

## Ender Görülen Dev Özofagus Leiomyomu

A Rarely Seen Giant Esophageal Leiomyoma  
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ

Başvuru: 17.07.2018  
Kabul: 18.07.2018  
Yayın: 14.08.2018

Sertaç Ata Güler<sup>1</sup>, Veysel Sarı<sup>1</sup>, Alican Güreşin<sup>1</sup>, Gökhan Pösteği<sup>1</sup>, Turgay Şimşek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Özet

Leiomyomlar, özofagusun en sık görülen benign lezyonları olup sıklıkla alt 1/3'lük kısımda bulunurlar. Muskularis propriadan köken alan leiomyomlar düzgün sınırlıdır. Genellikle asemptomatik olan leiomyomlar, çapları arttıkça semptomları da anlamlı derecede artar. Özofagus leiomyomlarının kabul edilen tedavisi cerrahi enükleasyondur. Olgumuzda, yaklaşık bir yıldır özellikle katı yiyecek yerken özofagusta ağrı ve takılma hissi olan, yapılan endoskopik biyopsi sonucu leiomyom tanısı alan hastanın tanı ve tedavi basamakları sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Özofagus, Leiomyom Enükleasyon

### Abstract

Leiomyomas are the most common benign lesions of the esophagus and frequently occur in the lower third part of esophagus. Leiomyomas arising from muscularis propria are strictly limited. Leiomyomas, usually asymptomatic, increase significantly in their symptoms with increasing diameters. Accepted treatment of esophageal leiomyomas is surgical enucleation. We present the diagnosis and treatment stages of a patient who had a feeling of stabbing pain for about one year.

**Keywords:** Esophagus, leiomyoma enucleation

### Giriş

Leiomyom, en sık görülen benign özofagus tümörüdür. Gastrointestinal sistem leiomyomlarının %10'luk kısmı özofagusta görülür. Özofagusun lamina propriasından köken alır. Genellikle erkeklerde, 2. ve 5. dekatlar arasında, özofagus alt 1/3'ünde, tek, düzgün sınırlı submukozal lezyon olarak izlenir<sup>1</sup>.

Genellikle asemptomatiktirler. Çapları ve intramural boyutları arttıkça semptomları da artar<sup>2</sup>. En sık görülen semptomlar disfaji ve retrosternal ağrıdır. Nadiren kilo kaybı ve regürjitasyon da eşlik edebilir. Tanı için posteroanterior akciğer grafisi (PAAG), baryumlu özofagus grafisi, endoskopi, endoskopik ultrasonografi (EUS), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) kullanılabilir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulur. Önerilen tedavi yöntemi ise enükleasyondur. Nadiren rezeksiyon gerekebilir. Tanı konulduğunda asemptomatik de olsa operasyon önerilir çünkü opere etmeden maligniteyi ekarte etmek zordur<sup>3</sup>.

Hangi cerrahi yöntem kullanılacağına, lezyonun lokalizasyonuna, sayısına ve büyüklüğüne göre karar verilir. Torakal bölgedekiler için torakotomi, torakoskopi, video yardımcı toraks ameliyatı (VATS); gastroözofagial bileşkedekiler için laparotomi uygulanabilir.

### Olgu Sunumu

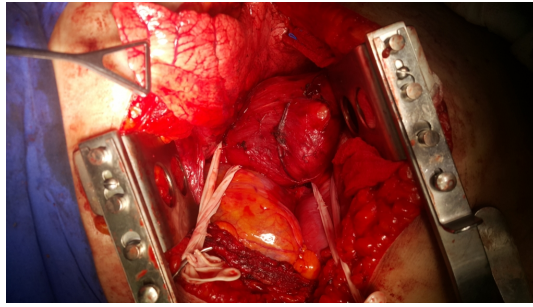
Kırk altı yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıldır devam eden göğüs ağrısı ve yemek yerken takılma hissi şikayetleriyle kliniğimize geldi. Hastaya yapılan endoskopide, özofagusun 28.cm'de lümenin tamamına yakın kısmını tıkayan fakat gastroskopun geçişine izin veren lezyon izlendi. Alınan biyopsi sonucu leiomyomatöz tümör olarak geldi. Hastanın çekilen toraks BT'sinde çevre dokulara invazyon görülmedi (Şekil 1). Bu tetkiklerin

sonucunda cerrahiye karar verildi.



**Şekil 1** : Özofagus 28.cm'de yerleşen yaklaşık 14x8x4 cm'lik lezyonun toraks bilgisayarlı tomografisi görüntüsü

Hastaya sol posterolateral torakotomi uygulandı (Şekil 2). Distal özofagusta yaklaşık 10 cm'lik kitle görüldü. Kitle üzerindeki kapsül uygun yerlerinden kanama kontrolü sağlanarak düşürüldü. Özofagusa longitudinal miyotomi yapıldı. Mukozal yüzden yapılan künt diseksiyonla lezyona enükleasyon yapıldı (Şekil 3)



**Şekil 2** : Sol posterolateral torakotomi insizyonundan kitlenin peroperatif görüntüsü



**Şekil 3** : Enükleye edilen 14x8x4 cm boyutundaki leiomyomun makroskopik görüntüsü

Açılan mukoza 2 kat üzerinden onarılarak üzeri etraf doku ile desteklendi. Peroperatif endoskopik kontrol yapıldı. Kaçak olmadığı görüldü. Bir adet dren konularak toraks kapatıldı. Postoperatif 5. Günde metilen mavisi ile kaçak testi yapılan hastaya sıvı olarak oral alım başlandı. Postoperatif 6. Gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Hastanın kesin patoloji sonucu iğsi hücreli mezenkimal tümör, leiomyom olarak geldi. Hastanın ameliyat sonrasında yapılan kontrollerinde nüksizlenmemiştir.

