

## Kolonik obstrüksiyona neden olan dev mide stromal tümörü

Colonic obstruction related to a giant gastric stromal tumor

Alper SÖZÜTEK<sup>1</sup>, Serdar YORMAZ<sup>2</sup>, Ahmet SEZER<sup>3</sup>, Burhan ŞABAN<sup>2</sup>, Önder ÖZER<sup>2</sup>, Pembe OLTULU<sup>4</sup>

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, <sup>1</sup>Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, <sup>2</sup>Genel Cerrahi Kliniği, <sup>3</sup>Tıbbi Onkoloji Kliniği, <sup>4</sup>Patoloji Kliniği, Kahramanmaraş

*Gastrointestinalstromal tümörler, sindirim sisteminin en sık karşılaşılan mezenkimal tümörleri olmakla birlikte tüm gastrointestinal sistem tümörlerinin %1'den azını oluşturmaktadır. Genellikle 4. dekad sonrası görülmekle birlikte ortalama tanı yaşı 60'tır. En sık yerleştiği bölge mide olup genellikle karın ağrısı, kanama, karında ele gelen kitle gibi semptomlara neden olarak erken dönemde tanı alabilmektedir. Bununla birlikte, nadiren de olsa asemptomatik seyredip dev boyutlara ulaşabilmektedir. Bunun sonucunda, intestinal obstrüksiyon, perforasyon gibi morbiditesi yüksek gastrointestinal sistem komplikasyonlarına yol açabilmektedir. Kitlenin temiz cerrahi sınır ile birlikte en blok rezeksiyonu esas tedavi yöntemidir. Histopatolojik incelemeye göre adjuvan tedavi en kısa sürede planlanmalıdır. Bu çalışmada, dev mide stromal tümörüne bağlı ileus tablosu gelişen bir hastamızın cerrahi tedavi ve takip sonuçlarını literatür eşliğinde tartışarak sunmak amaçlanmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Dev, gastrointestinal stromal tümör, obstrüksiyon, cerrahi

*Gastrointestinal stromal tumor is the most common mesenchymal tumor of the alimentary tract, whereas it represents less than 1% of all gastrointestinal system tumors. The diagnosis is generally made after the 4th decade, at a mean age of 60 years. The stomach is the most common site of gastrointestinal stromal tumor, and the tumor usually causes symptoms such as abdominal pain, bleeding, and a palpable mass; hence, an early diagnosis can be made. However, it rarely remains asymptomatic and reaches giant sizes that lead to gastrointestinal system complications with high morbidity, including intestinal obstruction and perforation. The essential treatment method is en bloc resection of the mass with free surgical margin. Adjuvant therapy should be planned as soon as possible according to the histopathological examination. In this study, we aimed to present the clinical and postoperative outcomes of a patient with ileus related to a giant gastric stromal tumor.*

**Key words:** Giant, gastrointestinal stromal tumor, obstruction, surgery

### GİRİŞ

Gastrointestinal sistemstromal tümörlerinin (GİST) tanımı ilk defa 1983 yılında Mazur ve Clark (1) tarafından yapılmıştır. Intestinal myenterik plexusun içinde normalde varolan ve barsağın peristaltik aktivasyonunu düzenlemede görevli intersitisyel Kaja hücrelerinin (ICC) neoplastik transformasyonundan köken aldığı düşünülen mezenkimal tümörlerdir (2). Tüm gastrointestinal sistem (GİS) tümörlerinin %1'inden az kısmını oluşturmaktadır. Genellikle 4. dekad sonrası görülmekle birlikte ortalama tanı yaşı 60'tır. Tüm GİS boyunca saptanabilmekle birlikte en sık mideden (%50-60) kaynaklanmaktadır (3-4). Mideden köken alan GİST'ler sıklıkla karın ağrısı (%50-70), gastrointestinal kanama (%20-50) ve karında ele gelen kitle (%15) gibi semptomlara neden olmaktadır. Bununla birlikte, nadiren de olsa asemptomatik olarak kalabilmekte ve dev boyutlara ulaşabilmektedir. Bunun sonucunda, intestinal obstrüksiyon, perforasyon gibi morbiditesi yüksek ciddi gastrointestinal komplikasyonlara yol açabilmektedir (5-7). Çalışmamızda, kolonik obstrüktif semptomlara

yol açan dev mide stromal tümürlü bir hastamızın cerrahi tedavi ve takip sonuçlarını literatür eşliğinde tartışarak sunmayı amaçladık.

