

Mide arka duvarındaki leiomyomunun laparoskopik rezeksiyonu: olgu sunumu

Laparoscopic resection of posterior gastric wall leiomyoma: a case report

Mehmet Görgün*, Taylan Özgür Sezer*, Nihat Zalluhoğlu*, Cezmi Karaca*, Oğuzhan Inan*

Mide leiomyomu sık görülmeyen bir lezyondur ve mide tümörlerinin %1'ini oluşturmaktadır. Mide'nin hacmi, esnekliği ve genişleyebilme kapasitesinden dolayı benign ve malign gastrik hastalıklar laparoskopik kama şeklinde rezeksiyon ile güvenle çıkarılabilirler. 70 yaşındaki kadın hasta, öyküsünde epigastrik ağrı, dispepsi ve gastrointestinal kanama şikayeti ile hastanemize başvurdu. Ameliyat öncesi uygulanan üst gastrointestinal endoskopi ve bilgisayarlı tomografik görüntüleme, mide posterior duvarda fundus inferiorunda, dalağa doğru ekzofitik uzanım gösteren 5 cm çapında kitle tespit edildi. Endoskopik biyopsi kanama riski nedeni ile uygulanmadı. Tümör stapler kullanılarak 3 cm'lik cerrahi sınır ile laparoskopik rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu leiomyomu olarak değerlendirildi. Midede bulunan kitlelerin lokalizasyonuna göre değişik rezeksiyon yöntemleri kullanılmaktadır. Mide anterior ve posterior yüzeyindeki ekzofitik lezyonlar için kama şeklinde rezeksiyon en uygun yöntemdir. Mide leiomyomunun sağlam sınırlar ile lokal rezeksiyonu yeterlidir. Laparoskopik cerrahideki ilerlemeler bu yöntemin mide cerrahisinde uygulanmasını sağladı. Gastrik leiomyomada stapler ile laparoskopik rezeksiyon güvenilir ve etkin bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Mide leiomyomu, laparoskopi, mide cerrahisi

* S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Dr. Taylan Özgür Sezer
E-posta: taylansezer@yahoo.com.tr

Makale Geliş Tarihi: 11.08.2009
Makale Kabul Tarihi: 31.08.2009

GİRİŞ

Leiomyomlar düz kas hücrelerinden köken alırlar, ekzofitik veya daha sıklıkla endogastrik olarak büyümektedir (1,2). Küçük leiomyomlar klinik olarak önemsizdir; çapı arttıkça obstrüksiyona veya daha sıklıkla mukozanın ülserasyonu sonucu kanamaya yol açmaktadır (1,4). Bilgisayarlı tomografik görüntüleme kitlenin etraf organlarla olan yapısını ve metastatik odakları göstermede yardımcı olur (1,5). Midenin düz kas hücreli tümörlerinde 2-3 cm etraf submukozal doku ile birlikte kitlenin ekzofitisi yeterli olarak görülmektedir. Laparoskopik teknikler ve kullanılan aletlerdeki gelişmeler midenin kitlesel lezyonlarındaki endikasyonları genişletmiştir. Bu çalışmada laparoskopik kama şeklinde rezeksiyon uygulanan midenin benign lezyonu olan leiomyom tanılı bir olguyu sunduk.

OLGU

70 yaşında bayan hasta, yaklaşık 6 aydır devam eden epigastrik ağrı, dispepsi ve üst gastrointestinal kanama şikayeti ile Kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet haricinde normal idi. Yapılan kan testlerinde

