

HEMANJİOM GÖRÜNÜMLÜ DEV LENFANJİOMA (Olgu Sunumu)

Mehmet FÜZÜN*, Hasan BAKIR*, Emek ÖZEN**, Murat SOYLU*,
Meral KOYUNCUOĞLU**, Kemal ASTARCIOĞLU*

D.E.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

D.E.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı**

ÖZET

Karın içi kistik lenfanjiomalar oldukça nadir görülen benign tümörlerdir. Hastalığın tanısında ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi lenfanjiografi yada perkütan ince iğne aspirasyon biyopsisi yardımcı olabilir. Ancak tanı çoğunlukla operasyon sırasında konur. Tedavi kistin tam olarak eksize edilmesidir. Kliniğimizde intraabdominal dev kistik lezyonu olan hasta dev hemanjiom ön tanısı ile opere edilerek bu kitle çıkartılmış ve külenin patolojik değerlendirme sonucu lenfanjioma olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Intraabdominal lenfanjioma

SUMMARY

Intraabdominal cystic lymphangiomas are rare benign tumors. Ultrasonography, computed tomography, lymphangiography or fine-needle aspiration biopsy may be used to make the diagnosis preoperatively. Complete excision of the cyst is the preferred treatment. 51-year-old woman with a left abdominal cystic lymphangioma was presented. The surgical treatment was complete excision of the cyst with a favorable result.

Key words: Intraabdominal lymphangioma

İntraabdominal kistik ve kavemöz lenfanjiomalar nadir görülen benign tümörlerdendir. Çoğunlukla elektif veya acil cerrahi, lenfanjiografi veya post mortem muayene sırasında fark edilirler. Bu tür tümörlerin görülme insidansının 1/27.000-100.000 olduğu bildirilmektedir (1).

Çok nadir görülmesi ve 10 yıl süreyle inoperabl kabul edilerek tedavi edilmemesi

nedeniyle bu olguyu yayınlanmaya değer bulduk.

OLGU SUNUMU

A.E., 51 y, kadın hasta karında şişlik, yemek yiyememe ve terleme yakınmaları ile başvurdu. Hastanın öyküsünden yaklaşık 20 yıl kadar önce sol arkus kostarumda bir şişlik oluştuğu, 1981 yılında bu şişlik nedeniyle bir operasyon geçirdiği ve sadece biopsi alınarak

operasyona son verildiği öğrenildi. Ancak bu biyopsinin sonucu net olarak öğrenilemedi. Hasta kliniğe kabul edildiğinde yapılan fizik muayenede batının özellikle sol tarafında arkus kostadan pubis bölgesine kadar uzanan, yumuşak, lobüle kitle tespit edildi. Derin palpasyonla kitle küçültmekte idi. Hemogram ve kan biyokimyası tetkiklerinde hemoglobin (8.8 gm/L), hematokrit (%25.8), trombosit (125.000mm^3), kan üre azotu (34 mg/dL) değerleri dışındaki karaciğer fonksiyon testleri ve elektrolit değerleri normal idi.

Yapılan batın ultrasonografisinde batın içini tamamen dolduran, sağ ve sol böbrekte ve dalakta kompresyon yaratan kistik bir yapı ve ayrıca karaciğer içinde en büyüğü 73 mm çaplı olan değişik boyutta kistik alanlar izlendi.

Bilgisayarlı tomografide, karın sol tarafında sol diyafragma kubbesi düzeyinden başlayıp pelvis tabanına kadar devam eden kesitlerde su dansitesinde hipodens keskin konturlu kistik kitle olduğu ve bu kitlenin dalak ve böbreği komprese ettiği görüldü. Bunun yanında karaciğer içinde çeşitli çaplarda keskin konturlu hipodens kistik alanlar izlendi.

Hastanın anemiye yönelik araştırmasında demir eksikliği anemisi saptandı. Bunun üzerine kan transfüzyonu yapılarak operasyona alındı. Eksplozasyonda sol abdomeni tamamen, sağ abdomeni kısmen dolduran

hemanjiom görünümüne kitleyle karşılaşıldı (Şekil 1). Ayrıca sağ ve sol karaciğer lobunda küçük kistik kitleler mevcuttu. Retroperitoneal kitle çevre yapışıklıklardan ayrıldı ve total olarak çıkartıldı. Bu sırada sol diafragmada oluşan defekt tamir edildi. Ayrıca kapsül yırtılması nedeniyle splenektomi yapıldı.



Şekil 1. Operasyon sırasında intraabdominal tümörün görünümü

Postoperatif sorunu olmayan hasta 7. günde taburcu edildi. 3 ay sonra yapılan kontrolünde anormallik yoktu.