### OLGU SUNUMU

Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta karın ağrısı ve kusma şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın öyküsünde iki yıldır kabızlık nedeni ile çeşitli ilaç tedavileri aldığı fakat beş gündür gaita çıkışının olmadığı öğrenildi. Hasta orta derece dehidrate, taşikardikti (110/dk). Barsak sesleri dinlemekle azalmıştı. Karında distansiyon mevcut olup defans, rebound yoktu. Palpasyonla, epigastrik bölgeden sol alt kadrana doğru uzanan dev mobil solid bir kitle olduğu tespit edildi. Rektal muayenede rektum boş ve ele gelen kitle yoktu. Laboratuvar değerleri, lökositoz (13,4 x 10<sup>3</sup>/µl) ve üre (53 mg/dl), kreatinin (1,5 mg/dl) yüksekliği haricinde normal olarak değerlendirildi. Direk karın grafisinde yaygın ince

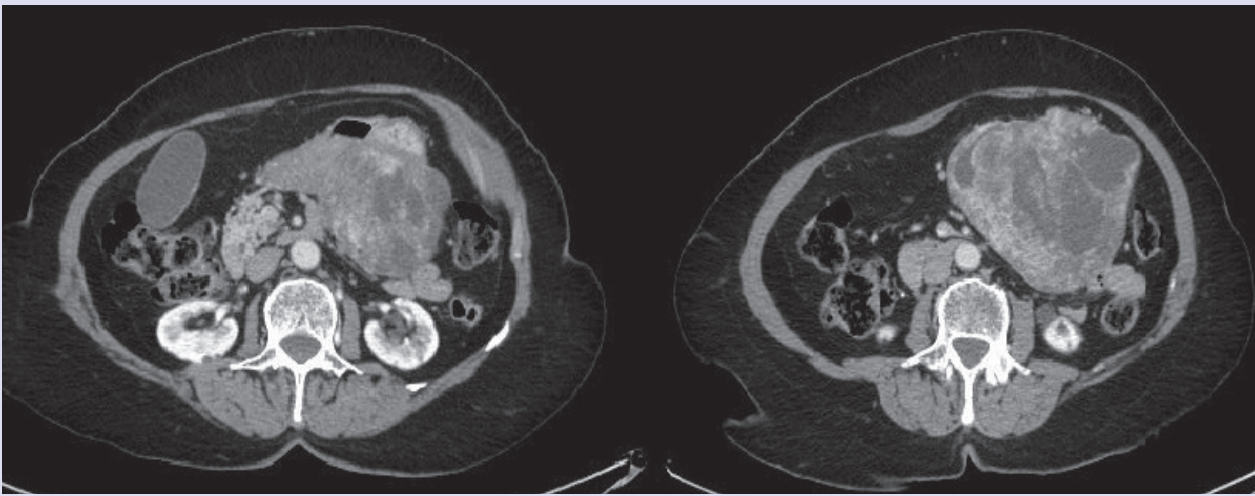
**İletişim:** Alper SÖZÜTEK

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Karacasu Mevkii, Kahramanmaraş, Türkiye • Tel: +90 344 228 28 00 - 2660  
Faks: +90 344 228 28 01 • E-posta: dralpers@hotmail.com

