

Gastrointestinal Stromal Tümörler

Akif AYDIN (*), Mehmet Altan KAYA (**), Süleyman BOZKURT (**), Faik ÇELİK (***)

SUMMARY

Gastrointestinal Stromal Tumours (GIST) - Respect to a Patient With Acute Abdomen

Small bowel stromal tumors are rare gastrointestinal tumors. Diagnosis of them with complications are more rare. In our study we planned to present the importance of differential diagnosis in emergency surgery and this rare tumor type with regard to a patient 90 years old, operated with an acute abdomen.

Key words: Acute abdomen, stromal tumors

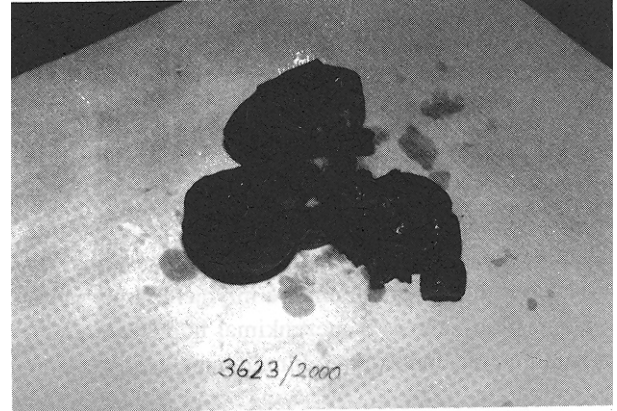
Anahtar kelimeler: Akut batın, stromal tümörler

Gerek benign gerekse malign olsun, ince barsak tümörleri oldukça nadirdir ve bu tümörlere genellikle otopsi sırasında veya batın içi operasyonlar veya radyolojik incelemeler sırasında insidental olarak rastlanır. Bu tümörlerin komplikasyonlarla ortaya çıkmaları ise daha da nadirdir (1-4). Akut batın nedeni ile acil servislere başvuran hastalarda ayırıcı tanıda az rastlanan patolojilerin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamak ve bu hastalık grubunu hatırlatmak amacı ile ince barsakta stromulasyon nedeni olan bir stromal tümör olgusu sunulmuştur.

OLGU

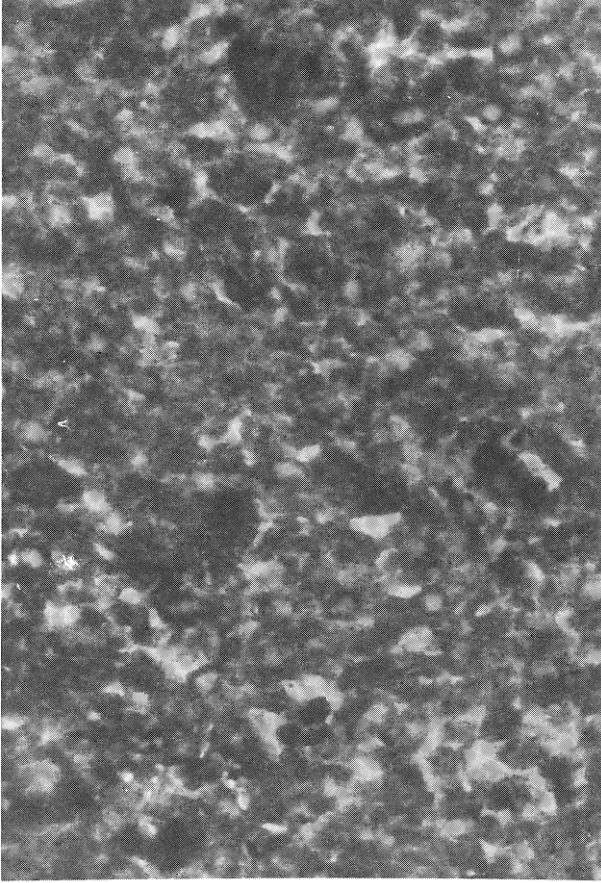
Üç gün önce başlayan karın ağrısı ve iki gündür devam eden bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servisimize başvuran 90 yaşında erkek hastanın anamnezinde kilo kaybı, rektal kanama ve iştahsızlık saptanmadı. Özgeçmişinde yandaş herhangi bir hastalık veya geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın soygeçmişinde de özellik saptanmadı. Sigara, alkol veya kronik ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde özellikle sağ alt kadranda daha belirgin olan yaygın hassasiyet, rebound tenderness ve lokal defans mevcuttu. Barsak sesleri hiperaktif-

