

MİDE PSÖDOLENFOMASI

Çok nadir rastlanan bir olgu dolayısıyla bu hastalığın incelenmesi

Erdal Anadol*

Murat Akyol**

Tarık Çağa**

Ahmet Yayıoğlu**

Midenin malign tümörleri arasında karsinomaların klasik olarak lenfomalardan daha kötü bir prognoza sahip oldukları bilinmektedir (2,5,6,9,10,11). Ancak midenin lenfoid lezyonlarında kendi aralarında histopatolojik yapı ve biyolojik davranış olarak çok farklı olabilmektedirler. Mide lenfoması tanısı almış hastalar arasında bazıları bir malignite için alışılmadık denli uzun yaşam süreleri göstermektedirler. Smith ve Helwig (9) bu gözleme dayanarak bazı benign lenfoid mide lezyonlarının yanlış olarak lenfoma tanısı almış olabileceğini ve bu nedenle lenfomalarda prognozun aldatıcı şekilde karsinomalardan daha iyi görülebileceğini öne sürdüler. Yazarlar enstitülerinde mide lenfoması tanısı almış 131 hastanın mikroskopik preparatlarını tekrar gözden geçirerek yaptıkları bir tarama sonucu 1958 yılında şu sonuçlara vardıklarını bildirdiler (9).

Midenin malign lenfoması biyolojik davranış olarak, mideyi tutmuş olan jeneralize lenfomadan tamamen farklı bir patolojidir. Bazı lokalize mide lezyonları (Pseudolymphoma) tamamen benign olmalarına karşın, histolojik olarak generalize malign lenfomanın mide bulgularına çok benzer bulgular verebilir ve karıştırılabilirler. Bu iki patolojiyi ayırtetmek için belirli bazı histopatolojik kriterler mevcuttur.

Literatürde bu ilk tanımlamadan sonra konu diğer bazı araştırmacılar (3,4,8,10) tarafından incelenmiştir. 1982 yılına kadar Anglo-Sakson literatüründe toplam 116 vakaya rastlanılmıştır (5). Lezyonun bu denli nadir olması, gerek etiyolojisi, gerekse klinik ve histolojik özel-

* A.Ü.T.F. Genel Şirürji Anabilim Dalı Doçenti.

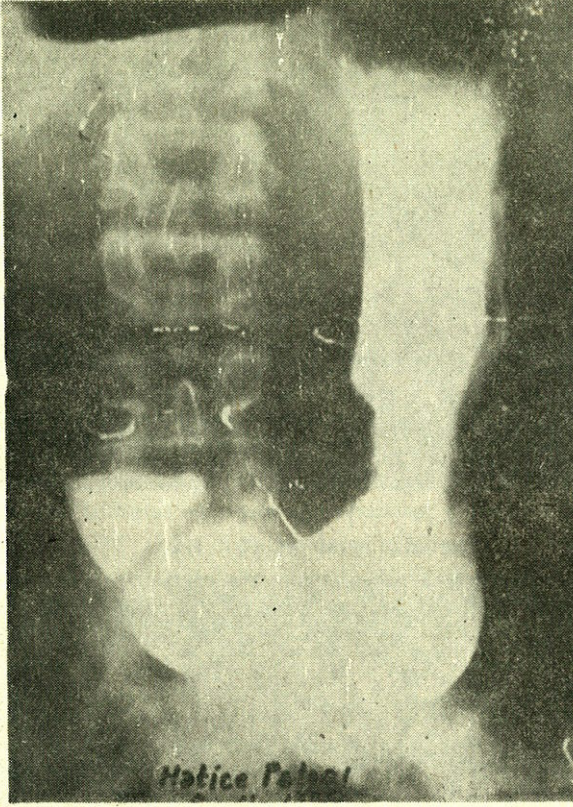
** A.Ü.T.F. Genel Şirürji Anabilim Dalı Asistanı.

