisinde kullanılabileceği belirtilmektedir (11).

İnce barsağın primer neoplazilerinin tedavisinde seçilecek yöntem rezeksiyon olmalıdır. Malign lezyonların %40 ile 50'sinde küratif rezeksiyon mümkün olabilmekte, bu lezyonlarda rezeksiyon ile birlikte bölgesel lenf nodlarının

da çıkarılması önerilmektedir (9). Malign lezyonlarda rezeksiyondan sonra 5 yıllık yaşam %25 olarak bildirilmiştir. Adenokarsinom %15 ile 20 5 yıllık yaşam oranı ile en kötü, karsinoid tümörler ise %50-70 ile en iyi prognoza sahiptirler. Leiomyosarkom ve lenfomalar için ise bu oran %25 ile 35 olarak bildirilmiştir (11). Bizim vakalarımızda 3'ü adenokarsinom ve biri lenfoma olmak üzere 4 hastaya palyatif girişim uygulanmış; diğer 11 hastaya küratif rezeksiyon yapılabilmektedir. Operatif mortalite gözlenmemiş olup 2 adenokarsinom vakası geç dönemde kaybedilmiştir. Diğer hastalarımızdan malign neoplazi tanısı alanlar halen takibimizde olup Onkoloji bölümleri ile birlikte izlenmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Ashley SW, Wells SA: Tumors of the small intestine. *Seminars in Oncology*, 1988; 15(2): 116-28.
2. Greager JA, Eckhauser ML, Pemington LR, et al: Neoplasms of the small intestine. In: Zuidema GD, Nyhus LM, eds. *Surgery of the Alimentary Tract*: Saunders WB, 1996: Volume 5, 446-469.
3. Herbsman H, Wetstein L, Rosen Y: Tumors of the small intestine. *Current Problems in Surgery*, 1980; 17:121.
4. Chami TN, Ratner LE, Henneberry J, et al: Angiosarcoma of the small intestine: a case report and literature review. *American Journal of Gastroenterology*, 1994; 89(5): 797-800.
5. Papadopoulos T, Kirchner T, Bergmann M, et al: Primary liposarcoma of the jejunum. *Pathology Research Practice*, 1990; 186: 803-806.
6. Townsend CM, Thompson JC. Small intestine neoplasms. In: Schwartz SI, Shircs GT, Spencer FC, eds. *Principles of Surgery*: Mc Graw Hill, 1994: 1170-78.
7. Taggart DP, Imrie CW: A new pattern of histologic predominance and distribution of malignant disease of the small intestine. *Surgery of Gynecology and Obstetrics*, 1987; 165:515.
8. Kyriacou C, Loewen RD, Gibbon K, et al: Pathology and clinical features of gastrointestinal lymphoma in Saudi Arabia. *Scottish Medical Journal*, 1991; 36: 68-74.
9. Remine SG, Braasch SX: Gastric and small bowel lymphoma. *Surgical Clinics of North America*, 1986; 66: 713-22.
10. Laurent F, Raynaud M, Bisset JM, et al: Diagnosis and categorization of small bowel neoplasms: Role of computed tomography. *Gastrointestinal Radiology*, 1991; 16: 115-119.
11. Coit DG: Cancer of the small intestine. In: De Vita VT, Hellman JS, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1993: 915-929.

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr.Oskay KAYA

Aksu Sokak No:13/9

06410 Sıhhiye, ANKARA