

Laparoscopic resection of the gastric stromal tumor.

MİDE YERLEŞİMLİ BİR GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜRÖRÜN LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU.

Mutlu Ünver, Şafak Öztürk, Varlık Erol, Eyüp Kebapçı, Levent Uğurlu, Cengiz Aydın, Gökhan Akbulut

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Corresponding address: Dr. Mutlu Ünver, mutluunver@gmail.com

J Surg Arts (Cer San D), 2016(2):82-84.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors are mesenchymal tumors that generally occur in gastrointestinal tract. These patients usually present with abdominal pain and discomfort, gastrointestinal bleeding and abdominal mass. The first treatment choice is complete surgical resection if possible. The prognosis depends on tumor diameter, mitosis and C-kit mutation.

A 56 years-old female patient presented with abdominal pain and discomfort. Upper GI endoscopy showed a 4x3 cm polypoid mass on the major curvatura of the stomach. The histopathological examination of the biopsies taken during upper GI endoscopy was not meaningful and we decided to perform surgical resection. The margins of the mass was marked with methylene blue to find out the mass and the margins easily during surgery. We performed laparoscopic wedge resection of the mass with 4 trochars. The patient recovered from the surgery with no complications. The patient was discharged on postoperative day 2.

Gastrointestinal stromal tumors are generally seen in 5. and 6. decades. The incidence of GIST is 2:100000. The patients are usually asymptomatic in the early stages and 50 % of the patients have metastasis at the diagnosis. The first treatment choice for GIST is complete surgical resection. Laparoscopic resection can be safely performed if the localisation and the diameter of mass is appropriate.

Key words: GIST, wedge resection, laparoscopy.

ÖZET

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST) sıklıkla midede yerleşen mezenkimal tümörlerdir. Klinik bulguları sıklıkla karın ağrısı, gastrointestinal (GiS) kanama ve karında kitle şeklindedir. Tedavide ilk seçenek cerrahi rezeksiyondur. Hastalığın prognozu hakkında en önemli belirleyiciler tümör büyüklüğü, mitoz varlığı, c-kit gen mutasyonu pozitifliği.

Karın ağrısı şikayeti ile 56 yaşındaki kadın hasta polikliniğe başvurdu. Üst GiS endoskopisinde mide korpusta, büyük kurvaturda 4x3 cm çapında polipoid kitle saptanarak biyopsi alındı. Kitleden alınan yüzeysel endoskopik biyopsilerde anlamlı bir patoloji saptanmadı ve cerrahi rezeksiyon kararı alındı. Laparoskopik wedge rezeksiyon planlanan hastada, operasyon öncesi endoskopi ile kitlenin sınırları metilen mavisi ile işaretlendi. Laparoskopik wedge rezeksiyon uygulanan hasta P.O 2 günde taburcu edildi.

Sonuç olarak, GIST genellikle 5. ve 6. dekatta ortaya çıkar ve insidansı 100.000'de 2'dir. Hastalar erken dönemde genelde asemptomatiktir ve tanı anında hastaların %50'sinde metastaz mevcuttur. GIST tedavisinde tam rezeksiyon hala tek kür seçeneğidir ve uygun büyüklük ve lokalizasyondaki tümörlerde laparoskopi güvenle kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: GIST, wedge rezeksiyon, laparoskopi.

GİRİŞ

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST) genellikle 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). GIST insidansı 2/100000 civarındadır ve genellikle dördüncü dekattan sonra görülürler (3). Tümör çapı ve yerleşim yerine bağlı olarak, hastalar ağrı, kanama, tutma güçlüğü, iştahsızlık, intestinal obstrüksiyon veya perforasyon kliniği başvurabilirler. Metastatik olmayan hastalarda primer tedavi cerrahi rezeksiyondur (4). Bu olguda, kliniğimize karın ağrısı şikayeti ile başvurmuş 56 yaşındaki kadın hastada mide yerleşimli GIST olgusunun, tanı, preoperatif hazırlık ve laparoskopik cerrahi tedavisini sunmayı planladık.

