



Rastlantısal olarak saptanan gastrointestinal stromal tümör: Bir olgu sunumu

Incidentally detected gastrointestinal stromal tumor: A case report

Tolga Canbak, Aylin Acar, Ethem Ünal

Öz
Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), primer olarak gastrointestinal sistemde yerleşen mezenkimal tümörlerdir. Laparoskopik kolesistektomi esnasında rastlantısal olarak saptanan bir GİST olgusunun sunumu amaçlandı.

Altmış yaşında kadın hasta bir gün önce başlayan karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde, WBC: 6.490 K/uL, hemoglobin 12 gr/dL, hematokrit %35, diğer biyokimyasal tetkikleri normaldi. Karın ultrasonografisinde safra kesesi hidropik, intraluminal en büyüğü 15 mm birkaç kalkül ve perikolesistik sıvı mevcuttu. Akut kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi planlandı. Eksplorasyonda akut kolesistite ek olarak Treitz Ligamenti'nden 15 cm distalde yaklaşık 5 cm'lik bir kitle tespit edildi. Laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Konversiyon laparotomiye geçilerek segmenter ince barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Spesmenin histopatolojik incelemesinde CD117, CD34 ve S100 pozitifliği olan gastrointestinal stromal tümör saptandı.

GİST'lerin Kajal hücrelerinin öncüllerinden kaynaklanan mezenkimal tümörler olduğu düşünülmektedir. GİST'ler genellikle 60'lı yaşlarda tespit edilirler. Tedavide ilk seçenek cerrahi rezeksiyondur.

Anahtar kelimeler: gastrointestinal stromal tümör, jejunum, cerrahi

Abstract

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are mesenchymal tumors located primarily in the gastrointestinal tract. We aimed to present a case report of GIST incidentally detected during laparoscopic cholecystectomy.

A 60-year-old woman was admitted to the emergency room due to abdominal pain for one day. The physical examination revealed sensitivity on the right upper quadrant. In the laboratory examinations, white blood cell count 6,490 k/uL, hemoglobin 12 g/dL, hematocrit 35% and other biochemical tests were normal. Abdominal ultrasound revealed hydropic gallbladder, several gallstones with a maximum diameter of 15 mm and pericholecystic fluid collection was present. Laparoscopic cholecystectomy was planned due to acute cholecystitis. In exploration, beside the presence of acute cholecystitis, a mass of approximately 5 cm, located 15 cm distal to the ligament of Treitz was detected. Laparoscopic cholecystectomy was performed. Conversion to open laparotomy was done; small intestine resection with end-to-end anastomosis was performed. Gastrointestinal stromal tumor with CD117, CD34 and S100 positivity was detected on histopathologic examination.

It is thought that GISTs are mesenchymal tumors originating from precursors of Kajal cells. GISTs are usually detected in their 60s. The first option for treatment is surgical resection.

Keywords: Gastrointestinal stromal tumor, jejunum, surgery

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye.

University of Health Sciences, Umraniye Education and Research Hospital, General Surgery Clinic, Umraniye, Istanbul, Turkey.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Finansal Destek: Yazarlar bu olgu için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Financial Disclosure: The authors declared that this case has received no financial support.

Hasta Onamı: Yazar çalışmada sunulan hastadan yazılı onam alındığını ifade etmiştir.

Informed Consent: The author stated that the written consent was received from the patient who was presented in this study.

Geliş Tarihi / Received
26.03.2017

Kabul Tarihi / Accepted
26.05.2017

Yayın Tarihi / Published
01.12.2017

Sorumlu yazar / Corresponding author
Aylin Acar

Adre/Address: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ümraniye, İstanbul, Türkiye.

e-posta: aylinacar79@hotmail.com

Tel: +90 505 616 61 94

Copyright 2017 ACEM

Giriş

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), primer olarak gastrointestinal sistem ve abdomende yerleşen, özgün histolojik özellikleri olan, mezenkimal tümörlerdir [1,2]. Primer gastrointestinal sistem tümörlerinin %1'inden azını oluşturmaktadır [3]. Genellikle asemptomatik olup cerrahi müdahale veya tetkik sırasında saptanır. İki santimetre ve daha küçük GİST'ler genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olanlar yerleşim yerlerine göre karın ağrısı, dispeptik yakınmalar gibi özgün olmayan şikayetlere neden olurlar [4]. GİST'lerin patogeneğinde C-kit protoonkogenindeki mutasyon (CD 117) yer almaktadır. Tümör davranışını tahmin etmede kullanılan en önemli kriterler, tümör çapı ve mitotik orandır.

