



OLGU SUNUMU/CASE REPORT

Üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran gastrik gastrointestinal stromal tümör olgusu

Gastric gastrointestinal stromal tumor as an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding

Doğan Nasır Binici¹, Ahmet Uyanıkoğlu², Özge Timur¹, Pınar Tosun Taşar³

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, ²Geriatri Kliniği, Erzurum, Turkey

³Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa, Turkey

Cukurova Medical Journal 2017;42(1):164-167.

Abstract

Gastrointestinal stromal tumor of gastrointestinal tract is a rare (1%), mesenchymal tumor. It is most frequently located in the stomach in order of frequency (60-70%), small intestines, esophagus, colorectum and is mostly malignant. Complete surgical resection is the most appropriate treatment. In this case report, a 65 years old male who applied with upper gastrointestinal bleeding and later diagnosed as gastrointestinal stromal tumor is presented.

Key words: Gastrointestinal stromal tumors, endosonography

Öz

Gastrointestinal stromal tümörler gastrointestinal sistemin nadir (%1) mezenkimal neoplazmadır. Yerleşim yeri sıklık sırasına göre mide (%60-70), ince barsaklar, kolorektum ve özofagustur. Çapı 4 cm'den büyük, sınırları düzensiz, heterojen ekolu, ekojenik odaklar ve kistik oluşumlar içeren Gastrointestinal stromal tümörler genellikle maligndir. Seçkin tedavisi komplet cerrahi rezeksiyondur. Üst gastrointestinal sistem kanaması ile prezente olan, gastrointestinal stromal tümör saptanan, 65 yaşında, erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal stromal tümörler, endosonografi

GİRİŞ

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) muskularis propria veya muskularis mukozadan gastrointestinal traktusun “pace-maker” hücreleri olan Cajal hücrelerinden- kaynaklanan, gastrointestinal sistemin nadir (%1) mezenkimal neoplazmadır¹. Nadir görülmesine rağmen GİST gastrointestinal sistemin en yaygın mezenkimal neoplazmı olup, diğer mezenkimal tümörlerden ayrılmalıdır².

Yerleşim yeri sıklık sırasına göre mide (%60-70), ince barsaklar, kolorektum ve özofagustur. Vakaların yaklaşık %85'i mide ve ince barsak yerleşimlidir³. Nadiren özofagus, duodenum ve ekstraintestinal (pankreas, retroperitoneum, mezokolon, dalak, pelviste ve safra kesesi) yerleşimli olabilir³⁻⁶. Midede gastroskopi ile submukozal tümör olarak

saptanırken, ince barsaklarda double balon enteroskopi sayesinde artık daha sık teşhis edilmektedir⁷.

Gastrik submukozal tümörler çok sık görülmeyen lezyonlar olup rutin endoskopide görülme sıklığı %0.36 olarak bildirilmiştir. Diagnostik endosonografi (EUS) intramural tümörü ekstraluminal basıdan ayırma ve gastrik submukozal tümörün hangi tabakadan kaynaklandığını saptama olanağı sağlamıştır. Tümörler kaynaklandığı tabaka ve eko paternine göre karakterize edilmektedir. EUS risk kriterlerine göre bu tümörlerin malign potansiyeli belirlenmekteyken, EUS kılavuzluğunda ince iğne aspirasyon biyopsisi (EUS-FNA) sayesinde daha fazla tanı konulması EUS'un endikasyonlarını genişletmiştir. Submukozal tümörün GİST olup olmadığı, malignite potansiyeli EUS sayesinde saptanmaktadır. GİST tipik olarak hipoekoik ve

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Özge Timur, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Erzurum, Turkey. E-mail: ozgetimur@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 19.05.2016 Kabul tarihi/Accepted: 21.08.2016

sınırları düzgündür. Çapı 4 cm'den büyük, sınırları düzensiz, heterojen ekolu, ekojenik odaklar ve kistik oluşumlar içeren GİST'ler genellikle maligndir⁸.

