

Gastrointestinal Stromal Tümör Nedeniyle Duodenum Üçüncü Segment Rezeksiyonu: Olgu Sunumu

Segmental Resection of the Third Portion of the Duodenum for a Gastrointestinal Stromal Tumor: a Case Report

Mustafa Tahir Özer

Asst. Prof., M.D.
Department of Surgery
Gülhane Military Medical Academi
mtahirozer@gmail.com

Sezai Demirbaş

Assoc. Prof., M.D.
Department of Surgery
Gülhane Military Medical Academi
sezaidemirbas@hotmail.com

Ali Harlak

Asst. Prof., M.D.
Department of Surgery
Gülhane Military Medical Academi
aharlak@yahoo.com

Mehmet Eryılmaz

Asst. Prof., M.D.
Department of Emergency Surgery
Gülhane Military Medical Academi
mehmeteryilmaz@hotmail.com

İsmail Arslan

Prof., M.D.
Department of Surgery
Gülhane Military Medical Academi
arslanis99@yahoo.com

Turgut Tufan

Prof., M.D.
Department of Surgery
Gülhane Military Medical Academi
cttufan@yahoo.com

Submitted : December 24, 2007
Revised : January 25, 2008
Accepted : March 14, 2008

Corresponding Author:

Dr. Mustafa Tahir Özer,
Department of Emergency Surgery
Gülhane Military Medical Academi
Ankara, Turkey

Telephone : +90 - 3123045017
E-mail : mtahirozer@gmail.com

Özet

Gastrointestinal stromal tümör (GİST) nedeniyle duodenum üçüncü kıta segmental rezeksiyonu olgusu sunulmuştur. Batında kitle ile müracaat eden hastanın yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tetkiklerinde duodenumla sınırları ayırt edilemeyen ancak pasaja engel olmayan 10x15cm. boyutunda kitle tespit edilmiştir. Pankreas korunarak duodenum üçüncü kıta rezeksiyonu ve uç uca duodenoduodenostomi uygulanmıştır. Patolojik tanısı GİST olan hastanın postoperatif seyri problemsiz geçmiş ve altıncı günde taburcu edilmiştir. İmatinib 400mg/gün kullanan hastanın birinci yıl tomografik kontrolünde patoloji saptanmamıştır. Duodenal GİST tedavisinde pankreatikoduodenektomi tek tedavi seçeneği değildir. Pankreas koruyucu duodenum rezeksiyonları özellikle duodenum üçüncü kıtadan köken alan GİST tedavisinde güvenle uygulanabilir ve hasta tarafından daha kolay tolere edilebilir.

Anahtar Kelimeler: **Gastrointestinal Stromal Tümörler, Segmental Duodenum rezeksiyonu**

Abstract

We present a case of duodenal Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST) who underwent a segmental resection of the third part. Ultrasound and computed tomography (CT) exposed a 10x15 cm. mass that the borders could not be clearly distinguished from duodenum and did not cause obstruction. A pancreas preserving segmental duodenum resection has been performed. Pathologic report revealed a duodenal GIST. Patient was discharged on sixth day after surgery. She used imatinib 400mg.1x1 and there was any pathological finding at CT after a year. Unique treatment option of duodenal GIST is not Pancreatico-duodenectomy. Pancreas preserving segmental duodenum resection may be useful, comfortable and safe especially for the third part GIST of duodenum.

Key Words: **Gastrointestinal Stromal Tumors, Segmental resection of duodenum.**

Giriş

Çok nadir görülen duodenal gastrointestinal stromal tumor'ler (GİST) tüm GİST'lerin %4,5 kadarını oluşturur (1). GİST için önerilen en uygun tedavi cerrahidir (1, 2). Hangi cerrahi prosedürün uygulanacağı vaka özelliklerine göre belirlenir. (3). GİST'ler kitle büyüklüklerine göre, oldukça az lenf nodu metastazı yaparlar (2-4). Duodenal GİST'lerde vakaların %40'ına pankreatikoduodenektomi yapılmaktadır ve en sık yapılan ameliyat gurubunu oluşturmaktadır (3). Buna karşın pankreas koruyucu duodenektomi tecrübe gerektiren daha zor bir prosedür olduğu için daha az merkezde uygulanabilmektedir (5-8). Parsiyel duodenum rezeksiyonları da duodenal GİST'ler için tedavi alternatifleri arasındadır. Olgumuzda, duodenum 2 ve 3'üncü kıtasından köken alan büyük bir GİST olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

