

BAĞIRSAK REZEKSİYONLARINDA SUBMUKOZAL BÖLGEDE ALIŞILMADIK MİSAFİRLER: NE, NEREDEN, NASIL...?

UNEXPECTED VISITORS ON SUBMUCOSAL REGION IN INTESTINAL RESECTIONS: WHAT, WHERE, HOW...?

Senem ERSAVAŞ¹, Enver VARDAR¹, Çağlar SARIGÜL¹, Didem ERSÖZ¹,
Ahmet Muşteba ÖZTÜRK² Eyüp YELDAN²

¹SBU izmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İzmir

²SBU izmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir

Anahtar Sözcükler: Yabancı cisim, kalın bağırsak, bitkisel gıda

Keywords: Foreign body, large intestine, food plant

Yazının alınma tarihi: 14.08.2014 Kabul tarihi: 16.11.2017 Online basım: 27.11.2017

ÖZ

Giriş: Gastrointestinal sistem cerrahisi sonrası rezeksiyon materyallerinin histopatolojik incelenmesinde nadiren mukozada ve submukozada gıda benzeri cisim, fungus, parazit ve benzeri yapılar görülebilmektedir. Lümen ve duvar boyunca bitkisel kökenli fragmanlar halinde gıda artıkları izlenebilir. Gıda artıklarının duvar boyunca izlenebilmesi daha önceden geçirilmiş bir ameliyatın sütür hattındaki açıklık veya inflamatuvar bağırsak hastalıklarında gelişen fistül hattı boyunca transportun komplikasyonu veya nadiren travmatik mukozal hasara bağlı olabilir. Çoğunlukla bunların çevresinde inflamatuvar yanıt ve yabancı cisim tipi multinükleer dev hücreler eşlik eder.

Olgu: Biz kolon submukozasında tahıl tanesi izlediğimiz iki olguyu az görülmesi nedeniyle sunuyoruz.

Sonuç: Bağırsak rezeksiyon materyallerinde bu türde yapılar izlendiğinde ve ayırıcı tanının dikkatli yapılması gereksiz tedaviden kaçınılması ve prognoz açısından önemli olabilir.

SUMMARY

Introduction: In histopathologic examination of the resection materials after the gastrointestinal surgery, foreign bodies, bacteria, fungus and parasite may be rarely seen in mucosal or submucosal region. Food fragments or remnants may be seen in the lumina or through the intestinal wall, and most of them are derived from vegetable food. The presence of food fragments through the wall may be due to a complication of fistula tract in inflammatory bowel diseases or an opening in the suture line of the previous operations or rarely traumatic mucosal damage. Inflammatory reaction characterized by foreign body type multinucleated giant cells may be developed around these fragments.

Case: Due to the rarity, we report two cases showing similar history of resection with a grain piece in submucosa region of the colon.

Conclusion: Recognition and differential diagnosis of these foreign materials in the intestinal resection is very important to avoid inappropriate, an unnecessary treatment and prognosis.

