

## İNCE BARSAK PRİMER NON-HODGKİN MALİGN LENFOMALARI

S. Aydınтуğ\*\*

M. Arsan\*\*\*

İ. Alaçayır\*\*\*

Ş. Eraslan\*

Non-hodgkin malign lenfomalar ince barsaklarda primer olarak başlayacağı gibi sistemik olarak gelişip ileri devrelerinde ince barsağı tutabilirler. (8,10).

İnce barsağın primer non-hodgkin malign lenfomaları tipik olarak tek bir barsak segmentini tutarlar. Bununla beraber olguların % 20'sinde multisegmenter olarak karşımıza çıkarlar (5,7).

Olgularımızın değerlendirilmesinde Dawson'un primer gastrointestinal sistem malign lenfoma tanı kriterlerini esas aldık (4,6).

### Primer Non-Hodgkin Malign Lenfoma Tanı Kriterleri :

1. Palpabl süperficial LAP (—)
2. Mediasten normal
3. Periferik kan ve Kİ normal
4. Karaciğer ve dalak tutulumu yok
5. Laparotomi sırasında saptanan LAP'lerin hepsi primer tümörün drenaj yolu üzerinde olacak.

### MATERYAL VE METOD

1980 - 1987 yılları arasındaki sekiz yıllık dönemde A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'nda ameliyat edilen 13 primer non-hodgkin malign lenfomalı hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

\* A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. Profesör.

\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. Uzmanı.

\*\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. Araştırma Görevlisi.

Hastaların yaş ortalaması 36 olup 15 - 63 yaş arasında değişmektedir. Hastaların 9 tanesi erkek 4 tanesi kadındır. Semptomların görülme sıklığına göre abdominal ağrı, kilo kaybı, bulantı-kusma ve halsizlik en sık görülen semptomlardır. (Tablo I).

Tablo I - Semptomların görülme sıklığı

| Septomlar      | Görülme sıklığı |
|----------------|-----------------|
| Abdominal ağrı | % 77 (10)       |
| Kilo kaybı     | % 69 (9)        |
| Bulantı-Kusma  | % 69 (9)        |
| Halsizlik      | % 54 (7)        |
| Şişlik         | % 38 (5)        |
| Kanama         | % 15 (2)        |

Fizik muayene bulguları arasında en sık görülenler abdominal kitle ve palpasyonda duyarlılıktır (Tablo II).

Tablo II - Fizik muayene bulguları

| Fizik muayene bulguları | Görülme sıklığı |
|-------------------------|-----------------|
| Abdominal kitle         | % 54 (7)        |
| Palpasyon duyarlılık    | % 46 (6)        |
| Normal                  | % 30 (4)        |

Semptomların süresi olguların % 61,5 (8)'unda 1-6 ay arasındadır. Anemi için Hb'nin 10 gr.'ın Hkt'in % 30'un altında olması esas alınmış olup, % 30 (4) olguda anemi saptanmıştır.

Olguların hepsine pre-operatif mide-dudenum ve ince barsak bar-yumlu grafisi çekilmiş olup % 69 (9)'unda duodenum veya jejunum ilk kısmında malignite şüphesi saptanmıştır. Fizik muayenede kitle saptananların hepsinde USG ile kitle gösterilmiştir. Gastroskopik inceleme % 53,8 (7) hastaya yapılmıştır. Bunlardan % 42 (3) hastaya pre-operatif malign lenfoma tanısı alınan biyopsilerle konmuştur. Tanı konmuş olanların hepsi duodenum veya jejunum ilk kısmında yerleşmiş olanlardı.

Ameliyat bulgularına göre tümörün yerleşim yerleri : Duodenum ve jejunum ilk kısmı % 46 (6), jejunum ve ileum % 54 (7). Jejunum ve ileum tutulumu olan olguların % 49 (4)'unda retroperitoneal tutulum saptandı. Hastaların 12 tanesine laparotomi ve biyopsi, bir tanesine tümörün kapladığı ince barsak segmenti ile birlikte rezeksiyon yapılmıştır. Laparotomi ve biyopsi yapılan olgulardan iki tanesine duodenum ve jejunum ilk kısımlarında obstrüksiyon olması nedeniyle gastrojejunostomi uygulanmıştır.

Olguların evrelendirilmesinde «Manchester staging» kullanıldı (1,4,6) (Tablo III).

