

# Mide Yerleşimli Bir Gastrointestinal Stromal Tümörün Laparoskopik Rezeksiyonu

Yusuf Erzin<sup>1</sup>, Adem Karataş<sup>2</sup>, Melih Paksoy<sup>2</sup>, Fatih Velibeyoğlu<sup>3</sup>, Gülen Doğusoy<sup>4</sup>, Murat Tuncer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

## Özet

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) sindirim sisteminin epitel kaynaklı olmayan tümörleri içerisinde en sık rastlanılan grubu oluşturmaktadırlar. En sık buldukları lokalizasyon mide ve sonra ince bağırsaklardır. Hastalığın klinik gidişatı hakkında en önemli belirleyiciler tümör büyüklüğü, mitoz varlığı, c-kit gen mutasyonu pozitifliğidir. Günümüzde yegane küratif tedavi şekli uygun olgularda cerrahi rezeksiyon uygulanmasıdır. Laparoskopik cerrahi bazı GİST vakalarında başarıyla uygulanmaktadır.

Kliniğimize melena ile başvuran, endoskopisinde yaklaşık 3 cmx3 cm'lik polipoid kitle saptanıp peroperatuar gerçek boyutunun çok daha büyük ve lümen dışına taşmış olduğu saptanan, bilobüle GİST olgusunun laparoskopik cerrahi ile tedavisi ve takibi sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Stromal tümör, laparoskopi, gastrointestinal kanama

*Cerrahpaşa Tıp Derg 2008; 39: 33-36*

## Laparoscopic resection of a gastrointestinal stromal tumour located in stomach

### Abstract

Gastrointestinal tumors (GISTs) represent the largest category of nonepithelial neoplasms of the gastrointestinal tract. They arise from the neoplastic degeneration of primitive mesenchymal cells and demonstrate considerable variability in their differentiation pathways. GISTs can occur in all segments of the intestine mostly occurring in the stomach and small intestine. The clinical course of GISTs is heterogeneous and the most important prognostic factors are tumor size, mitotic count, and the presence of c-kit gene mutation.

Here we report a case with a huge GIST, finally resected laparoscopically, which presented with melena and a polypoid mass measuring 3cmx3cm during upper gastrointestinal endoscopy.

**Key words:** Stromal tumor, laparoscopy, gastrointestinal bleeding

*Cerrahpaşa J Med 2008; 39: 33-36*

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) sıklıkla midede yerleşen mezenkimal tümörlerdir. Miyenterik pleksusta bulunan pacemaker hücreler olan "Cajal interstisyel hücreleri"nden ya da öncüllerinden ve sindirim sisteminin düz kas hücrelerinden köken alırlar [1,2]. Klinik prezentasyonu sıklıkla karın ağrısı, gastrointestinal (GİS) kanama ve karında kitle şeklindedir [3,4]. Metastatik olmayan hastalıkta primer tedavi cer-

rahidir [4]. Kliniğimize akut üst GİS kanaması ile başvuran, endoskopisinde yaklaşık 3 cmx3 cm'lik polipoid kitle saptanıp peroperatuar gerçek boyutunun çok daha büyük ve lümen dışına taşmış olduğu saptanan, bilobüle GİST olgusunun laparoskopik cerrahi ile tedavisi ve takibi sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

Kolik tarzında epigastrik ağrı ve siyah renkli dışkılama şikayeti ile fakültemizin gastroenteroloji polikliniğine başvuran 57 yaşında bayan hastanın vital parametre-

**Alındığı Tarih:** 10 Ocak 2008  
**Yazışma Adresi (Address):** Yard. Doç. Dr. Yusuf Erzin  
Hürriyet Cad. 9/1 34153 Florya  
Bakırköy, İstanbul  
**e-posta:** dryusuferzin@yahoo.com - dryusuf@doruk.net.tr