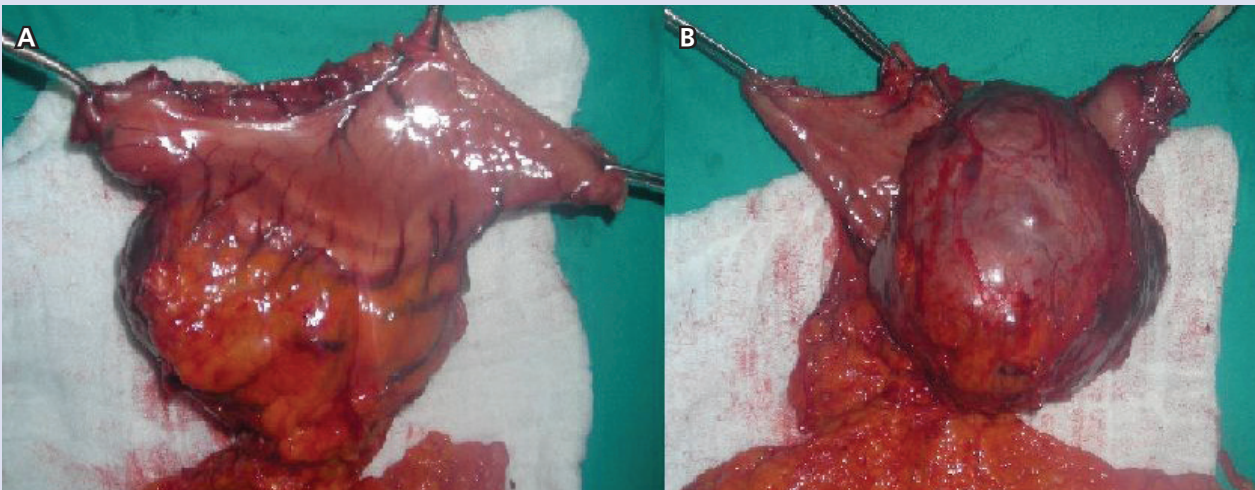
**Geliş Tarihi:** 15.10.2012 • **Kabul Tarihi:** 02.01.2013

barsak seviyeleri mevcuttu. Karın ultrasonografisinde (USG) ve kontrastlı bilgisayar tomografisinde (BT) mide korpusundan kaynaklanıp mesane superioruna doğru uzanan ~18x10 cm boyutunda semisolid kitlenin (GIST?) olduğu ve ince barsak anslarının dilate olduğu tespit edildi (Resim 1). Hastanın resüsitasyonunu takiben senkron bir tümörü ekarte etmek amacı ile gastroskopi ve kolonoskopi uygulandı. Gastroskopiye kitlenin antral bölgede submukozal yerleşimli olduğu görüldü. Kolonoskopiye ise transvers kolon 120. cm'de dıştan bası nedeni ile geçilemedi. Senkron tümör tespit edilmedi. Hastaya mevcut obstrüktif bulguları nedeni ile bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak acil operasyon uygulandı. Orta hat insizyonuyla yapılan eksplorasyonda, mide antrum-corporus posteriorundan kaynaklanan yaklaşık 18x10 cm boyutlu

kitlenin transvers kolonu orta kısmından dıştan bası ile tama yakın obstrükte ettiği, ek olarak A. ve V. colicamediana da bası oluşturduğu gözlemlendi. Metastaz saptanmadı. Near total gastrektomi ile kitle enblok çıkartıldı (Resim 2). Gastroenterostomi ve Braun anastomoz uygulandı. Postoperatif dönemde cerrahi bir komplikasyonla karşılaşmayan hasta ameliyat sonrası 8. günde şifa ile taburcu edildi. İmmünohistopatolojik incelemede piyes, gastrointestinal tümör olarak rapor edildi. Tümörün mitoz oranı 50 BBA'da 2-3, CD 34+, CD 117+, Ki 67 proliferasyon indeksi <%2 olarak saptandı (Resim 3). Medikal onkolojiye konsülte edilen hasta takip altına alındı, herhangi bir adjuvan tedavi başlanmadı. Ameliyat sonrası 10. ayında pozitron emisyon tomografi ve bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilen hastada nüks saptanmadı.



