

PROKSİMAL JEJUNUMDA YERLEŞMİŞ BİR GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR OLGUSU

Nazmi Yaşar SAYIM¹, Nazif Emre EVREN², Murat OKTAY³, Fethi GÜL⁴

ÖZET

Gastrointestinal stromal tümörler, gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal tümörleridir. Gastrointestinal sistemin peristaltizmini düzenleyen interstisyel Cajal hücrelerinin öncüllerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. GİST'lerde primer tedavi tümörün komplet rezeksiyonudur. Cerrahide üç amaç vardır; negatif cerrahi sınırlar, tümörün rüptüre olmaması ve rezidü tümör bırakılmadan yapılacak tam rezeksiyon. 57 yaşında erkek hasta dört aydır devam eden dispeptik yakınmalar ile Genel Cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan muayenesinde herhangi bir özellik saptanmayan hastanın BT'sinde orta hattın solunda 72x48 mm boyutlarında, içinde nekrotik alanlar ve gaz gölgeleri içeren kitle izlendi. Hasta elektif olarak operasyona alındı. Temiz cerrahi sınırlar sağlanacak şekilde geniş bir ince barsak rezeksiyonu yapıldı. Gastrointestinal stromal tümörler nadiren görülmesine rağmen ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gastrointestinal stromal tümör, proksimal jejunum, komplet rezeksiyon

A Case with Gastrointestinal Stromal Tumour Located Proximal Jejunum

SUMMARY

Gastrointestinal stromal tumours (GISTs) are the most common mesenchymal tumours of the gastrointestinal tract. GISTs are thought to originate from the precursors of interstitial Cajal cells which regulate gastrointestinal peristalsis. Complete resection is the mainstay of therapy for GISTs. Negative surgical margins, no tumour rupture and complete resection without residual tumour are aimed for an optimal surgery. A 57 year old man presented to general surgery outpatient clinic with abdominal pain and vomiting which lasted for 4 months. Physical examination was unremarkable and abdominal computed tomography revealed a 72x48 mm mass located on the left of the midline involving necrotic areas and air shadows. An elective surgery was planned and intestinal resection was made providing negative surgical margins. This case report suggests that although GISTs are rarely encountered tumours, they should be kept in my mind in the differential diagnosis.

Key words: Gastrointestinal stromal tumour, proximal jejunum, complete resection

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal tümörleridir. GİST'lerin insidansı 100,000'de 2 olup, genellikle dördüncü dekattan sonra ortaya çıkarlar. Gastrointestinal sistemin peristaltizmini düzenleyen interstisyel Cajal hücrelerinin öncüllerinden kaynaklandığı düşünülmektedir ¹.GİST'lerde primer tedavi tümörün komplet rezeksiyonudur. Hemen hiç bir zaman lenfatik metastaz yapmadıklarından lenfadenektomiye genel olarak gerek yoktur ². Cerrahide üç amaç vardır; negatif cerrahi sınırlar, tümörün rüptüre olmaması ve rezidü tümör bırakılmadan yapılacak tam rezeksiyon ^{3,4}. Postoperatif dönemde komplet cerrahi rezeksiyon sonrasında nükslerin çoğu ilk 2 yılda ortaya çıkar ^{5,6}. Nüksler sıklıkla peritonda, karaciğerde veya her ikisinde birden ortaya çıkar. Periton boşluğundaki izole GİST rekürrensleri için cerrahi rezeksiyon uygulanabilir. Karaciğer metastazı olan kişilerde teknik olarak mümkün ise rezeksiyon yapılabilir. Bu tümörler vasküler yünden zengin oldukları için, hepatic arter embolizasyonu veya kemoembolizasyon düşünülebilir. Yine radyo frekans ablasyon (RFA)

rezeke edilemeyen tümörlerde kullanılabilir.

Bu çalışmada nonspesifik dispeptik yakınmaları olan, BT incelemesinde saptanan kitle sebebiyle opere ettiğimiz hastada proksimal jejunumda yerleşmiş bir GİST olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Elliye yaşında erkek hasta dört aydır devam eden dispeptik yakınmalar (şişkinlik, karın ağrısı, bulantı-kusma) ile Genel Cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan muayenesinde herhangi bir özellik saptanmayan hastanın BT'sinde orta hattın solunda 72x48 mm boyutlarında, içinde nekrotik alanlar ve gaz gölgeleri içeren kitle izlendi (Resim 1). Hasta elektif olarak 05.11.2010 tarihinde operasyona alındı.

Operasyonda Treitz ligamanının 30 cm distalinde yerleşmiş ve 40 cm distaldeki ince barsak ansına invaze olmuş 7-8 cm boyutta kitle görüldü (Resim 2). Temiz cerrahi sınırlar sağlanacak şekilde geniş bir ince barsak rezeksiyonu yapıldı. Pasaj uç uca anastomoz ile sağlandı. Hasta postoperatif 7. gün herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.

