

Karaciğerde kitle imajı veren gastrointestinal stromal tümörün laparoskopik rezeksiyonu*

Ramazan Kozan¹, Ziya Anadolu²

¹Özel Klinik, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) en sık midede yerleşim gösteren mezenkimal tümörler olup lokalizasyon ve çapa bağlı olarak değişik semptomlara yol açabilirler. Temel tedavi cerrahi rezeksiyondur. Gelişen minimal invaziv cerrahi yaklaşımların sonucu olarak uygun vakalarda laparoskopik yöntemler başarıyla uygulanabilmektedir. Bu yazıda tümör lokalizasyonu ve büyüme paterni nedeni ile radyolojik tetkiklerde karaciğerde kitle imajı veren mide orjinli GİST olgusunun laparoskopik tanı ve tedavisi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal stromal tümör, laparoskopi, mide

Abstract

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) occur most frequently in the stomach. The symptomatology depends on the tumor size and location. Curative treatment is surgery. As a result of development on the minimal invasive surgery, laparoscopic surgical methods can be successfully applied in appropriate cases. In this article, we report a gastric GIST case, which seemed like a liver mass during radiological examinations, finally diagnosed and treated by laparoscopy.

Key words: Gastrointestinal stromal tumor, laparoscopy, stomach

Genel Tıp Derg 2017;27(4):154-156

Alınan: 23.05.2016 / 26.07.2017 / 13.11.2017

Yazışma adresi: Ramazan Kozan, Eren Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

E-posta: dr.kozan@hotmail.com

Giriş

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) en sık midede yerleşim gösteren mezenkimal tümörlerdir (1). Semptomlar tümörün boyutu ve lokalizasyonuna bağlı olarak değişiklik göstermekle beraber hastalar sıklıkla hastalığa özgü olmayan bulgular ile başvurumaktadırlar (2). Metastazı olmayan olgularda küratif tedavi cerrahidir (3). Minimal invaziv cerrahideki gelişmelere paralel olarak GİST'lerin tedavisinde laparoskopik yaklaşımlar gün geçtikçe daha yaygın kullanılır hale gelmiştir. GİST tedavisinde laparoskopik rezeksiyon uygulanabilirlik, güvenlik ve onkolojik açıdan kabul edilebilir sonuçlara sahiptir (4). Bu yazıda, kliniğimizden spesifik klinik semptomlar ile başvuran, büyüme paterni ve lokalizasyonu nedeni ile radyolojik görüntüleme yöntemlerinde karaciğerde kitle imajına yol açan, mide kökenli GİST olgusunun laparoskopik tanı ve tedavisini sunmayı amaçladık.

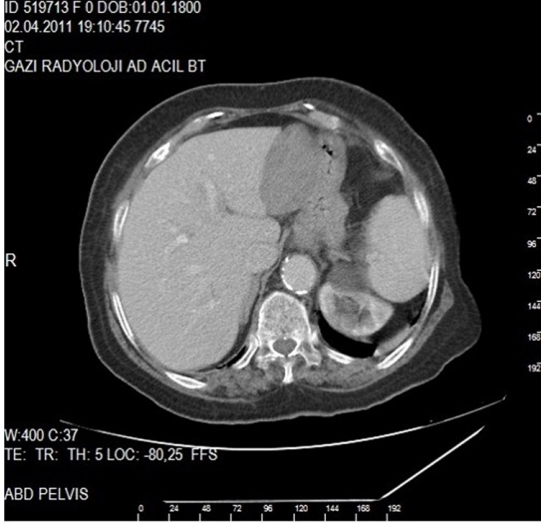
Olgu

85 yaşındaki kadın hasta aralıklı epigastrik ağrı, hazımsızlık ve bulantı yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde se-rebrovasküler olay ve hipertansiyon dışında özellik yoktu.