ti, en son birgün önce defekasyon yapmış olan hastada gaz çıkışı mevcuttu. Rektal tuşede kitle saptanmadı, rektovezikal bölge muayenede hassas bulundu, tuşede gaita mevcuttu, melena veya aktif kanama saptanmadı. Hastanın anemisi yoktu, lökosit 16.000/mm³ saptandı. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde, sağ alt kadranda gaz gölgelerinde yoğunlaşma mevcuttu, hava-sıvı seviyesi saptanmadı. Yapılan tüm batın US'de pericekal alanda ince barsakların konglomerat oluşturdukları kitlesel lezyon, perforo apandisit ile uyumlu bulgular mevcuttu. Hasta bu bulgularla akut batın ön tanısı ile operasyona alındı. Eksplorasyonda ileoçekal valvden yaklaşık 150 cm uzaklıkta jejunumda, antimezenterik tarafta ince barsakların etrafında plastron oluşturdukları 5x6 cm'lik yuvarlak, yer yer kanamalı, kapsüllü, volvulus ve strangulasyon oluşturmuş kitle tesbit edildi, kitlenin santral kısmından nekroze ve perforo olduğu görüldü (Resim 1). Kitle, etraf dokulardan serbestleştirildikten sonra proksimal ve distalden 5'er cm'lik sağ-



Resim 1. Cerrahi rezeksiyon uygulanan tümörün görünümü.

lam jejunum segmenti ile birlikte rezeke edildi, uç uca anastomoz yapıldı. Batın içerisinde ek patoloji saptanmayan hastada drenaj uygulanarak batın kapatıldı. Postoperatif medikal tedavi sonrası hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi, hasta poliklinik takibindedir. Patoloji sonucu gastrointestinal stromal tümör idi. Onluk büyütmede 1-2 mitotik figür mevcuttu, nükleer atipi yoktu (Resim 2).



Resim 2. 10'luk büyütme ile histopatolojik inceleme-stromal tümör.

TARTIŞMA

Gastrointestinal stromal tümör (GİST)'ler içi boş organların kas tabakasından kaynaklanan mezenkimal tümörlerdir. Epitelial tümörlerden daha az rastlanırlar (5,6). Mevcut bilgiler dahilinde, bu tümörlerin kısmi, tam olmayan veya tam differensiyasyon gösteren, gastrointestinal sistemin nöral, ganglionik ve miyojenik hücre dizilerinden, pluripotansiyel mezenkimal hücrelerden kaynaklandığını düşünmek mantıklı görünmektedir (5,6).

Bu tümörlerin adlandırılmaları histolojilerindeki karışıklığı yansıtır şekilde değişkendir. Son bilgiler dahilinde GİST'ler (1) leiomyom ve schwannoma gibi iyi sınırlı, iyi differensiyasyon gösteren (2) kötü differensiyasyon gösteren, ancak malignite bulgusu olmayan borderline tümörler (3) gastrointestinal stromal sarkomlar (GISS) olarak adlandırılan malign karakter sergileyen tümörler (5) şeklinde üç gruba ayrılmıştır.

Gastrointestinal benign tümörlerde ortalama görülme yaşı 62 iken malign tümörlerde ortalama yaş 57'dir. 1 ila 84 yaş arasında olgular bildirilmiştir (2). Hastamız 90 yaşında olup yaşı ortalamasının oldukça üzerindedir. Benign tümörlerin çoğu asemptomatiktir. Ancak, büyük lezyonlar (>2cm) obstruksiyon, kanama, intussusepsiyon veya volvulus nedeni olabilirler (3,7-9). Olgumuzda da tümör 5x6 cm boyutlarında olup volvulus ve strangulasyon nedeni olmuştu.

Komplikasyonsuz ince barsak tümörlerinde tanı kolay değildir. Tanıda gaitada gizli kan taraması, ayakta direkt batın grafisi, çift kontrastlı pasaj grafileri, enteroklisis kullanılabilecek tetkiklerdendir. Kanamalı olgularda GGK pozitif sonuç verebilir. ADBG komplikasyonlu olgularda stopaj veya hava-sıvı seviyeleri ile bilgi sağlayabilir, ancak spesifik değildir. Pasaj grafilerinin tanıda etkinliği % 50-70 kadardır, enteroklisis ile % 90'lara varan oranda tanı sağlanabildiği öne sürülmektedir. US, BT ve MRG'nin tanıda etkinliği diğer gastrointestinal tümörler kadardır. Kanamalı tümürlü olgularda selektif mezenter angiografi veya işaretli eritrositlerle sintigrafi tanıda faydalı olabilir (2,3,7-11).

Gastrointestinal stromal tümörlerde kök-hücre araştırmaları devam etmektedir, elektron mikroskopik ve immünohistokimyasal araştırmalar sürmektedir, bu tümörlerin çoğu CD 34 ve C kit proteini pozitifdir (7,12). Histolojik olarak benign ve malign tümör ayrımı zordur, malign davranış düşündürülen en güçlü iki patolojik gösterge; tümör boyutu (genellikle 5 cm üzeri) ve mitoz sayısıdır (onluk büyütme alanında 5 üzeri mitoz) (14).

