

**Mide Fundus Kaynaklı ve Pankreas Kuyruk İnvazyonu Olan Dev Gastrointestinal Stromal Tümör Olgu Sunumu**  
**Giant Gastrointestinal Stromal Tumor with Stomach Fundus Origin and Pancreatic Tail Invasion Case Report**  
**Sezai Kantar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Cerrahi Kliniği/Amasya

**Sorumlu Yazar:**

Dr. Sezai Kantar

Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Cerrahi Kliniği/Amasya

E-mail:  
sezaikanta@hotmail.com

**Özet**

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST) Cajal'ın intersitisyel hücrelerinden köken alırlar. GIST'ler tüm gastrointestinal maligniteler arasında %0,1-3 oranında rastlanır ve en sık mide kaynaklıdır (%50-70). İnsidansı %0,002'dir. Sıklıkla 4. dekat sonrası görülür ve ortalama tanı yaşı 60'tır. Erkeklerde biraz daha sık görülmekle beraber kadın-erkek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Asemptomatik ve rastlantısal olarak yakalanan tümörlerden; çok hızlı ilerleyen, agresif tümörlere kadar uzanan geniş bir klinik spektrumda yer alabilirler. Bu sunumda mide kaynaklı, pankreasın gövde ve kuyruk kısmına invaze, yaklaşık 18 cm çapında, dev gastrointestinal stromal tümör olgusu tartışılmıştır. Hastaya total gastrektomi, distal pankreatektomi, splenektomi ve çöliak lenf nodu diseksiyonu ameliyatı yapılmıştır. Post-op 10. günde hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Mide, stromal tümör, tedavi

## Abstract

Gastrointestinal stromal tumors originate from the interstitial cells of Cajal. GISTs are found in 0,1%-3% of all gastrointestinal malignancies and are most frequently gastric origin. Its incidence is 2 in 100000. It is frequently seen after the 4th decade and the average age of diagnosis is 60. Although it is a little more common in men, there is no statistically significant difference between female-male ratios. They can be captured asymptotically and accidentally, but they can be located in a wide clinical spectrum that progresses very rapidly and extends to aggressive tumors.

In this presentation, a case of giant gastrointestinal stromal tumor originating from the stomach, invading the body and tail of the pancreas, with a diameter of 18 cm was discussed. The patient underwent total gastrectomy, distal pancreatectomy, splenectomy, and celiac lymph node dissection surgery. On the post op 10th day, the patient was discharged with healing.

**Keywords:** Stomach, tumour, treatment

## Giriş

İlk kez 1983 yılında Mazur ve Clark, mezenseşimal tümörlerin nörojenik ve düz kas kaynaklı olarak sınıflandırılmayan bir alt grubunu tanımlamak için gastrointestinal stromal tümör (GIST) terimini kullanmışlardır (1). GIST'ler Cajal'ın intersitisyel hücrelerinden köken alıp düz kas hücrelerinden köken alan leiomyom ve leiomyosarkomdan ayrılırlar (2,3). Primer GIST vakaları en sık midede (%50-70), daha sonra da sıklık sırasına göre ince

barsak (%25-35), kolon ve rektum (%5-10), mezenter veya omentum (%7) ve özofagusta (<%5) görülmektedir (4). GIST'lerin insidansı %0,002 olup, genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkarlar ve ortalama tanı yaşı 60'tır. Bazı serilerde erkeklerde daha sık saptanmış olmakla beraber genellikle kadın ve erkek görülme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (5).

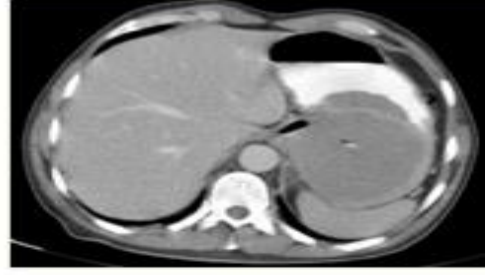
GIST tümörü olan hastalarda prognoz daha çok tümörün boyutuna, mitoz sayısına ve tipik olarak hematojen yolla oluşan metastazlara bağlıdır. Neredeyse tüm GIST'ler, c-KIT (CD 117) veya ilişkili PDGF reseptör A ve CD 34 varlığı gösterir (6).