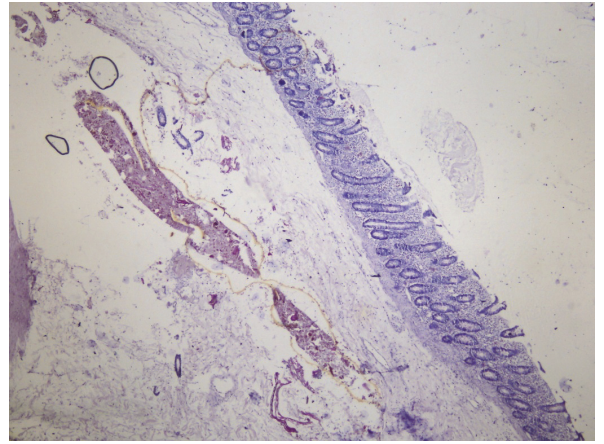
GİRİŞ

Gastrointestinal sistem patolojisinde kronik enfeksiyonları da kapsayan hastalıklar, kanser tedavisi sırasında immun sistemin baskılanması nedeniyle fırsatçı enfeksiyonlar gibi durumlarda ve tahıl, bezoar gibi yabancı cisimler gastrointestinal sistem mukozasına saplanarak kitle ve inflamatuvar yanıt oluşturabilir (1). Yabancı cisimler bakteri, fungus, parazit, gıda artığı, mukozaya saplanan tahıl tanesi veya sütür materyalleri olabilir. Yabancı cisim granülasyon dokusu olarak adlandırdığımız var olan yabancı cisim ve bu cisme karşı gelişmiş yabancı cisim tipi multinükleer dev hücreler görülebilir. Bu cisimlerin çevresinde gelişen inflamatuvar yanıtın erken evresinde polimorf nüveli lökositler egemen iken, sonrasında yabancı cisim tipi multinükleer dev hücreler tarafından kuşatılır ve lezyon sınırlan-dırılmaya çalışılır (2, 3). İnflamatuvar yanıt spontan rezolüsyon veya abse ile de sonuçlanabilir. Histopatolojik incelemede pirinç, buğday ve arpa gibi tahıl tanesinin mukozaya saplandığı ve inflamatuvar yanıt oluşturduğu iki olguyu, nadir görülmeleri ve özellikle fungus veya parazit yanlış tanısı ile hastaya gereksiz tedavi modalitelerinin uygulanması ve gereksiz ilaç kullanımı söz konusu olabilmesi olasılıkları nedeniyle sunuyoruz. Yabancı cisimlerin tanımlanması tedavi ve prognoz açısından önemlidir.

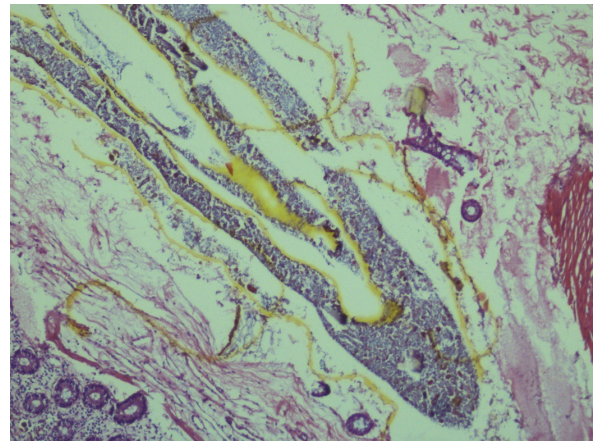
OLGU 1

2010 yılında anorektal bölgede şişlik, ağrı ve akıntı yakınması sonrasında anal fistül traktı eksizyonu uygulanan 29 yaşındaki erkek olgu, 2014 yılında bu kez karın ağrısı nedeniyle başvurduğu hastanemizde ileus tanısı konulması sonrasında sigmoid kolon rezeksiyonu uygulandı. Sigmoid kolon rezeksiyon materyali 26 cm uzunluğunda ve en geniş yerinde 11 cm boyutta idi. Antimezenterik hat boyunca açıldığında kolon mukozasının tamamen düzleşmiş olduğu görülmekle, histopatolojik inceleme için örneklemeler yapıldı. H-E kesitlerin ışık mikroskobu ile incelenmesinde yüzeyde fokal eroziv lezyonlar izlendi. Bir alanda ise yüzeyde lamina proprianın, muskularis mukozanın tamamı ile salim olduğu ve submukozal alanda hematoksilen veya eosin ile boyanmayan sarı renkte, dış yüzeyinde spike benzeri kırçillı oluşumlar bulunduran bir yapı izlendi. Bu yapının çevrelediği alanda hema-

toksilen ile boyanmış görünümde klasik mikro-anatomik bileşenlere hiç benzemeyen bir fragman saptandı. Bu yabancı cisim, yaklaşık olarak 2.5 mm uzunlukta ve 0.5 mm kalınlıktaydı. En dışta, yaklaşık 200 mikrometre kalınlıkta sarı kırçillı bir duvara sahip olduğu görüldü (Resim 1). Submukozal alandaki bu cisim dış yüzeydeki kırçillı yapı dışında diğer alanlar PAS pozitif, diastaza dirençli idi. Kırçillı alan H-E boyası ile de PAS boyası ile de boyanmadı (Resim 2). Cismin tahıl tanesi olduğu düşünüldü. Ayrıca gram boyasında çevrede gram pozitif çok sayıda mikro-organizma görüldü. Post-operatif dönemde komplikasyon gelişmeyen olgu gerekli tedavileri sonrası taburcu edildi.