Tablo III : Olguların Evre'lere Göre Dağılımı

| Stage | Olgu Sayısı | Manchester Staging   |
|-------|-------------|--|
| SIE   | 1           | SIE : Tümör sadece GİS duvarında   |
| SIIE  | 5           | SIIE : GİS'te tümör+Regional LAP   |
| SIIEE | 7           | SIIEE : GİS'te tümör+Regional lenf bezlerini aşmış. (Paraaortik, iliak lenf bezleri tutulmuş.) |

Histopatolojik sınıflandırma «Kiel» e göre yapılmıştır (1,2,11) (Tablo IV).

Tablo IV : Olguların histopatolojik sınıflandırılması

| Kiel Sınıflaması                             | Olgu Sayısı |
|--|-------------|
| A. Malignitesi yüksek olanlar                | (5)         |
| 1. Santroblastik                             | —           |
| 2. Lenfoblastik                              | 1           |
| 3. İmmünoblastik                             | 4           |
| B. Malignitesi az olanlar                    | (8)         |
| 1. Lenfositler lenfoma                       | 1           |
| 2. Lenfo-plazmasitoid lenfoma (immünositoma) | 3           |
| 3. Santroblastik-sentrositer lenfoma         | 3           |
| 4. Santrositer lenfoma                       | 1           |

Tablo V: 1980-1987 Yılları arasında kliniğimizde ameliyat edilen non-hodgkin ince barsak malign lenfomaları (Y : yaş/C : cins/Lap. : Laparotomi/Jej. : jejunum) Post-operatif erken mortalite oranı % 15.4 (2)'tür.

| Yıl  | Y/C   | Yerleşim                | Stage | Histopat.                    | Yapılan girişim    | Kemoterapi | Yaşam süresi              |
|------|-------|-------------------------|-------|------------------------------|--------------------|------------|---------------------------|
| 1980 | 35, E | jej, ileum              | IIIE  | İmmünoblastik                | Lap.+Biyopsi       | —          | —                         |
| 1981 | 45, E | jejunum                 | IIE   | İmmünoblastik                | Lap.+Biyopsi       | —          | —                         |
| 1982 | 20, K | jej, ileum<br>Retroper. | IIIE  | Lenfoblastik                 | Lap.+Biyopsi       | —          | —                         |
| 1982 | 38, E | jejunum                 | IIIE  | Santrositer                  | Lap.+Biyopsi       | —          | 1. Ayda Exitus            |
| 1982 | 20, K | jejunum                 | IIE   | İmmünoblastik                | Kitle rez.         | COPP.      | 28. Ayda kontrolden çıktı |
| 1983 | 15, K | jej, ileum              | IIIE  | Santroblastik<br>Santrositer | Lap.+Biyopsi       | —          | 1. Ayda Exitus            |
| 1983 | 53, E | jej, ileum<br>Retroper. | IIE   | İmmünositom                  | Lap.+Biyopsi       | CHOP-B     | 18. Ayda Exitus           |
| 1985 | 63, E | jej, ileum<br>Retroper. | IIIE  | İmmünositom                  | Lap.+Biyopsi       | —          | —                         |
| 1985 | 53, E | jej, ileum<br>Retroper. | IIE   | Santroblastik<br>Santrositer | Lap.+Biyopsi       | —          | —                         |
| 1986 | 34, E | jejunum                 | IIE   | İmmünoblastik                | Lap.+Biyopsi       | CHOP-B     | 12. Ay yaşıyor            |
| 1987 | 26, E | jej, duo.               | IIIE  | İmmünositoma<br>Santrositer  | Lap.+Biyopsi<br>GE | CHOP-B     | 8. Ay yaşıyor             |
| 1987 | 20, K | jejunum                 | IIE   | İmmünositoma                 | Lap.+Biyopsi       | CHOP-B     | 6. Ay yaşıyor             |
| 1987 | 48, K | jej, duo                | IIE   | Lenfositer                   | Lap.+Biyopsi<br>GE | COPP       | 6. Ay yaşıyor             |

## SONUÇLAR

Olgularımızın izleme sonuçları şöyledir, beş olgumuz ameliyat'tan sonra kontrole gelmemişler ve adreslerine yazılan mektuplara da cevap vermemişlerdir. Bunların hepsine laparotomi ve biyopsi yapılmıştı. Dört tanesi IIIE, bir tanesi IIE'de idi. Diğer olgulardan iki tanesi post-operatif birinci ayda exitus oldu. Her ikisine de laparotomi ve biyopsi yapılmıştı, IIIE'deydiler. Post-operatif 18. ay'da exitus olan hastamız IIE İmmünositoma idi, laparotomi ve biyopsi yapılmıştı. Post-operatif dönemde kemoterapi görmüştü. Tümör kitlesinin içerdiği

ince barsak segmenti ile rezeksiyonu yapılan hastamız SIIE idi ve histopatolojik olarak immünoblastik tip malign lenfoma tanısı almıştı. Bu hastamız post-operatif kemoterapi gördü ve 28. aydan sonra kontrole gelmedi.

