

İncebarsak Lenfosarkomasında Radyolojik Tanı

Dr. Celâl ADANIR*
Dr. İsmail ŞEKER**

ÖZET

Bu yazıda, 8 ince barsak primer lenfosarkoma olgusunun baryumlu incebarsak grafilerinde saptanan röntgenolojik özellikler tartışıldı.

SUMMARY

THE RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF THE SMALL BOWEL LYMPHOSARCOMA

In this article, the roentgenological properties of eight cases of primary lymphosarcoma originated in the small intestine have been discussed.

GİRİŞ

Lenfosarkoma, incebarsağın lenfoid dokudan zengin olan terminal ileum bölümünü sıklıkla tutar. Tümör mukoza ya da submukozanın lenfoid dokusundan köken alır. Barsağın uzun eksenine boyunca ya da bu eksene dikey yönde yayılır. Lenfosarkoma medüller bir tümör olduğu için desmoplâstik etkisi yoktur. Bunun için, lenfosarkoma, incebarsakta erken devrede fibröz doku oluşumuna bağlı darlık ya da tıkanma oluşturmaz¹. Bu olgu, hastanın

doktora geç bir dönemde başvurmasına neden olur. Bu dönemde, hastanın sağtım yönünden bir çok ekonomik, sosyal ve psikolojik güçlükler neden olabilecek önemli komplikasyonları bulunabilir². Bu nedenle incebarsak lenfosarkomasının erken tanısında yararlı olabilecek röntgenolojik özelliklerinin iyi bilinmesinde pek çok yarar vardır.

GEREÇ ve YÖNTEM

1977-79 yıllarında, çeşitli yöntemlerle histolojik tanısı konulan 8 primer incebarsak lenfosarkoması radyolojik yöntemlerle incelendi. 6'sı erkek, 2'si kadın olan olguların, en küçüğü 22, en büyüğü 33 yaşında ve yaş ortalaması 27 idi. Hastaların baryumlu incebarsak grafilerindeki röntgenolojik özellikler, floroskopik bulgulara ek olarak saptanarak değerlendirildi.

BULGULAR

Tablo I'de görüldüğü gibi, 7 (% 87.50) olgunun incebarsak çapını 3.5 cm. den daha geniş ve 1 (% 12.50) olgunun barsak çapını da normal sınırlar içinde

(*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ve Radyoterapi Kürsüsü Profesörü
(**) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ve Radyoterapi Kürsüsü Asistanı

OLGU	BARSAK ÇAPI		MUKOZAL FOLD ÖZELLİĞİ	
	GENİŞLEME	DARALMA NORMAL	KALINLAŞMA SİLİNME	NODÜLER ÖZELLİK
1. S.A.	+		+	+
2. S.K.	+		+	
3. M.A.	+		+	
4. E.C.	+		+	
5. N.K.		+	+	+
6. C.A.	+		+	
7. K.A.	+		+	+
8. S.A.	+		+	
TOPLAM	7 (% 87.50)	1 (% 12.50)	8 (% 100)	3 (% 37.50)

Tablo: I - 8 İncebarsak lenfosarkoma olgusunun incebarsak radyografilerindeki Röntgenolojik Özellikler

saptadık. İncebarsak mukozal kıvrımlarında (Fold) olguların tümünde 3 mm'den daha çok kalınlaşma vardı. İncebarsak kıvrımlarındaki bu kalınlaşma özelliğine

ek olarak, 3 (% 37.50) olguda mukozal kıvrımlarda silinme ve 3 (% 37.50) olguda mukozal yüzeyde 3 mm. çaptan daha geniş nodüler görünimler saptadık.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Lenfosarkoma, özel olarak incebarsaklardan köken alabildiği gibi sistemik lenfoid dokulardan da köken alabilir. Bu nedenle lenfosarkomanın sistemik ya da intestinal kökenli bir hastalık olduğunu saptamak güçtür. Hastanın akciğer grafisinde lenf adenopatisi yoksa, periferik kan sayımı normale, periferik lenf adenopatisi yoksa, karın lezyonları barsağa ve yerel lenf düğümlerine sınırlıysa, karaciğer ve dalak tümörden arınmışsa primer incebarsak lenfomasından söz edilebilir³. Bununla beraber, barsaktaki hastalığın primer ya da sekonder olarak ayırtedilebilmesi prognoz ve sağtım yönünden önemlidir.