Histopatolojik incelemede tümörün en büyük

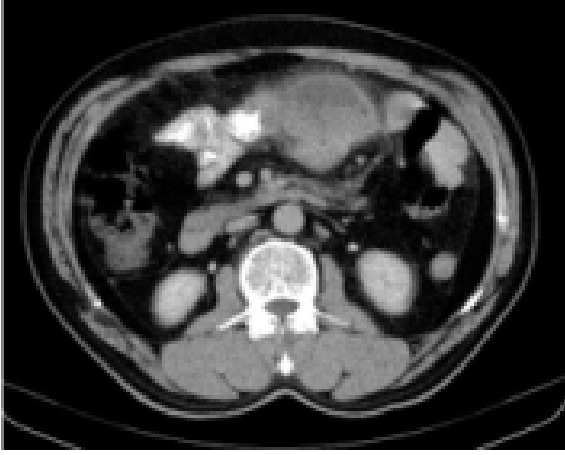
¹Kahta Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, ADIYAMAN, TÜRKİYE

²Kahta Devlet Hastanesi, Radyoloji, ADIYAMAN, TÜRKİYE

³Kahta Devlet Hastanesi, Patoloji, ADIYAMAN, TÜRKİYE

⁴Kahta Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji, ADIYAMAN, TÜRKİYE

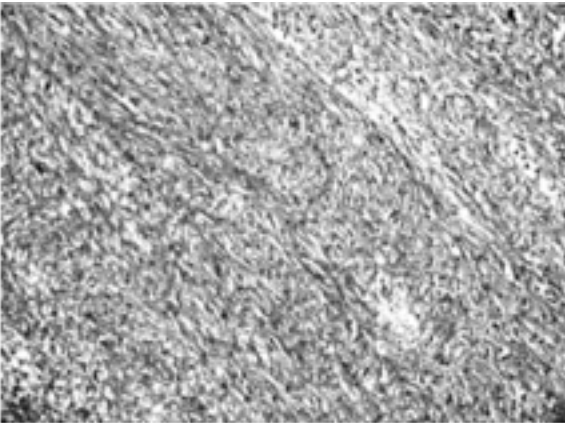
boyutunun 6,5 cm olduğu, muskuler tabaka ve serozayı tutmuş olduğu gözlemlendi. Tümör hücreleri iğsi şekilli olup, kaba kromatinli ve büyük oval nükleuslu idi (Resim 3, 4). Cerrahi sınırlarda tümör gözlenmedi. Her 50 büyük büyütme alanında 3-4 mitoz gözlemlendi.



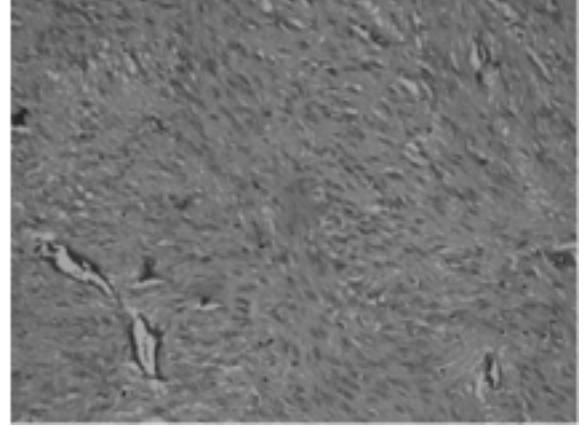
Resim 1. Preoperatif BT'de tümörün görünümü.



Resim 2. Proksimal jejunum serozasından köken alan egzofitik uzanımli kitlenin intraoperatif görünümü.



Resim 3. Çaprazlaşan demetler ve storiform yapılar oluşturan yer yer epitelioid görünümde tümör hücreleri (Retikülinx100).



Resim 4. Kaba kromatinli, büyük oval nükleuslu, geniş sitoplazmalı, iğsi şekilli tümör hücreleri (Hematoksilen eosinx400).

TARTIŞMA

Gastrointestinal stromal tümörler, gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal tümörleridir. KIT (CD117) pozitifliği ile tanımlar. Midede %60, ince barsakta %30, duodenumda %4-5, rektumda %4, kolon ve apendikte %1-2, özefagusta %1'in altında görülür. Nadiren gastrointestinal sistem ile bağlantısız olarak retroperitonda veya abdomende ortaya çıkabilirler^{7,8}. Tümör genellikle gastrointestinal duvardadır ve sıklıkla serozal yüzden abdominal kaviteye doğru büyür. Olgumuzda tümör jejunum kaynaklı ve Treitz ligamanına 30 cm uzaklıktaydı. Yüksek nüks ve metastaz oranlarına bakıldığında GİST'lerin hiç birine benign demek mümkün değildir. Bu yüzden GİST'ler tümör boyutu ve mitotik oranlarına göre metastatik davranış riski açısından değerlendirilir⁹. Ayrıca Miettinen ve Lasota'nın 1055 mide, 629 ince barsak, 144 duodenum ve 111 kolorektal GİST'i içeren analizlerinde, tümör yerleşim yerinin de prognostik rolü olduğu ve barsak GİST'lerinin aynı boyut ve mitoz sayısındaki mide GİST'lerinden daha kötü seyrettiği ortaya koyulmuştur¹⁰. Düşük prognostik faktörlü GİST'lerde 5 yıllık yaşam oranları %63, yüksek riskli olanlarda ise %34 olarak bulunmuştur¹¹. Metastatik hastalarda ortalama survi 20 ay, lokal nüksü olanlarda ortalama 9-12 aydır. Bizim olgumuzda tümör jejunum kaynaklı ve 5 cm'den büyüktü, her 50 büyük büyütme sahasında 3-4 mitoz varlığı nedeniyle orta-yüksek metastaz riski taşımakta idi.