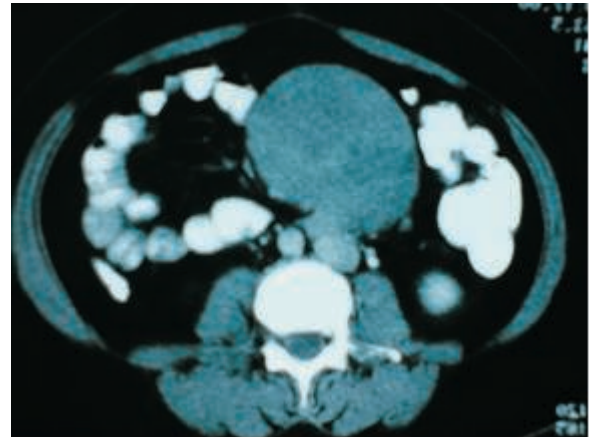
İki ay önce şikayetleri başlayan 28 yaşında kadın, karında ele gelen hareketli kitle şikayeti ile müracaat etti. Yapılan fizik muayenesinde yuvarlak, düzgün sınırlı, mobil, lastik kıvamında yaklaşık 15 cm. çaplı kitle tespit edildi. Rutin biyokimyasal değerleri normal olan hastanın karın ultrasonografisinde karaciğerle umblikus arasında, aortun sağ lateralinde başlayan ve karın ön duvarına kadar uzanan 95x67x73 mm. Boyutlarında, içinde kalsifiye odaklar bulunan heterojen hipoekoik solid lezyon saptandı. Batın tomografisinde duodenum 3. kıta ile sınırları ayrılamayan, duodenumun pasajını daraltmış ancak geçişe engel olmayan, posteriora yağ planları net seçilemeyen 15 cm. çaplı kitle tespit edildi. Batın içinde patolojik boyutta lenf nodülü tespit edilmedi. Tomografi tetkikine ait görüntü Resim 1'de verilmiştir.

Olgu, batın içi kitle ön tanısı ile operasyona alındı. Yapılan explorasyonda duodenum 2. ve 3. kıta arasından kaynaklanan ve kanlanmasını üzerine çektiği jejunum mezosundan sağlayan 10x15 cm.boyutunda kitle görüldü. Kitlenin ağırlığı nedeni ile duodenum 2,3 ve 4. kıtalarının boyunun uzadığı ve aşağı doğru deplase oldukları saptandı. Kitle jejunum mezosundan jejunum dolaşımı korunarak ayrıldı. Duodenum 3. kıtası pankreastan anterior ve posterior inferior pankreatikoduodenal arterler bağlanarak ayrıldı (Resim 2). Daha sonra duodenum 3. kıtası tümörün 2 cm. medial ve distalinden rezeke edildi. Yapılan kontrolde proksimal transeksiyon hattının ampulladan emniyetli mesafede olduğu görüldü. İntraoperatif patoloji konsültasyonunda kitle stromal tümör tanısı aldı. Duodenum 2. kıtası ile 4. kıtası uç uca iki sıra üzerinden

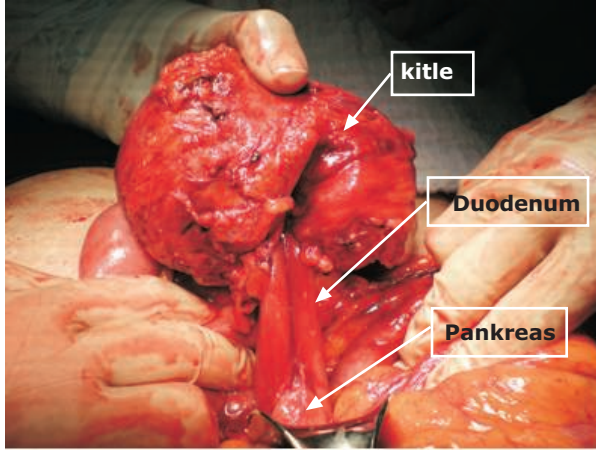
anostomoze edilerek intestinal devamlılık sağlandı. Kitlenin batın dışına alınıp açılmasını takiben duodenumu içine alıp çepeçevre sardığı görüldü (Resim 3).