Lezyonların yaklaşık yarısı ileumda, yarısından biraz daha azı da jejunumda bulunur. Duodenumda nadir olarak bulunabilecekleri bildirilmiştir⁴. Bizim olgularımızda lezyonların incebarsak segmentlerine dağılımı yaklaşık aynı özelliği göstermektedir. İncebarsak lezyonları, olguların 4'ünde ileumda, 3'ünde jejunumda ve birinde de duodenumda saptandı.

Lenfosarkoma, başlangıçta sıklıkla submukozada sellüler bir infiltrasyon oluşturur. Genellikle, barsağın uzun eksenini boyunca yayılarak bir tümör plağı oluşturur. Bu dönemde tutulan incebarsak segmentindeki tümör plağının, olguların % 80'inde 5 cm'den daha uzun ve % 20'sinde de 10 cm'den daha uzun olabileceği bildirilmiştir⁴. Bu dönemde röntgenolojik muayene yapılırsa, tutulan segmentin floroskopi altında elle muayenesinde, sert olduğu ve içindeki baryumu kendi kendine boşaltmadığı saptanabilir.

Tümör plağını örten incebarsak mukozası erken devrede normal görünümde olabilir. İnfiltrasyon ilerledikçe, bu mukozal kıvrımlar sellüler infiltrasyon sonucu, oldukça çok kalınlaşabilirler.

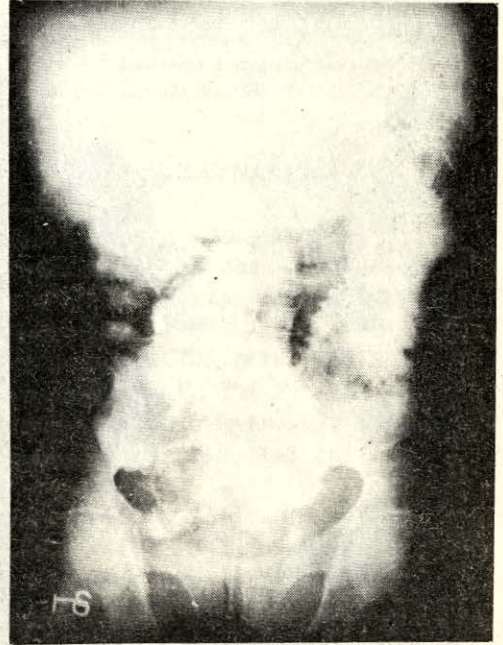
Resim 1'de görüldüğü gibi bu dönemde alınan incebarsak röntgenogramlarında, kalınlaşmış mukozal kıvrımların oluşturduğu oldukça buruşuk konturlu bir incebarsak segmenti saptanabilir. Bizim olgularımızın tümünde incebarsak mukozal kıvrımlarında (fold), 3 mm'den daha çok genişleme saptadık. Ayrıca incebarsağın kalınlaşmış mukozal kıvrımlarını kapsayan segmentlerinin profilden görünümü buruşuk bir kontur göstermekteydi. Bu görünüm incebarsak lenfosarkomasi için ayırtedici bir röntgenolojik özelliktir ve ayrıca röntgenolojik olarak histolojik tanı koymaya izin verebilir.



Resim: 1 – Duodenal Lenfosarkoma. Barsak Çapında Genişleme; Mukozal Kıvrımlarda Genişleme ve Barsak Konturunda Buruşukluk.

Resim 2'de görüldüğü gibi, sellüler infiltrasyon ilerledikçe ya da kitle büyüdükçe, mukozal kıvrımlar silinebilir. 8 olgunun üçünde kalınlaşmış mukozal kıvrımların yanında, sellüler infiltrasyonun ilerlemiş olduğu yerlerde mukozal kıvrımlar da silinme saptandı (Tablo: 1).

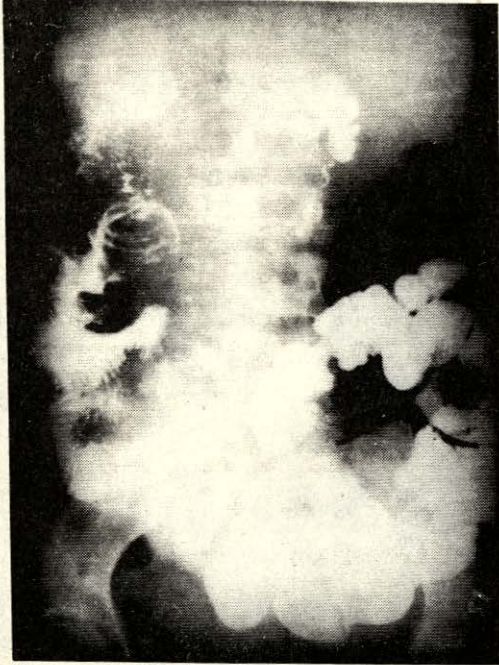
Lenfosarkoma medüller bir tümör olduğu için, incebarsak duvarı bu tümöre karşı fibröz bir reaksiyon geliştirmez. Bu nedenle incebarsak duvarında erken devrede fibröz dokuya bağlı bir darlık oluşmaz. İncebarsağın diğer kötü huylu tümörleri genellikle incebarsak duvarında bir fibröz reaksiyon uyandırarak darlığa neden olabilirler. Bu tümörlerde darlık proksimalinde, daima bir miktar incebarsak genişlemesi vardır. Lenfosarkomada ise fibrotik reaksiyon oluşmadığından, incebarsak lümeni tümör aşırı derecede bü-