GİST'lerde primer tedavi tümörün komplet rezeksiyonudur. Kemoterapi ve radyoterapi etkisizdir². Ancak Imatinib'in keşfi cerrahiye uygun olmayan GİST hastalarının prognozlarını dramatik olarak değiştirmiştir. Cerrahi olarak çıkartılamayacak durumda olan nüks, metastatik veya hastanın genel durumunun cerrahiye uygun olmadığı durumlarda imatinib mesilat ilk tercih edilecek tedavi yöntemidir. Günümüzde genellikle önerilen 400 mg/gün ile

tedaviye başlamak ve sonrasında tedaviye cevabı gözlemektir. Etkinlik için ilacın uzun süreli kullanımının devam etmesi gereklidir (en az 3 ay). Uzun süreli tedaviler sonrasında tedaviye cevap oranları %66 civarındadır. Tümörün sabit kaldığı veya ilerlemesinin çok yavaşladığı olgularda ilaç tedavisine uzun süreli devam edilmelidir¹⁰.

GİST'ler çevre dokuları iterek büyüdükleri için temiz bir cerrahi sınır ile çıkarılmaları nüksü önlemede özellikle önemlidir. Bölgesel lenf nodlarına çok nadir metastaz yaptıkları için lenf nodu diseksiyonu gerekli değildir^{2,12,13}. Bizim olgumuzda da rezeksiyon, primer tümörün invaze olduğu ince barsak ansını içine alacak genişlikte yapıldı ve cerrahi sınırlar temizdi. Rezeksiyon materyali içerisindeki lenf nodlarında metastaz saptanmadı.

Sayılan cerrahi prensiplere laparoskopik olarak ulaşmak mümkün olduğu için son zamanlarda GİST'ler için laparoskopik rezeksiyonlar yaygınlaşmaktadır. Laparoskopi ile açık cerrahidekine benzer uzun dönem sonuçlar bildirilmektedir. Laparoskopik rezeksiyon mide GİST'leri için yaygınlaşsa da diğer organ GİST'leri ile ilgili fazla çalışma yoktur^{10,14,15}.

Sonuç olarak, GIST'lerin toplumdaki sıklığı kesin olarak bilinmemekle birlikte her yıl, milyon nüfus başına ortalama 10-20 kişide hastalığın ortaya çıktığı düşünülmektedir. Sonuç olarak, gastrointestinal stromal tümörler nadiren görülmesine rağmen ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Hohenberger P. Gastrointestinal stromal tumors. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2007;96:29-33.
3. Crosby JA, Catton CN, Davis A, 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.
4. 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.
5. Wu Y, Zhu X, Ding Y. Diagnosis and treatment of gastrointestinal stromal tumors of the stomach: Report of 28 cases. *Ann Clin Lab Sci* 2007;37:15-21.
6. Vukovic M, Moljevic N, Krivokuca D. A gastrointestinal stromal tumor-case report. *Med Pregl* 2006;59:487-9.
7. Gold JS, Dematteo RP. Combined surgical and molecular therapy: the gastrointestinal stromal tumor model. *Ann Surg* 2006;244:176-84.
8. Engin G, Asoglu O, Kapran Y, Mert G. A gastrointestinal stromal tumor with mesenteric and retroperitoneal invasion. *World J Surg Oncol* 2007;5:121.
9. Güzelçay T. Gastrointestinal stromal tümörlerin klinik, histolojik, immunhistokimyasal özellikleri; Bu

özelliklerin birbirleri ile ve prognoz kriterleri ile ilişkileri. Uzmanlık tezi, SB, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği- 2006

10. 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(Suppl 2):1-29.
11. Besana-Ciani I, Boni L, Dionigi G, et al. Outcome and long term results of surgical resection for gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Scand J Surg* 2003;92:195-9.
12. Pithorechly I, Cheney RT, Lraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: Current diagnosis, biologic behavior and management. *Ann Surg Oncol* 2000;7:705-12.
13. Dematteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan S, Woodruff J, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors. Recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000;231:51-8.
14. Nowain A, Bhakta H, Pais S, et al. Gastrointestinal stromal tumors: Clinical profile, pathogenesis, treatment strategies and prognosis. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20:818-24.
15. Pierie JP, Choudry U, Muzikansky A, et al. The effect of surgery and grade on outcome of gastrointestinal stromal tumors. *Arch Surg* 2001;136:383-9.

YAZIŞMA ADRESİ

*Dr. Nazmi Yaşar SAYIM
Kahta Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
ADİYAMAN, TÜRKİYE*

E-Posta : nazmisayim@hotmail.com

Geliş Tarihi : 12.07.2011

Kabul Tarihi : 18.04.2012