*** A.Ü.T.F. Genel Şirürji Anabilim Dalı Profesörü.

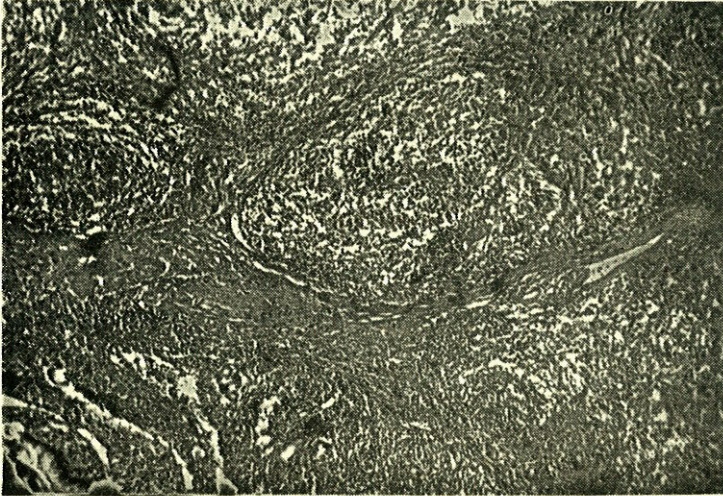
liklerinin aydınlatılmasını güçleştirmektedir. Terminoloji konusunda bile bir görüş birliği mevcut değildir ve «pseudolymphoma»nın yanı sıra «gastric lymphoid hyperplasia, reactive lymphoid hyperplasia, chronic atrophic lymphoblastomoid gastritis, lymphoreticular hyperplasia, chronic lymphoid gastritis» olarak da adlandırılmıştır (4,5).

OLGU TAKDİMİ :

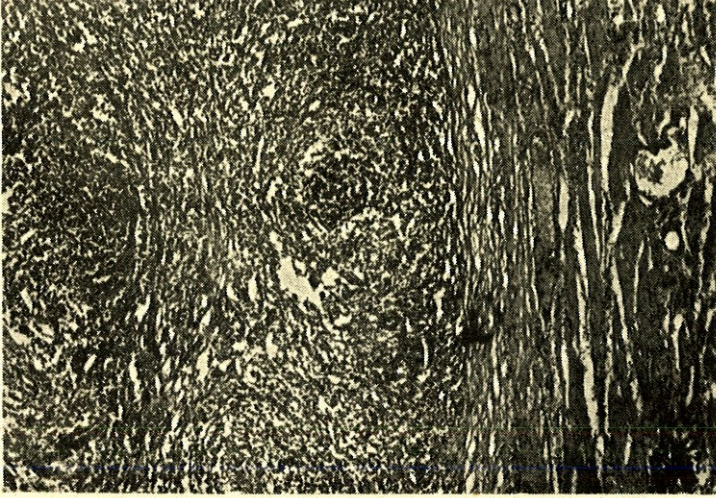
66 yaşında kadın hasta (H.P/6016/30.11.1981), epigastriumda ağrı yakınması ile 1981 yılında ilk kez polikliniğimize başvurmuştu. 4 yıldır yemeklerden önce daha fazla olan, anti-asit ve sütle azalan epigastrik ağrı yakınması vardı. Ağrının sırta vurduğunu, ekşi ve acı gıdalarla arttığını vurguluyordu. İki yıl önce bulantı ve kusma olduğunu ancak son zamanlarda bu tür bir yakınması olmadığını söyleyen hasta hiç hematemez veya melena tanımlamıyordu. Kesin kilo olarak ifade edememekle birlikte son iki ay içinde zayıfladığını söylemekteydi. Soy geçmişinde önemli bir özelliği olmayan hastanın, fizik muayenesinde yalnızca epigastriumda derin palpasyon ile ağrı saptanmaktaydı. Karında palpabl bir kitle yoktu. Tüm biokimyasal tetkikleri normal olan hastada, gaitada gizli kanda saptanamadı. Baryumla üst gastrointestinal sistem grafilerinde, mide antrumunda küçük kurvaturda nisbeten düzgün kenarlı bir dolma defekti mevcuttu (Resim 1). İki defa uygulanan gastroskopi sonucu, malign gastrik ülser ve antral gastrit tanısı alan hastaya mide kanseri ön tanısı ile 3.12.1981 tarihinde laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda mide antrumunda yaklaşık 4x3x3 cm. boyutlarında tümöral kitle ve küçük kurvatur boyunca yaygın, büyük lenfadenopati saptandı. Karaciğer, dalak ve diğer karın organları normaldi. Bu bulgularla rezektabl mide kanseri olduğuna karar verilerek Billroth I tipi 3/4 distal sub-total mide rezeksiyonu yapıldı. Ameliyat piyesinin patolojik tetkikinde, lezyonun mide küçük kurvatur tarafında, antrum ile angulus arasında yerleştiği, sınırlarının belirgin olduğu ve üzerinde multipl ülserasyonlar bulunduğu izlendi. Mikroskopik olarak midede lenf folliküllerinden oluşan nodüler bir görünümün hakim olduğu ve arada yer yer fibrozis ve karışık tiplerde, yaygın bir iltihabi infiltrasyon bulunduğu görüldü (Resim 2.3). Follikülleri oluşturan hücreler pleomorfizm ve analplazi belirtisi göstermeyen olgun lenfositlerdi (Resim 4). Yer yer folliküllerin 'centrum germinativum'larında mitozların bulunduğu izlendi. Ayıklanan lenf bezlerinde de yukarıda sayılanlara benzer özelliklerde re-



