

# Masif Rektal Kanamaya Sebep Olan Jejunum Yerleşimli Gastrointestinal Stromal Tümör: Olgu Sunumu

Gastrointestinal Stromal Tumor Of Jejunum Causing Massive Rectal Hemorrhage: A Case Report  
Genel Cerrahi

Başvuru: 17.11.2013  
Kabul: 09.12.2013  
Yayın: 25.12.2013

Serdar Kuru<sup>1</sup>, Hakan Buluş<sup>1</sup>, Alper Yavuz<sup>1</sup>, Altan Aydın<sup>1</sup>, Gökhan Akkurt<sup>1</sup>, Arzu Boztaş<sup>1</sup>, Ali Coşkun<sup>1</sup>

<sup>1</sup> S.B.Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## Özet

İnterstisyel Cajal hücrelerinden köken alan gastrointestinal stromal tümör (GİST)'ler, tüm gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilen mezenşimal tümörlerdir. En sık lokalizasyonu mide (%50-60) ve ince barsaklardır (%25-30). Sıklıkla gastrointestinal sistem hastalıklarının radyolojik ve endoskopik araştırmalarında veya hemoraji, obstrüksiyon ve organ perforasyonu gibi acil durumların cerrahi tedavisi sırasında tesadüfen tanı konur. En sık rastlanan semptom ve bulgu abdominal meteorizm ve ağrıdır (%83). Diğer bulgular güçsüzlük, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı gastrointestinal hemoraji ve anemidir. Bu çalışmada, masif rektal kanama ile başvuran, jejunumda yerleşmiş GİST olgusunu varolan literatürün ışığı altında tartışmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** *Gastrointestinal stromal tümör, Gastrointestinal kanama Rektal kanama*

## Abstract

Gastrointestinal stromal tumors(GIST), originated from the interstitial cells of Cajal, are mesenchymal tumors occurring anywhere along the gastrointestinal tract. The most frequent localizations are the stomach (50-60%) and the small intestine (%25-30). They are frequently diagnosed incidentally during radiologic studies or endoscopic or surgical procedures performed to investigate gastrointestinal tract disease or to treat an emergent condition such as hemorrhage, obstruction, or perforated viscus. The most frequent signs and symptoms are abdominal meteorism and abdominal pain (83%). The others may include fatigue, fever, sweating at night, weight loss, gastrointestinal hemorrhage and anaemia. In this study, we aimed to discuss the case of GIST, located in the jejunum and presented with massive rectal bleeding, in the light of existing literature.

**Keywords:** *Gastrointestinal stromal tumor, Gastrointestinal hemorrhage Rectal hemorrhage*

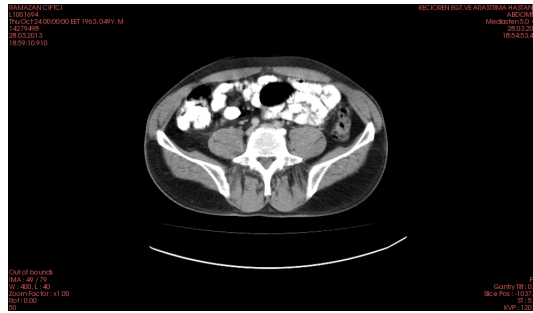
## Giriş

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), normalde barsak duvarında bulunan interstisyel Cajal hücreleri (interstitial cells of Cajal (ICC)) veya bu hücrelerin prekürsörlerinin neoplastik transformasyonundan orijin alan, gastrointestinal kanalın en çok görülen mezenkimal tümörleridir<sup>1</sup>. En sık mide kaynaklıdır ve tüm malignansilerin %1' ini oluştururlar<sup>2</sup>. En sık görülen lokalizasyonları mide (% 50-60), ince bağırsaklar (% 25-30), kolon-rektum (%5-10) ve özefagus (<%2)<sup>3</sup>. İki santimetre ve daha küçük GİST' ler genellikle asemptomatiktir ve başka bir sebep yüzünden yapılan cerrahi, radyoloji veya endoskopi esnasında tesadüfen tespit edilirler. Semptomatik olanlar yerleşim yerlerine göre, ancak GİST'e özgün olmayan karın ağrısı, gastrointestinal kanama, anemi, karında kitle, dispeptik yakınmalar ve disfaji gibi şikayetlere neden olurlar. Bazen de intra abdominal kanama, masif gastrointestinal kanama, perforasyon veya obstrüksiyon gibi acil tablolara sebep olabilirler. Bu çalışmada amacımız, masif gastrointestinal kanamaya yol açan, ince bağırsak kaynaklı GİST olgusunu literatür verileri ışığında tartışmaktır.