İyi huylu ince barsak tümörlerinde tedavi histolojik tip ve kliniğe bağlı olarak segmenter rezeksiyon veya daha sınırlı bir cerrahi tercih edilebilir, genellikle obstruksiyon ile başvurdıkları için tercih genellikle segmenter rezeksiyondur. Malign tümörlerde ise regional lenf bezleri ile segmenter rezeksiyon, duodenum 1. ve 2. kıta yerleşimli olanlarda ise pankreatikoduodenektomi tercih nedenidir, ileri evre olgularda ise cerrahi olguya göre planlanır (8-10,13,14). Kanamaya yol açmış inoperable duodenum tümörlerinde laser fotokoagülasyon faydalı olabilir (15). Malign tümörler için lokal rekürrens oranları yüksekken, benign tümörlerde az veya yoktur (14). Histolojik olarak malignite tanısının konmasındaki güçlükler ve rekürrens veya metastaz olasılığı nedeni ile çok büyük (5 cm üzeri) tümörü olan hastalar periodik BT incelemeleri ile hayat boyu takip edilmelidir (14).

Olgumuzda halen asemptomatik olarak poliklinik takibi altındadır.

Akut batın nedeni ile acil servislere başvuran hastalarda ayırıcı tanı, çeşitli cerrahi ve dahili hastalıklar içerir. Çalışmamızda barsakta strongulasyon nedeni olan bir stromal tümör olgusu sunarak tanı ve tedavinin çok yönlü ele alınması gerektiğini vurgulamayı amaçladık. Özellikle ileri yaş gruplarında ayırıcı tanı ileri tetkik gerektirmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Yogeshwar D, DeLellis RA:** The gastrointestinal tract. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL (eds). Pathologic Basis of Disease. 4th ed. WB. Saunders Co., Philadelphia, 827-910, 1989.
2. **Greager JA, Eckhauser ML, Pennington LR, Imbembo AI:** Neoplasms of the small intestine. In: Zuidema GD, Nyhus LM(eds). Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. 4th ed. WB Saunders Co., Philadelphia, 446-469, 1996.
3. **Altaca G, Sayek İ:** İncebarsak tümörleri. In: Sayek I (ed). Temel Cerrahi. 1. Baskı. Güneş Kitapevi, Ankara, 748-755, 1991.
4. **Marcilla JAG, Bueno FS, Aguilar J, Paricio PP:** Primary small bowel malignant tumors. European Journal of Surgical Oncology; 20:630-634, 1994.
5. **Lev D, Issakov J, Merhav H, Berger E, Merimsky O, Klausner JM, Gutman M:** Gastrointestinal stromal sarcomas. Br J Surg 86:545- 549, 1999.
6. **Carilli Ş, Emre A, Demirel M, Kaya A, Alper A, Mercan S:** Gastrointestinal stromal tümörler. Klinik ve Deneysel Cerrahi 7(1):8-11, 1999.
7. **Bozkurt S, Bozkurtoğlu H, Çelik F:** Gastrointestinal stromal tümörler. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 9(1):22- 25, 1999.
8. **Apaydın BB, Paksoy M, Hamzaoğlu I, Altınlı E, Ünal E, Çerçel A, Farahmand M, Kayabaşı B:** İnce barsak tümörlerinde cerrahi yaklaşım. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 8(3):114-120, 1998.
9. **Bachor R, Schulz K, Baczako K, Krautzberger W:** Leiomyosarkom des ileums als seltene Ursache einer akuten intraabdominellen blutung. Medizinische Klinik 89:252-254, 1994.
10. **Hansen CP:** Leiomyosarcomas of the gastrointestinal tract. Annales Chirurgiae et Gynaecologiae 83:13-16, 1994.
11. **Kelm C, Padberg W, Zimmermann T, Hürtgen M, Buhr J:** Maligne tumoren des dünnedarms. Zentralbl Chir 119:639-644, 1994.
12. **Robinson TL, Sircar K, Hewlett BR, Chorneyko K, Riddell RH, Huizinga JD:** Gastrointestinal stromal tumors may originate from a subset of CD34- positive interstitial cells of Cajal. Am J Pathol 156:1157-1163, 2000. (abst)
13. **Yao KA, Talamonti MS, Langella RL, Schindler NM, Rao S, Small W Jr, Joehl RJ:** Primary gastrointestinal sarcomas: Analysis of prognostic factors and results of surgical management. Surgery 128(4):604- 612, 2000.
14. **Ludwig DJ, Traverso LW:** Gut stromal tumors and their clinical behavior. Am J Surg 173:390-394, 1997.
15. **Lillimoe KD:** Small bowel tumors. In: Cameron JL(ed). Current Surgical Therapy. 6th ed. Mosby's, St Louis, 141-148, 1998.