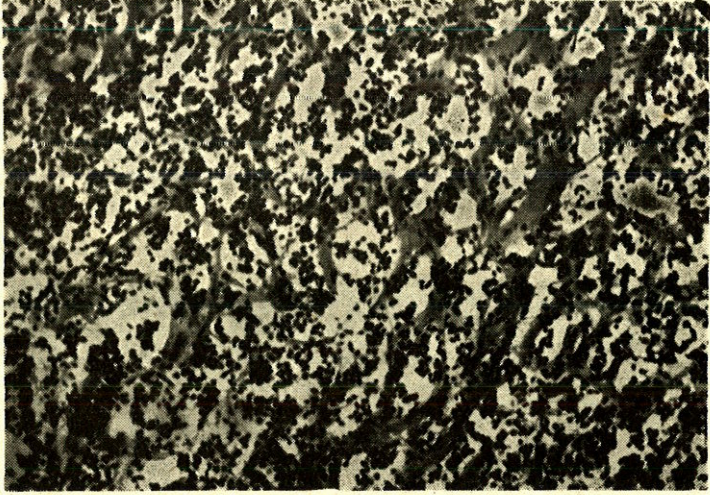
Resim 1 - Mide küçük kurvaturunda nisbeten düzgün kenarlı bir dolma defekti görülmektedir.



Resim 2 - Mide duvarında kolla enize bağ dokusu ile birbirlerinden ayrılmış lenf folliküllerinden oluşan hiperplazik lenfoid dokunun ortaya koyduğu nodüler görünüm. 40 X, H.E.