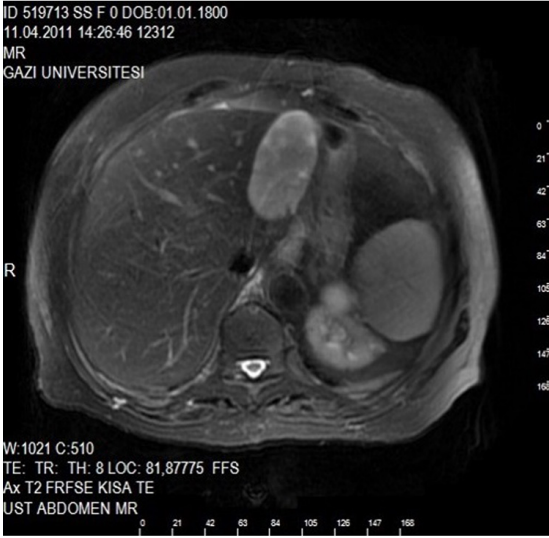
Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın laboratuvar parametreleri normal aralıklarda ölçüldü. Yapılan abdominal ultrasonografi (USG) incelemesinde karaciğer segment 2'de 4x3.5 cm boyutlarında heterojen, izo-hipoekoik kitle görüldü. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde dekaraciğer segment 2 komşuluğunda, sınırları karaciğer ve mideden net olarak ayırt edilemeyen, yaklaşık 7x4x4 cm boyutunda kitle saptandı (**Resim 1**). Hastanın üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisinde herhangi bir intraluminal patoloji yoktu. Yapılan manyetik rezonans (MR) incelemesinde ise karaciğer sol lob komşuluğunda 72x53x46 cm boyutlarında kitlesel lezyon saptandı. Kitlenin karaciğere dışarıdan bası yapan, öncelikli olarak mide kaynaklı olduğu düşünülen, egzoftik-sarkomatöz lezyon ile uyumlu olabileceği görüldü (**Resim 2**). Yapılan diagnostik laparoskopi esnasında karaciğer sol lob komşuluğunda, mide küçük kurvatur anteromedial duvardan köken alan egzoftik kitle izlendi (**Resim 3**). Sağlam cerrahi sınırlar gözetilerek laparoskopik "wedge" rezeksiyon yapıldı ve kitle "endobag" içerisinde dışarı alındı. Loja konulan dren postoperatif beşinci gün çekilerek hasta sorunsuz biçimde taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucunda 7.5 cm çapında, ekspanziv büyüme paternine sahip,

mitotik aktivitesi olmayan GİST tespit edildi. Cerrahi sınırlarda tümör yoktu.

Resim 1. Abdominal BT'de kitlenin görünümü.



Resim 2. Abdominal Dinamik MR'da kitlenin görünümü.



Resim 3. Kitlenin intraoperatif görünümü.



Tartışma

GİST'ler ayırt edici histopatolojik özellikleri olan mezenkimal tümörlerdir. Gastrointestinal sistemdeki lokalizasyonlarına bakıldığında en sık olarak %50 oranıyla midede yerleşim gösterirler. %25'i ince barsaklarda, %10'u kolon ve rektumda, %7'siomentum veya mezenterde, %5'iözafagusta ve %3'ü degastrointestinal sistem ile ilişkisiz olarak retroperiton veya abdomende yer almaktadır (1,5,6). Birçok çalışma interstisyelCajal hücrelerinden köken aldıklarını ortaya koymuş olsa da pluripotentmezenkimal hücrelerin de GİST oluşumunda rolaldığı gösterilmiştir (2,7).

Hastalar tümör ile ilişkisiz semptomlar ile başvurabilecekleri gibi tümör boyutu ve yerleşim yerine bağlı olarak karın içi kitle, kanama, obstrüksiyon, yutma güçlüğü, perforasyon gibi tablolar ile de gelebilirler.Özellikle küçük tümörler sıklıkla başka nedenlere yönelik olarak yapılan endoskopik veya radyolojik incelemeler esnasında insidental olarak saptanmaktadır (8).

