

Nadir Görülen ve Tanısı Güç Olan Bir Karında Kitle Olgusu: Duodenal Stromal Tümör

Dr. Oğuzhan DİNÇEL (1), Dr. Arslan KAYGUSUZ (2), Dr. Türker ERTÜRK (1), Dr. Turgay DAĞTEKİN (1), Dr. Erdem KINACI (1), Dr. Yahya Kemal ÇALIŞKAN (1)

ÖZET

Gastrointestinal stromal tümörler (GST), gastrointestinal sistemde en nadir duodenumda görülürler. Duodenum kaynaklı GST'ler diğerlerinden farklı olarak karında kitle dışında semptom oluşturmazlar. Görüntüleme yöntemleri kesin tanıda yararlı değildir; sadece kitlenin lokalizasyonunu belirlemede yardımcı olurlar. Tedavi sadece tümörektomidir. Mukoza, submukozadan kaynaklanan diğer duodenum tümörleri gibi, pankreas ya da duodenum rezeksiyonuna gerek yoktur. Karında kitle dışında hiçbir semptomu olmayan bir duodenum stromal tümörü olgumuzu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal, stromal, tümör, duodenum.

SUMMARY

An Abdominal Mass Case Which is Rarely Seen and Hard to Diagnose: Duodenal Stromal Tumor: In a case Report

Gastrointestinal stromal tumors (GST), are seen in duodenum rarely. Duodenum derived GST, gives no other symptoms other than abdominal mass unlike the other GST. Imaging studies are not useful for precise diagnose. They only help us to localize the mass. The treatment is surgical operation. Unlike therapy of mucosa and submucosa derived duodenum tumor, pancreas or duodenum resection is not required in therapy of duodenal stromal tumor which is tumorectomy. In our study, we aimed to report that a case of duodenal stromal tumor with an only symptom of abdominal mass.

Key words: Gastrointestinal, stromal, tumor, duodenum.

GİRİŞ

Gastrointestinal stromal tümörler (GST); mezenkimal kaynaklı olup tüm gastrointestinal mezenkimal tümörlerin yaklaşık % 80'ini oluştururlar (1). GST'lerin çoğu (% 50-70) mideden kaynaklanır. %20-30'u ince barsakta, % 10'u kolon ve rektumda, % 5'i özofagusta yerleşir. Sadece % 4 duodenumdadır (2). Yaşlılarda daha sıktır ve cinsiyet dağılımı birbirine çok yakındır. En sık görülen semptomlar; karın ağrısı, gastrointestinal kanama, ileus ve abdominal kitledir (1). Abdominal BT, lezyonun lokalizasyonu, çapı, invazyonu hakkında yüksek duyarlılığa sahiptir (2,3). Endoskopi ile lezyonun yeri, çapı öğrenilir ve biyopsilerle kesin tanı konulabilir. Ancak endoskopik biyopsiler mukoza kaynaklı olmayanlarda başarılı değildir (2). GST'lerin malign ve benign ayırımını yapan patolojik ve klinik kriterler tam olarak tanımlanmamıştır. Tümör büyüklüğü ve mitotik aktivite önemli özellikler olarak belirtilmiştir (2). Tümör büyük-

lüğü ve mitozların gözle sayılmasıyla değerlendirilen mitotik indeks stromal tümörler için kritik prognostik faktörlerdir. Primer stromal tümörlerin anatomik yerleşimi CD34'ün pozitiflik yüzdesiyle yansıtılabilir. Ayrıca, desmin, düz kas aktini (SMA) ve 8-100 ayırıcı tanıda yararlıdır. Bu belirteçler düz kas tümörleri ve nörojenik tümörlerin dışlanmasına yardımcı olabilirler (4).

Gastrointestinal stromal tümörler ilk belirlendiğinde, tümörlerin % 25-30'u açıkca malign'dir. Malignite kriterleri, tümörlerin uzak metastaz ve sistemik yayılım yapmış olmaları veya komşu organ ya da yapılara bir yayılma göstermelerine dayandırılır (5). GST'ler duodenumda nadir görülmekte ve bu lokalizasyonda olduklarında, palpabl oluncaya kadar hiçbir semptom vermemektedirler. Karında kitle dışında hiçbir semptomu olmayan bir duodenum stromal tümör olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

Kırksekiz yaşında bayan hasta karında ağrısız kitle şikayetiyle başvurdu. Başka herhangi bir şikayeti yoktu.