## Olgu Sunumu

Mide ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı ve halsizlik nedeni ile genel cerrahi polikliniğine başvuran 56 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde; hasta kaşektik ve soluk görünümde izlendi ve epigastrik bölgeye yapılan derin palpasyonda şüpheli kitle hissedildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 8400 HG: 8.1, PLT:468, MCV: 72, Demir:16, Demir bağlama kapasitesi:349 olarak saptandı ve gaitada gizli kan testi pozitif olarak değerlendirildi. Hastanın çekilen kontrastlı batın tomografisinde; özofagokardiyak bileşkeden kaudale doğru devam eden, mide küçük kurvatürü seviyesinden inferiora doğru uzanım gösteren, yaklaşık 91x96x129 mm boyutlarında, en geniş yerinde duvar kalınlığı 35 mm'ye ulaşan, içerisinde hava ve kontrast değerlerinin izlendiği, öncelikli olarak mide tümörü ile uyumlu kitlesel lezyon izlendi. Ayırıcı tanıda GIST ve mide divertikülü düşünüldü (Resim 1).



1



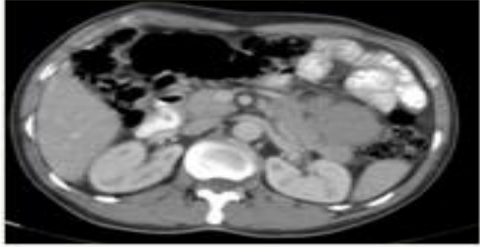
2



3



4



5

**Resim 1.** Özofagokardiyak bileşmeden kaudale doğru devam eden tümörün BT görüntüleri.

Gastrointestinal hemorajiye sekonder olarak değerlendirdiğimiz aneminin etiolojisini araştırmak amacı ile ve BT bulguları sonrası saptadığımız tümöral lezyon nedeni ile hastaya yaptığımız özofagogastroduodenoskopi’de; mide fundusunda yaklaşık 5 cm çapında ülserovejetan kitle izledik (Resim 2). Alınan biyopsinin patolojik

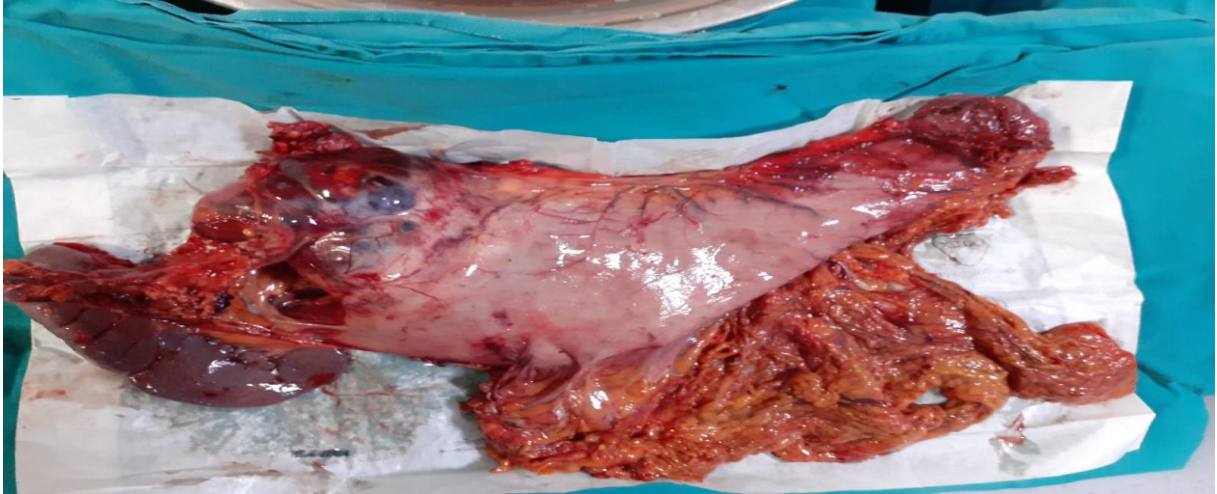
değerlendirilmesinde; iltihabi eksuda, iltihabi granülasyon dokusu alanları yanısıra arada dar odaklar halinde içsi, hiperkromatik nükleuslu, eozinofilik, sınırsız sitoplazmalı ve arada mitotik figürlerin de izlendiği neoplastik hücreler izlendi ve mevcut histomorfolojik bulgular GIST ile uyumlu olarak yorumlandı.



**Resim 2.** Fundus kaynaklı tümörün endoskopik görüntüsü

Operasyona alınan hastanın yapılan batin içi eksplorasyonunda; fundus kaynaklı yaklaşık 18 cm çapında, çöliak trunkus üzerine oturan, pankreas gövde ve kuyruk kısmına invaze, oldukça hipervasküler kitlesel lezyon izlendi. Hastaya invaziv olması nedeni ile total gastrektomi, distal pankreatektomi, splenektomi ve çöliak lenf

nodu diseksiyonu yapıldı ve spesmen en-blok olarak rezeke edildi. Ardından retrokolik roux-en özafagojejunostomi yapılarak operasyon başarı ile tamamlandı (Resim 3). Post-op ilk 24 saat yoğun bakım şartlarında takip edilen hasta post-op 10. gününde şifa ile taburcu edildi.



