Surgical Treatment of the Giant Leiyomyoma of the Esophagus After Fifteen Years

15 Yıl Sonra Cerrahi Yapılan Özefagusun Dev Leiyomiyomu

Dev Leiyomiyom / Giant Leiyomyoma

Mehmet Bilgin, Fatih Gürler
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi A.D., Kayseri, Türkiye

Özet

Leiyomyomalar özefagusun nadir görülen iyi huylu intramural tümörleridir. Leiyomyomalar yavaş ve intramural büyüdükleri için hastaların yaklaşık yarısı asemptomatiktir. Disfaji, ve retrosternal ağrı en yaygın semptomdur. Ösefagus leiyomiyomları göğüs radyografisinde mediastinal kitle olarak belirebilirler ve tesadüfi farkedilir. Soliter yuvarlak veya oval olup çaplarının 15–17 cm'ye ulaşabilecekleri bilinmektedir. Dev ebatlara ulaştığında seçilen tedavi yöntemi cerrahidir. Ösefagus alt ucu ve kardiyayı kaplayan tümörler ülserasyondan dolayı mukozaya yapışık ve intramural olduklarından rezeksiyon ve özefagogastirik anastomoz gerekli olabilir. Biz de 15 yıl önce cerrahi tedaviyi reddedip leiyomyomu büyük ebatlara ulaşan bir dev leiyomyom vakasının klinik ve radyolojik bulgularını sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler

Dev Leiyomiyoma; Mediastinal Kitle; Ösefagus Rezeksiyonu

Abstract

Leiyomyomas are benign intramural tumors of esophagus which are rarely seen. Nearly half of the patients are asymptomatic because leiyomyomas grow slowly and intramural. Dysphagia and retrosternal pain are the most common symptoms. Osephagus leiyomyomas may appear as mediastinal mass in chest radiography and may be recognised by coincidence. It is known that they are solitary, round or oval, and their diameter may reach 15-17cm size. When it grows up to the giant diamaters, surgery is the choice of treatment. Because tumors covering distal part of esophagus and cardia are ulcerated and adhesive to mucosa resection, esophagogastric anasthomosis may be required. We are presenting the clinical and radiologic findings of this giant leiyoma case who did not accept surgical treatment fifteen years ago, and whose leiomyoma reached up to a big diamater.

Keywords

Giant Leiyomyoma; Mediastinal Mass; Osaphagus Resection

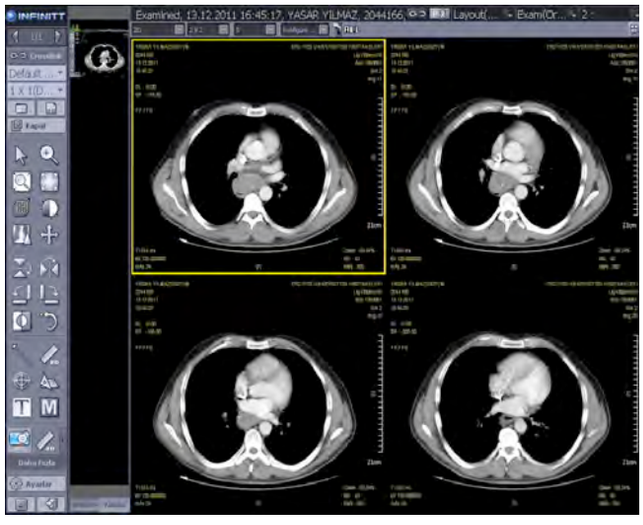
DOI: 10.4328/JCAM.1380 Received: 12.11.2012 Accepted: 08.12.2012 Printed: 01.02.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 1): 92-4
Corresponding Author: Mehmet Bilgin, Erciyes Üniv. Tıp Fak. Göğüs Cerrahisi A.D. Melikgazi, Kayseri, Türkiye.
GSM: +905426832319 E-Mail: bilginm@erciyes.edu.tr

