

Mide Fundusunda Nadir Yerleşimli Gastrointestinal Stromal Tümörü: Olgu Sunumu

Gastrointestinal Stromal Tumor rare Localized In Gastric Fundus: A Case Report

Mustafa Şit¹, Fatih Kaya¹, Edip Erdal Yılmaz¹, Gülali Aktaş²
¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ad
²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ad

Özet

Gastrointestinal stromal tümörler özellikle midede görülen, interstisyel kaval hücrelerden köken alan mezenchimal tümörlerdir. İnguinal herni nedeniyle kliniğimize başvuran 78 yaşındaki erkek hastada anemi saptanması nedeniyle yapılan üst gis endoskopisinde mide fundusunda, yüzeyi ülser ve kanamalı, yaklaşık 5x5 cm boyutlarında polipoid kitle izlendi. Alınan endoskopik biyopsi sonucu gastrointestinal stromal tümör olarak raporlandı. Batın tomografisinde mide fundusunda yerleşimli, yaklaşık 4x5 cm boyutunda kitle rapor edildi. Gastrotomi ve wedge rezeksiyon uygulanan hasta 5. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: stromal tümör, mide, endoskopi
Türkçe Kısa Makale Başlığı: Gastrointestinal Stromal Tümör: Olgu Sunumu

Abstract

Gastrointestinal stromal tumors are mesenchimal tumors that originate from interstitial kaval cells and usually located in the stomach. A 78 year old man admitted to our clinic with complaints of inguinal hernia. The upper endoscopy which we performed due to anemia, revealed an ulcerated and minimally bleeding polypoid mass with a size of 5x5 cm in fundus. Pathological examination of endoscopic biopsy demonstrated gastrointestinal stromal tumor. Abdominal computerized tomography showed a 4x5 cm mass in gastric fundus. We performed gastrotomy and wedge resection. Patient discharged without complication in postoperative 5th day.

Key words: stromal tumor, stomach, endoscopy
İngilizce Kısa Makale Başlığı: Gastrointestinal Stromal Tumor: Case report

İletişim Adresi:

Yard. Doç. Dr. Mustafa Şit / Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ad Merkez / Bolu
Tel: 03742534656/3513 – 05336841225 E-Mail: drmustafasit@yahoo.com.tr

Giriş

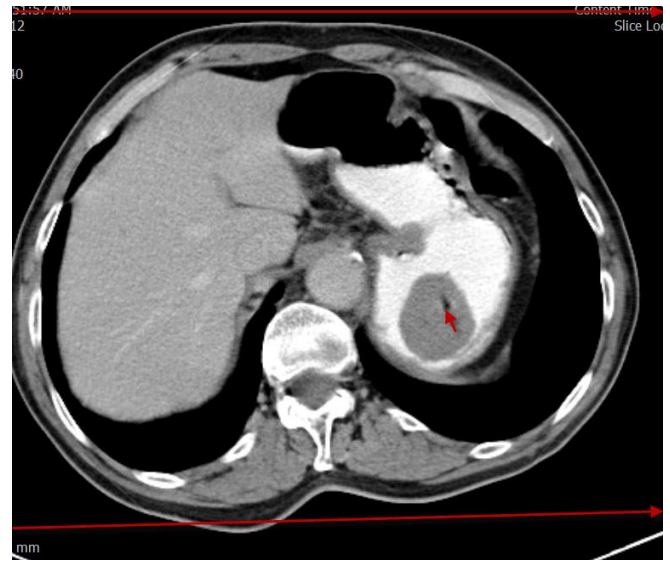
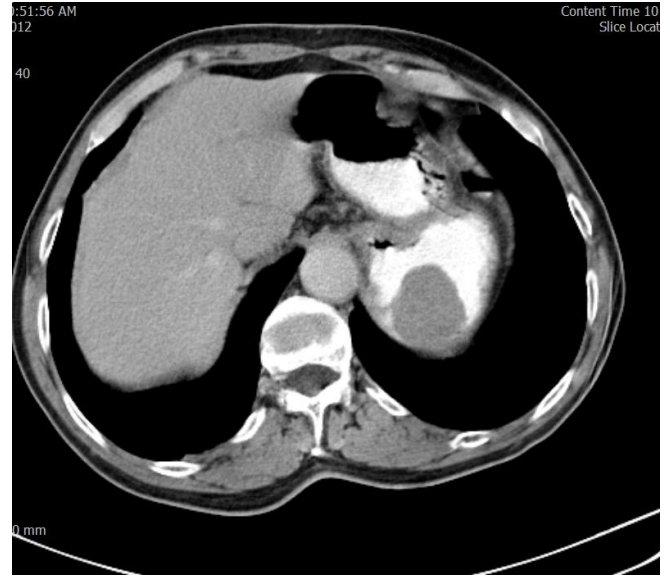
Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) Gastrointestinal sistem boyunca her yerde görülebilmekle birlikte, sıklıkla midede (%50-60) yerleşen, interstisyel Kaval hücrelerinden köken alan, mezenkimal tümörlerdir. Genellikle 4.dekad sonrası görülürler ve ortalama tanı yaşı 60 yaşdır. Klinik prezentasyonu sıklıkla karın ağrısı gastrointestinal kanama ve karında kitle şeklindedir. GİST'lerinde CD117 %98-100, CD34 ise %70-80 oranında saptanır (1). Metastatik olmayan hastalıkta primer tedavi cerrahidir.