Hastanın patolojik incelemesinde 50x büyük büyütme alanında 2-3 mitoz izlendi. Tümör hücrelerinde sitoplazmik CD117 (c-kit) ekspresyonu ve fokal düz kas aktini ekspresyonu görüldü. S-100, CD34 ekspresyonu saptanmadı. Ki-67 proliferasyon indeksi %2 bulundu. Tümörün çevre yağ dokusuna infiltre olup yumuşak doku cerrahi sınırında devamlılık gösterdiği belirlendi. Tümör çapı nedeniyle nüks riskinin yüksek olduğu değerlendirildi. Hastanın postoperatif seyrinde problem olmadı ve postoperatif 6. günde cerrahi şifa ile taburcu oldu.

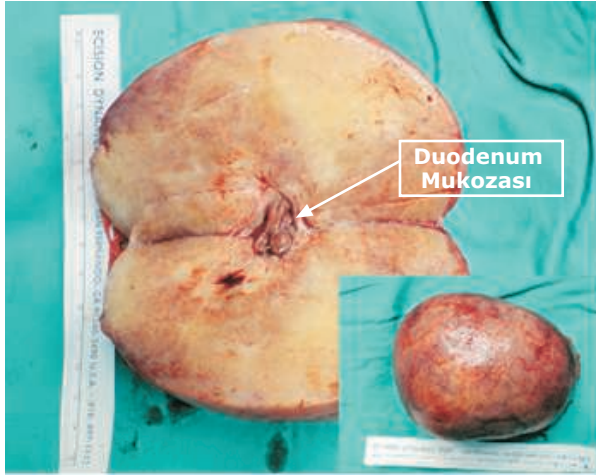
Olguya tıbbi onkoloji konsültasyonu ile bir yıl süreyle imatinib (Glivec®) 400 mg.tablet 1x1 kullanması önerildi. Bir yıllık takip sonrasında herhangi bir yakınması olmayan hastada görüntüleme tetkiklerinde lokal nüks düşündürür bir bulgu saptanmadı.



Resim 1. Karın içinde 15 cm. çaplı kitlenin tomografik görünümü



Resim 2. Kitlenin Ameliyat Görüntüsü



Resim 3. Çıkan Kitlenin Kesiti

Tartışma

GİST'lerin çoğu geçmişte leiomyoma veya leiomyosarcoma tanısı almıştır (1). Günümüzde, immünohistokimyasal ve elektromikroskopik yöntemler kullanılarak c-kit veya CD34-pozitif mezenkimal tümörler olarak sınıflandırılmaktadır (3,9). GİST'ler düşük dereceli malign tümörlerdir ve sindirim sisteminin herhangi bir yerinde görülebilmektedir (1). GİST'ler genişleyerek büyürler ancak genellikle invaziv davranmazlar. İnvazyon yerine çevre dokuları iterek büyüdükleri için temiz bir cerrahi sınır ile çıkarılmaları mümkün olabilir ve nüksü önlemede özellikle önemlidir. Bu nedenle iyi bir cerrahi tedavi için tümör rüptüre edilmeden temiz bir cerrahi sınır ile çıkarılmalıdır. Bölgesel lenf nodüllerine çok nadir metastaz yaptıkları için geniş bir lenf nodu diseksiyonu gerekli değildir (1,2). Bazen karaciğere metastaz yaparlar.

Özellikle pankreas altı ve mide posterioru gibi retroperitoneal bölgelerde yapılan ve cerrahi sınırlardan emin olunamayan operasyonlar sonrasında tümör imatinib'e de cevap vermiyorsa lokal veya batın içi yaygın nüksler görülebilmektedir (2). Duodenal GİST'lerde teknik olarak başarılabiliyorsa parsiyel duodenum rezeksiyonu pankreatikoduodenektomiye tercih edilmelidir (3). Ancak duodenal GİST için optimal cerrahi prosedür nedir sorusu bu gün için tam olarak karşılığını bulamamıştır. Vakanın durumu ve merkezin imkanlarına göre cerrahi prosedür belirlenmelidir.

