



Nadir bir mekanik barsak tıkanıklığı nedeni: İntestinal miyeloid sarkom

A rare cause of mechanical obstruction: Intestinal myeloid sarcoma

Tayfun Yoldaş, Varlık Erol, Batuhan Demir, Cüneyt Hoşçoşkun

ABSTRACT

Miyeloid sarkom ekstrapedüller immatür miyeloid hücrelerden kaynaklanan, nadir görülen agresif seyirli bir tümördür. Akut miyeloid lösemili hastaların relapsı olarak karşımıza çıkabilir. Bazen lösemi tanısı olmaksızın solid bir tümör olarak da görülebilmektedir. Mekanik barsak tıkanıklığı semptomları ile başvuran 44 yaşında erkek hasta opere edildi. Operasyonda ince barsak tıkanıklığına neden olan bir tümör saptandı. Tümör rezeke edilerek uç uca anastomoz uygulandı. Patoloji sonucu miyeloid sarkom olarak rapor edildi. Postoperatif dönem sorunsuz seyretti ve hastaya adjuvan tedavi uygulandı. Bu olgu sunumunda ince barsak miyeloid sarkomunun klinik bulguları ve tedavisinin irdelenmesi amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Barsak tıkanıklığı, miyeloid, sarkom

ÖZET

Myeloid sarcoma is a rare aggressive tumour that originates from immature extramedullary myeloid cells. It can be seen as a relapse in patients with acute myeloid leukaemia. Sometimes it can be seen in the form of a solid tumour without any evidence of leukaemia. A case of a 44-year-old male patient who was admitted with symptoms and signs of mechanical intestinal bowel obstruction was operated on. The operation findings showed small bowel obstruction due to a mass. The mass was then resected with end-to-end intestinal anastomosis. The resected mass pathology results were consistent with myeloid sarcoma. The post-operative period was uneventful and adjuvant therapy was applied. In this case report we aimed to evaluate the clinical signs and treatment modalities of small intestinal myeloid sarcoma.

Key Words: Intestinal obstruction, sarcoma, myeloid

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastanesi, Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Bu olgu, 18. Ulusal Cerrahi
Kongresi'nde (23-27 Mayıs 2012,
İzmir) sunulmuştur.

*This case is presented in 18th
National Surgical Congress (23-27
May 2012, İzmir)*

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Dr. Varlık Erol

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastanesi, Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 390 40 20
e-posta:
varlikero@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 16.11.2012
Kabul Tarihi / Accepted: 02.12.2012
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Online Available Date: 09.07.2013

©Telif Hakkı 2014 Türk
Cerrahi Derneği

Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2014 by Turkish
Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org