Resim: 2 – İncebarsak Lenfosarkomasi, Barsak Çapında Genişleme, Mukozal Kıvrımlarda Yer Yer Silinme.

yüüinceye değin daralma göstermeyebilir. Büyümüş sellüler tümör nekroze olma eğilimindedir. Resim 3'te görüldüğü gibi, lüminal yüzeyde oluşan nekroz sonucu büyük bir ülserasyon ve barsak lümeninde gerçek bir genişleme oluşabilir. Bu özelliğin, tüm olguların yaklaşık 1/3'ünde lenfosarkoma yönünden ayırtecdici bir görünüme neden olabileceği bildirilmiştir¹. Tablo 1'de görüldüğü gibi bizim olgularımızın 7'sinde incebarsak çapı 3.5 cm'den daha geniş ve 1'inde barsak çapını normal sınırlarda saptadık.

Seyrek olarak lenfosarkoma, incebarsak lümeni içine doğru büyüyerek lümen içine uzanan tek bir polipoid kitle oluşturabilir. Bu polipoid kitle invajinasyona neden olabilir. Yapılan radyolojik muayene invajinasyonun başlangıç noktasında yalancı saplı intraluminal polipoid kitle gösterebilir¹.



Resim: 3— İncebarsak Lenfosarkoması. Barsak Duvarında Kalınlaşmayı Gösteren Lupların Birbirinden Ayrılması ve İntraluminal Kitleler.

İncebarsağın uzun eksenini boyunca intramural yayılım gösteren lenfosarkoma incebarsak duvarını yaygın şekilde kalınlaştırabilir. Resim 3'te görüldüğü gibi, barsak duvarındaki kalınlaşma bölgeden bölgeye değişerek daralmış ve genişlemiş barsak segmentleri dizisini oluşturabilir. Bu durumda, lenfosarkoma incebarsak inflamasyonlarıyla karışabilir. Fakat, lenfosarkomadaki daralma hiç bir zaman inflamasyonlardaki kadar şiddetli değildir. İncebarsak duvarının kalınlaşması, bitişik olarak bulunan incebarsak luplarının birbirinden ayrılmasına neden olabilir (Resim: 3). Barsak lümeni içindeki baryum kolonunda, artmış salgıya bağlı yer yer benekler şeklinde radyolüsent görünümler bulunabilir⁴.

Lenfosarkomada, seyrek olarak incebarsakta ileri derecede yerel genişleme oluşabilir. Bu genişlemenin, barsak duvarındaki sinir pleksuslarının ve kas tabakalarının tümör infiltrasyonu sonucu yıkımlarına bağlı anevrizmal bir genişleme olduğu bildirilmiştir. Genişlemiş lümen içinde göllenmiş baryum toplantisı görülür. Mukozal özellik tam olarak kaybolabilir⁵.