Kitlenin histopatolojik değerlendirmesinde kistik lenfanjioma olduğu anlaşıldı (Şekil 2, 3). Makroskopik olarak kitlenin süngerimsi yapıda olduğu görülmüş. Histopatolojik incelemede ise boşlukların yassılaştırmış endotella döşeli, stromada yer yer agregatlar oluşturan lenfositlerin bulunduğu dikkati çekmişti.



Şekil 2. Operasyon sonrası makroskopik piyesin görünümü (6850/90)



Şekil 3. Mikroskopik kesitlerde yassılaştırmış endoteller ile döşeli kistik yapıların duvarında lenfosit kümeleri izlenmektedir. H+E X100.

TARTIŞMA

Intraabdominal lenfanjiomalar oldukça nadir görülen patolojilerdir. Galifer ve arkadaşları İngiliz literatüründen sadece 130 olgu bildirmişlerdir. Bu olguların %60'ı 5 yaşın altındadır (2). Kistik lenfajiomada daha çok genç-

lerde mezenterik kistler ise her yaş grubunda görülür (3). Lezyonun etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte lenfatik sistemin primer malformasyonu olduğu düşünülmektedir. Batında en sık görüldüğü lokalizasyon mezenterdir. Ayrıca omentum, mezokolon ve retroperitoneumda da lokalize olabilir (2-5). Hastalarda en sık görülen klinik bulgu palpabl, yumuşak kistik kitledir (1). Çoğunlukla kitle bası bulguları oluşturana kadar gizli kalabilir. Kistik kitlenin lokalizasyonuna bağlı olarak intestinal obstrüksiyon, böbreklerin ve üreterlerin orta hatta doğru yer değiştirmesi, üreter obstrüksiyonu ve arteria kolika medianın yer değiştirmesi görülebilir. Ayrıca kist içine kanama, kist duvarının inflamasyonu, enfeksiyon, perforasyon, torsiyon ve rüptür görülebilecek komplikasyonlardandır (1). Lezyonun tanınmasında en yararlı görüntüleme yöntemleri ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografidir (4-7). Ayrıca lenfanjiografi ve ince iğne aspirasyon biopsisi de preoperatif tanıda kullanılabilir (3). İntravenöz piyelografi pelvik organların kitlenin basısı nedeniyle yer değiştirdiğini gösterebilir (3). Kistik sıvıların özelliklerini göstermesi nedeniyle manyetik rezonans ve basıya bağlı arteriyel yer değiştirmeleri göstermesi bakımından anjiografi tanıda yardımcı diğer metotlardır (1). Bu metotlara rağmen tanı oldukça güçtür. Lezyon kistik pankreatik neoplaziler, psödokistler, hematomlar, abseler ve hemanjiom ile karıştırılabilir (5).

Lenfanjiomanın tedavisi kitlenin tam olarak eksizyonudur (1,3). Kist ince barsak, dalak veya pankreasın kuyruğu gibi batin organlarını tutmuşsa tutulan organla birlikte eksizyon önerilmektedir (1).

Rekurrens yönünden hastalar takip altında olmalıdır.

Yaşının ileri olması, sol diafragmadan başla-

yan, pelvis tabanına kadar uzanan, oldukça büyük bir kitleye sahip olması ve uzun süre inoperabl kabul edilerek izlenmesi sunulan olgunun ilginç özellikleridir.

Sonuç olarak batında görülen kistik kitlelerde lenfanjioma da düşünülmelidir. Tek tedavisi cerrahi olduğundan koşullar zorlanmalı ve kitlenin total olarak çıkartılmasına çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Roisman I, Many J, Fields S, Shiloni E. Intraabdominal lymphangioma. *Br J Surg* 1989; 76: 485-9.
2. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft Tissue Tumors*, fourth Edition. Toronto: The C.V. Mosby Company, 1988; 614-37.
3. Tahiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg* 1985; 120: 1206-9.
4. Davidson AJ, Hartman DS. Lymphangioma of the retroperitoneum. CT and sonographic characteristic. *Radiology* 1990; 175: 507-10.
5. Liessi G, Sardini F, Spaliviero BB. Cystic lymphangiomas of the abdomen. CT and US findings. *Radiol Med* 1989; 78: 204-9.
6. Munechika H, Honda M, Kushihashi T, Koizumi K, Gokan TJ. Computed tomography of retroperitoneal cystic lymphangiomas. *Comput Assit Tomogr* 1987; 11: 116-9.
7. Wang HH, Li SG, Chang SY, Ma CP. Retroperitoneal lymphangioma. A case report. *S Afr Med J* 1989; 75: 548-50.