

İnce barsak gastrointestinal stromal tümörü (GIST): Olgu sunumu

Small intestine gastrointestinal stromal tumor (GIST): Case report

Adem GÜLER¹, Taylan Özgür SEZER¹, Varlık EROL¹, Gülten GEZER¹, Özgür FIRAT¹, Oktay TEKEŞİN²

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ²Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

Gastrointestinal stromal tümörler, sindirim sisteminden (mide, ince barsak, mezenter, kolon, özofagus) kaynaklanan submukozal tümörlerdir. Gastrointestinal stromal tümörler en sık midede (%50-%70), ikinci sıklıkta ince barsakta (%20-%30) ve kalın barsakta ortaya çıkarlar (yaklaşık %10). Yaklaşık %50 oranında tanı konduğunda metastaz yapmış durumdadır ve en sık karaciğer ve peritona metastaz yapar. Cerrahi, gastrointestinal stromal tümörler tanısını histolojik olarak doğrulamak için esas yöntemdir. Rezektabl gastrointestinal stromal tümörlerde cerrahi tedavideki temel hedef makroskopik olarak temiz cerrahi sınırlı rezeksiyon uygulamaktır. Bu olgu sunumunda kanlı dışkılama şikayeti ile başvuran bir hastada saptanan ince barsak gastrointestinal stromal tümörünün tanı ve tedavisini irdelemeyi amaçladık.

Anahtar kelimeler: GIST, ince bağırsak, tedavi

GİRİŞ

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), sindirim sisteminden (mide, ince barsak, mezenter, kolon, özofagus) kaynaklanan submukozal tümörlerdir. GIST'ler en sık midede (%50-%70), ikinci sıklıkta ince barsakta (%20-%30) ve kalın barsakta ortaya çıkarlar (yaklaşık %10) (1,2). Daha nadir olarak omentum ve mezenter gibi başka bölgelerde lokalize olabilirler. Tipik olarak %90'dan fazlasında spesifik bir KIT veya PDGFRA gen mutasyonu mevcuttur (3). Bu olgu sunumunda kanlı dışkılama şikayeti ile başvuran bir hastada saptanan ince barsak gastrointestinal stromal tümörünün tanı ve tedavisini irdelemeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

30 yaşında erkek hasta; yaklaşık 3 yıldır devam eden, yemeklerden sonra artan karın ağrısı ve ara ara olan kanlı dışkılama şikayeti ile gastroenteroloji kliniğine başvurdu, mevcut bulgular eşliğinde ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize refer edildi.

Hastanın fizik muayenesinde karın orta kadranda yaklaşık 15 cm büyüklüğünde immobil kitle mevcut idi. Mevcut bulgular eşliğinde hastanın çekilen batın bilgisayarlı tomografisi (BT); 'batında orta hattın solunda aksiyel planda en geniş yerinde 12x9,5 cm boyutunda ölçülen santrali kistik natürde büyük boyutlu lezyon izlenmiş olup, öncelikle jejunal kökenli GIST'e ait olabileceği düşünülmüştür, uzak organ metastazı-

Gastrointestinal stromal tumors are submucosal tumors that originate from the digestive tract (stomach, small intestine, mesentery, colon, esophagus). Gastrointestinal stromal tumors appear most frequently in the stomach (50%-70%), followed by the small intestine (20%-30%) and large intestine (nearly 10%). These tumors are metastatic at the time of diagnosis. Metastases are most frequently found in the liver and peritoneum. Surgery is the main method to confirm the GIST diagnosis histologically. In resectable gastrointestinal stromal tumors, the main goal of the surgery is to provide a macroscopically clean surgical margin. In this case report, we aimed to present the diagnostic and therapeutic methods in a small intestine tumor patient with hematochezia.