**Resim 1.** Mide korpusundan kaynaklanıp mesane superioruna kadar uzanan kitlenin bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



**Resim 2.** Near total mide rezeksiyon materyali. A) anterior B) posterior görünüm.

## TARTIŞMA

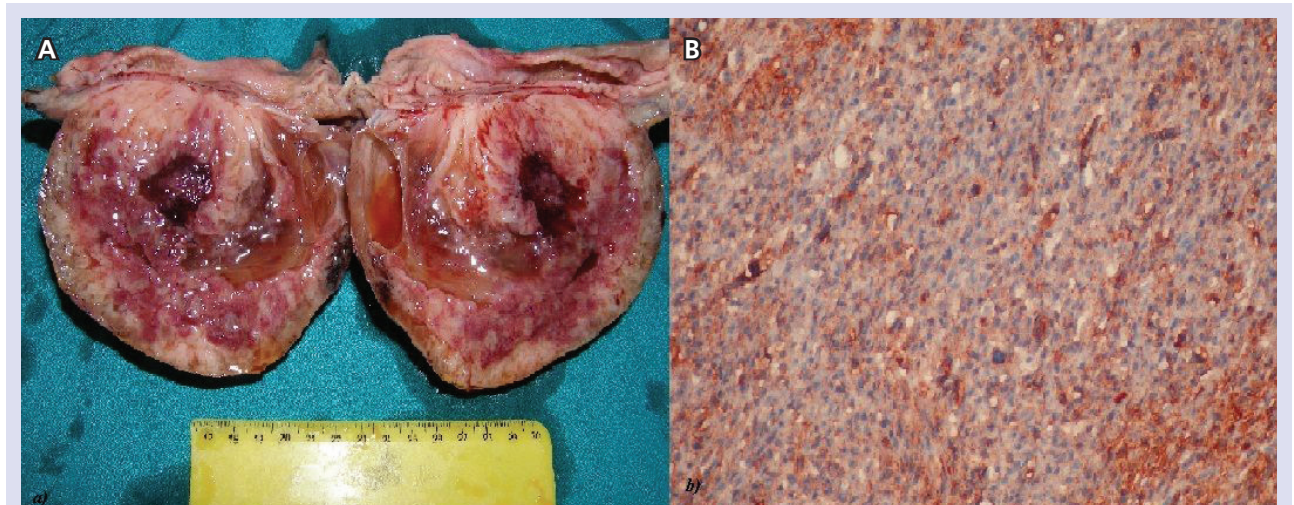
Gastrointestinal stromal tümörler, sindirim sisteminin en sık karşılaşılan mezenkimal tümörleridir (8). Tüm GIS boyunca saptanabilmekle birlikte en sık olarak mideye (%50-60) yerleşim göstermektedir. Tüm mide tümörlerinin %5'den az bir kısmını oluşturmaktadır. Midenin korpusu en sık yerleşim gösterdiği yerdir (4,8-10). İnce barsak (%25-30), rektum (%5), özofagus (%2) diğer yerleşim bölgeleridir. Cinsiyet hastalık için herhangi bir risk faktörü oluşturmazken nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte yaş önemli bir risk faktörüdür. Genellikle, 5. ve 6. dekatlar hastaların en sık tanı aldığı yaş grubunu oluşturmaktadır.

Hastalığın semptomları oldukça değişkendir. Klinik davranışı, tümörün boyutu ve yerleşim yeri belirlemektedir. Genellikle müphem karın ağrısı, kanama, kilo kaybı, kusma, kabızlık gibi spesifik olmayan gastrointestinal semptomlara neden olabilmekle birlikte intestinal obstrüksiyon, perforasyon, tıkanma sarılığı gibi morbiditesi yüksek ciddi komplikasyonlara da yol açabilmektedir (5-7,11). Özellikle mide yerleşimli tümörler endofitik olarak büyümeye eğilimlidir. Böylelikle, mukoza erozyonuna neden olarak GIS'de kanamaya neden olması daha çok karşılaşılan bir klinik tablodur. Tümörün ekzofitik olarak büyümesi ise daha nadir karşılaşılan bir durumdur (6,7). Tümör perforasyonu daha sık karşılaşılan bir klinik tablo olup nadiren de olsa olgumuzda olduğu gibi kitle obstrüktif semptomlara yol açabilmektedir. Her ne kadar, klinik bulgular değişkenlik gösterip tanıda klinisyenlere yardımcı olmasa da özellikle subklinik gastrointestinal şikâyetlere sahip ileri yaşlı hastalarda ayırıcı tanıda GIST mutlaka akılda tutul-

malıdır. Hastamızın iki yıl gibi uzun bir süre boyunca konstipasyon nedeni ile tedavi görmesi ve böylesine büyük bir kitlenin muayene ile fark edilememesi ister istemez bize, klinik muayenin yeterli ve özenli yapılmadığını düşündürmektedir.