**Resim 3.** Total gastrektomi, distal pankreatektomi, splenektomi ve çöliak lenf nodu diseksiyonu spesmen görüntüsü

Cerrahi sonrası patolojik incelemesinde; >10/50 HPS (yüksek büyütme alanı) sık

mitotik figürler içermekte idi. CD 117 ve CD 34 ve vimentin diffüz pozitif

boyanmış, Ki 67 proliferasyon indeks oranı yüksek görünümde izlendi. S100 ve SMA negatif olarak değerlendirildi. Hastaya 3 yıl süre ile imatinib 400 mg 1x1 başlandı. 1 ay sonrası tekrar kontrole çağırıldı.

## Tartışma

Gastrointestinal stromal tümörler tüm mide tümörlerinin %5'ten daha azını oluşturmaktadır (7). GIST' ler yavaş büyüyen submukozal tümörlerdir. Zaman zaman ülserle olabilseler ve önemli gastrointestinal hemoraji yaratsalar da küçük lezyonlar çoğunlukla insidental olarak fark edilir. Büyük lezyonlar ise genellikle kilo kaybı, abdominal ağrı, dolgunluk hissi, erken doyunluk ve kanama semptomları üretir. GIST'te abdominal kitle palpabl olabilir. Hastamızda fundus kaynaklı kitlenin özafagogastik bileşke düzeyinde darlığa kısmi darlığa neden olmasına sekonder bulantı ve kusma, kanamaya bağlı anemi, abdominal ağrı, palpabl kitle, kilo kaybı mevcuttu.

Gastrointestinal stromal tümörü olan hastaların %15-50'si ilk tanı anında metastatiktir ve en sık olarak karaciğer, periton ve akciğere metastaz yaparlar. Metastaz sıklıkla karaciğer ve akciğere hematojen yolla olmakla beraber rezeke edilen spesmenlerin patolojik incelemesinde metastatik lenf nodları görülebilir. Çoğu gastrik GIST' ler midenin korpusunda meydana gelir ancak fundus ve antrumdan da kaynaklanabilirler (6,8).

Olgumuzda karaciğer ve uzak organ metastazı izlemedik. İntraop çöliak truncus etrafında multiple lenf bezi izlendi ancak hastanemizde frozen imkanı bulunmadığı için diseksiyon yapılmasına

karar verildi. Çöliak bölgede 13 adet, peripankreatik bölgede 2 adet olmak üzere elde edilen lenfatik diseksiyon materyalinde metastaz saptamadık.

Tümör büyük ve invaziv olduğunda, eğer güvenli ise, tüm tümörün çıkartılması için tutulan etraf organların en-blok rezeksiyonu gereklidir (6). Lokalize vakalarda cerrahi olarak tümörün çıkarılması bu hastalar için en önemli kür şansıdır (9). Cerrahide amaç, tümörün rüptür olmadan tamamen çıkarılmasıdır. De Matteo ve ark. yaptıkları bir çalışmada, prognozu belirlemede, tümör büyüklüğünün, mikroskopik olarak negatif cerrahi sınırların sağlanmasına göre daha önemli olduğunu ortaya koymuşlardır (10). Tümörün cerrahi sırasında rüptüre olması artmış rekürrens ve azalmış sağkalım oranlarına neden olur. Bizim olgumuzda da 18 cm çapında kitle büyüklüğü göz önüne alınarak, negatif cerrahi sınırlar korunarak, tümör rüptürüne neden olmadan en-blok rezeksiyon gerçekleştirilmiştir.

Tümör boyutu ve mitoz sayısına dayanarak agresif davranış riski dört grupta sınıflandırılmaktadır. 0- 2 cm ve < 5/50 HPF çok düşük risk, 2-5 cm ve < 5/50 HPF düşük risk, 0-5 cm ve 6-10/50 HPF veya 5-10 cm > 5/50 HPF orta risk, 5 cm' in üzeri ve > 5/50 HPF, herhangi bir boyut ve > 10/50 HPF ve herhangi bir mitotik sayı ve 10 cm üzeri yüksek risk olarak tanımlanır (8). Bizim hastamız >10/50 HPS ve 10 cm üzerinde olması nedeni ile yüksek riskli gruba dahil edilmiştir.