Olgu

56 yaşında kadın hasta 3 aydır devam eden dispeptik şikayetler (karın ağrısı ve şişkinlik) ile kliniğimize başvurdu. Hastanın vital parametre stabil, hemogram, biyokimya ve tümör belirteçleri normal sınırlar içindeydi. Üst GİS kanaması ön tanısıyla yapılan özofagogastroduodenoskopisinde mide korpusunda, büyük kurvatura üzerinde, yüzeyi ülsera, yaklaşık 4x3 cm. boyutlarında polipoid kitle saptandı ve biyopsi alındı (Resim 1). Kitleden alınan yüzeyel endoskopik biyopsilerde, GIST için şüpheli olsada, anlamlı bir patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı batın tomografisinde (BT) mide antrum-korpus arasında yerleşimli, yaklaşık 4 cm çapında, çevre dokulara invazyonu olmayan kitle rapor edildi (Resim 2).

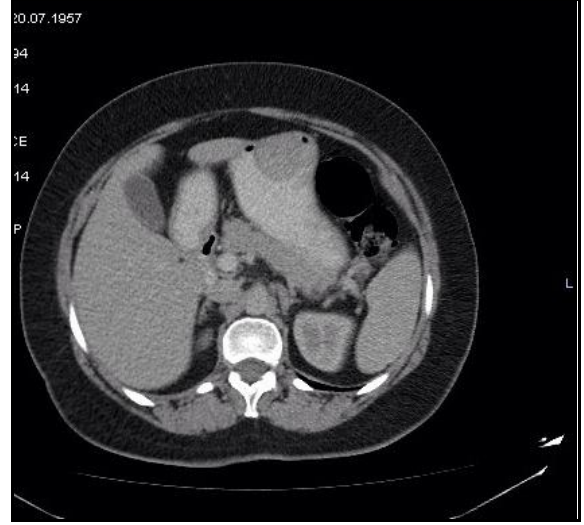


Resim 1: Polipoid kitlenin endoskopik görünümü.

Batın içi veya uzak solid organlarda metastaz bulgusu saptanmadı. Hasta operasyon amacıyla yatırıldı ve preoperatif hazırlıkları takiben operasyondan hemen önce kitle endoskopik olarak metilen mavisi ile işaretlendi. Ameliyatta 4 trokardan çalışıldı ve metilen mavisi ile çevresi işaretlenen kitle (Resim 3) wegde rezeksiyon şeklinde eksize edildi. Peroperatif uygulanan frozen section çalışmasında tümörün cerrahi sınırlarda devam etmediğinin saptanması üzerine operasyona son verildi. Postoperatif 1. gününde oral beslenmeyi tolere eden hasta postop 2. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Histopatolojik incelemede 5x4.5x3 cm ölçülerinde, muskularis propriaya invaze, mitoz indeksi (10/50 BBA), CD-117 pozitif (%80), Ki-67 skoru %5-10, CD-34 pozitif (%90), cerrahi sınırlarları temiz, tümöral kitle rapor edildi ve tanı gastrointestinal stro-

mal tümör olarak kesinleşti. Hastanın takibinde nüks veya ek patoloji gözlenmedi.



Resim 2: Abdominal BT'de mide korpusunda 4.5x3 cm çapındaki izodens solid lezyon.



Resim 3: Endoskopide sınırları metilen mavisiyle işaretlenmiş kitle.

TARTIŞMA

GIST genellikle 5. ve 6. dekatta görülür ve insidansı 100.000'de 2 civarındadır. GIST, sıklık sırasına göre mide, ince barsak, kolon, rektum ve özefagusta yerleşebilir. Semptomlar genellikle tümörün lokalizasyonu ve tümör çapına bağlıdır. Erken dönemde genelde asemptomatiklerdir. Semptomatik olduklarında en sık karın ağrısı, gastrointestinal sistem kanaması, karında kitle, obstrüksiyon ya da perforasyon ile tespit edilirler. Tanıda pasaj grafisi, endoskopi, endoskopik ultrasonografi, BT, manyetik rezonans görüntüleme (MR) kullanılabilir (2). Abdominal BT lezyonun lokalizasyonu, çapı ve invazyonu hakkında yüksek duyarlılığa sahiptir. Sunulan olguda olduğu gibi preoperatif kesin tanı koymak oldukça zordur. Kesin tanı genellikle peroperatif frozen section ile ya da postoperatif histopatolojik inceleme ile konulur (5,6).