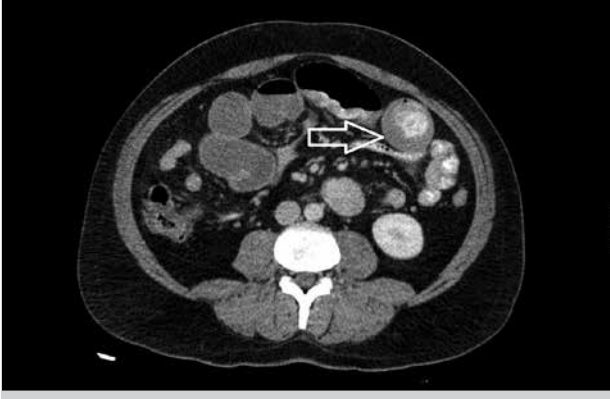
GİRİŞ

Miyeloid sarkom (MS) agresif seyirli nadir görülen bir tümördür (1). Ekstrapedüller immatür miyeloid hücrelerden kaynaklanır (1, 2). İlk olarak Burns tarafından 1811'de tanımlandı ve daha sonra King tarafından miyeloperoksidad ile yeşil boyandığı için kloroma olarak isimlendirildi (3, 4). Vücutta genellikle kemik, periost, yumuşak doku, lenf nodları, deri, orbita, paranasal sinüsler, gastrointestinal sistem, genitouriner sistem, meme, serviks, tükrük bezleri, mediasten, plevra, kalp, periton, safra yolları, santral sinir sisteminde lokalize olurlar. Ancak ikiden daha fazla organda tutulumun görülmesi sık rastlanan bir durum değildir (5). Akut miyeloid lösemiye (AML), miyelodisplastik bozukluğa ve miyelodisplastik sendroma dönüşebilmektedir (6). Bazen de lösemi bulguları olmaksızın solid bir tümör şeklinde ortaya çıkabilirler. Bu hastaların çoğunda miyeloid sarkom tanısını takiben 1 ile 49 ay içinde genellikle AML gelişir (7). Her ne şekilde olursa olsun miyeloid sarkom varlığı kötü prognoz işaretidir. Bu olgu sunumunda ince barsak miyeloid sarkomunun klinik bulguları ve tedavisinin irdelenmesi amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Kırk dört yaşında erkek hasta; yaklaşık 5 aydır karın ağrısı, distansiyon, bulantı, kusma şikayetleri nedeniyle tetkik ve tedaviler uygulandıktan sonra şikayetlerinin gerilememesi üzerine Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvurdu. Belirtilen şikayetler ile acil servise kabul edilen, dışkılaması olmayan ve kusmaları devam eden, fizik muayenesinde akut karın bulguları görülmeyen hastanın çekilen ayakta direk karın grafisinde ince barsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri ve ince barsak anslarında mekanik barsak tıkanıklığına işaret eden dilatasyon saptandı. Karın ultrasonografisinde dilate barsak ansları dışında patoloji saptanmadı. Çekilen bilgisayarlı tomografide, ileal anslar düzeyinde submukozal hematoma ile uyumlu duvar kalınlaşması ve bu düzeyde mekanik barsak tıkanıklığı ile uyumlu bulgular olduğu görüldü (Şekil 1). Biyokimyasal parametrelerinde anormallik saptanmadı. Bilinen diyabetes mellitus (DM) dışında ek hastalık öyküsü yoktu.

Klinik takibin beşinci gününde şikayetlerinin gerilememesi üzerine hastaya operasyon kararı verildi. Ocak 2012'de yapılan operasyonda, eksplorasyonda ince barsakta ileal anslar düzeyinde tıkanıklığa



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide kitlenin görünümü

neden olan yaklaşık 5 cm büyüklüğünde kitle saptanması üzerine parsiyel ince barsak rezeksiyonu, uç uca anastomoz uygulandı (Şekil 2). Hastanın patoloji sonucu ince barsak miyeloid sarkomu olarak belirtildi; incelemede barsak duvarını tümüyle içine alan orta boy hücrelerin oluşturduğu difüz infiltrasyon görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede neoplastik infiltrasyon CD34, CD68, lizozim, MPO, CD117, CD38 ve bcl-2 pozitif; CD2, CD3, CD4, CD8, CD10, CD20, CD56, CD57, CD79a, CD138, MUM-1, PAX5, sitokeratin oscar negatif saptandı. Ki67 proliferasyon indeksi %70 dolayında bulundu. Ek komplikasyon gelişmeyen hasta operasyon sonrası 7. günde hematoloji kliniğine yönlendirilerek taburcu edildi. Takipte, postoperatif 9. ayında sistemik kemoterapi uygulanan hasta tam remisyonda olup nüks veya AML saptanmadı.