Key words: Gastrointestinal stromal tumors, small intestine, treatment

na ait olabilecek bulgu saptanmamıştır' şeklinde rapor edildi. Bunun üzerine çekilen batın manyetik rezonans enterografisi; 'batın sol yarısında jejunum kökenli olduğu düşünülen gross kitle lezyonu gözlenmiştir, radyolojik bulgular GIST olasılığını ön planda düşündürmüştür, invazyon ya da metastaz bulgusu kesit alanına giren yapılar dahilinde izlenmemiştir' şeklinde rapor edildi.

Hastaya ince barsak gastrointestinal stromal tümörü ön tanısıyla parsiyel ince barsak rezeksiyonu ve yan yana barsak anastomozu uygulandı (Resim 1). Postoperatif dönemde barsak pasajı açık olan ve oral alımı tolere eden hasta, ek cerrahi komplikasyon gelişmemesi üzerine salih ile taburcu edildi.

Hastanın patoloji sonucu; 'gastrointestinal stromal tümör, en büyük çapı 11,5 cm olan tümörde 50 büyük büyütmeye alanında 3 mitoz izlenmiş olup, tümör ince barsak duvarında kas dokuları içerisinde yerleşmiş ekspansif büyüyerek submukozaya uzanmıştır, mukozal tutulum, ülserasyon izlenmemiştir, cerrahi sınırlar tümörsüzdür' şeklinde rapor edildi.

TARTIŞMA

GIST'ler, gastrointestinal sistemde (ya da nadiren diğer abdominal veya retroperitoneal bölgelerde) yer alan mezenkimal/stromal hücrelerden kaynaklanan tümörlerdir (1,3). Ortalama görülme yaşı 55-60'tur. Görülme oranı K=E (4,5). En

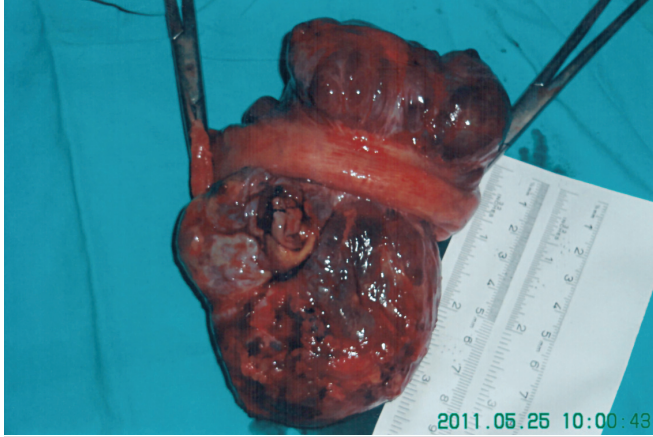
İletişim: Adem GÜLER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

İzmir, Türkiye

E-mail: guleradem@yahoo.com

Geliş Tarihi: 15.06.2012 **Kabul Tarihi:** 11.10.2012



Resim 1. Operasyon görüntüsü

sık görülen semptomlar karın ağrısı, gastrointestinal sistem kanaması, karında kitledir. Yaklaşık %50 oranında tanı konduğunda metastaz yapmış durumdadır ve en sık karaciğer ve peritona metastaz yapar.

Büyüklüğü değişken olabilir (1-2 cm-20 cm). Büyük tümörler kistik dejenerasyon, nekroz ve fokal hemoraji gösterebilirler. GIST'ler genelde iyi sınırlı ve kapsülsüzdürler (nadiren psödokapsül görülebilir). GIST'lerin çoğu histolojik olarak iç şekilli tümör hücrelerinden, bir kısmı ise epitelioid tümör hücrelerinden veya her ikisinin karışımı şeklinde görülürler. İç şekilli tümör hücrelerinden oluşan leiomyom veya leiomyosarkomdan ayırıcı tanısı histolojik olarak benzer olduğundan güç olabilir (6). Epitelioid tipin ise az diferansiye adenokarsinom, andiferansiye karsinom ve karsinoid tümörlerden ayırmasını yapmak önemlidir. Ayırıcı tanıda Kit protein pozitifliği önemli bir parametredir.