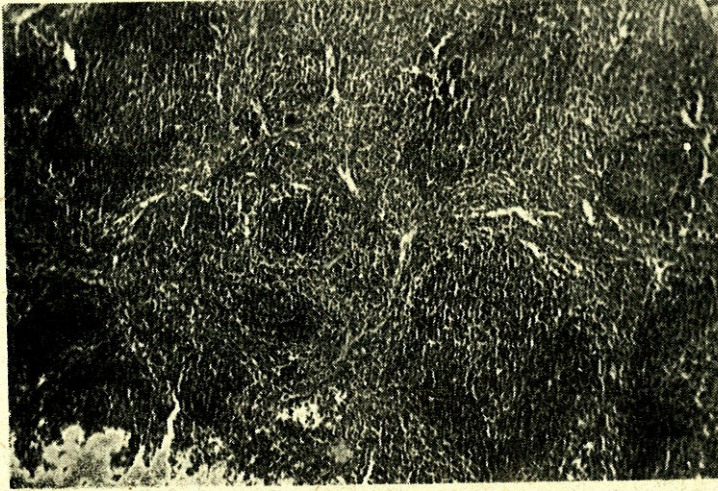
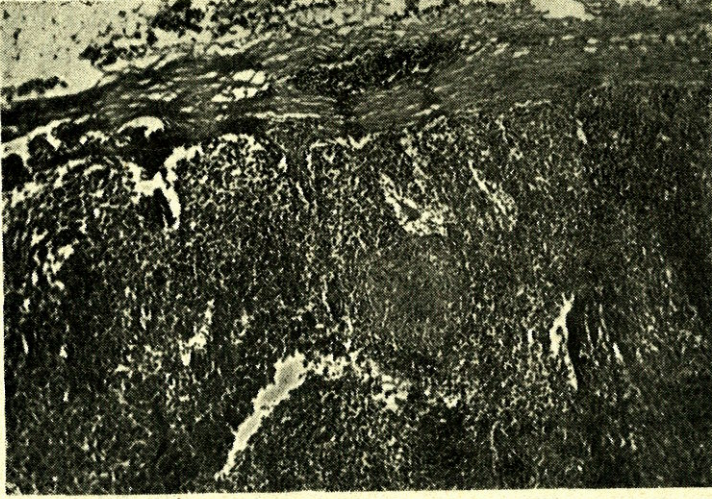


Resim 3 - Hiperplazik lenfoid dokunun mide duvarında müsküler tabakada meydana getirdiđi harabiyet. 40 X, H.E.



Resim 4 - Büyük bykmede lenf folliküllerinin olgun lenfositlerden oluğuğu ve arada hyalinize kollajen bantların yer aldığı görülmektedir. 250 X, H.E.

aktif lenfoid hiperplazi saptandı (Resim 5,6) ve olgu mide psödolenfoması tanısı aldı. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta Őifa ile taburcu edildi. 6 ay sonra çekilen mide-duodenum grafisi herhangi bir patolojinin bulunmadığı rezeke bir mideyi gösteriyordu. Halen postoperatif takibi sürdürülen hasta, ameliyat sonrası ikinci yılını hiçbir yakınması olmaksızın sağlıklı bir Şekilde doldurmuğuğur.



Resim 5 ve 6 - Hiperplazik lenfoid dokunun nodüler diziliş şekli bir lenf bezinde belirgin şekilde görülmektedir. 40 X, H.E.

TARTIŞMA

Mide karsinomaları için ortalama yaş 61 olmasına karşılık, mide lenfomaları için ortalama 57 olarak bulunmuş ve yaş gruplarına göre dağılımı açısından lenfoma ile psödolenfomanın farklı olmadığı görülmüştür (1,5,8). Lenfoma da, psödolenfoma da erkeklerde kadınlara göre biraz daha sık görülmektedir (5,8).

Psödolenfomada en sık rastlanan semptom epigastrik ağrıdır (1, 3,5). Ağrı çoğunlukla ülser ağrısı tipindedir. Hastaların çoğunda orta derecede bir kilo kaybıda mevcuttur. Kusma, hematemez ve melana da eşlik edebilen diğer semptomlardır (1,3,5,11). Semptomların önemli bir özelliği, uzun bir süreden beri mevcut olmalarıdır. Fizik muayene-nede karında palpe edilebilen bir kitle bulunmadığı sürece başka önemli bir bulguya rastlanmaz.

Mide lenfomasında fibrozis, psödolenfoma ve karsinomaya oranla çok daha azdır ve bu nedenle lenfomalarda perforasyona daha sık rastlanır (6).

Anemi dışında ne lenfoma, ne de psödolenfomayı destekleyecek bir laboratuvar bulgusu yoktur.

Mide-duodenum grafisi lezyonu hemen daima ortaya koymakla beraber karsinoma, lenfoma ve psödolenfoma arasındaki ayırımında çoğunlukla yardımcı olmaz. Karsinomalarda obstrüksiyona lenfoma ve psödolenfomaya oranla daha sık rastlanır (2,5). Psödolenfoma lehine olan radyolojik bulgular, bir dolma defektine rağmen düzgün kenarlı ülser veya ülseler ve lezyona komşu bölgelerde mide plikasyonunun kaybolmaması, aksine kabalaşmasıdır (2,5,11).