## Olgu Sunumu

Sorumlu Yazar: Serdar Kuru, S.B.Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Keçiören, Ankara  
dokserkur@yahoo.com.tr

Elli yaşında erkek hasta 'makattan aşırı kan gelmesi' şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Yaklaşık bir haftadır kabızlık şikayeti de mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde, batında yaygın hassasiyet olup, distansiyon, defans ve ribaund yoktu. Rektal tuşe de kanlı bulaş mevcuttu fakat ele gelen kitle yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde, beyaz küre: 10700/mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 8,8 gr/dL, hematokrit: % 26,8 idi. Gastrodüdenoskopide patoloji yoktu. Kolonoskopi, lümen içerisinde pıhtılaşmış kan nedeniyle optimal düzeyde değerlendirilemedi ancak 140 cm ye kadar ilerlenebildi. Görülebildiği kadarı ile patoloji saptanmadı. Yapılan ultrasonografi (USG)'de, sol üst kadranda splenik fleksura düzeyinde 106×83 mm boyutlarında, lobüle konturlu, pseudokidney görünümü veren heterojen solid kitle izlendi. Acil çekilen tüm batın abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) incelenmesinde, batın sol orta kesiminde, inen kolon önüne yerleşmiş, posteromedyalde sol renal hilus seviyesinde başlayarak psoas kası önünde inferiora doğru ilerleyen, medyalde komşu ince barsak ansları ile ara yağ planları silik olarak izlenen, posteromedyalde retroperitoneyal vasküler yapılarla ara planları gözlenen, kalın ve düzensiz iç-dış cidarlı, en geniş yerinde 100×50 mm boyutuna ulaşan ve posterolateral düzeyinde komşu ince barsak ansları ile devamlılık gösterdiği düşünülen heterojen kontrastlanan kitle dikkati çekti ve öncelikle GİST düşünüldü (Şekil 1).



**Şekil 1** : Bilgisayarlı tomografide komşu ince barsak ansları ile devamlılık gösterdiği düşünülen, heterojen kontrastlanan kitle görüntüsü

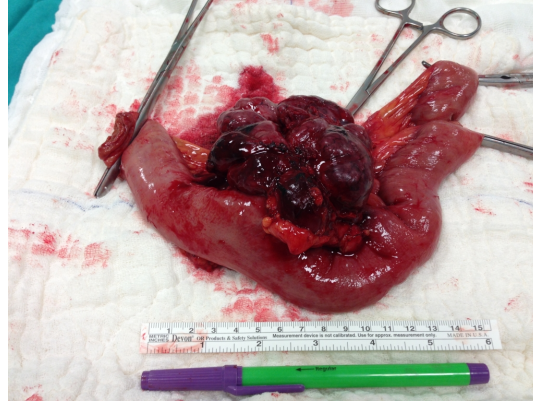
Hasta bu tetkik ve muayene bulguları ile operasyona alındı. Gözlemde trietz ligamanından 100 cm distalde yüzeyi vaskülarize, yumuşak-fragil, multilobüle, sigmoid kolon ve mezosunu retrakte eden, 13×11×5 cm boyutlarında, ince barsak ile ilişkili kitle gözlemlendi (Şekil 2).