Gastrointestinal tümörler sıklıkla karaciğer, peritona yayılırken, daha az olarak dalak, akciğer ve kemik yayılımı olabilir⁹. Seçkin tedavisi komplet cerrahi rezeksiyondur ve tek kür şansıdır¹⁰. İmatinib ve sunitinib kemoterapide kullanılan ajanlardır¹⁰⁻¹⁴.

Üst gastrointestinal sistem kanaması ile prezente olan, GİST saptanan, subtotal mide rezeksiyonu yapılan ve kür kabul edilen vaka sunulmuştur. Gastrointestinal stromal tümör midenin nadir görülen neoplazi olup, üst gastrointestinal kanamasının nadir bir nedeni olabilir. Bu yüzden üst gastrointestinal sistem kanamalarında nadir nedenler de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

OLGU

Melena, hematokezya şikayeti nedeniyle müracaat eden ve gastrointestinal sistem kanaması düşünülerek tetkik edilen 65 yaşında erkek hastanın gastroskopisinde kardiyada, fundus-korpus bileşkesinde, küçük kurvatorda ortası çökük, düzgün yüzeyle, 4x5 cm çapında tümöral kitle görüldü (şekil 1-2). Lezyonda çok belirgin kanama saptanmadığından kolonoskopi yapıldı, lümeninde melena dışında kanayan lezyon saptanmadı. Altı ünite kan transfüzyonu, sıvı-elektrolit, antiasit tedavisiyle stabilize edilen hastaya endosonografi önerildi. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde yapılan endosonografisinde fundus-korpus bileşkesinde, ön duvarda 5x6 cm, lobüle konturlu, konturları düzensiz, içinde hipoekoik nekroz alanları bulunan, heterojen kitle saptandı. Kitlenin duvar katmanları ile komşuluğu silindiği için, hangi katmandan kaynaklandığı saptanamadı. Midede hematemez saptandı. Lezyonun kanamalı GİST ile uyumlu olduğu rapor edildi.

Hastaya subtotal gastrektomi ve splenektomi yapıldı. Eksize edilen kitle makroskopik olarak 7x8 cm, mukoza altında, solid, yer yer nekrotik kanamalı alanlar içeren, lobüle, krem renkli, %20-30 oranında tümöral doku görüldü. İmmünohistokimya boyamasında CKit (+), CD34 (+), Ki67: %1-2 proliferasyon indeksi saptanarak, GİST (intermediate risk) teşhisi konuldu.

Mide duvarındaki kitle dalağa implante olduğu için splenektomi yapılan hastanın splenektomi materyalinde tümöral invazyon saptanmadı. Kemik

sintigrafisi normal saptanan hasta medikal onkoloji bölümünce kemoterapi verilmeksizin takip edilmektedir.



Şekil 1. Gastrointestinal stromal tümör'ün gastroskopik görünümü



Şekil 2. Gastrointestinal stromal tümör'ün gastroskopik görünümü

TARTIŞMA

Submukozal tümörlerden Gastrointestinal stromal tümörün (GİST) insidansı milyonda 7-15'tir¹². Submukozal tümörlerin rutin endoskopide görülme sıklığı %0.36'dır. GİST diğer nadir tümörler ile beraber görülebilir. Hastaların %90'ından fazlası 40 yaş üzerindedir⁸. Hastamız 65 yaşında erkek hasta idi, ek bir hastalığı yoktu.

Mide GİST hastalarının tanısı sıklıkla rutin gastroskopi sırasında submukozal kitlenin

saptanması şeklindedir⁸. Literatürde üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması ile prezente olan duodenal GİST vakası ve midede leiomyom bildirilmiştir^{4,15}. Hastamızın en ilginç özelliklerinden biri üst gastrointestinal sistem kanamasının en nadir nedenlerinden biri olarak GİST'den kanaması ve hastanın bu şekilde prezente olmasıydı. İlk müracaatta kanaması oldukça şiddetli olup hastada hematokezyaya neden olmuş ve multipl kan transfüzyonu yapılmıştı. Alt GİS kanama kolonoskopi yapılarak ekarte edilmişti. Daha sonra endosonografi (EUS) yapılırken lezyondan tekrar kanama olduğu rapor edilmişti.