Hem acil hem elektif şartlarda kontrastlı bilgisayar tomografisi (BT) ve/veya manyetik rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemleri özellikle tümör çapı 2 cm'den büyük hastalarda tanıda oldukça yardımcıdır. Bu tetkiklerle birlikte tümörün lokalizasyonu, boyutu ve metastaz hakkında yeterli bilgi elde edilebilmektedir. Ek olarak, üst GIS endoskopik incelemede midede submukozal kaynaklı bir lezyonun varlığı GIST açısından şüphe uyandırmalıdır. Fakat mukozal bütünlüğün bozulmadığı olgularda yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, her merkezde olmaması ve acil şartlarda kullanımı tartışmalı olmakla birlikte endoskopik ultrasonografi tanıyı desteklemek amaçlı uygulanabilir. Her ne kadar olgumuzda obstrüksiyonun nedeninin kitle basısına bağlı olduğu düşünülse de senkron bir kolonik tümörün varlığı da akılda tutulmalıdır. Bu amaçla obstrüktif hastalarda kolonoskopik tetkik planlanabilir. Belirtilen modern görüntüleme yöntemlerine rağmen tümörün kesin tanısı ameliyat sonrası histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir (3).

Tedavide bilinen kemoterapi ve radyoterapi protokollerinin yeri yoktur (13). Kitlenin en blok olarak çıkarılması esas tedavi yöntemini oluşturmaktadır (4-12). Tümörün ekspansif olarak büyümesi ve invazyon göstermemesi diğer tümörlere göre cerrahi rezeksiyonu kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte, olgumuzda olduğu gibi özellikle dev boyutlu tümörlerde disseksiyon esnasında çevre organ ve/veya ana damar yaralama riskine karşın dikkatli



**Resim 3.** Kitlenin histopatolojik görüntüsü. A) makroskopik görünüm B) CD-34, x 20; fuziform tümör hücrelerinin CD-34 + reaksiyon gösteren mikroskopik görünümü.

olunmalıdır. Özellikle mide yerleşimli tümörlerde wedge rezeksiyon önerilen cerrahi yöntem olsa da dev boyutlu tümörlerde olgumuzda uyguladığımız gibi subtotal veya total gastrektomi kaçınılmaz olmaktadır. Nüksü önleme açısından tümörün cerrahi sınıra en az 2 cm uzaklıkta olacak şekilde çıkarılması kabul edilen uygun rezeksiyon şeklidir. Bununla birlikte, De Matteo ve ark.'ın (14) yaptıkları bir çalışmada, tümör rezeksiyon sınırının sadece nüks önlemede etkili olduğunu, yaşam süresine herhangi bir etkide bulunmadığını savunmuşlardır. Unrezektabl, nüks ya da metastatik olgularda bir tirozin kinaz inhibitörü olan imatinib mesylate kullanımı önerilmektedir. Yapılan birçok çalışmada %55 oranında remisyon, %70-80 oranında progresyonda durma saptanmıştır (8).

GIST'ler genelde malign olarak kabul edilse de bu tümörlerin malignite potansiyelini belirlemek zordur. Düşük metastaz yapma riski, medikal tedaviyle regresyon göstermesi ve invazif bir tümör olmaması nedeni ile adenokarsinomlara göre daha iyi prognoz göstermektedir. Malignite potansiyeli genellikle kitlenin boyutundan bağımsızdır. Her ne kadar dev boyutlu tümörler (10 cm  $\leq$ ) daha fazla malignite potansiyeline sahip olsa da  $\leq$  2cm boyutlu tümörler de metastazlarla karşımıza çıkabilmektedir (8,12). Bu nedenle prognozda birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Tümörün anatomik yerleşimi, histopatolojik incelemede tümörde nekroz, hemoraji, kis-