Bir mide psödolenfomasının endoskopik muayenesinde konulan tanı çoğunlukla mide kanseri olmaktadır (2,5).

Mide lenfomasında bile endoskopik biopsi ya da sitolojik inceleme ile doğru tanının % 50'nin üzerine çıkmadığı (2) gözönüne alınır-sa psödolenfoma tanısı için bu tekniklerin yetersiz kalacağı aşikardır. Ancak radyolojik ve endoskopik görünümü malign olan bir lezyonun tekrarlanan biopsi ya da sitolojik incelemelerinin sonucu benign olarak geldiği takdirde psödolenfoma akla gelebilir (2,5,7).

Preoperatif hiçbir inceleme psödolenfoma tanısını koymada yardımcı olamadığı gibi «frozen section»da hemen hiçbir zaman kesin tanı koyduramaz.

Sonuç olarak mide psödolenfoması tanısının koymanın yegane yöntemi ameliyatta eksize edilen mide ve çevre lenf bezlerinin histopatolojik incelemesidir.

Gastro-intestinal lenfomaların en sık yerleşme yeri midedir (% 48) (5). Midenin malign tümörlerinin ise % 3 ünü lenfomalar teşkil ederler. Mide lenfomaları içinde en sık görüleni diffüz histiyositik lenfomadır. İkinci sıklıkta az diferansiye lenfositik lenfoma görülür ki psödolenfoma ile ayırımı en güç olanı budur. Genel olarak lenfoma-

lar, psödolenfomalardan daha büyük bir kitle teşkil ederler. Midedeki lezyonun 5 cm.'den küçük olması ve üzerinde tek bir tane, kenarları kabarık ve düzgün ülser bulunması psödolenfoma lehinedir. Psödolenfomanın mikroskopik görüntüsüne nodüler bir diziliş şekli hakimdir (6). (Resim 2,5,6) «Centrum germinativum»u bulunan gerçek lenf follikülleri izlenir. Follikülleri oluşturan hücreler büyük büyü - melerde olgun lenfositlerdir (Resim 4). Mitozlar yalnızca reaksiyon merkezlerinde görülür. Her çeşit iltihabi hücreden oluşan bir infiltrasyon ve fibrozis (Resim 3,4) görülür.

1970 yılında Watson ve O'Brien (11) mide lenfomasi ile psödolenfomasi arasındaki ayırım için gerekli kriterleri Tablo I ve II'de gösterildiği şekilde özetlenmiştir. Buna rağmen rezeksiyon materyelinin histopatolojik incelemesi bile bazı vakalarda kesin sonuca götürmemektedir (5,6,7,). Palestro ve ark (7) lenfositler dokunun malign tümörlerinde görülen bazı immünolojik değişikliklerin psödolenfomalarda görülmediğini ve bunun ayırıcı tanıda bir kriter olabileceğini öne sürmektedirler.

Tablo I - Pseudolenfomanın Histolojik Özellikleri

Esas Tanı Kriterleri	1. Centrum germinativumu bulunan gerçek folliküller görülür.
	2. Hücre tipi olgun lenfositlerdir.
	3. Lenf bezleri tutulması yoktur.
Yardımcı Tanı Kriterleri	1. Mikroskopik görüntüye nodüler bir diziliş hakimdir.
	2. Her çeşit inflamatuvar hücreden oluşan bir infiltrasyon vardır.
	3. Mitozlar yalnızca reaksiyon merkezlerinde görülür.
	4. Fibrozis ve reaktif değişiklikler vardır.
Destekleyici Özellikler	1. Makroskopik olarak kesin sınırlıdır.
	2. Lezyon kenarları genellikle kabarıktır.
	3. Hemen daima mucusada ülserasyon görülür.