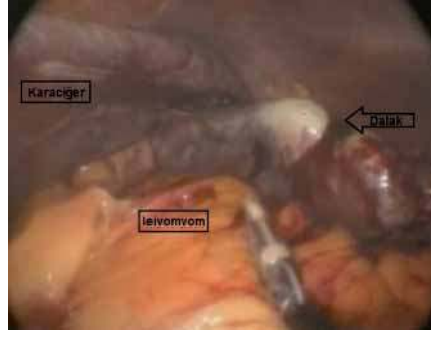
kronik anemisi mevcut idi. Tümör belirteçleri normal saptandı. Karın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Yapılan üst gastrointestinal endoskopisinde fundus inferiorunda mide arka duvarda kanamalı, mide içerisine doğru uzanan kitle tespit edildi. Kanama riski nedeni ile biyopsi alınmadı. Karın bilgisayarlı tomografisinde mideden köken aldığı düşünülen ve dalağa doğru uzanım gösteren 4 cm çapında kitle tespit edildi (Resim 1). Kitlenin ekzofitik yerleşimli olması nedeni ile laparoskopik rezeksiyonun daha uygun olacağını düşündük.

TEKNİK

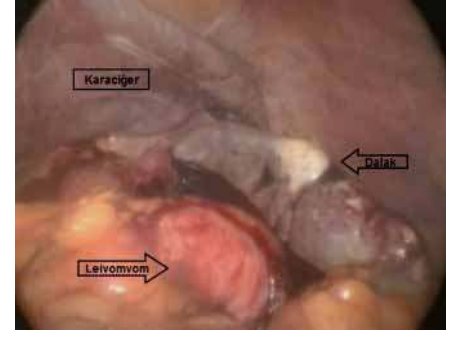
Hasta sırt üstü yatar pozisyonda, kollar abduksiyonda ve 90 derece olacak şekilde ameliyat masasına yatırıldı. Karın, umblikus superiorundan açılan 1 cm uzunluğundaki insizyondan Veress iğnesi ile, basınç 12-15 mmHg aralığında tutularak şişirildi. Basınç 12 mmHg olduğunda 10 mm trokar karın içerisine yerleştirildi. Laparoskop umblikal porttan içeri sokularak, 10 mm'lik iki trokar sırayla solda midklavikular hatta arkus kostarumun yaklaşık 3 cm inferiorundan, diğeri sağda midklavikular hatta arkus kostarumun yaklaşık 3 cm inferiorundan



Resim 1. Bilgisayarlı tomografik görüntüde tümörün etraf organlarla olan ilişkisi görülmektedir.



Resim 2. Dalağa doğru ekzofitik uzanım gösteren kitlenin, etrafındaki omental yapışıklıkların ligasure eşliğinde serbestleştirilmesi.



Resim 3. Omental yapışıklıklar ligasure eşliğinde ayrıldıktan sonra kitlenin görünümü.

karın içerisine yerleştirildi. Karın içerisi değerlendirildi; kitlenin midenin posteriorunda, dalak hilusuna doğru ekzofitik uzanım gösterdiği ve etrafında omental yapışıklıkların olduğu gözlemlendi. Dalak hilusuna olan yapışıklıklar ligasure (Ligasure Atlas-Tyco) kullanılarak ayrıldı (Resim 2, 3). 10 mm'lik trokardan içeri sokulan 45-4.8 mm stapler (ENDO-CIA) ile kitle, 3 cm'lik sağlam sınır ile kama şeklinde rezeksiyon ile çıkarıldı (Resim 4). Kitle Endo-Catch (Covidien-Autosuture) ile karın dışına alındı. Stapler hattı polipropilen ile devamlı dikişlerle kapatıldı. Kanama kontrolü sağlandı. 14 french dren Winslow boşluğuna yerleştirildi. Trokar delikleri sütüre edildi. Operasyon süresi 110 dakika idi. Postoperatif 3. günde oral beslenmeye başlandı. Postoperatif 4. günde dren çekildi. Hasta postoperatif 7. günde komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Patoloji sonucu leiomyom özellikleri taşıyan benign tümör olarak değerlendirildi.

Bir yıllık takibin ardından hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve çekilen bilgisayarlı tomografide kitle saptanmadı (Şekil 5).