Laparoskopik kolesistektomi esnasında rastlantısal olarak saptanan bir GİST olgusunun sunumu amaçlandı.

Olgu Sunumu

Altmış yaşında kadın hasta bir gün önce başlayan karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyeti ve Murphy bulgusu mevcuttu. Defans ve rebound yoktu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkik incelemelerinde, lökosit 6.490 k/uL, hemoglobin 12 gr/dL, hemotokrit 35% ve biyokimyasal tetkikleri normaldi. Karın ultrasonografisinde safra kesesi boyutları 45x91 mm, hidropik, intraluminal en büyüğü 15 mm birkaç kalkül ve perikolesistik sıvı mevcuttu. Akut kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi planlandı. Eksplozasyonda akut kolesistit bulgularına ek olarak Treitz Ligamenti'nden 15 cm distalde yaklaşık 5 cm'lik bir kitle tespit edildi (Şekil 1,2). Laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Konversiyon laparotomiye geçildi, ince barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Spesmenin histopatolojik incelemesinde iğsi hücreli, orta derecede hücresellik gösteren 5,8 x 4,5 cm boyutlarında gastrointestinal stromal tümör saptandı. CD117, CD34 ve S100 pozitif. Mitoz sayısı 4/50 BBA (büyük büyütme alanı) ve Ki 67 %10-15 idi. Tümör muskularis propria ve submukozaya invazyeydi.



Şekil 1. Treitz Ligamenti'nden 15 cm distalde 5 cm'lik GIST ile uyumlu lezyon.

Hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Tümör risk sınıflamasında orta riskli olarak değerlendirilip, imatinib mesilat tedavisine alındı.



Şekil 2. Treitz Ligamenti'nden 15 cm distalde 5 cm'lik GIST ile uyumlu lezyon.

Tartışma

GİST'lerin Kajal hücrelerinin öncüllerinden kaynaklanan mezenterik tümörler olduğu düşünülmektedir [4]. GİST'ler genellikle 40-80 yaşları arasında gözlenirken, en sık 60'lı yaşlarda tespit edilirler [5]. Olgumuz 60 yaşında idi. İki santimetre ve daha küçük GİST'ler genellikle asemptomatiktir ve insidental tespit edilirler. Semptomatik olanlar yerleşim yerlerine göre karın ağrısı, gastrointestinal kanama, anemi, karında kitle, dispeptik yakınmalar, disfaji gibi özgün olmayan şikayetlere neden olurlar [6]. Olgumuz üst karın ağrısı ile acile başvurdu, akut kolesistit ön tanısıyla laparoskopik kolesistektomi yapıldı.

Tanıda önce hikaye ve fizik muayene değerlendirilmesi yapılmalı, bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme ile radyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Kesin tanı biyopsi ile konulur. Olgumuz ultrasonografi ile değerlendirildi.