**Şekil 2** : İntraoperatif olarak jejunumda yerleşen GİST görüntüsü

Cerrahi sınırlar sağlam olacak şekilde, mezosu ile birlikte total olarak eksize edilerek (Şekil 3), uç uca anastomoz

yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu, GİST olarak raporlandı. Cerrahi sınırlar negatifti. Tümör ince barsak mukozasında ülserasyon oluşturmuş ve lümenle direkt ilişkide olup mezenterin büyük bir bölümünde serozaya marjinal yakınlıktaydı. Tümör çapı 13 cm, mitoz indeksi 52/50 BBA olarak ölçüldü. İmmünohistokimyasal panelde boyanma oranı CD<sub>117</sub>( C-Kit) için %75, CD<sub>34</sub> için %25 idi. Hasta sorunsuz olarak imatinib tedavisi almak üzere postoperatif 7. günde taburcu edildi.



Şekil 3 : Total olarak eksize edilen jejunum GİST görüntüsü

## Tartışma ve Sonuç

GİST nadir olmakla birlikte mezaşimal tümörler içinde en sık görülenleridir. Epitelyal olmayan bu tümörler gastrointestinal traktus duvarının muskularis propria tabakasından çıkarlar. Bağırsak uyarı oluşturucu (pacemaker) dokusunun interstiyumundaki Cajal hücrelerinden köken aldıkları düşünülmektedir<sup>4</sup>. En sık görülen lokalizasyonları mide (% 50-60 ), ince bağırsaklar ( % 25-30), kolon- rektum (%5-10) ve özefagustur (<%2)<sup>3</sup>. Nadiren uterus, vagina, omentum ve retroperiton gibi gastrointestinal sistem dışındaki yapılarda da bulunabilir. Daha eski bildirimlerde bu tümörler leyomyom, leyoblastom, leyomyosarkom veya Schwannom olarak adlandırılmıştır. Ancak 1983 yılında elektron mikroskopu ve immünohistokimyasal yöntemler ile yapılan çalışmalarda bu tümörlerin düz kas veya Schwann hücresi içermediği gösterilmiş ve isimlendirme değiştirilmiştir<sup>4</sup>. Tahmin edilen görülme sıklığı her yıl için milyonda 10-20'dir<sup>5</sup>. GİST'ler genellikle 4. Dekad sonrasında ve ortalama 60'lı yaşlarda görülse de 8 yaşından 93 yaşına kadar bildirilmiş vakalar vardır<sup>6</sup>. Boyutları birkaç milimetre ile 35 cm arasında değişir ama ortalama boy genellikle 5 cm'dir. Tümör, genellikle gastrointestinal duvardadır ve sıklıkla serozal yüzden abdominal kaviteye doğru büyür. Bazen lümen içine polipoid kitle şeklinde büyüyebilir<sup>7</sup>. 2 cm veya daha küçük GİST'ler genellikle asemptomatiktir ve başka bir sebep yüzünden yapılan araştırmaya ya da cerrahi müdahale sırasında fark edilirler ve büyük çoğunluğu iyi huyludur<sup>8</sup>. Tümör 4 cm üzerine çıkarsa semptomatik hale gelir. Semptomatik olanlar yerleşim yerlerine göre ama GİST'e özgün olmayan karın ağrısı, gastrointestinal kanama, anemi, karında kitle, dispeptik yakınmalar, disfaji gibi şikayetlere neden olurlar<sup>9</sup>. Bazen de intra abdominal kanama, masif gastrointestinal kanama, perforasyon veya obstrüksiyon gibi acil tablolara sebep olabilirler. Sunulan vakada da başvuru sebebi masif rektal kanama idi.

GİST şüphesinde ilk önce hikaye ve fizik muayene değerlendirilmesi yapılmalıdır. Karın şikayetleri olan hastada radyolojik incelemeler ve endoskopi GİST tanısını düşündürülebilir. Direkt grafide nonspesifik yumuşak doku gölgesi ve nadiren kalsifikasyon görülebilir. Baryumlu grafilerde ise intraluminal büyüme ya da submukozal lezyonlar görülebilirken, ekzofitik büyümenin de komşu segmente dıştan bası etkisi bulunabilir<sup>5</sup>. USG, BT ve magnetik rezonans (MR) görüntülemelerinde genel olarak gastrointestinal sistem duvarından kaynaklı, eksofitik uzanımlı, intraluminal büyümesi de olabilen kitleler şeklinde görülürler. Vakamızda da BT' de batın sol orta