İzlemekte olduğumuz diğer dört hastamızın hepsine laparotomi ve biyopsi yapılmış olup SIIE'dedirler Dördüde post-operatif dönemde kemoterapi görmüştür ve yaşam süreleri 12,8,6,6'şar aydır. Aşağıdaki tabloda olgularımızın genel bir dökümü gösterilmiştir (Tablo V).

### TARTIŞMA

İnce barsağın primer non-hodgkin malign lenfomaları sık görülen bir hastalık olmamakla birlikte bizim serimizde tüm ince barsak malignitesi nedeniyle ameliyat edilenlerin % 34,4'ünü oluşturmaktadır. Bu oran bazı yayınlarda % 24 olarak bildirilmiştir (1). Tüm GİS non-hodgkin malign lenfomalarının % 22'sini ince barsak non-hodgkin malign lenfomaları oluşturmaktadır.

Bulduğumuz bölgenin gereği olarak olgularımızdan bazılarının Akdeniz Tipi Lenfoma olabileceği akla gelmektedir. Ancak bu çalışma kapsamına Akdeniz Tipi Lenfomalar alınmamıştır. Bilindiği gibi bunlar en sık görülen ağır zincir hastalığıdır. Hastaların hemen hepsinde diffüz abdominal lenfoma ve malabsorpsiyon saptanır. Abdominal lenf düğümleri, GİS lamina propriası lenfositler, plazma hücreleri ve retikulum hücreleri infiltredir. Kemik iliği, karaciğer ve dalak tutulumu yoktur. Hastalık progressif ilerler ama radyoterapi, kortikosteroidler, siklofosamid ve antibiyotikler ile remisyonlar elde edilebilir (3). Bizim olgularımızın hiçbiri histopatolojik olarak alfa ağır zincir hastalığı tanısı almamışlardır.

Hastalarımız bize ileri evrelerde gelmektedir. Bizim serimizde ameliyat olanların % 54 (7)'ü stage IIIE, % 38 (5)'i stage IIE'dedir. Bu nedenle ince barsak lenfomalarında tümör rezeksiyonunun prognoza etkisini belirleyemedik. İzleyebildiğimiz hastalar içinde rezeksiyon yapılan bir hastamız en uzun yaşayan hastamızdır. Ancak bu rezeksiyonun değerini belirleyebilmemiz için yeterli değildir.

Prognosda rol oynayan en önemli etkenin stage olduğuna inanıyoruz. İzledığımız hastalardan erken dönemde exitus olanların her ikisinde SIII'E'deydi. Diğer prognostik faktörler, tümörün histopatolojisi, komşu yapılan tutulumu, yaş, cins ve tümörün büyüklüğüdür (1, 3,11). Exitus nedenleri, diffüz ve üst seviyede tutulum sonucu oluşan ileuslar, malabsorbsiyon, fistül ve mukozal destrüksiyonlardır (8).

İnce barsak primer non-hodgkin malign lenfomasının tedavisi bize göre; erken cerrahi girişim ve olası ise tümör kitlesinin çıkartılması eğer çıkartılamıyorsa ve obstrüksiyona neden olabilecek durumdaysa bir drenaj girişiminin yapılmasıdır. Ameliyat sırasında alınan biyopsi sonucuna ve stage'e göre post-operatif multimodaliter tedavi uygulanmalıdır.