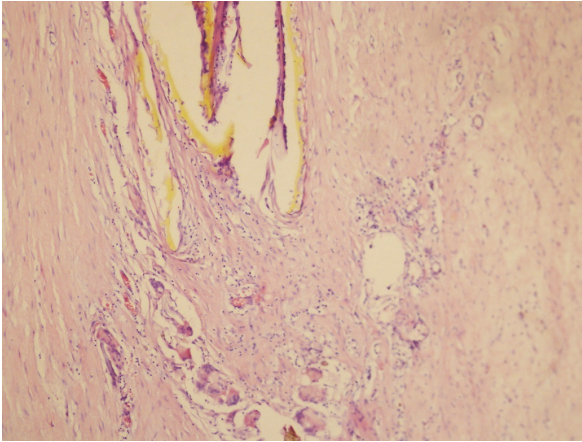
Resim 1. Olgu 1'de yüzeyde olağan intakt mukoza ve submukozal yerleşimli ve PAS pozitif boyanan ve diastaza dirençli görünümde tahıl tanesi. Koyu sarı boyanan "palea" tabakası dikkat çekmektedir. (PAS-x20)



Resim 2. Olgu 1'de yine yüzeyde olağan intakt mukoza ve submukozal yerleşimli koyu sarı boyanan ve ne mavi, ne kırmızı boyanmamış olan "palea" tabakası dikkat çekmektedir. (HE-x40)

OLGU 2

2014 yılı Nisan ayında sigmoid kolonda mevcut tümör nedeniyle rezeksiyon yapılan ve kolostomi yapılan 55 yaşında kadın hasta, sigmoid kolostomi revizyonu amacı ile interne edildi. Sigmoid kolon rezeksiyonunda "Orta derece diferansiye adenokarsinom ve lenf nodüllerinde adenokarsinom metastazı" tanısı alan ve tedavisi sürmekte olan hastada kolostomi revizyonu gerçekleştirildi. Materyalin makroskopik incelemesinde, 5 cm uzunluğunda ve lümen açılarak ölçüldüğünde 10 cm genişlikte olduğu saptandı. Mukoza fokal hiperemik alanlar dışında olağan görünümdeydi. Rutin %10'luk formalin fiksasyonu sonrası H-E ile boyalı kesitlerinde, kolon mukozasında lamina propriada yer yer erozyon, submukozal alanda ve subserozal olgun yağ dokusu içerisinde, yaygın olarak yabancı cisimler ve bunlara karşı gelişmiş multinükleer dev hücrelerin dominant olduğu granülasyon dokusu izlendi. Submukozal bir alanda ilk olgumuzdaki yabancı cisme benzer görünümde spike benzeri yapıları olan materyal görüldü. Bu yabancı cisim yine yaklaşık olarak aynı boyutta, sarı kırçılı bir dış duvarına sahip olup aynı morfolojideydi. Bu cismin de olasılıkla buğday olan tahıl tanesi olduğu düşünüldü (R 3). Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta gerekli tedaviler sonrası taburcu edildi.



Resim 3. Olgu 2'de aynı koyu sarı renkte "palea" tabakası ve çevrede bunlara karşı gelişmiş görünümde yabancı cisim tipi multinükleer dev hücrelerle karakterli granülasyon dokusu (HE-x40)

Histomorfolojik olarak bakteri, parazit, farklı türde fungus olasılıkları gözden geçirilerek klasik parazit veya fungus olamayacağı düşünüldü. Gıda olabileceği düşünüldüğünde ise, boyut, beslenme

alışkanlıkları ile cismin mikroskopik incelemesinde en dış yüzdeki "palea" ve atında "pericarp" tabakaları dikkate alındığında buğday, arpa gibi tahıl veya pirinç tanesi olabileceği düşünüldü. Bu sonuca günlük beslenme alışkanlıkları dikkate alınarak sık tüketilen gıda materyalleri ile ilgili yapılan literatür incelemesi sonrasında varıldı (7).