TARTIŞMA

Kliniğimizde laparoskopik yöntemle kolorektomi, kolorektal rezeksiyon, Nissen ve Dor fundoplikasyon, Heller myotomi, apendektomi, hernioplasti (Transabdominal preperitoneal, total ekstraperitoneal), donör nefrektomi, splenektomi, gastrik bypass, gastrik rezeksiyon ve sleeve gastrektomi prosedürleri uygulanmaktadır. Bu çalışmada nadir görülen midenin benign submukozal gastrik tümörlerinin de, minimal invaziv yöntemle kolay ve güvenli bir şekilde çıkarılabileceğini göstermeyi amaçladık.

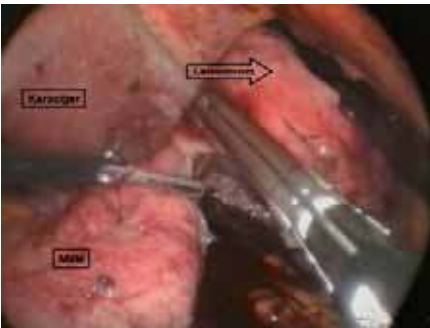
Midenin benign tümörleri gastrik neoplazilerin %1'ini oluşturmaktadır. Bunlar arasında en sık görüleni leiomyomdur. Leiomyomlar düz kas hücrelerinden köken almaktadır. Genellikle mide dışına doğru ekzofitik büyürler. Hastaların büyük bir bölümü asemptomatiktir (%15-46) ve sıklıkla endoskopide veya ameliyatta tesadüfen saptanmaktadır. Semptomatik olanlar sıklıkla kanama, karın ağrısı, dispepsi gibi non-spesifik şikayetlerle başvururlar. Büyük tümörler (>4cm), obstrüksiyona, mukozanın ülserasyonuna bağlı hematemaze ve melana-ya yol açabilirler (6-8).

Tanıda endoskopi, bilgisayarlı tomografi ve endoskopik ultrasonografi kullanılabilir. Bilgisayarlı tomografik görüntüleme, kitlenin etraf organlarla olan ilişkisini ve metastatik odakları göstermede yardımcı olur. Endoskopik ultrasonografi (%92 duyarlı) tümörün intramural yapısı hakkında bilgi vermektedir (1,2,6,9).

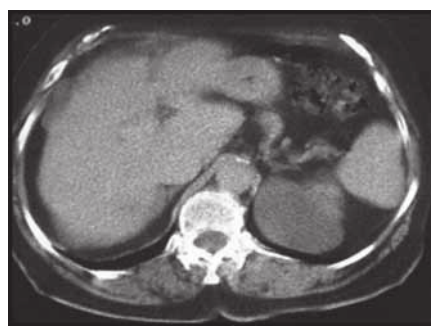
Tedavide sağlıklı doku ile birlikte tümörün parçalanmadan rezeksiyonu önerilmektedir. Semptomatik tümörlerde rezeksiyon gerekli iken asemptomatik tümörlerde tartışmalıdır. Özellikle küçük çaplı tümörler veya görüntüleme yöntemlerinde lipom veya ektopik pankreas dokusu olduğu kantlanan kitlelerde rezeksiyon uygulanmayabilir. Laparotomi ile tümörün rezeksiyonunda morbidite oranları yüksektir. Minimal invaziv cerrahideki ilerlemeler ve düşük morbidite oranları, submukozal yerleşimli mide tümörlerinde laparoskopik rezeksiyonu daha çok tercih edilir hale getirmiştir (5,10).

Midenin benign tümörlerinin lokalizasyonuna göre farklı rezeksiyon seçenekleri tarif edilmiştir. Mide içerisindeki küçük lezyonlar intragastrik rezeksiyonla, anterior yerleşimli büyük ve küçük kurvaturdaki lezyonlar kama şeklinde rezeksiyon ile, mide posteriorundaki orta ve distal yerleşimli tümörlerin ise büyük kurvatur diseksiyonundan sonra kama şeklinde rezeksiyonla tedavi edilebileceği gösterilmiştir (6,9).