GİST'lerde CD117 (kit proteini) neredeyse tüm vakalarda %98-100 oranında saptanır (7). CD117 veya c-kit bir tür internal tirozin kinaz domain içeren transmembran reseptör proteini olan c-kit gen ürünüdür. C-kit internal tirozin kinazı aktive eder, sonuçta intraselüler proteinlerin fosforilasyonu sağlar ve hücre sinyal yolları aktive olur. Bu aktivasyon, interstisyel Kajal hücreleri'nin de içinde bulunduğu birçok hücre tipinde proliferasyon, apoptosis, adezyon ve diferansiyasyon regülasyonunda önemlidir (5). GİST patogeneğinde ligandan bağımsız c-kit reseptör aktivasyonuna ve c-kit protein otofosforilasyonuna sebep olan, c-kit proto-onkogenindeki mutasyon yer almaktadır. GİST' de biyolojik davranışı tahmin etmek zordur. Tümör lokalizasyonu, tümör çapı, etraf dokuya invazyon, büyüme paterni, mukozal invazyon, baskın tümör hücre tipi, hücresellik, nükleer pleomorfizm, mitoz sayısı, histolojik grade, DNA analizi, cerrahi ameliyatın sınırları, nekroz ve immunfenotipleme prozozu belirlemede kullanılan parametrelerdir (1,8-10).

Tanı anında hastaların %50'sinde ilk tanıda metastaz mevcuttur. En sık metastaz bölgeleri %60 karaciğer, %20 periton ve daha nadir olarak lenf nodülü, kemik ve akciğerlerdir (2,6,11). Lenf nodu metastazı %10'dan daha az olduğu için geniş lenf nodu diseksiyonuna gerek yoktur (12). Midenin stromal tümörlerinde çoğunlukla wedge rezeksiyon yeterli ve cerrahi onkoloji prensiplerine uygun bir seçenektir (13). Anatomik olarak uygun vakalarda laparoskopik wedge rezeksiyon, GIST için iyi bir cerrahi seçenektir. Nüks eden hastalarda, nüks kitlenin çıkarılmasının sağkalım üzerine olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır (14). Konvansiyonel kemoradyoterapinin ise ileri evre tümörlerde yeri yoktur (15). 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.

Sonuç olarak, non-spesifik karın ağrısına yol açan yol açan kitlesel lezyonların ayırıcı tanısında GIST akılda tutulmalıdır. Uygun büyüklük ve lokalizasyondaki tümörlerde laparoskopik wedge rezeksiyon güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

- Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal stromal tumors: a review. *Eur J Cancer* 2002; 38:39-51.
- Erzin Y, Karataf A, Paksoy M, Velibeyoğlu F, Doğusoy G, Tuncer M. Mide yerleşimli bir gastrointestinal stromal tümörün laparoskopik rezeksiyonu. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2008; 39(1):33-36.
- Sayım NY, Evren NE, Oktay M, Gül F. Proksimal jejunumda yerleşmiş bir gastrointestinal stromal tümör olgusu. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;13(3):33-35
- Pidhorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: current diagnosis, biologic behavior, and management. *Ann Surg Oncol.* 2000;7(9):705-12.
- Sturgeon C, Chejfec G, Espat N. Gastrointestinal stromal tumors: a spectrum of diseases. *Surg Oncol* 2003;12:21-26.
- Meester B, Pauwels PA, Dijntcog AM, et al. Metastasis in a benign duodenal stromal tumour. *Eur J Surg Oncol.* 1998;24:334-335.
- Duffaud F, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors: biology and treatment. *Oncology* 2003;65:187-97.
- Emory TS, Sobin LH, Lukes L, Lee DH, O'Leary TJ. Prognosis of gastrointestinal smooth-muscle (stromal) tumors. *Am J Surg Pathol.* 1999;23:82-7.
- Tornoczky T, Kalman E, Hegedus G, Horvath OP, Sapi Z, Antal L, Jakso P, Pajor L. High mitotic index associated with poor prognosis in gastrointestinal autonomic nevre tumor. *Histopathology* 1999;35:121-8.
- Fletcher CDM, Clinicopathologic correlations in gastrointestinal stromal tumors. *Human Pathology* 2002;33:455.
- Dizdar Ö, Güler N. Gastrointestinal stromal tümörler ve imatinib tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35:87-91.
- 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.
- 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; 22:2069-75.
- Roberts PJ, Eisenberg B. Clinical presentation of gastrointestinal stromal tumors and treatment of operable disease. *Eur J Cancer* 2002;38:37-8.
- Joensuu H, Fletcher C, Dimitrijevic S, Silberman S, Roberts P, Demetri G. Management of malignant gastrointestinal stromal tumours. *Lancet Oncol.* 2002;3:655-64.