GİST tedavisinde temel unsur cerrahidir. Lenf nodu metastazı oldukça nadir görüldüğündenmetastatik olmayan olgularda tümörün sağlam cerrahi sınırlar ile çıkarılması yeterlidir (9). Ancak cerrahi tekniktemutlak dikkat edilmesi gereken unsurlar söz konusudur; rezeksizyonrezidü tümör bırakılmaksızın sağlam cerrahi sınır elde edilecek biçimde ve tümör rüptüre edilmeden yapılmalıdır (10). Tümör ekimi ve buna bağlı olarak nüklere yol açabileceği için preoperatif iğne biyopsisi yapılması önerilmez.

Tüm cerrahi alanında olduğu gibi GİST tedavisinde de minimal invaziv yaklaşımlar uygun vakalarda kullanılmaktadır. Bu tümörlerin lokalinvazyon yapmadan ekspansif büyüme paterni göstermeleri onkolojik gereksinimleri karşılayan laparoskopiktedavilere olanak vermektedir. Laparoskopik ve endoskopi destekli laparoskopik rezeksiyonlar güvenli biçimde ve kabul edilebilir onkolojik sonuçlar ile uygulanabilmektedir (4,11). Sunduğumuz vaka karaciğer sol lob ile olan yakın komşuluğun getirdiği kitlenin orjinine yönelik soru işaretinin kaldırılması açısından diagnostiklaparoskopinin seçilmesi,tanı ve tedaviye aynı anda olanak vermesi yönüyle önemlidir.

Sonuç olarak GİST'lerin tedavisinde laparoskopik yaklaşımlaruygun vakalarda gerek uygulanabilirlik gerekse sonuçlar açısından güvenli ve etkin yöntemlerdir. Kısa hastanede kalış süresi, daha az ağrı, daha hızlı günlük

aktivitelere dönüş, daha iyi kozmetik sonuçlar ve şüpheli durumlarda kesin tanıya gidişe olanak vermesi gibi birçok bilinen avantajı da göz önünde tutulduğunda özellikle primer ve metastatik olmayan GİST olgularında laparoskopik yaklaşım öncelikli yöntem olarak benimsenmelidir.

Kaynaklar

1. Das A, Wilson R, Biankin AV, Merret ND. Surgicaltherapy-forgastrointestinalstromaltumours of theuppergastrointestinaltract. J Gastrointest Surg 2009;13:1220-5.
2. Pleşea IE, Chiuşu L, Bordu SI, et al. Gastrointestinalstromaltumors-a clinical-morphologicalstudy on15 cases. Rom J Morphol Embryol 2014; 55:513-23.
3. Pithorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: Current diagnosis, biologic behavior, and management. Ann Surg Oncol 2000; 7:705-12.
4. Novitsky YW, Kercher KW, Sing RF, Heniford BT. Long-term outcomes of laparoscopic resection of gastric gastrointestinal stromal tumors. AnnSurg 2006;243:738-45.
5. Gold JS, Dematteo RP. Combined surgical and molecular therapy: the gastrointestinal stromal tumor model. AnnSurg 2006; 244:176-84.
6. Engin G, Asoglu O, Kapran Y, Mert G. A gastrointestinal stromal tumor with mesenteric and retroperitoneal invasion. World J SurgOncol 2007;5:121.
7. Neagu S, Zărnescu NO, CosteaR, et al. Gastric stromal tumors - clinical and histopathological analysis of four cases. Chirurgia (Bucur) 2003;98:443-51.
8. Patil DT, Rubin, BP. Gastrointestinal Stromal Tumor Advances in Diagnosis and Management. Arch Pathol Lab-Med 2011; 135: 1298-310.
9. 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.
10. Neuhaus SJ, Clark MA, Hayes AJ, Thomas JM, Judson I. Surgery for gastrointestinal stromal tumour in the post-imatinibera. ANZ J Surg 2005; 75: 165-72
11. LoureiroMde P, Almeida RA, Claus CM, et al.Laparoscopic resection of gastrointestinal stromal tumors (GIST). Arq Bras Cir Dig 2016;29:1-4.