Bizim sunduğumuz bu olguda tümörün çapının büyük olması ve etraf organlara yapışık olması nedeni ile laparoskopinin deneyimli ellerde yapılması gerektiğini; ama inanyoruzki çapı 4 cm daha küçük izole kitlelerin ise; laparoskopinin uygulandığı her ameliyathanede kama şeklinde rezeksiyon ile kolaylıkla uygulanabileceğini düşünmekteyiz.



Resim 4. Stapler ile kitlenin 3 cm'lik sağlam sınır ile kama şeklinde rezeksiyonu.



Resim 5. Bir yıl sonra çekilen bilgisayarlı tomografide nüks kitlenin saptanmaması.

SUMMARY

Laparoscopic resection of posterior gastric wall leiomyoma: a case report

Leiomyoma of the stomach is an uncommon lesion and represents 1% of all gastric neoplasms. Because of the stomach's size, mobility and distensibility, benign and malignant gastric diseases can be safely excised with laparoscopic wedge resection. A 70-year-old woman referred to our hospital with a history of epigastric pain, dyspepsia and gastrointestinal bleeding. Preoperative upper gastrointestinal endoscopy and computed tomographic scan revealed, just below the fundus on the posterior wall of the stomach, an exophytic tumor extending to the spleen, with a measuring 4 cm in diameter. Endoscopic biopsies were not obtained because of the risk of

bleeding. The tumor was resected with a 3-cm margin using stapling device by laparoscopic procedure. Pathologic examination revealed a leiomyoma. Several approaches to the resection of gastric lesions have been utilized, depending on the location of the lesion. Wedge resection is optimal for exophytic lesions on the anterior or posterior surface of the stomach. Local resection of the leiomyoma of stomach with disease-free resection margins is sufficient. Recent advances in laparoscopic surgery have allowed this approach to be applied to gastric surgery. Stapled laparoscopic resection is a safe and effective treatment option for gastric leiomyoma.

Key Words: Gastric leiomyoma, laparoscopy, gastric surgery

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Taylan Özgür Sezer, Mehmet Görgün

Verilerin elde edilmesi:

Taylan Özgür Sezer, Nihat Zalluhoğlu

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Taylan Özgür Sezer, Cezmi Karaca

Yazının kaleme alınması:

Taylan Özgür Sezer, Oğuzhan İnan

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Ibrahim IM, Silvestri F, Zingler B. Laparoscopic resection of posterior gastric leiomyoma: case reports. Surg Endosc 1997; 11: 277-279.
2. Akwari OE. Benign tumors of the stomach. In: Sabiston DC (ed) Textbook of surgery. W.B. Saunders, Philadelphia, 1991; P pp 790- 791.
3. Choi YB, Oh ST. Laparoscopy in the management of gastric submucosal tumors. Surg Endosc 2000; 14: 741-745
4. Cuschieri A. Laparoscopic gastric resection. Surg Clin North Am 2000; 80: 1269-1284
5. Hepworth CC, Menzies D, Motson RW. Minimally invasive surgery for posterior gastric stromal tumors. Surg Endosc 2000; 14: 349-353
6. Bouillot J, Bresler L, Louis P, Samama G. Laparoscopic resection of benign submucosal gastric tumors: A report of 65 cases. Gastroenterol Clin Biol 2003; 27: 272-276
7. Rothlin M, Schob O. Laparoscopic wedge resection for benign gastric tumors. Surg Endosc 2001; 15: 893-895
8. Walsh RM, Heniford BT. Laparoendoscopic treatment of gastric stromal tumors. Semin Laparosc Surg 2001; 8: 189-194
9. Tangoku A, Yamamoto K, Hirazawa K, Takao T, Mori N, Tada K, Oka M. Laparoscopic resection of large leiomyomas of the gastric fundus. Surg Endosc 1999; 13: 1050-1052.
10. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. Ann Surg 2000; 231:51-58.