Gastrik submukozal tümörlerin tanısında diagnostik EUS intramural tümörü ekstraluminal basıdan ayırma ve hangi tabakadan kaynaklandığını saptama olanağı sağlamıştır. Tümörler kaynaklandığı tabaka ve eko paternine göre karakterize edilmektedir. Submukozal tümörün GIST olup olmadığı, malignite potansiyeli EUS sayesinde saptanmaktadır. GİST tipik olarak hipoekoik ve sınırları düzgündür. Çapı 4 cm'den büyük, sınırları düzensiz, heterojen ekolu, ekojenik odaklar ve kistik oluşumlar içeren GİST'ler genellikle maligndir⁸. Bizim hastamızın EUS'ine fundus-korpus bileşkesinde, ön duvarda 5x6 cm, lobüle konturlu, konturları düzensiz, içinde hipoekoik nekroz alanları bulunan, heterojen kitle saptandı. Kitlenin duvar katmanları ile komşuluğu silindiği için, hangi katmandan kaynaklandığı saptanamadı. Midede hematemez saptandı. Lezyonun kanamalı GİST ile uyumlu olduğu rapor edildi.

GİST'in diğer submukozal tümörlerden (leiomyomlar, leiomyosarkomlar, leiomyoblastomlar gibi) ayrılması tedavi ve prognozları çok farklı olduğu için çok önemlidir Uygun histolojik ve biyokimyasal boyama tanıyı doğrulamak için gereklidir. GİST'in kendine özgü histolojik ve immünohistokimyasal boyamaları hem bu ayırıcı tanıyı yapmada, hem prognozu belirlemede, hem de tedaviyi planlama da oldukça önemlidir^{2,4}. Bizim vakamızda eksizye edilen kitlenin 7x8 cm, mukoza altında, solid, yer yer nekrotik kanamalı alanlar içeren, lobüle, krem renkli, %20-30 oranında tümöral doku içeren bir lezyon olduğu, immünohistokimya boyamasında CKit (+), CD34 (+), Ki67: %1-2 proliferasyon indeksi saptandığı ve intermediate risk taşıdığı rapor edilmişti. Gastroskopik ve EUS ile GİST üşündüğümüz hastanın patolojik olarak teşhisi kesinleştirilmiş oldu. Gastrointestinal tümörler en sık karaciğer ve

peritona yayılır. Daha az sıklıkla dalak, akciğer ve kemik yayılımı olabilir^{1,9}. Olgumuzda görüntüleme ve per-operatif karaciğer ve periton yayılımı saptanmamıştı. Operasyon sırasında mide duvarındaki kitlenin dalağa implante olduğu görüldü. Splenektomi yapılan hastanın splenektomi materyalinde tümöral invazyon saptanmamıştır. Kemik sintigrafisi normal saptanmıştır. Uluslararası literatüre göre cerrahi rezeksiyon metastazı olmayan, rezektabl hastada esas tedavi yöntemidir. Hasta için minimal morbidite riski taşır. Cerrahinin hedefi komplet cerrahi rezeksiyon ve cerrahi sınırların temiz olmasıdır¹³. Cerrahi sınırlı rezeksiyon veya pankreatikoduodenektomiye içerecek şekilde yapılabilmektedir⁴. Bizim hastamızda Subtotal mide rezeksiyonu yapıldı. Görüntüleme, kemik sintigrafisinde metastaz ve splenektomi materyalinde tümöral invazyon saptanmamıştı.

Son dekatta karsinogenezin moleküler mekanizmalarındaki ilerlemeler sayesinde GİST'in farmakolojik tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar alınmaktadır¹³. Adjuvan kemoterapide cerrahi öncesi kemoterapide multimodal tedavilerde ve metastatik hastalarda İmatinib ve sunitinib ile çok iyi sürvi elde edilmektedir¹¹⁻¹⁴. Bizim hastamızda metastaz saptanmadığı için kemoterapi başlanmadı. Onkoloji poliklinik takibine alındı.