Giriş

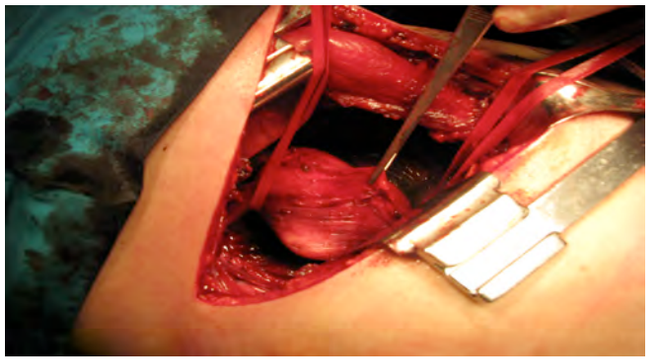
Leiyomiyomalar ösefagusun nadir tümörlerinden olup intramural yerleşimlidirler. Literatüre bakılacak olursa tümör çaplarının 17 cm'ye kadar ulaştığı görülmüştür. Bu yazıda kliniğimizde ösefagus rezeksiyonu ve gastroözefagial anastomoz yapılan bir vaka sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Polikliniğimize 45 yaşında erkek hasta sırt ağrısı nedeni ile müracaat etti. Anamnezde sırt ağrısının dışında şikayeti yoktu. Öz geçmişinde 15 yıl önce de bu şikayetle gittiği bir sağlık kuruluşunda ameliyat önerildiğini ancak kendisini bu ameliyatı kabul etmediği öğrenildi. Çekilen P-A akciğer grafisinde sağ hemitoraksta parakardiyak kitle tespit edildi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde 11x7cm ebadında kitle tespit edildi(Resim 1). Çekilen toraks Manyetik Rezonans görüntülemesinde kitlenin ösefagus etrafını tamamen sardığı görülmektedir. Yapılan endoskopisinde özefagus mukozasının salim olduğu dıştan bası bulguları tespit edildi. Leiyomiyoma ön tanısı ile operasyona alındı. Sağ torakotomi ile toraksa girildi. Tümörün etraf dokularla yapışıklığı giderildiğinde ösefagus çepeçevre saran yaklaşık 10cm'lik tümör serbestleştirildi.(Resim 2). Ösefagusla ara planları seçilmeyen tümör 10 cm'lik bir özefagus segmenti ile birlikte çıkarıldı. Ösefagusun ucuca primer anastomozu mümkün olmayınca laparatomiye geçildi. Lapartomi sonrası mide serbestleştirilerek mideden tüp oluşturuldu. Bu tüp toraksa çekilerek ösefagusa ucuca anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası takiplerinde problem olmayan hastanın patoloji sonucu leiyomyoma olarak geldi. İki ay sonra yapılan ösefagus endoskopisinde anastomoz hattı iyileşmiş kacak yada darlık görülememişti.



Resim 1. Kitlenin Tomografide görünümü



Resim 2. Kitlenin intratorasik askıya alınması

Tartışma

Gastrointestinal leiyomiyomlar nadirdir fakat ösefagusun en sık mezenşimal tümörüdür[1]. Leiyomiyom ösefagusun her tarafında oluşabilir ancak bunların %60'ı distal ösefagusta, %30'u orta, %10 ise proksimal özefagusta oluşmaktadır[2.3.4]. Leiyomyom yavaş büyür ve hastaların yarısı tümör intramural büyümedikçe asemptomatiktir[4]. Tümör ebadı ile semptom süreci arasında doğrudan bir ilişki bulunamamıştır. Disfaji, retrosternal ağrı en yaygın leiyomiyoma semptomudur[1,4,5]. Priego ve arkadaşlarının opere ettikleri 4 vakada hastaların sadece göğüste yanma hissi vardı. Bu tümörlerin çapları küçük olduğunda torakoskopla bile enüklüasyon uygulanabilir. 9 vakalık başka bir seride en sık semptom göğüste yanma disfaji ve göğüs ağrısı idi. Bu seride 5 olgu acık cerrahi ile enükleasyon 4 olguya ise torakoskopik enükleasyon yapılmıştır[2,6]. Bizim olgumuzda sırt ağrısı şikayeti vardı ve kitle dev boyutlara ulaştığı için özefagus rezeksiyonu ile birlikte kitle çıkarıldı.