tik dejenerasyon, nükleer atipi, mukoza invazyonu varlığı ve mitotik indeksin 50 BBA'da 5'den fazla olması malignite lehine değerlendirilen bulgulardır (15). Adjuvan tedavi planlamada göz önünde bulundurulan en önemli kriter tümörün malignite potansiyelidir. İmatinib mesylate, adjuvan tedavide de ilk tercihtir (8,13). Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu R0 rezeksiyon sonrası imatinib kullanımını karşılamamakta sadece nüks ya da metastatik GIST olgularında kullanılabilir. Etkinlikleri tam olarak kanıtlanmamış olsa da sunitinib, nilotinib ve mastinib mesilat; imatinib tedavisine dirençli olgularda tercih edilebilecek diğer tirozin kinaz inhibitörleridir. Tümörün mitotik indeksinin düşük ve R0 rezeksiyon gerçekleştirilmiş olmasından dolayı hastamıza adjuvan tedavi planlanmamıştır. Sonuç olarak, GIST'lerin klinik davranışı değişkenlik göstermektedir. Özellikle asemptomatik seyreden olgularda dev boyutlara ulaşip morbiditesi yüksek ciddi gastrointestinal komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle, subklinik gastrointestinal semptomlara sahip olan yaşlı hastalarda nadir de olsa ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve gerekli tetkikler en kısa sürede yapılmalıdır. Kitlenin temiz cerrahi sınır ile birlikte enblok rezeksiyonu esas tedavi yöntemi olup histopatolojik incelemeye göre uygun adjuvan tedavi en kısa sürede planlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors: Reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol* 1983;7:507-19.
- Kindblom LG, Remotti HE, Aldenborg F, Meis-Kindblom JM. Gastrointestinal pacemaker cell tumor (GIPACT): gastrointestinal stromal tumors show phenotypic characteristics of the interstitial cells of Cajal. *Am J Pathol* 1998;152:1259-69.
- Fletcher CDM, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol* 2002; 33: 459-65.
- Naguib SF, Zaghoul AS, El Marakby H. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) of the stomach: retrospective experience with surgical resection at the National Cancer Institute. *J Egypt Natl Canc Inst* 2008;20:80-9.
- Bulus H, Morkavuk B, Koyuncu A, et al. Stomach located giant GIST which obstructed the intestinal segment. Doi: 10.4328/JCAM.755
- Sezer A, Yagci MA, Hatipoglu AR, ve ark. A rare cause of intestinal obstruction due to an exophytic gastrointestinal stromal tumor of the small bowel. *Signa Vitae* 2009;4:32-4.
- Kimura H, Yoshida T, Kinoshita S, Takahashi I. Pedunculated giant gastrointestinal stromal tumor of the stomach showing extragastric growth: report of a case. *Surg Today* 2004;34:159-62.
- Büyükaşık O, Hasdemir OA, Dirican A, Çöl C. Gastrointestinal stromal tümörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;16:227-32.
- Sturgeon C, Cheifec G, Espat NJ. Gastrointestinal stromal tumors: a spectrum of disease. *Surg Oncol* 2003;12:21-6.
- Nilsson B, Bümming P, Meis-Kindblom JM, et al. Gastrointestinal stromal tumors: the incidence, prevalence, clinical course and prognostication in the pre-imatinib mesylate era - a population based study in western Sweden. *Cancer* 2005;103:821-9.
- Miettinen M, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: A clinicopathologic, immunohistochemical and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. *Am J Surg Pathol* 2005;29:52-68.
- Gupta S, Punia R, Kaushik R. Gastrointestinal stromal tumor of the colon presenting with intestinal obstruction. *Indian J Cancer* 2004;41:175-7.
- Bucher P, Egger JF, Gervaz P, et al. An audit of surgical management of gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Eur J Surg Oncol* 2006;32:310-4.
- DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, et al. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000;231:51-8.
- Duffaud F, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors: biology and treatment. *Oncology* 2003;65:187-97.