leri stabil olup hematokrit: %31.4 (35-45), tümör markerleri ise normal sınırlarda saptandı. Üst GİS kanaması ön tanısıyla yapılan özofagogastroduodenoskopisinde mide korpusunda, büyük kurvatura üzerinde, yüzeyi ülser ve kanamalı, yaklaşık 3x2 cm. boyutlarında polipoid kitle izlendi (Resim 1). Kitleden alınan yüzeyel endoskopik biopsilerde önemli bir patoloji saptanmadı. GİST'ten şüphelenilerek yapılan endoskopik ultrasonografisinde büyük kurvatur tarafında 4-5 cm büyüklüğünde, submukozal orjinli, bilobüle kitle saptandı (Resim 2). Bilgisayarlı batın tomografisinde (BT) mide antrum-korpus geçiş bölgesinde yerleşimli, yaklaşık 8-10 cm büyüklüğünde, etraf dokulara invazyonu olmayan kitle rapor edilirken batın içi solid organlarda metastaz bulgusu ise görülmedi. Hasta operasyon amacıyla genel cerrahi kliniğine yatırıldı. Preoperatif hazırlıkları takiben genel anestezi altında ameliyata alınan hastaya laparoskopik gastrotomi işleminden sonra wedge rezeksiyon uygulandı ve kitlenin küçük lobu mide içinde olmak üzere bilobüle ve yaklaşık 10 cm uzunluğunda olduğu görüldü (Resim 3). Ameliyatta beş trokardan çalışıldı. Mide duvarındaki açıklık laparoskopik olarak tamir edildi. Kitle endobag içinde median hat üzerindeki trokar insizyonu genişletilerek batın dışına alındı. Hasta postop 5. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Histopatolojik incelemede 12x7x5 cm. ölçülerinde, üzerinde 6x5 cm ölçülerinde mide duvarı bulunan, düşük pleomorfizimli, mitoz izlenmeyen (0/50 BBA), CD-117 negatif, iğsi hücre hakimiyeti olan, Ki 67 skoru %1



**Resim 1.** Endoskopide büyük kurvatura üzerinde yerleşmiş yaklaşık 3 cm x 2 cm boyutlarında, üzeri ülser polipoid kitle.

den az, CD-34 diffüz pozitif, cerrahi sınırlarları temiz, tümöral kitle rapor edildi ve tanı borderline gastrointestinal tümör olarak kesinleşti. Hastanın dört yıllık takibinde nüks görülmedi.



**Resim 2.** Submukozadan kaynaklanan bilobüle kitlenin endo-ultrasonografi görüntüsü.



**Resim 3.** Laparoskopik cerrahi ile çıkarılan 12 cm x 7 cm x 5 cm boyutlarında bilobüle kitle.

## Tartışma

GİST genellikle 5. ve 6. dekatta ortaya çıkar ve insidansı 100.000'de 2'dir. Bu tümörler sıklık sırasına göre mide, ince bağırsak, kolon, rektum ve özefagusta yerleşebilir [3].

Bu tümörler erken dönemde genellikle asemptomatik ve semptomlar tümörün lokalizasyonu ve büyüklüğü ile ilgilidir. Semptomatik olduklarında en sık karın ağrısı, gastrointestinal sistem kanaması, karında kitle,

obstrüksiyon ya da perforasyon ile ortaya çıkarlar [1,2,4]. Literatürle uyumlu olarak bizim olgumuz da kliniğimize karın ağrısı ve gastrointestinal kanama şikayeti ile başvurdu, ki daha önce başka bir merkezde aynı şikayetlerle sadece GİS kanamasına yönelik destek tedavisi yapılarak taburcu edilmişti.

Tanıda pasaj grafisi, endoskopi, endoskopik ultrasonografi, BT, manyetik rezonans görüntüleme (MR) kullanılabilir. Pasaj grafisinde düzgün sınırlı dolma defekti, endoskopide polipoid kitle ya da endoskopik ultrasonografide muskularis propria kökenli hipoekoik lezyon olarak görülebilir. Tanıda ve tedavinin belirlenmesinde BT ve MR çok önemlidir. Abdominal BT lezyonun lokalizasyonu, çapı ve invazyonu hakkında yüksek duyarlılığa sahiptir. Ancak preoperatif kesin tanı koymak zordur. Tanı sıklıkla peroperatif frozen ile ya da postoperatif histopatolojik inceleme ile konulur [1,3,5].

Genelde hastaların %50'sinde ilk tanıda metastaz mevcuttur. En sık metastaz bölgeleri sırasıyla %60 karaciğer, %20 periton ve daha nadir olarak lenf nodülü, kemik ve akciğerlerdir [2,5]. Metastatik olmayan hastalıkta primer tedavi cerrahidir. GİST'lerde lenf nodülü metastazları sık değildir ve olguların %10'undan daha azında ortaya çıkar. Bu nedenle geniş lenfadenektomilerin yapılması önerilmemektedir [4,6]. Midenin stromal tümörlerinde çoğunlukla wedge rezeksiyon yeterlidir. Jeon ve ark. [7]. 24 hastadan oluşan mide kaynaklı GİST serilerinde 18 hastaya laparoskopik wedge rezeksiyon ve yalnızca üç hastaya distal subtotal gastrektomi uygulamışlardır. Uygun lokalizasyondaki tümörlerde onkolojik cerrahi prensiplerine uyularak yapılan laparoskopik rezeksiyon bu hastaların laparoskopinin olumlu sonuçlarından yararlanmasını sağlayabilir. Biz hastamızda güvenli cerrahi sınırlar sağlayacak şekilde laparoskopik rezeksiyon yaptık ve patoloji sonucu cerrahi sınırlar negatif olarak geldi. Malign seyrettiğinde tam rezeksiyon sonrası bile nüks görülebilen bu hastalıkta hastaların mükerrer cerrahi ihtiyaçları göz önüne alındığında laparoskopi uzun dönemde karın içi yapışıklıklardan kaçınılması gibi ek avantajlar sağlayabilir.