Özefagus leiyomiyomları göğüs radyografisinde Posterior mediastinal kitle olarak görülürler[1,4]. Leiyomiyomlar tüm mediastinal kitlelerin %5ini oluştururlar. Özellikle Bilgisayarlı Toraks Tomografi(BT) si ile kolayca tanı konulabilir[7,8]. Alt torasik özefagus ve kardiyada yerleşik yaygın tümörlerde özefagusta daralma ve genişlemeler düzensizlik ve deformiteler daha sıktır. Tüm özefagus tümörlerinde endoskopik inceleme kaçınılmazdır[7]. Lewis maxfield endoskopik olarak leiyomiyomlarda mukozanın hemen daima intakt olduğu lümen içine az veya çok çıkıntı yaptığını bildirmiştir[8]. Kontraslı BT' de leiyomyoma zayıf homojen kontraslanırr. Bu nedenle Nevrofibroma, hemangioma veya fibroma gibi diğer özefagial tümörlerden ayırmak güçtür[1]. Genellikle Manyetik rezonans görüntülemede T2 sekansında izointens mukoza zarı altı lezyonlar görülür ve yüksek sinyal belirmesi ile ösefagus karsinomasından ayrılır[7].Ösefagoskopi, ösefagus leiyomyomu ile karsinomun diferansiyel teşhisi için kullanılır. Çünkü leiyomiyomlar mukoza altı lezyonlar olmaları nedeniyle klasik endoskopi ile doğru teşhis konulamayabilir[2,7].bizim olgumuzda da ösefagokopide sadece dıştan bası semptomları vardı. Leiyomyomaların zaman içinde leiyomyosarkomlara dönüşmesi olasılığı göz ardı edilmese de bu transformasyonun son derece nadir olguda gerçekleştiği düşünülmektedir. Bazı yazarlar ise maliğn tümörün başka şekilde elimine edilemeyeceği düşüncesi ile asemptomatikte olsa da leiyomiyomlar teşhis edildikleri anda çıkarılması gerektiği düşünmektedir[1,8]. Bu düşüncenin tam tersi olarak bazı yazarlarsa maliğn tümör bulguları olmadan cerrahi yapılmamasını savunmaktadır[8].Standart cerrahi yaklaşım torakotomidir. Leiyomiyomlar için tercih edilen cerrahi teknik mukoza açılmadan transtorasik enükleasyondur. Bu rezeksiyonla karşılaştırıldığında daha hızlı, emniyetli ve kolay bir tekniktir[1,6,8].Özefagial rezeksiyonlar geniş ve enükleasyon ile çıkarılamayan tümörler için geçerlidir. Ösefagusun 1/3 üst ve orta bölümünde bulunan tümörler sağ torakotomi yoluyla opere edilebilirler[2]. Yine küçük tümörlerde video destekli torakoskopik cerrahi uygun bir yaklaşım olabilir. Literatüre göre leiyomyomlarda enükleasyonyapılanlarda cerrahi mortalitenin %1,3, rezeksiyon yapılanlarda ise mortalite oranının %10,5'e kadar çıktığı görülmektedir. Bizim olgumuzda lezyon ileri derecede büyümüş olması, ösefagus mukozasının özelliğini kaybetmesi ve leiyomyomun enükleasyonunun mümkün olmaması nedeni ile leiyomyoma ösefagusile birlikte rezeke edildi. Ösefagus rezeksiyonundan

sonra ise primer anastomuz gergin olacağıu düşünülerek laparatomi ile mideden bir tüp oluşturularak ösefagus mideye anastomoz edildi. Hastanın klinik takiplerinde ve kontrol endoskopisinde sorun yoktu.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1.Stelow EB, Stanley MW, Mallery S, Lai R,Linzie BM,Bardales RH. endoscopic findings of gastrointestinal leiyomyomas and gastrointestinal stromal tumors. Am J Clin Pathol. 2003.119:703-8.
2.Priego P, Lobo E,Rodriguez G, Cabanas J, Perez de Oteyza J,Fresneda V..Endoscopic treatment of oesaphageal leiyomyoma: Four new cases. Clinical & transnational oncology: official publication of the federation of spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institue of Mexico. 2007; 9:106-9.
3.Seremetis MG, Lyons WS, de Guzman VC, Peabody JW Jr.. Leiyomyomata of the osefagus. An Analysis of 838 cases. Canser 1976; 38:2166-77.
4.Jang KM, Lee KS, LeeSJ, Kim EA, Kim TS , Han D , Shim YM.The specturum of benign esophagial lesions: imaging findigs. Korean J Radiol 2002:3;199-210.
5. Bonavina L, Segalin A, Rosati R, Pavanello M, Peracchia A..Surgical therapy of esaphagial Leiyomyoma. J Am Coll Surg 1995;181:257-62.
6. Priego P, Lobo E, Alonso N, Gil Olarte MA, Pérez de Oteyza J, Fresneda V.
Surgical treatment of esophageal leiyomyoma; An analysis of our experience. Rev Esp Enferm Dig 2006;98:350-8.
7.Şehitoğulları A, Çobanoğlu U, Demir C. Özofagusun dev leiyomyomu: iki olgu. Tıp araş Der 2009:7;171-174.
8.Punpale A, Rangole A, B hambhani N, Karimundackal G, Desai N, Souza A et al Leiomyoma of Esophagus Ann Thorac Cardiovasc Surg 2007;79 13, No. 2.

How to cite this article:
Bilgin M, Gürler F. Surgical Treatment of the Giant Leiyomyoma of the Esophagus After Fifteen Years. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 1): 92-4.