TARTIŞMA

Miyeloid sarkom (granulositik sarkom (GS)) AML gelişen hastalarda relapslarda görülebildiği gibi, bu olguda olduğu gibi izole olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Çok nadir bir ekstra medüller neoplazm olup miyeloproliferatif hastalıkların %3-%4,7'sinde görülür (8, 9). Dünya Sağlık Örgütü hematopoetik tümörlerden olan MS'u iki ana başlık altında incelemektedir; daha sık görülen form olan GS genellikle miyeloblastlar, nötrofiller ve miyeloid öncüllerden oluşurken, daha nadir görülen form olan monoblastik sarkom monoblastlardan oluşur ve akut monoblastik sarkom ile ilişkilidir (10). Genellikle çocuk ve genç erişkinlerde sık görülür. Kore'de yapılan bir çalışmada 41 hastalık MS serisi bildirilmiş, hastaların çoğunun 40 yaşından genç olduğu bildirilmiştir (2). İnce barsakta görülen MS çok nadir olup; bugüne kadar en fazla 10 hastalık seri bildirilmiştir (2). En yaygın lokalizasyon yeri sırasıyla deri ve lenf bezleridir. Gastrointestinal sistemde görülen MS makroskopik olarak duvar kalınlaşması, polipoid kitle, ekzofitik kitle veya ülser lezyon şeklinde karşımıza çıkabilir. Gastrointestinal sistemde ortaya çıktığında genellikle parsiyel veya tam mekanik barsak tıkanıklığına bağlı akut veya aralıklı karın ağrısı şikayetlerine neden olur. Daha az görülen semptomlar bulantı, kusma, ateş ve kanamadır (11). Gastrointestinal sistemde en sık tutulum yeri ince barsaklardır (7, 8, 12). Daha nadir olarak mide, kalın barsak ve appendiks tutulumları bildirilmiştir (11). MS'da genellikle sınırlı alan tutulumu mevcut olup, ikiden daha fazla alan tutulumunun izlenmesi olağan bir bulgu değildir. Lenf nodülü tutulumu sık olmakla birlikte AML'si olmayan izole



Şekil 2. Ameliyat görüntüsü

MS'lu hastalarda görülmeyebilir. İzole MS histopatolojik olarak bir çok lenfoma ve hematopoetik tümörler ile karışabilmekte iken son yıllarda MS için miyeloperoksidaz, klorasetat esterase, lizozim, CD43, CD13, CD33, CD117 gibi spesifik immünohistokimyasal belirteçlerin kullanılmaya başlamasıyla tanılabilirlik ve hatalar oldukça azalmıştır (13). Prognozu değişken olmakla birlikte AML ile benzerdir. Imrie ve ark. (14) çalışmalarında izole MS'lu hastalarda ortalama 9 ay sonra AML geliştiği ve ortalama sağkalımın 22 ay olduğu ve lokal radyoterapi veya cerrahinin sağkalımı etkilemediği bildirilmiştir. Tedavide cerrahi sonrası kemoterapi ve bu tümörler radyosensitif olduklarından radyoterapi uygulanabilir. Tedavi seçeneklerinden en faydalısı sistemik kemoterapidir. Yamauchi ve ark. (12), MS tanısından sonraki non-lösemik dönemi sistemik kemoterapi alan hastalarda ortalama 12 ay almayan hastalarda ortalama 3-6 ay olarak bulmuşlardır. Kowal ve ark. (15) ise, ileumda MS tespit edilen 8 yaşındaki erkek hastaya cerrahi rezeksiyon, sistemik kemoterapi ve allojenik kemik iliği nakli uygulamışlar, hastanın 4 yıl boyunca nüks olmadan tam remisyonda kaldığını belirtmişlerdir.

SONUÇ

İzole miyeloid sarkom tespit edilen hastalarda gastrointestinal semptomların varlığında (tıkanıklık, kanama) cerrahi rezeksiyon sonrası non-lösemik dönemi uzatmak ve sağkalımı arttırmak için en faydalı tedavi seçeneği sistemik kemoterapidir. Bu tümörler radyosensitif olduklarından radyoterapi de uygulanabilir. Hastalar cerrahi tedavi sonrası AML gelişimi açısından mutlaka iyi bilgilendirilmeli ve takip altında tutulmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - T.Y., V.E.; Tasarım - T.Y., V.E.; Denetleme - T.Y., C.H.; Kaynaklar - B.D.; Malzemeler - T.Y., V.E.; Veri toplanması ve/veya işleme - T.Y., B.D.; Analiz ve/veya yorum - C.H.; Literatür taraması - T.Y., V.E.; Yazıyı yazan - V.E.; Eleştirel inceleme - C.H.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - T.Y., V.E.; Design - T.Y., V.E.; Supervision - T.Y., C.H.; Funding - B.D.; Materials - T.Y., V.E.; Data Collection and/or Processing - T.Y., B.D.; Analysis and/or Interpretation - C.H.; Literature Review - T.Y., V.E.; Writer - V.E.; Critical Review - C.H.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