İmatinib'in keşfi cerrahiye uygun olmayan GIST hastalarının prognozlarını belirgin olarak değiştirmiştir. İmatinib mesilat GIST' lerde C-kit tirozin kinaz reseptörünün özgün inhibitörüdür. İmatinib, CD 117 (c-KIT) ve PDGF

reseptör A'nın intraselüler bölümünde ATP bağlayan bölgeye bağlanır ve hücreye olan sinyal iletimini bloke eder (11). Pratik uygulamaya giren ilk moleküler hedefli ilaçtır. Cerrahi olarak çıkartılamayacak durumda olan nüks, metastatik veya hastanın genel durumunun cerrahiye uygun olmadığı durumlar ile yüksek riskli ameliyat gerektiren olgularda imatinib mesilat ilk tercih edilecek tedavi yöntemidir (12). İmatinib tedavisinin cerrahi ile tam olarak çıkarılmış tümörlerde adjuvan olarak eklenmesinin gerekip gerekmediği, özellikle ABD'de yapılan çalışmalarla halen araştırılmaktadır. Avrupa'da ise tam bir görüş birliği olmamakla birlikte, bazı merkezlerde primer rezeksiyon sonrası 12-36 ay süre ile günde 400 mg oral imatinib tedavisi verilmektedir (13,2). Verweij ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada inoperabl olan veya metastatik GIST tanısı olan hastalarda düşük ve yüksek doz imatinib kullanımını değerlendirmişlerdir (14). Hastalar iki gruba ayrılmış ve ilk gruba 400 mg imatinib, ikinci gruba ise 800 mg imatinib uygulanmıştır. Düşük doz imatinib uygulanan hastalarda progresyon saptandığında yüksek doza geçilmiştir. Ortalama 760 gün süren izlem sonunda düşük doz alan grupta hastaların %56'sında progresyon saptanmış, yüksek doz alan hastaların ise %50'sinde progresyon saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistik olarak anlamlı saptanmıştır. Ancak performansı düşük olan hastalar analizin dışına çıkartıldığında iki grup arasında progresyonsuz sağkalım eşit olarak saptanmış ve iki grup arasındaki yanıt oranları eşit olarak değerlendirilmiştir (14). Biz hastamızda yüksek riskli grupta olması ve buna bağlı olarak nüks ihtimali nedeni ile günlük oral olarak 400 mg imatinib 3 yıl süre ile

başladık. Hasta performansının iyi olması nedeni ile düşük doz tedaviyi tercih ettik.

Sonuç olarak; GIST, gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenşimal tümörüdür. Sıklıkla mide corpusunda görülmekle beraber, vakamızda olduğu gibi fundus kaynaklı da olabileceği ve büyük boyutlara ulaşarak çevre organlara invazyon yapabileceği unutulmamalıdır. Endoskopik olarak küçük boyutlarda olduğu durumlarda dahi intra abdominal büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Tedavide basit kama rezeksiyonlardan en-blok rezeksiyonlara kadar geniş bir yaklaşım gerekebilir.

### Kaynaklar

1. Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors: reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol.* 1983;7:507-519.
2. Gold JS, DeMatteo RP. Combined surgical and molecular therapy: The Gastrointestinal stromal tumor model. *Ann Surg* 2006;244:176-184.
3. Robin BP, Heinrich MC, Corless CL. Gastrointestinal stromal tumour. *Lancet.* 2007;369:1731-1741.
4. Miettinen M, Majidi M, Lasora J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal stromal tumours (GISTs): a review. *Eur J Cancer.* 2002;38:39-51.
5. Sturgeon C, Chejfec G, Espat N. Gastrointestinal stromal tumors: a spectrum of diseases. *Surg Oncol.* 2003;12:21-26.
6. Brunnicardi F, Andersen D, Billier T, ve ark. *Schwartz's Principles of Surgery*, Onuncu baskı. 2016;26:1084-5.
7. Naguib SF, Zaghoul AS, El Marakby H. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) of the stomach: retrospective experience with surgical resection at

- the National Cancer Institute. *J Egypt Natl Canc Inst.* 2008;20:80-89.
8. Fletcher CD. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathology.* 2002;33:459-65.
  9. Nowain A, Bhakta H, Pais S. Gastrointestinal stromal tumors: clinical profile, pathogenesis, treatment strategies and prognosis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;20:18-24.
  10. De Matteo RP, Lewis JJ, Leung D, et al. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Sur.* 2000;231:51-8.
  11. Joensuu H, Roberts PJ, Sarlomo-Rikala M. Effect of the tyrosine kinase inhibitor. STI571 in a patient with a metastatic gastrointestinal stromal tumor. *N Engl J Med.* 2001; 344:1052-6.
  12. Demetri GD, Benjamin RS, Blanke CD, et al. NCCN Task Force Report: Optimal management of patients with gastrointestinal stromal tumor (GIST)- Update of the NCCN Clinical Practice Guidelines. *JNCCN.* 2007;5:1-29.
  13. Langer C, Gunawan B, Schuler P, et al. Prognostic factors influencing surgical management and outcome of gastrointestinal stromal tumours. *Br J Surg.* 2003;90:332-9.
  14. Verweij J, Casali PG, Zalcberg J, et al. Progression-free survival in gastrointestinal stromal tumours with high-dose imatinib: randomised trial. *Lancet.* 2004;364:1127-34.