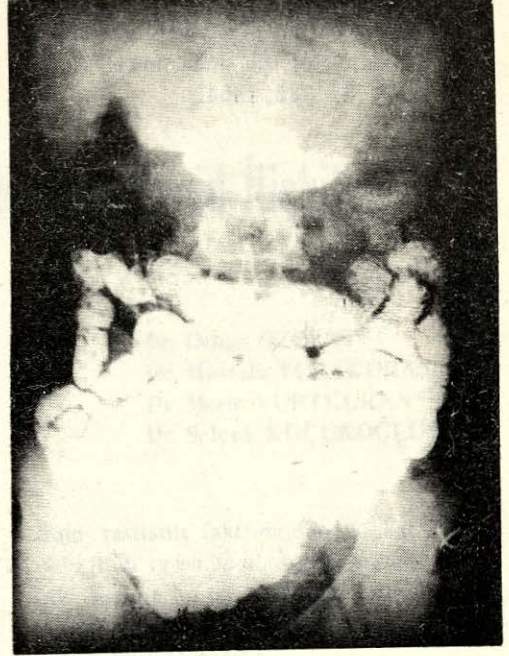
Lenfosarkomanın diğer bir şeklinde, Resim 4'te görüldüğü gibi incebarsak lümeninde 3 mm'den daha büyük yuvarlak nodüler defektler görülebilir. Bizim olgularımızın 3'ünde bu nodüler defektleri saptadık. Bu defektler 3 mm. çaptan daha büyüktü ve 3 olguda da terminal ileumda yerleşmişlerdi. Seyrek olarak bu nodüllerin merkezinde nekroza bağlı ülserasyon görülebilir. Eğer bu ülserasyon yeterince derinse, içinde baryum toplanabilir ve "Boğa Gözü" ismi verilen görünüm ortaya çıkabilir. Bu görünüm, lenfosarkomadan başka, melanosarkoma ve metastatik incebarsak karsinomasında da görülebilir¹. Bazı olgularda bu nodüler defektler çok küçük olabilir ve son derece güçlekle gö-

rülebilirler. Bu durumda benign nodüler lenfoid hiperplazi ile karışabilirler. Fakat benign nodüler lenfoid hiperplazideki nodüller küçük ve simetrik görülürler. Nodüller asimetrik ve büyük olurlarsa lenfosarkomayı düşünmek gerektiği bildirilmiştir⁶.

Lenfosarkomanın diğer bir şeklinde, belirgin olarak mezenter invazyonu bulunabilir. Bu durumda, lümen dışında bulunan ve retroperitoneal bölgeye yayılabilen çok büyük kitleler bulunabilir. Bu kitleler, kendilerini karın içi organlarına yer değiştirerek ya da bu organlar üzerinde bazı defektleri oluşturarak röntgenogramlarda gösterilebilirler⁷.

Olguların yaklaşık 1/5'inde incebarsak tutulması çok yerde olabileceği gibi bu şekillerin herhangi bir kombinasyonu da bir hastada bulunabilir. Lezyonların, incebarsağın çok sayıda bölgesini tutması, lenfosarkomayı düşündürmelidir. Fakat bu durum, incebarsağın metastatik tümörlerden de ayrıldır⁴.

İncebarsak lenfosarkomalı hastalar genellikle iştahsızlık, zayıflık, kırıklık, kilo kaybı, karın ağrısı, anemi ve karında ele gelen kitle yakınması ya da bulgularıyla doktora başvururlar¹. Bu yakınma ya da bulguların hiç birisi lenfosarkoma için özgül değildir. Bu nedenle bu tür sindirim sistemi yakınmaları olan hastaların tüm gastrointestinal sistemlerinin radyolojik olarak incelenmesi lenfosarkomanın erken tanısı yönünden yararlı olacaktır. Çeşitli nedenlerle tüm gastrointestinal sistemin radyolojik incelenmesi yapılmazsa mide ve duodenumu radyolojik olarak incelenen hastalarda inceleme bittikten 45 dakika sonra, yatarak bir arkaön karın grafisinin alınması hiç olmazsa radyologda bir şüphe uyandırabileceği için erken tanı yönünden daha ileri incelemelere atılmış bir adım olacaktır, kanısındayız.



*Resim: 4— İncebarsak Lenfosarkoması.
Terminal İleumda Yerleşen 5-8 mm. Çaplı
Çok sayıda Nodüler Defektler.*

KAYNAKLAR

1. MARSHAK, H.R., LINDNER, E.A.: Radiology of the Small Intestine, Saunders Comp. London, 1976, p. 408-428.
2. SLEISENGER, M.H., ALMY, T.P., BARR, D.P.: The Sprue syndrome secondary to lymphoma of the small bowel. Amer. J. Med. 15: 666-647, 1953.
3. DAWSON, I.M.P., CORNES, J.S., MORSON, B.C.: Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Brit. J. Surg. 49: 80-89, 1961.
4. MARGULIS, R.A., BURHENNE, J. H.: Alimentary Tract Roentgenology Vol. II. Mosby Comp. Saint Louis. 1962, p. 892-894.

5. DEEP, P.H., STILSON, W.L.: Roentgenologic manifestations of lymphosarcoma of the small bowel. *Radiology*, 63: 235, 1954.

6. CAFFEY, J.: *Pediatric X-Ray Diagnosis*. Vol. II Year Book Medical Publication. Chicago, 1973, p. 711.