GIST'lerin %95'ten fazlası Kit (+) iken diğer batın içi tümörler nadiren Kit (+) olarak bulunur (malign melanoma, seminoma, meme kanseri, Ewing tümör/peripheral neuroectodermal tumor (PNET), küçük hücreli karsinom, adenoid kistik

karsinom, terato karsinom ve timik karsinom). GIST'ler PDGFRA gen mutasyonu ile birlikte olduğunda zayıf Kit pozitifliği saptanabilir. Immunohistokimyasal çalışmalarda GIST'lerin %70-80'inde CD34 (+)'liği saptanır. (2,6)

GIST şüphesi varlığında izlenecek adımlar;

-Düzgün yüzeyle, hemisferik, ülser olmayan ve 2 cm'den küçük kitle saptandığında 1-2 yılda bir endoskopik takip; takipte büyüme, ülserasyon, düzensiz sınır tespit edilmesi halinde BT, endoskopik USG (EUS), EUS-IIAB önerilir.

-2-5 cm çapındaki kitlelerde BT, endoskopik USG (EUS), EUS-IIAB önerilir.

-5 cm'den büyük, semptomatik submukozal tümör varlığında veya patolojik olarak GIST tanısı konulduğunda preoperatif invazyon varlığını ekarte etmek ve evreleme için tarama amaçlı görüntüleme yöntemleri mutlaka yapılmalıdır (1).

Cerrahi GIST tanısını histolojik olarak doğrulamak için esas yöntemdir. Rezektabl GIST'lerde cerrahi tedavideki temel hedef makroskopik olarak temiz cerrahi sınırlı rezeksiyon uygulamaktır. En azından psödokapsüle zarar vermeyecek ve minimal cerrahi sınırlar korunacak şekilde en-blok rezeksiyon yapılmalıdır. GIST'lerde genel olarak tavsiye edilen cerrahi yöntem; organ fonksiyonlarını korumak için parsiyel rezeksiyondur.

İzlemde; orta derecede riskli ve daha ileri evre GIST'lerde ilk 3 yıl her 4-6 ayda, 5 yıla kadar 6 ayda bir ve 5-10 yıl arası yılda bir BT kontrolü yapılmalıdır. Düşük riskli ve çok düşük riskli hastalarda ise ilk 5 yıl 6-12 ayda bir, 5-10 yıl arası ise yılda bir BT ile kontrol yapılmalıdır. Rekürren GIST'lerde öncelikli olarak önerilen tedavi oral yolla verilen imatinib olmalıdır. Metastatik rekürrens durumunda cerrahi tedavi gerekliliği varsa cerrahi sonrası yakın takip ve imatinib önerilir. (7) Lokal rekürrens nadir olmakla birlikte önceki cerrahideki rezidüye bağlı rekürrens mevcut ise cerrahi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Nishida T, Hirota S, Yanagisawa A, et al; GIST Guideline Subcommittee. Clinical practice guidelines for gastrointestinal stromal tumor (GIST) in Japan: English version. *Int J Clin Oncol* 2008;13:416-30.
2. Downs-Kelly E, Rubin BP. Gastrointestinal stromal tumors: Molecular mechanisms and targeted therapies. *Patholog Res Int* 2011;2011:708596.
3. Yang J, Du X, Lazar AJ, et al. Genetic aberrations of gastrointestinal stromal tumors. *Cancer* 2008;113:1532-43.
4. Jass JR. Tumors of the small and large intestines (including the anal region). In: Fletcher CDM, ed. *Diagnostic histopathology of tumors*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone Elsevier, 2007; 381-3.
5. Boşoteanu M, Boşoteanu C, Deacu M, Aşchie M. Differential diagnosis of a gastric stromal tumor: case report and literature review. *Rom J Morphol Embryol* 2011;52:1361-8.
6. Badalamenti G, Rodolico V, Fulfaro F, et al. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): focus on histopathological diagnosis and biomolecular features. *Ann Oncol* 2007;18:136-40.
7. Rabin I, Chikman B, Lavy R, et al. Gastrointestinal stromal tumors: A 19 year experience. *Isr Med Assoc J* 2009;11:98-102.