kesiminde, posterolateral düzeyde ince barsak ansları ile devamlılık gösteren, komşu organları iten, heterojen kontrastlanan kitle görünümü mevcuttu. Endoskopi ya da kolonoskopide submukozal kitle, endoskopik USG'de muskularis propria kökenli hipoekoik lezyon olarak görülebilir<sup>10</sup>. FDG-PET , GİST tanısı için duyarlı ancak spesifik değildir. Hastalık yayılımının ve metabolik aktivitesinin takibinde kullanılabilir. Ayrıca tüm vücut görüntüleme olanağı sağladığından, uzak metastazların tespitinde de faydalıdır<sup>10</sup>.

Bu hastalarda endoskopik veya perkütan biyopsi eklim yolu ile tümörün yayılımına neden olabileceği için, cerrahi ihtimali ortadan kaldıracak lenfoma gibi bir ön tanının olduğu durumlar dışında önerilmemektedir<sup>10</sup>. Diğer sebepler ise frajilite nedeniyle kanama olasılığının artması, ince iğne aspirasyon biyopsisi ile patoloğun tanı koyamamasıdır<sup>11</sup>.

Primer tedavisi cerrahi olup geniş rezeksiyon gerekmez<sup>7</sup>. Uyulması gereken kuralların başında dikkatli diseksiyon gelir. Nekroz ve hemoraji nedeniyle daha da fragil hale gelmiş tümörün rüptüründen kaçınılmalıdır<sup>12</sup>. Bunu sağlamak için makroskopik sınırdan kama şeklinde veya segmenter rezeksiyonlar genellikle yeterli olur. Tümör sıklıkla direkt invazyon yapar, ancak hematogen yolla karaciğer, akciğer ve kemiklere de metastaz yapabilir<sup>7</sup>. Lenf nodülü tutulumu nadirdir, makroskopik olarak tutulduğu görülmedikçe rutin lenfadenektomi yapılmaz<sup>5</sup>.

Yeni bir antite olarak ortaya çıkan GİST, c-KİT hücre belirteci olarak kullanılmaya başlandıktan sonra daha sık tanı almaktadır. KİT proto-onkogeni dördüncü kromozomun uzun kolunda bulunur. c-KİT proteini (CD117) KİT proto-onkogeninin ürünü olan bir transmembran büyüme faktörü reseptörüdür. İntrasellüler bölgesinde tirozin kinaz aktivitesine sahiptir. Bu reseptör "Stem Cell Factor" ya da steel faktörü denen ligandının bağlanmasıyla aktive olur ve bir dizi otofosforilasyon işlemiyle uzak sinyal kaskadlarını aktive eder; hücre proliferasyonu, farklılaşması ve apoptoziste düzenleyici rol oynar. Çoğunlukla ( %85-100) c-KİT proteinini eksprese ederler<sup>10</sup>. Ayrıca %60-70 CD34, %30-40 SMA ve %5 olguda S-100 protein pozitif bulunur<sup>5</sup>. KİT genindeki mutasyonlar, c-KİT'in ligantı olmaksızın devamlı sinyal üreterek kontrolsüz hücre proliferasyonuna ve apoptozise direnç gelişmesine yol açar<sup>10</sup>. Olgumuzda da immunohistokimyasal panelde boyanma oranı CD117 (c-KİT) için %75, CD34 için %25 bulunmuştur.

Tümör çapı ve mitoz sayısı prognozu belirlemede en çok kullanılan parametreler olmasına rağmen, rezeksiyon sonrası 5 minör, 2 majör kriterden oluşan pratik bir evreleme sistemi Bucher ve arkadaşları tarafından ileri sürülmüştür. 13 Tümör boyutu  $\geq 5$  cm, mitotik indeks  $\geq 5$  mitoz, nekroz varlığı, etraf dokuya yayılım ve MİBİ (Ki-67) indeksi  $> \%10$  olması minör kriterleri oluşturur. Lenf nodu invazyonu varlığı ve metastaz majör kriterlerdir. 4 minör kriterden az olması tümör düşük dereceli GİST, 4 veya 5 minör kriter veya 1 majör kriter yüksek dereceli GİST olarak sınıflandırılır. Olgumuzun tümör çapı 13 cm, mitoz indeksi 52/50 BBA idi. Malign seyir bağırsak kaynaklı GİST'lerde % 40, mide kaynaklı GİST'lerde %20 sıklıkta görülür<sup>5</sup>.