### ÖZET

1980 - 1987 yılları arasındaki kliniğimizde ameliyat edilen 13 ince barsak non-hodgkin malign lenfoma olgusunu retrospektif olarak inceledik. 13 Hastadan 12'sinde laparotomi ve biyopsi, bir tanesine kitlenin içerdiği ince barsak segmenti ile birlikte rezeksiyonu yapılmıştır. Post-operatif erken mortalite % 15,4 (2)'tür. İzleyebildiğimiz 8 hastadan 6'sı post-operatif dönemde kemoterapi görmüştür. En uzun yaşayan hastamız 28 ay kontrolümüzde kalmıştır. Prognos'da rol oynayan en önemli etkenin stage olduğuna inanıyoruz. Bize göre bu hastalarda erken dönemde yapılacak cerrahi girişim ile tümör kitlesi çıkarılmalı veya küçültülmeli ve post-operatif dönemde multimodaliter tedavi uygulanmalıdır.

### SUMMARY

We studied, 13 cases of small intestinal non-hodgkin's malignant lymphoma which were operated in our clinic between years 1980 - 1987, retrospectively. Twelve of the cases experienced laparotomy and biopsy and one of the cases experienced resection of the tumour mass

with the associated segment. Postoperative early mortality rate was % 15,4 (2). Six of the cases which could be followed, received chemotherapy in the postoperative period. The patient who lived longest was followed for 28 months. We believe that most important prognostic factor is the tumour stage. Patients should be operated in the early period and the tumour mass should be extracted or diminished in size and should receive multimodal therapy in the postoperative period. Even with surgical excision and chemotherapy prognosis is not rewarding.

### KAYNAKÇA

1. Back et al., Primary Gastrointestinal lymphoma Incidence, Clinical Presentation and Surgical Approach, *Journal of Surgical Oncology* 33 : 234-238, 1986.
2. Bulay, O., Yeni Görüşlere Göre Hodgkin Dışı Malign Lenfomalar, *Türkiye Klinikleri Cilt : 3, Sayı : 2, 1983.*
3. Boniaddonna, G and Valagussa, P., Should Lymphomas of Gastrointestinal Tract be Treated Differently From Other Disease Presentations, *Eur J Cancer Clin Oncol. Vol : 22, No : 11, P : 1295-1299, 1986.*
4. Contreary. K, Nance. F.C, Becker. W.F, Primary Lymphoma of the Gastrointestinal Tract, *Ann Surg. Vol : 191, No : 5, 1980.*
5. De Vita, *Cancer Principles Practice of Oncology, 2 nd ed. Philadelphia J.B Lippincott ccmp. Chap. 24, p : 787-788, 1985.*
6. Kaufman et al., Primary Gastrointestinal Lymphoma : A Review of 21 Case, *Journal of Surgical Oncology, 26 : 17-21, 1984.*
7. Shackelford and Zuidema, *Surgery of Alimentary Tract Tract., 2 nd ed., Philadelphia W.B Saunders, Chap : 26, p : 542-545, 1986.*
8. Skudder. P, Schwartz. S.I, Primary Lymphoma of the Gastrointestinal Tract, *Surgery Gynecology Obstetrics, January, Vol : 160, 1985.*

- 9. Stephen. G. ReMine, Abdominal Lymphoma, Surgical Clinics of North America, Vol : 65, No : 2, April 1985.
- 10. Stephen. G. ReMine, Braasch. J.W, Gastric and Intestinal Lymphoma, Surgical Clinics of North America, Vol : 66, No : 4, Aug 1986.
- 11. Weingrad et al., Primary Gastrointestinal Lymphoma, Cancer, 49 : 1258-1265, 1982

KAYNAKÇA

1. Weingrad et al., Primary Gastrointestinal Lymphoma, Cancer, 49 : 1258-1265, 1982

2. ReMine S.G., Braasch J.W., Gastric and Intestinal Lymphoma, Surgical Clinics of North America, Vol. 66, No. 4, August 1986.

3. Weingrad et al., Primary Gastrointestinal Lymphoma, Cancer, 49 : 1258-1265, 1982

4. ReMine S.G., Braasch J.W., Gastric and Intestinal Lymphoma, Surgical Clinics of North America, Vol. 66, No. 4, August 1986.

5. Weingrad et al., Primary Gastrointestinal Lymphoma, Cancer, 49 : 1258-1265, 1982

6. ReMine S.G., Braasch J.W., Gastric and Intestinal Lymphoma, Surgical Clinics of North America, Vol. 66, No. 4, August 1986.

7. Weingrad et al., Primary Gastrointestinal Lymphoma, Cancer, 49 : 1258-1265, 1982

8. ReMine S.G., Braasch J.W., Gastric and Intestinal Lymphoma, Surgical Clinics of North America, Vol. 66, No. 4, August 1986.