Olgu

Sağ kasık fıtığı, halsizlik şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuran 78 yaşındaki erkek hastanın, fizik muayenede sağ inguinal hernisi mevcut olup diğer sistemik muayenesi doğaldı. Soluk görünümlü hastanın hemoglobin değeri:8,1 gr/dl ve hematokrit değeri 23 mg/dl olarak saptandı. Diğer rutin biyokimya parametreleri ve tümör markerleri ise normaldi. Yapılan üst gis endoskopisinde mide fundusunda, yüzeyi ülser ve kanamalı, yaklaşık 5x5cm boyutlarında polipoid kitle izlendi(Resim 1a,b).



Kitleden alınan yüzeysel endoskopik biyopsilerde gastrointestinal stromal tümör olarak raporlandı. Abdominal tomografisinde mide fundusunda yerleşimli, yaklaşık 4x5cm boyutunda, etraf dokulara invazyonu görülmeyen, batin içi organlarda metastaz saptanmayan kitle rapor edildi(Resim 2a,b).



Preoperatif hazırlıkları yapılarak ameliyata alınan hastaya, gastrotomiyi takiben wedge rezeksiyon uygulandı. Hasta postop 5. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Histopatolojik incelemede 4,7x4,5x3cm ölçülerinde mide duvarı bulunan, mitoz izlenmeyen (10/50 BA), CD-117 ve SMA pozitif, S 100 negatif, cerrahi sınırları temiz, tümöral kitle rapor edildi ve tanı yüksek risk gruplu gastrointestinal tümör olarak belirlendi.

Tartışma

GİST genellikle 5. ve 6. dekatta görülür ve insidansı 100.000'de 2'dir (1). GİST gastrointestinal sistem boyunca her yerde görülebilir; fakat en sık görülen lokalizasyonları mide(%50-60) ve ince barsaklardır(%20-30). Midede ise %70-90 antrum ve korpus kökenlidir(2). Bizim olgumuzda daha nadir yerleşimli olan fundusta idi. Bu tümörler erken dönemde genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olduklarında en sık karın ağrısı, gastrointestinal sistem kanaması ve karında kitle olarak görülürler. Bizim hastamızda kronik anemi mevcuttu. GİST'lerin % 50 kadarı tanı konulduğu sırada metastaz yapmış durumdadır. En sık metastaz yeri karaciğer ve periton olmakla birlikte, lenf nodları, akciğer ve kemik iliğini de tutulabilmektedir (3,4,5). Bizim vakamızda metastaz saptanmadı.

GİST tanısında endoskopi, endoskopik ultrasonografi, abdominal tomografi, manyetik rezonans yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak hiçbir radyolojik veya endoskopik tetkik yöntemi tek başına GİST tanısını koymak için yeterli değildir. Kesin GİST tanısı için biyopsi şarttır. Tümörün kapsül bütünlüğünün bozulması ve tümör hücrelerinin ekilme riskinden dolayı, cerrahi olarak çıkartılabilir kitlelerden ameliyat öncesi ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılması önerilmez; fakat bizim olgumuzda kitlenin fundus yerleşimli olması, yaklaşık 5 cm büyüklüğünde olması ve kesin olarak GİST düşünülmediğinden dolayı biyopsi alınmıştır (6).

GİST'lerin malignite potansiyeli olduğu kabul edilir. Malignite potansiyelleri ise, çok düşük risk, düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak kategorize edilir (7). Bizim vakamızda patoloji sonucunda yüksek risk olarak belirtildi.