Günümüzde pankreas ve duodenum bölgesi ile ilgili gelişen anatomik bilgiler ve cerrahi tekniklerle düşük dereceli malignitelerde pankreatik rezeksiyonlar veya pankreas koruyucu duodenum rezeksiyonları güvenle yapılabilmektedir (11-12). Vakamızda ameliyatın en önemli noktası tümör ve duodenumun pankreastan ayrılabilmesiydi. Tümör posteriorda pankreasa invaze olsaydı pankreası korumak mümkün olmayacaktı. Anterior inferior pankreaticoduodenal ve posterior inferior pankreaticoduodenal damarların transeksiyonu ile tümör ve duodenum pankreasdan ayrıldı. Bu noktada preoperatif görüntüleme yöntemleri ile pankreatik invazyon olup olmadığının anlaşılması önem kazanmaktadır.

Sunulan olguda tümör çevre yağ planlarını invaze etmiş ve patoloji raporunda da tümör yumuşak doku devamlılığı gösterdiği için lokal nüks yapma olasılığının çok yüksek olduğu değerlendirilmiş ve adjuvan tedavi eklenmesine karar verilmiştir. 2002 yılında CD117 (c-kit) pozitif rezektabl olmayan ve/veya metastatik malign GİST'lerde imatinib kullanımı "Food and Drug Administration (FDA)" tarafından onaylanmıştır. Türkiye'de de 7 Ocak 2003 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından GİST'lerde kullanımı için ruhsat verilmiştir (13). Buna dayanarak vakamızda postoperatif nüksleri engellemek amacıyla imatinib kullandık. Bir yıllık takip sonunda cerrahi sınır pozitif olan vakada lokal nüks görülmemiştir.

Pankreas koruyucu duodenum rezeksiyonu, duodenal GİST ve erken evre duodenal adenokarsinom haricinde endikasyonu çok nadir olan bir girişimdir. Ancak pankreas koruyucu duodenum rezeksiyonları hastayı çok daha ağır bir girişim olan pankreatikoduodenektomiden koruduğu için endikasyonu olduğunda uygulanabilmelidir.

Kaynaklar

1-Pidhorechly I, Cheney RT, Lraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: Current diagnosis, biologic behavior and management. *Ann Surg Oncol* 2000;7:705-712.

2-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; 231:51-58.

3-Sakamoto Y, Yamamoto J, Takahashi H, et al. Segmental resection of the third portion of the duodenum for a gastrointestinal stromal tumor: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2003; 33:364-366.

4-Goldblum JR, Appleman HD. Stromal tumors of the duodenum. *Am J Surg Pathol* 1995; 19:71-80.

5-Nagai H, Hyodo M, Kurihara K, et al. Pancreas-sparing duodenectomy: Clasification, indication and procedure. *Hepatogastroenterology* 1999;46:1953-8.

6-Tocchi A, Mazzoni G, Puma F, et al. Adenocarcinoma of the third and fourth part of the duodenum: results of surgical treatment. *Arch Surg* 2003; 138:80-85.

7-Kwano N, Ryu M, Kinoshita T, et al. Segmental resection of the duodenum for treating leiomyosarcoma associated with von Recklinghausen's disease: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 1995;25:109-112.

8-Tsiotos GG, Sarr MG. Pancreas-preserving total duodenectomy. *Dig Surg* 1998; 15:398-403.

9-Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors. Reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol* 1983;7:507-519.

10-Sakamoto Y, Tanaka N, Nagai M, Nobori M, Otani T, Makuuchi M. Anterior segmentectomy of the pancreatic head for islet cell tumors. *Pancreas* 2002;24:317-319.

11-Thayer SP, Fernandez-del Castillo C, Balcom JH, Warshaw AL. Complete dorsal pancreatectomy with preservation of the ventral pancreas: a new surgical technique. *Surgery* 2002; 131:577-580.

12-Akgüner T, Ünalp HR, Ekinci N, Nalbant E, Önal MA. Pankreas başı tümörü gibi davranan duodenal gastrointestinal stromal tümör. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 14: 41-43.

13-Dizdar Ö, Güler N. Gastrointestinal stromal tümörler ve imatinib (Glivec®) tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35:87-91.