SB İstanbul Eğitim Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, Asistan doktor (1),

SB İstanbul Eğitim Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, Şef (2)

Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Abdominal ultrasonografide; sağ psoas kasının önünde 63x70x96 mm boyutlarında keşkin sınırlı, hafif lobule konturlu, hipoekoik, heterojen solid kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografide; duodenum üçüncü segmenti, pankreas başı ve superior mezenterik ven ile yakın komşuluk gösteren, santralinde nekroz alanları içeren kitle olarak tespit edildi. Bu tetkikler sonucunda hastaya eksploratif laparotomi uygulandı. Eksplozasyonda; üstte pankreas altta duodenum serozasına yapışık retroperitoneal bölgeden kaynaklı, kapsüllü kitle görüldü. Kitle pankreas ve duodenumdan serbestleştirilerek tamamen eksize edildi (Resim 1). Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta ameliyat sonrası altıncı günde taburcu edildi. Piyesis histopatolojik incelemesinde; kan damarı ve lenfatik invazyon göstermeyen, ekspansif infiltrasyon patemi gösteren ara evretümör saptandı (Resim 2). İmmünohistokimyasal incelemede CD 34, düz kas aktini ve vimentin (+) olarak tespit edildi. Halen takip altında olan hastaya şu anda herhangi bir tedavi protokolü uygulanmamakta olup, ameliyat sonrası bir yıllık izlemde lokal nüks ya da uzak organ metastazına rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Gastrointestinal stromal tümörlerin anatomik yerleşiminin de bir prognostik faktör olabileceği unutulmamalıdır. Nitekim ince barsaktaki stromal tümörler, midede oluşarlara göre daha kötü prognoza sahiptirler (6). Duodenal patolojilerin cerrahi tedavisi bu bölgenin retroperitoneal bölgede olması ve pankreas ile yakın komşuluğu nedeniyle güç olmaktadır (7). Gastrointestinal stromal tümörler duodenumda oldukça nadir görülürler. Yapılan bir çalışmada 30 gastrointestinal stromal tümörün 21'i mide, 5'i ileum, 3'ü jejunum ve sadece 1'i duodenum yerleşimli olarak saptanmıştır (8). Duodenumdan kaynaklanan stromal tümörler; diğer GST'lerden farklı olarak karın ağrısı, bulantı, kusma oluşturmazlar (8). Bu durum tanıyı iyice güçleştirir. Nitekim bizim olgumuzda da karında kitle dışında hiçbir semptom yoktu. GST'lerin kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konulur. Bu nedenle her olguda diagnostik laparoskopi veya laparotomi zorunludur. Preoperatif tetkikler sadece kitlenin lokalizasyonu tespit etmeye yarar (9). Biz de olgumuzda aynı amaçla preoperatif abdominal BT isteyerek bu değerlendirmeyi yaptık. Duodenumdan kaynaklanan GST'lerin diğer bir özelliği geniş rezeksiyon, Whipple ameliyatı gibi büyük cerrahi girişimler gerektirmemeleridir. Oysa duodenum mukoza ve submukozasından kaynaklanan tümörlerde genelde pankreatikoduodenektomiye kadar

giden büyük cerrahi girişimler uygulanmaktadır (7, 10). Olgumuzun patolojik tanısı ara evre karakterindeydi ve gerek laparotomide, gerekse radyolojik incelemelerde metastaz saptanmadı. Prognostik faktörler içinde tümör çapının yanında, metastaz varlığı da önemli yer tuttuğu için bu olguların postoperatif takipleri önemlidir (11). Duodenal GST'ler oldukça nadirdirler ve karında kitle dışında başka semptom vermeyebilirler. Ek patolojisi olmayıp karında sessiz kitlesi olan olgularda duodenum stromal tümörleri unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Joensuu H, Fletcher C, Dimitrijevic S, et al. Management of malignant gastrointestinal stromal tumours. *Lancet Oncol* 2002; 3: 655-664.
- 2- Meester B, Pauwels PA, Dijnentcog ANI, et al. Metastasis in a benign duodenal stromal tumour. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 334-5
- 3- Bianchi C, Ansaldo GL, Scajola P, et al. Leiomyosarcoma of the duodenum description of a clinical case. *Ann Ital Chir* 1996; 67: 5553-6
- 4- Hasegawa T, Matsunu Y, Shimoda T. Gastrointestinal stromal tumour: consistent CD117 immunostaining for diagnosis, and prognostic classification based on tumour size. 2002;33 :669-676.
- 5- Miettinen M, Lasota I. Gastrointestinal stromal tumours-definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001; 438: 1-12.
- 6- Newsletter based on the nordic GIST symposium Copenhagen, April 14, 2003
- 7- Maher MM, Yeo CJ, Lillevoe KD, et al. Pancreas Sparing duodenectomy for intra ampullary duodenal pathology. *Am J Surg* 1996; 171: 62-67
- 8- Mosca F, Stracqualursi A, Persi A, et al. Our experience in the surgical treatment of GIST'S. *Chir Ital* 2001; 53: 809-20
- 9- Kamoshita N, Yokomori T, Iesato H, et al. Malignant gastrointestinal stromal tumour of the jejunum with liver metastasis, Ojia General Hospital, Japan 2002; 49: 131 1
- 10- Lillemo K, Imbembo AI. Malignant neoplasms of the duodenum. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 822-6
- 11- Hoyn YP, Sakijen AS, Svaminathan M. Duodenal Leiomyosarcoma Singapore Med J 1992; 33: 297-2