## Tartışma ve Sonuç

Leiomyom, özofagusta görülen en yaygın benign tümör olmasına rağmen, nadir görülen bir lezyondur. Tüm özofageal tümörlerin %10'unu benign tümörler oluştururken bunun %4'lük kısmını leiomyom oluşturur. Bu tümörler genellikle orta yaşlı kişilerde bulunur ve erkeklerde 2 kat fazladır. Leiomyomlar özofagusun alt ve orta üçte birinde bulunurlar <sup>4</sup>.

Leiomyom yavaş büyüyen bir tümördür ve lezyonun büyüklüğü yıllarca değişmeyebilir. Tümörlerin yaklaşık yarısı 5 cm'den küçüktür. Yaklaşık %5 gibi nadir bir oranda 10 cm üzerinde rastlanır <sup>3</sup>. Bizim hastamızda leiomyom 14 cm'e ulaşan çapta ve ağırlığı 212 gram olarak saptandı..

Çoğu leiomyom, intramural, eksantrik ve iyi kapsüllenmiş olduğundan özofageal rezeksiyona başvurmadan kolayca soyulur (enükleasyon). Büyük leiomyomlarda enükleasyon esnasında yapılan miyotomi nedeniyle akalazyaya meydana gelebildiği rapor edilmiştir. Genel olarak 8 cm'e kadar olan leiomyomlarda mukozal hasarın daha az olduğu ve yapılan miyotomi onarımından sonra disfajinin daha nadir bir komplikasyon olarak ortaya çıktığı görülmüştür. Ancak 8 cm'den büyük olgularda disfaji ve akalazyanın daha sık görüldüğü bildirilmiştir <sup>5,6</sup>. Bizim olgumuzda kitle boyutu 14 cm idi. Operasyon esnasında uzun bir miyotomi hattı oluşturmak zorunda kaldık. İşlem esnasında mukozal bir açılma da meydana geldi ve mukoza onarımı yapmak zorunda kaldık. Mukoza açılmasının hastaya preoperatif dönemde tanısız amaçla biyopsi alınmış olmasının yol açtığını tahmin ediyoruz. Uzun bir miyotomi onarımı sonrasında onarım alanını etraf bağ doku ile destekledik. Ayrıca omentum majustan hazırladığımız omental flap ile doku desteklemesi sağladık. Tüm bu olumsuzluklara rağmen hastanın postoperatif izleminde disfaji semptomu ve çekilen grafilerde akalazyaya tespit edilmedi.

Omentum majus flap'i uzun yıllardır göğüs cerrahları ve genel cerrahlar tarafından defekt doldurmak ve onarılmış dokuyu desteklemek amacıyla kullanılmaktadır <sup>7</sup>. Biz de olgumuzda komplikasyonları minimuma indirmek ve onarım sahamızı kuvvetlendirmek amacıyla omental flap kullandık.

Postoperatif diğer komplikasyonlara baktığımızda reflü özofajiti, darlık oluşumu, damping, ishal, azalan yeme kapasitesi ve kilo kaybı gibi bazı postoperatif morbiditeler bildirilmiştir <sup>8</sup>. Bu komplikasyonların bir çoğunun vagal sinirlerin kesilmesi ve parasempatik blok nedeniyle meydana geldiği düşünülmektedir <sup>9</sup>. Bizim olgumuzda herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

## Kaynaklar

1. Facktor MA, Katlic MR. Benign tumors, cysts, and duplications of the esophagus. In: Schields TW, LoCicero III J, Reed CE, Feins RH (eds). General thoracic surgery. China: Wolters Kluwer; 2009: 1973-82.
2. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al. Esophageal leiomyoma: A 40-year experience. Ann Thorac Surg. 2005;79:1122-5.
3. Aurea P, Grazia M, Petrella F, Bazzocchi R. Giant leiomyoma of the esophagus. Eur J Cardiothorac Surg. 2002;22:1008-10.
4. Nagashima R, et al. Coexistence of superficial esophageal carcinoma and leiomyoma: case report of an endoscopic resection. Endoscopy. 1997;29:683-4.
5. Bonavina L, et al. Surgical therapy of esophageal leiomyoma. J Am Coll Surg. 1995;181:257-62.
6. Roviario GC, et al. Videothoroscopic treatment of oesophageal leiomyoma. Thorax. 1998;53:190-2.
7. Levashev YN, Akopov AL, Mosin IV. The possibilities of greater omentum usage in thoracicsurgery. Eur J Cardiothorac Surg. 1999;15:465-8.
8. Watson TJ, Peters JH, DeMeester TR. Esophageal replacement for end-stage benign esophageal disease.

- Surg Clin North Am. 1997;77:1099-13.
9. Banki F, ET AL. Vagal-sparing esophagectomy: a morephysiologic alternative. Ann Surg. 2002;236:324-35; discussion 335-6.