KAYNAKLAR

1. Benjazia E, Khalifa M, Benabdelkader A, Laatiri A, Braham A, Lettaief A, et al. Granulocytic sarcoma of the rectum: Report of one case that presented with rectal bleeding. *World J Gastrointest Pathophysiol* 2010; 1: 144-146. [\[CrossRef\]](#)
2. Jung SH, Kim HC, Yu CS, Kim JC. Solitary preleukemic granulocytic sarcoma as a cause of small bowel obstruction. *Gut Liver* 2007; 1: 82-86. [\[CrossRef\]](#)
3. Burns A. Observations of surgical anatomy. In: Burns A, editor. *Head and neck*. Edinburgh: Thomas Royce and Company 1811.p.364-366.
4. King A. A case of chloroma. *Monthly J Med* 1853; 17: 97.
5. Best-Aguilera CR, Vazquez-Del Mercado M, Muñoz-Valle JF, Herrera-Zarate L, Navarro-Hernandez RE, Martin-Marquez BT, et al. Massive myeloid sarcoma affecting the central nervous system, mediastinum, retroperitoneum, liver, and rectum associated with acute myeloblastic leukaemia: a case report. *J Clin Pathol* 2005; 58: 325-327. [\[CrossRef\]](#)
6. Antic D, Elezovic I, Bogdanovic A, Vukovic NS, Pavlovic A, Jovanovic MP, et al. Isolated myeloid sarcoma of the gastrointestinal tract. *Intern Med* 2010; 49: 853-856. [\[CrossRef\]](#)
7. Nieman RS, Barcos M, Berard C. Granulocytic sarcoma: A clinicopathologic study of 61 biopsied cases. *Cancer* 1981; 48: 1426-1437. [\[CrossRef\]](#)
8. Byrd JC, Edenfield WJ, Shields DJ, Dawson NA. Extramedullary myeloid cell tumors in acute nonlymphocytic leukemia: a clinical review. *J Clin Oncol* 1995; 13: 1800-1816.
9. Uyesugi WI, Watabe J, Petermann G. Orbital and facial granulocytic sarcoma (chloroma): a case report. *Pediatr Radiol* 2000; 30: 276-278. [\[CrossRef\]](#)
10. Brunning RD, Matutes E, Flandrin G, et al. Acute myeloid leukemia not otherwise categorized: myeloid sarcoma. In: Jaffe ES, Harris NL, Stein H, et al, eds. *World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*. Lyon, France: IARC Press; 2001: 104-105.
11. Kohl SK, Aoun P. Granulocytic sarcoma of the small intestine. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130: 1570-1574.
12. Yamauchi K, Yasuda M. Comparison in treatments of nonleukemic granulocytic sarcoma: report of two cases and a review of 72 cases in the literature. *Cancer* 2002; 94: 1739-1746. [\[CrossRef\]](#)
13. Erkut N, Vetem İ, Çobanoğlu Ü, Sönmez M. Yaygın ekstramedüller tutulum ile seyreden miyelodisplastik sendromu takiben gelişen akut miyeloid lösemi: olgu sunumu. *Acta Oncologica Turcica* 2009; 42: 121-124.
14. Imrie KR, Kovacs MJ, Selby D, Lipton J, Patterson BJ, Pantalony D, et al. Isolated chloroma: the effect of early antileukemic therapy. *Ann Intern Med* 1995; 123: 351-353. [\[CrossRef\]](#)
15. Kowal-Vern A, Johnson FL, Trujillo Y, Nachman J, Radhakrishnan J, Conard P, et al. Granulocytic sarcoma of the ileum treated by bone marrow transplantation. *Am J Pediatr Hematol Oncol* 1991; 13: 34-38. [\[CrossRef\]](#)