Prognozu belirleyen en önemli faktörler, tümör çapı (cm olarak maksimum tümör çapı) ve mitotik orandır

(mitoz sayısı/50 Büyük Büyütme Alanında). Diğer kötü prognoz faktörler ise; anoploidi, tanıda metastaz olması, rezektabl olmayan tümörler, ileri yaş ve erkek cinsiyettir (8,9). Bizim olgumuz 78 yaşında erkek hasta olup kitlenin histopatolojik incelemesinde 4,7x4,5x3cm ölçülerinde, mitoz izlenmeyen (10/50 BA), CD-117 ve SMA pozitif, S 100 negatif, cerrahi sınırları temiz, tümöral kitle rapor edildi ve metastaz yoktu..

Midenin stromal tümörlerinde çoğunlukla wedge rezeksiyon yeterlidir. GİST'ler büyük boyutlara ulaşmalarına karşın fazla infiltratif olmadıkları için, negatif cerrahi sınır elde edilmesi zor değildir. Gastrointestinal stromal tümörlerin lenf nodu metastazları nadirdir. Bu sebeple lenf nodu disseksiyonuna nadiren gerek duyulur (10,11,12). Bizim olgumuzda da mide wedge rezeksiyonu yeterli olmuştur. Imatinib GİST'lerde C-kit reseptörü tirozin kinazın özgün inhibitörüdür. 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 (13-14). Tedavinin takibi için yine tedavi öncesi abdominal tomografi ve/veya pozitron emisyon tomografisi çektilmelidir.

Sonuç

50 yaş ve üzerinde, elektif bir cerrahi prosedür için polikliniğe başvuran hastalara yapılan rutin kan tetkiklerinde anemi saptandığı takdirde, anemi etyolojisi mutlaka araştırılmalı üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopileri yapılmalıdır. Aksi takdirde mideden kaynaklanan, malign lezyonlar gözden kaçabilir. Midedeki stromal tümörler de bunlardan biridir.

Kaynaklar

1. Yamamoto H, Kojima A, Miyasaka Y, Imamura M, Nakamura N, Yao T, Tsuneyoshi M, Oda Y. Prognostic impact of blood vessel invasion in gastrointestinal stromal tumor of the stomach. *Hum Pathol.* 2010 Oct;41(10):1422-30.
2. Laurini JA, Carter JE. Gastrointestinal stromal tumors: a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2010 Jan;134(1):134-41
3. Connolly EM, Gaffney E, Reynolds JV. Gastrointestinal stromal tumors. *British Journal of Surgery* 2003; 90: 1178-1186.
4. Selcukbiricik F, Tural D, Oztürk MA, Dervisoglu S, Sager S, Hiz M, Mandel NM. Gastrointestinal stromal tumor of the rectum with scapular metastasis: a case report.. *J Med Case Rep.* 2012 Jun 7;6(1):145

5. Bucher P, Villiger P, Egger JF, et al. Management of gastrointestinal stromal tumours: from diagnosis to treatment. *Swiss Med Wkly* 2004;134:145-53.
6. Dizdar O, Guler N. Gastrointestinal stromal tumorler ve imatinib tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:87-91.
7. Fletcher CDM, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Human Pathology* 2002; 33: 459-465.
8. Miettinen M, El Rifai W, HL Sobin L, et al. Evaluation of malignancy and prognosis of gastrointestinal tumors: a review. *Hum Pathol* 2002; 33: 478-483.
9. Fujimoto Y, Nakanishi Y, Yoshimura K, Shimoda T. Clinicopathologic study of primary malignant gastrointestinal stromal tumor of the stomach with special reference to prognostic factors: analysis of results in 140 surgically resected patients. *Gastric Cancer* 2003; 6: 39-48.
10. Goh BK, Chow PK, Ong HS, et al. Gastrointestinal stromal tumor involving the second and third portion of the duodenum: Treatment by partial duodenectomy and Roux-en-Y duodenojejunostomy. *J Surg Oncol* 2005; 4: 273-275.
11. Eisenberg BL, Judson I. Surgery and imatinib in the management of GIST: Emerging approaches to adjuvant and neoadjuvant therapy. *Ann Surg Oncol* 2004;11:465-75.
12. Neuhaus SJ, Clark MA, Hayes AJ, et al. Surgery for gastrointestinal stromal tumour in the post-imatinib era. *ANZ J Surg* 2005;75:165-72.
13. Van Den Abbeele AD, Badawi RD. Use of positron emission tomography in oncology and its potential role to assess response to imatinib mesylate therapy in gastrointestinal stromal tumors. *Eur J Cancer* 2002; 38: 60-65
14. Seidel C, Fenner M, Länger F, Bantel H, Ganser A, Grünwald V. Imatinib-induced liver cirrhosis in a patient with advanced gastrointestinal stroma tumor (GIST). *BMC Cancer*. 2012 May 21;12(1):186