İlaç tedavisindeki ilerlemelere rağmen cerrahi rezeksiyon halen GİST tedavisinin ana basamağıdır. Cerrahide amaç; tümörün rüptüre olmaması, negatif cerrahi sınır ve rezidü tümör dokusu bırakılmamasıdır. GİST'lerde geniş cerrahi sınır ve lenf nodu diseksiyonu nadiren gereklidir; bu nedenle laparoskopik rezeksiyon genelde mümkündür ve güvenli bir şekilde uygulanabilir<sup>13</sup>. Tirozin kinaz inhibitörü olan imatinib kullanımıyla % 50-80 vakada remisyon ve regresyon sağlanabilmektedir. Ayrıca imatinib, unrezektable, nüks, metastatik GİST ve genel durumu cerrahiye uygun olmayan hastaların tedavisinde ilk seçenektir<sup>14</sup>.

Sonuç olarak, masif rektal kanamalarda nadir de olsa ince barsak GİST'leri akılda tutulmalıdır. Bu durumda primer tedavi, cerrahidir ve total eksizyon tercih edilen yöntemdir.

## Kaynaklar

1. Duffaud F, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors: biology and treatment. *Oncol.* 2003; 65(3): 187-97.
2. Lehnert T. Gastrointestinal sarcoma ( GIST )- a review of surgical management. *Ann Chir Gynaecol.* 1998; 87: 297-305.
3. Blay JY, et al. GIST consensus meeting panelists. Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumors. *Ann Oncol.* 2005; 16(4): 566-78.
4. Uluhan Ş, Koç Z. Malign gastrointestinal stromal tümörlerde radyolojik bulgular. *Diagn Interv Radiol.* 2009; 15: 121-6.
5. Köksal N ve ark. Gastrointestinal stromal tümörün multidisipliner tedavisinde cerrahinin yeri: Olgu sunumu. *Ulus Cerrahi Derg.* 2009; 25(3): 121-4.
6. Gervaz P, Huber O, Morel. P. Surgical management of gastrointestinal stromal tumours. *Br J Surg.* 2009; 96(6): 567-78.
7. Sözen S, Solmaz Ö.A, Banlı O. İleum yerleşimli gastrointestinal stromal tümör; olgu sunumu. *Tıp Aras Derg.* 2011; 9(2): 135-7.
8. Uğur V ve ark. Gastrointestinal stromal tumor of the intestine and cervical metastases: a case report. *Acta Oncol Turc.* 2008; 41: 59-61.
9. Bölükbaşı H ve ark. Gastrointestinal stromal tumors (GISTS): analysis of 20 cases. *Hepatogastroenterol.* 2006; 53(69): 385-8.
10. Dizdar Ö, Güler N. Gastrointestinal stromal tümörler ve imatinib tedavisi. *Hacettepe Tıp Derg.* 2004; 35: 87-91.
11. Kingham TP, DeMatteo TP. Multidisciplinary treatment of gastrointestinal stromal tumors. *Surg Clin North Am.* 2009; 89: 217-33.
12. Everett M, Gutman H. Surgical management of gastrointestinal stromal tumors: analysis of outcome with respect to surgical margins and technique. *J Surg Oncol.* 2008; 98: 588-93.
13. Nguyen SQ, et al. Laparoscopic management of gastrointestinal stromal tumors. *Surg Endosc.* 2006; 20(5): 713-6.
14. Taşçı H.İ ve ark. İnce barsak gastrointestinal stromal tümörlerinde acil cerrahi. *Gen Tıp Derg.* 2012; 22(4): 125-9.