Sonuç olarak GİST midenin nadir görülen neoplazı olup, üst gastrointestinal kanamasının nadir bir nedeni olabilir. Endoskopik olarak saptanan submukozal kitle özellikle 4 cm'den büyükse mutlaka endosonografi ile değerlendirilmelidir. GİST için seçilecek ilk tedavi komplet cerrahi rezeksiyondur. Rezeksiyon materyali histolojik ve immünokimyasal olarak değerlendirilerek tanı doğrulanmalı ve gerekli hastalarda adjuvan kemoterapi düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Di Scioscio V, Greco L, Pallotti MC, Pantaleo MA, Maleddu A, Nannini M et al. Three cases of bone metastases in patients with gastrointestinal stromal tumors. *Rare tumors*. 2011;3:e17.
2. Patil DT, Rubin BP. Gastrointestinal stromal tumor: advances in diagnosis and management. *Arch Pathol Lab Med*. 2011;135:1298-310.
3. Bravo E, Garcia C, Zegarra A, Piscocoy A, Pinto J, de Los Rios R et al. [Stromal tumor of esophagus: case report]. *Rev Gastroenterol Peru*. 2011;31:169-72.
4. Mehta C, Gumaste VV, Leytin A, Walfish A. An unusual cause of upper gastrointestinal bleeding: duodenal GIST. a case report and literature review.

- Acta Gastroenterol Belg. 2011;74:347-51.
5. Barros A, Linhares E, Valadao M, Goncalves R, Vilhena B, Gil C et al. Extragastrintestinal stromal tumors (EGIST): a series of case reports. Hepato-gastroenterology. 2011;58:865-8.
 6. Petrou A, Alexandrou P, Papalambros A, Saetta A, Fragkou P, Kontos M et al. A Malignant gastrointestinal stromal tumor of the gallbladder immunoreactive for PDGFRA and Negative for CD 117 Antigen (c-KIT). HPB Surg. 2011;2011:327192.
 7. Lee BI, Choi H, Choi KY, Byeon JS, Jang HJ, Eun CS et al. Clinical characteristics of small bowel tumors diagnosed by double-balloon endoscopy: KASID multi-center study. Dig Dis Sci. 2011;56:2920-7.
 8. Papanikolaou IS, Triantafyllou K, Kourikou A, Rosch T. Endoscopic ultrasonography for gastric submucosal lesions. World J Gastrointest Endosc. 2011;3:86-94.
 9. Jain A, Dubashi B, Mangaladevi, Chandra SS, Halanaik D. Mesentric gastrointestinal stromal tumor with bone metastases. Indian J Cancer.2011;48:383-4.
 10. Chaudhry UI, DeMatteo RP. Advances in the surgical management of gastrointestinal stromal tumor. Adv Surg. 2011;45:197-209.
 11. Eisenberg BL, Trent JC. Adjuvant and neoadjuvant imatinib therapy: current role in the management of gastrointestinal stromal tumors. Int J Cancer. 2011;129:2533-42.
 12. Barnes T, Reinke D. Practical management of imatinib in gastrointestinal stromal tumors. Clin J Oncol Nurs. 2011;15:533-45.
 13. Grignol VP, Termuhlen PM. Gastrointestinal stromal tumor surgery and adjuvant therapy. Surg Clin North Am. 2011;91:1079-87.
 14. Balçık ÖŞ, Gümüş İİ, Kamalak Z, Cıplı H, Katgusuz İ, Koşar A. Gebelikte imatinib kullanımının güvenliği: iki olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2010;20:387-91
 15. Erdoğan F, Balık AA, Yılmaz İ, Gürsan N, Altaş S. Nadir bir üst gastrointestinal sistem kanama sebebi: midede leiomyom. Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol. 2004;15:93-5.