Prognozu belirleyen en önemli faktörler; tümör büyüklüğü ve mitoz sayısıdır.  $x \leq 5$  mitoz / 50 BBA (Büyük Büyütme Alanı) ve  $x \leq 2$  cm tümörler genelde benign davranış gösterir (8-10). Mitotik aktivitenin 10'dan büyük olduğu vakalarda tümör büyüklüğünden bağımsız

çok yüksek malignite riski vardır ve bu durum nüks cerrahi için kontrendikasyon olarak değerlendirilir [8,10,11]. Diğer kötü prognoz göstergeleri anöploid, ilk tanıda metastaz olması, rezektabl olmayan tümörler, ileri yaş ve erkek cinsiyettir. Tümörün yerleşim yeri de prognoz açısından önemlidir. Özefagus ve mide yerleşimli tümörler diğer GİST'lere göre daha iyi seyirlidir [2,10-12].

Malign hastalıkta negatif cerrahi sınır ve tam rezeksiyona rağmen nüks görülebilir. Nüks lokal nüks, periton tutulumu ya da karaciğer metastazı şeklinde ortaya çıkar. Tüm hastalarda 5 yıllık sürvi oranı % 35'tir, tam rezeksiyon sonrası ise 5 yıllık sürvi % 54'tür. Metastatik GİST olan hastalarda ortalama sürvi 20 ay, lokal nüksü olanlarda ortalama 9-12 aydır [13-15]. Metastazektominin faydası tartışmalıdır, ancak nüks eden hastalığın tamamının çıkarılmasının sağkalım üzerine olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır [13]. Cerrahi tedavi uygulanamayan ya da yaygın metastazı olan hastalarda konvansiyonel kemo-radyoterapi ise yarar sağlamaz [16].

Imatinib mesilat (STI 571) bir tirozin kinaz inhibitörüdür. CD-117 (c-kit) pozitif rezektabl olmayan ve/veya metastatik malign GİST'lerde imatinib kullanımı için "Food and Drug Administration" onay vermiştir. Tedaviye başlandıktan sonra hastalar pozitron emisyonu tomografisi (PET) ile takip edilebilir. [2,17].

GİS kanamasına yol açan kitlesel lezyonların ayırıcı yanısında GİST mutlaka akılda tutulmalıdır. GİST tedavisinde tam rezeksiyon hala tek kür seçeneğidir ve uygun büyüklük ve lokalizasyondaki tümörlerde laparoskopi güvenle kullanılabilir.

## Kaynaklar

1. Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal stromal tumors: a review. Eur J Cancer 2002; 38: 39-51.
2. Dizdar Ö, Güler N. Gastrointestinal stromal tümörler ve imatinib tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35: 87-91.
3. Sturgeon C, Chejfec G, Espat N. Gastrointestinal stromal tumors: a spectrum of diseases. Surg Oncol 2003; 12: 21-26.

4. Pithorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: Current diagnosis, biologic behavior, and management. *Ann Surg Oncol* 2000; 7: 705-712.
5. Meester B, Pauwels PA, Dijnentcog AM, et al. Metastasis in a benign duodenal stromal tumour. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 334-335.
6. Goh BK, Chow PK, Ong HS, Wong WK. 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.
7. Jeon SW, Park YD, Chung YJ, et al. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: Endosonographic differentiation in relation to histological risk. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22: 2069-2075.
8. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol* 2002; 33: 459-645.
9. Gunawan B, Bergmann F, Hoer J, et al. Biological and clinical significance of cytogenetic abnormalities in low-risk and high-risk gastrointestinal stromal tumors. *Hum Pathol* 2002; 33: 316-321.
10. 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.
11. Perek S, Perek A, Şarman K, et al. Duodenal stromal tümör. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2007; 38: 102-105.
12. 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.
13. Roberts PJ, Eisenberg B. Clinical presentation of gastrointestinal stromal tumors and treatment of operable disease. *Eur J Cancer* 2002; 38: 37-38.
14. De Matteo RP, Lewis JJ, Leung D. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000; 231: 51-58.
15. Dematteo RP, Heinrich MC, El-Rifai WM, Demetri G. Clinical management of gastrointestinal tumors before and after STI-571. *Hum Pathol* 2002; 33: 466-477.
16. Joensuu H, Fletcher C, Dimitrijevic S, Silberman S, Roberts P, Demetri G. Management of malignant gastrointestinal stromal tumours. *Lancet Oncol* 2002; 3: 655-664.
17. 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.