Tablo II - Midenin Lenfositik Lenfomasının Histolojik Özellikleri

Esas Tanı Kriterleri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centrum germinativum içeren follikül formasyonu yoktur. 2. Hücreler anaplazi ve pleomorfizm gösterir. 3. Regional lenf bezleridir tutulmuştur.
Yardımcı Tanı Kriterleri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karışık bir inflamatuvar infiltrasyon içinde nodüler bir diziliş göstermeyen lenfosit tabakaları vardır. 2. Serozayı aşan mural invazyon vardır.
Destekleyici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mikroskopik olarak küçük hücre gruplarını yaygın bir retikulum ağı çevreleyerek birbirinden ayırır. 2. Damar invazyonu. 3. Mukozadaki ülserasyonlar çoğunlukla birden fazla sayıdadır.

SONUÇ

Gerek histopatolojik yapısı, gerekse semptomatolojisi ve klinik özelliklerinin gösterdiği gibi mide psödolenfoması kronik bir mide ülserine karşı oluşan lenfoid reaksiyon ile karakterize benign bir patolojidir.

Bu hastalarda rezeksiyon kesin olarak şifayı sağladığı için doğru tanı koymak özellikle önem kazanmaktadır. Ancak belirtildiği gibi mide psödolenfomasının preoperatif kesin tanısı mümkün olmadığı gibi özenle tetkik edilmeyen vakalarda histopatolojik bir ayırım bile güç olmaktadır. Hastalarını gereksiz bir radyoterapinin veya kemoterapinin morbidite ve hatta mortalitesinden korumak için cerrahın konu hakkında yeterince bilgili olması ve histopatolojik incelemeye, gerekirse immünolojik testlere yön vermeye yardımcı olacak şekilde patolog ile işbirliği içinde olması zorunludur.

ÖZET

Bir mide psödolenfoması olgusu münasebetiyle bu konudaki literatür gözden geçirilmiş ve özellikle ayırıcı tanı üzerinde durulmuştur. Hastalarını gereksiz bir radyoterapi ve kemoterapinin riskine sokmak için her cerrahın bu konuda yeterince bilgili olması zorunludur.

SUMMARY

Pseudolymphoma Of The Stomach

A case of pseudolymphoma of the stomach is presented and the literature on this subject is reviewed, particularly emphasising the differential diagnosis. It should be every surgeons responsibility to be familiar with this situation and not to subject his patients to a course of inadvertent radiotherapy or chemotherapy.

KAYNAKLAR

1. Bucholz, R.R., Reid, R.A. : Pseudolymphoma of the stomach. Surg. Clin. North. Am., 52 : 485, 1972.
2. Chiles, J.T., Charles, E.P. : The radiographic manifestations of pseudolymphoma of the stomach. Radiology, 116 : 551, 1975.
3. Johnson, A.G., Sowebutts, J.G. : Pseudolymphoma of the stomach. Br. J. Surg. 55 : 81, 1968.
4. Martel, W., Abell, M.R., Allan, T.N.K. : Lymphoreticular hyperplasia of the stomach. A.J.R, 127 : 261, 1976.
5. Mattingly, S.S., Cibull, M.L., Ram, M.D., Hagihara, P.F., Griffen, W.O. : Pseudolymphoma of the stomach. Arch. Surg., 116 : 25, 1981.
6. Ming, S.C. : Tumors of the esophagus and stomach. Armed Forces Institute of Pathology, Section 7 : 110, 1973.

7. Palestro, G., Paggio, E., Leonardo, E., Coda, R. : Primary gastric lymphoid proliferations (Immunological criteria to distinguish gastric lymphoma from reactive hyperplasia). *Oncology*, 34 : 164, 1977.
8. Perez, C.A., Dorfman, R.F. : Benign lymphoid hyperplasia of the stomach and duodenum. *Radiology*, 87 : 505, 1966.
9. Smith J.L., Jr., Helwig, E.B. : Malignant lymphoma of the stomach. *Am. J. Pathol*, 34 : 553, 1958.
10. Valdes-Depena, A., Affotter, H., Vilardell, F. : The gradient of malignancy in lymphoid lesions of the stomach. *Gastroenterology*, 50 : 382, 1966.
11. Watson, R.J., O'Brine, M.T. : Gastric pseudolymphoma. *Ann. Surg.* 171 : 98, 1970.