TARTIŞMA

Gastrointestinal sistemde özofagus, mide, kolon ve appendiks gibi hemen tüm kompartmanlarında bakteri veya parazit kolonizasyonu görülebileceği gibi; bu bölgelerde gıda artıkları, fitobezoar ve trikobezoarlar da izlenebilir. Bazen bunlar submukoza lokalizasyonlu olabilir ve bunlara karşı gelişmiş inflamatuvar yanıt da görülebilir [2, 3]. Tedavinin doğru olabilmesi için gerek endoskopik olarak gerekse de makroskopik ve mikroskopik olarak yabancı cisimlerin, gıda ve benzeri oluşumların tanımlanması önemlidir. Literatürde kolonoskopik ve radyolojik görüntüleme tetkikleri sonucunda özellikle fitobezoar ve trikobezoar bulunan ve tümör sanılan olgular bildirilmektedir. Bazen bu bezoarlar ve yabancı cisimler gastrointestinal sistemde obstrüksiyona neden olup, klinik olarak tümörle karıştırılmasına yol açabilir (4-6). Bizim sunduğumuz olgularda olduğu gibi tahıl tanesinin kolaylıkla özellikle başta parazit olmak üzere mantar veya diğer yabancı cisimler sanılması ile kolaylıkla yanlış tanı konulabilir ve böylelikle hastaya gereksiz yere paraziter enfeksiyona karşı tedavi verilmesi söz konusu olabilir (4-6). Her iki olgumuzda da daha önceden rezeksiyon söz konusuydu ve bu nedenle mukozal bütünlüğün bozulmuş olabileceği ve tanımlanan cisimlerin bu bütünlüğün bozulduğu noktalardan submukozal alana geçiş yapabileceği düşünüldü. Bu anlamda doğru tanıya yönelmek için klinik öykünün bilinmesinin önemini vurgulamak istiyoruz.

Mikroskopik olarak izlenen cismin, hemen tamamı ile bütünlüğünü koruyor olması ve en dışta yer alan ve diken benzeri çıkıntıları olan "palea" tabakası ile HE ve PAS boyası ile hiçbir şekilde boya alamayan "pericarp" tabakalarının seçilebilmesi ve literatürde yer alan normal tahıl tanesi örnekleriyle karşılaştırıldığında idantik olmaları nedeniyle, tahıl taneleri" olduğunu düşündük.

Sunduğumuz her iki olgunun ortak özelliği önce- den operasyon geçirmiş olmaları ve her ikisine de

sigmoid kolon rezeksiyonu yapılmasıdır. İlk olgumuzda eşlik eden birçok hastalığın varlığı nedeniyle, altta yatan bir immun yetmezliği ve buna bağlı olarak sigmoid kolonda fırsatçı bir bakteri, fungus, parazit varlığı olasılığını akla getirmiştir. Ancak, olgunun immunoglobulin elektroforezi ve diğer immun supresyona neden olabilecek nedenler de ekarte edilmiş ve immun yetmezliğe işaret edecek bir kanıt bulunamamıştır. İkinci olgumuz ise sigmoid kolon adenokarsinom tanılı ve kemoterapi alan bir hasta idi. Her iki olguda da bu yabancı cisim sadece bir alanda, submukozal lokalizasyonda ve sadece bir adet olarak görülmüştür.

Dokuların mikroskopik patolojik incelemesinde görülen yabancı cisimlerin tanımlanması yanlış tanı önlenmesi ve doğru tedavi modalitesinin uygulanması açısından önemlidir. Biz, sigmoid kolonda submukozada yerleşmiş tahıl taneleri olan iki olguyu, yanlış tanı almamasının önemini belirtmek; yanlış tanı nedeniyle gereksiz tedavi verilmemesi amaçlı olarak ve özellikle parazitler ajanlardan ayrımının önemini vurgulamak amacıyla sunduk. Sonuç olarak, gastrointestinal traktusta özellikle submukozal yerleşimli parazit benzeri oluşum görülmesi halinde oral alınan gıda tanelerinin de akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Gary W. Wilson M. Infectious Disease Pathology Clinical Infectious Diseases Medical Microbiology 2001; 32:1589–601.
2. Martı J, Vidal O, Benarroch G, Fuster J, Garcı́a-Valdecasas JC. Acute Amoebic Appendicitis. Cir Esp. 2013;91(3):201-2.
3. Gupta E, Bhalla P, Khurana N, Singh T. Histopathology for the diagnosis of infectious diseases. Indian J Med Microbiol 2009;27(2): 100-6.
4. Thing BA, Jorgensen H. Rectal bezoar caused by sunflower seeds Ugeskr Laeger. 2010;172(42):2905-6 (abstrakt).
5. Mahjoub F, Kalantari M, Tabarzan N, Moradi B. Invading plant material appearing as a colonic tumoural mass in a four-year-old girl. Trop Doct 2009; 39(4):253-4.
6. Sawnani H, Ferreira MY. Proctological crunch: sunflower-seed bezoar. J La State Med Soc. 2003; 155(3):163-4.
7. http://www.ikisan.com/Crop%20Specific/Eng/links/up_riceMorphology.shtml (Erişim tarihi: 14.08.2014)

Sorumlu yazar

Doç. Dr. Enver Vardar
SBU İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi,
Tıbbi Patoloji, İzmir
E- posta:vardaren@gmail.com