GİST'lerin patogenezinde C-kit protoonkogenindeki mutasyon yer almaktadır. C-kit'in immun işaretleyeni (marker) CD117'dir [7]. CD34 GİST'lerin %70-80'inde, düz kas aktini %20-40'ında ve desmin çok nadir (%1-2) olarak saptanırken, S100 %5 pozitif olarak izlenir [1]. Olgumuzda CD117, CD 34 ve S100 pozitif, desmin ve düz kas aktini negatif. GİST'lerin klinik davranışını tahmin etmek zordur. Tümör davranışını tahmin etmede kullanılan en önemli ve uygulanması kolay morfolojik kriterler, tümör çapı (santimetre olarak maksimum tümör çapı) ve mitotik orandır (mitoz sayısı/50 BBA) [1,8]. Olgumuzun mitotik indeksi 4/50 BBA idi. Tüm GİST'lerde (özellikle 2 santimetrenin üstündekilerde) cerrahi rezeksiyon öncelikli olarak düşünülmelidir. Lenfadenektomiye genel olarak gerek yoktur. Laparoskopik rezeksiyon mide GİST'leri için yaygınlaşsa da diğer organ GİST'leri ile ilgili fazla çalışma yoktur [9,10]. Bu nedenle olgumuzda rezeksiyon açığa geçilerek yapıldı. Tümör total olarak çıkarıldığı ve mikroskopik olarak cerrahi sınırlarda tümör görülmediği halde özellikle yüksek riskli tümörlerde nüks görülebilmektedir. Bu nedenle gündeme gelen yüksek riskli hastalarda ameliyat sonrası adjuvan ilaç tedavisi ile ilgili devam eden dört prospektif geniş çalışma vardır. Yüksek riskli hastalarda küratif cerrahi sonrası adjuvan tedavinin faydalı veya faydasız olduğunu söylemek şu an için erkendir [11]. Karaciğerdeki çok sayıda metastaz nedeniyle veya peritondaki yaygın tutulumlar nedeniyle cerrahi uygulanmadığı durumlarda hepatic arter embolizasyonu veya kemoembolizasyon düşünülebilir. Yine radyo frekans ablasyon tekniği rezekte edilemeyen tümörlerde kullanılabilir [12]. 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. Imatinib GİST'lerde C-kit reseptörü tirozin kinazın özgün inhibitörüdür. Yeni çıkan diğer bir ilaç sunitinib (SU11248) in vitro olarak imatinib dirençli C-kit mutantlara karşı aktivitesi olan bir ilaçtır. Bugüne kadar bu iki ilaç dışında başka ilacın GİST'lerde etkinliği henüz gösterilememiştir.

GİST'ler genellikle asemptomatiktir. Nonspesifik şikayetleri olan hastalarda akılda tutulmalıdır. Cerrahi uygulanan tüm hastalarda eksplozasyonun eksiksiz olmasına özen gösterilmelidir.

Kaynakça

1. Connolly EM, Gaffney E, Reynolds JV. Gastrointestinal stromal tumors. British Journal of Surgery 2003;90:1178-86.
2. Keung EZ, Raut CP. Management of Gastrointestinal Stromal Tumors. Surg Clin North Am 2017;97:437-52.

3. Duffaud F, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors: biology and treatment. *Oncology* 2003;65:187-97.
4. Barreda Bolaños F1, Liu Bejarano H, Sánchez Lihon J, Landeo Aliaga I, Sánchez Rodríguez Z. Survival factors in 152 patients with gastrointestinal stromal tumors. *Rev Gastroenterol Peru* 2010;30:305-23.
5. Gold JS, Dematteo RP. Combined surgical and molecular therapy: the gastrointestinal stromal tumor model. *Ann Surg* 2006;244:176-84.
6. Bolukbasi H, Nazli O, Tansug T, Bozdog AD, Isgiidir AS, Yaman I, et al. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): analysis of 20 cases. *Hepatogastroenterology* 2006;53:385-8.
7. Kindblom LG, Remotti HE, Aldenborg F, Meis-Kindblom JM. Gastrointestinal pacemaker cell tumour (GIPACT): gastrointestinal stromal tumours show phenotypic characteristics of the interstitial cells of Cajal. *Am J Pathol* 1998;152:1259-69.
8. Duffaud F, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors: biology and treatment. *Oncology* 2003; 65:187-97.
9. Demetri GD, Benjamin RS, Blanke CD, Blay JY, Casali P, Choi H, 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(Suppl 2):1-29.
10. Ye L, Wu X, Wu T, Wu Q, Liu Z, Liu C, et al. Meta-analysis of laparoscopic vs. open resection of gastric gastrointestinal stromal tumors. *PLoS One*. 2017;12:e0177193.
11. Crosby JA, Catton CN, Davis A, Couture J, O'Sullivan B, Kandel R, et al. Malignant gastrointestinal stromal tumours of the small intestine: a review of 50 cases from a prospective database. *Ann Surg Oncol* 2001;8:50-9.
12. Catena F, Di Battista M, Fusaroli P, Ansaloni L, Di Scioscio V, Santini D, et al. Laparoscopic treatment of gastric GIST: report of 21 cases and literature's review. *J Gastrointest Surg* 2008;12:561-8.