

TUBOOVARYAN ABSE KLİNİĞİ İLE PREZANTE OLAN GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR OLGUSU

Dr. A. Cem İyibozkurt, Dr. Oğuzhan Kuru, Dr. İbrahim Kalelioğlu, Dr. Serhat Şen,
Prof. Dr. Abdullah Turfanda

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Gastrointestinal Stromal Tümör (GİST), gastroin-
testinal sistemin (GİS) nadir görülen tümörlerinden
biridir. En sık midede olmak üzere GİS'in herhangi
bir yerinde görülebilir. Genelde asemptomatik ol-
makla birlikte semptomatik olduğunda karın ağrısı,
GİS kanama ve palpasyonla ele gelen kitle şeklinde
belirti verir. Kliniğimize akut karın ağrısı nedeniyle
başvuran, değerlendirmede adneksiyel kitle ve sepsis
kliniği saptanarak opere edilen, postoperatif histopa-
tolojik incelemede GİST saptanan vakayı sunuyoruz.
Ani başlayan karın ağrısı ve ateş yükselmesi şikayeti
ile başvuran 47 yaşında hastanın ultrasonografik
değerlendirmesinde sağ adneksiyel alandan kaynak-
lanan 8 cm çaplı komplike kistik yapı saptandı. Ateşi
38,6°C, tetkiklerinde lökosit: 27.400/mm³, CRP:254

olan hasta tuboovaryan abse (TOA) ön tanısıyla
yatırıldı. İki hafta süreyle parenteral antibiyoterapi ile
ateşi ve lökositozu kontrol altına alınan hastanın bu
süre zarfında çekilen kontrastlı BT'sinde kapalı bar-
sak perforasyonu gösteren kitle saptandı. Operasyon
sırasında her iki adneks normal olarak saptandı ve
kitlenin ince barsaktan kaynaklandığı görüldü. Pa-
toloji sonucu GİST gelen hasta postoperatif dönemde
imatinib tedavisi aldı.

Daha sık olarak midede yerleşip asemptomatik olmak-
la birlikte, pelvik bölgede yerleşerek komplike olmuş
büyük çaplı GİST'ler, TOA kliniği ile prezante olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal stromal tümör,
tuboovaryan abse, imatinib. *Nobel Med 2011; 7(2):
121-123*

A CASE OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR PRESENTING AS A TUBOOVARIAN ABSCESS

ABSTRACT

A gastrointestinal stromal tumor (GIST) is a rare tumor
of the gastrointestinal tract. Although stomach is the
most frequent site of occurrence, GISTs can arise from
anywhere in the gastrointestinal tract. The most common
symptoms are vague and nonspecific abdominal pain or
discomfort. We would like to present a GIST case with
the complaint of acute abdominal pain and fever due to
an accompanying complex adnexial mass. A 47-year-
old female patient with sudden onset abdominal pain
and fever applied at our clinic. A 8 cm diameter sized,

complex, solid mass on the ultrasonographic examination
was found. Her temperature was 38.6°C and on her
laboratory examination, leukocyte and CRP values were
27.400 and 254, respectively. After an initial diagnosis
of tuboovarian abscess, the patient was internalized.
Abdominal CT revealed a solid lesion originating from
small bowel resulting in signs of sepsis due to a closed
perforation. Resection of the mass was performed and the
postop pathology report was GIST. Patient had adjuvant
imatinib therapy. Although GIST's are mostly seen in
stomach with vague symptoms, large sized GIST's which
occur in the lower abdomen can be complicated and
present as having a tuboovarian abscess clinic.

Key Words: Gastrointestinal stromal tumor, tuboovarian
abscess, imatinib. *Nobel Med 2011; 7(2): 121-123*

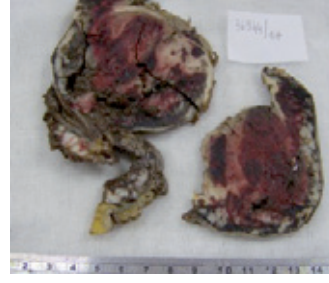
GİRİŞ

Gastrointestinal Stromal Tümör (GİST), gastrointestinal sistemin (GİS) nadir tümörlerindedir. Tüm GİS maliniteleri içerisinde %1–3 oranında görülür.¹ GİS mezenkimal tümörlerinin en sık görülen alt tipidir.^{2,3} En sık 40-70 yaşları arasında görülür. Kadın-erkek oranı eşit olmakla birlikte erkeklerde daha sık olduğunu söyleyen yayınlar vardır.⁴⁻⁶ Genelde asemptomatik seyrederek. Semptomatik olursa en sık karın ağrısı, GİS kanaması (hematemez, melena) ve palpasyonla ele gelen kitle şeklinde belirti verir. Nadiren obstrüksiyona bağlı bulgu verebilir. Literatürde boyutları birkaç milimetreden 30 cm'e kadar değişen GİST vakaları bildirilmiştir.^{5,6} Büyük çaplı GİST'lerde (>5cm) komplikasyon riski (GİS kanama, obstrüksiyon, perforasyon) daha fazladır.⁷⁻⁹ GİST, GİS içerisinde herhangi bir lokalizasyonda olabilir. En sık görüldüğü yerler mide (%50–70), ince barsak (%33), kolon (%5–15), ösofagustur (%1–5)^{3,5,10,11}. Biz de ince barsak yerleşimli, büyük (>5cm) çaplı, kapalı perforasyon nedeniyle pelvik abse, bakteremi ve sepsis kliniği ile hastanemize başvuran ve ön tanı olarak tuboovaryan abse düşünülerek yatırılan bir GİST vakasını sunuyoruz.

OLGU

Tıbbi özgeçmiş ve soygeçmişinde özelliği olmayan, geçirilmiş appendektomi ve umbilikal herni operasyonları bulunan 47 yaşında kadın hasta, ani başlayan sağ kasık ağrısı ve ateş yükselmesi şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Muayenede ateşi 38.6°C ölçüldü, nabız 85/dk idi. Sağda belirgin olmak üzere bilateral alt kadrantlarda hassasiyet saptandı, defans ve rebound saptanmadı. Transvaginal ultrasonda sağ adneksiyal alandan douglasa uzanan, sınırları kısmen düzensiz, septasyonlar içeren, yoğun içerikli 8 cm çaplı kistik yapı izlendi. Tetkiklerde lökosit 27400/mm³, CRP: 254 olması üzerine hasta, tuboovaryan abse ön tanısıyla, parenteral antibiyoterapi verilmek ve ileri tetkik edilmek üzere yatırıldı. Takipte 4 gün süreyle ampicilin-sulbaktam 1gr iv (4gr/gün) ve 10 gün süreyle seftriakson 1gr iv (2gr/gün), metronidazol 500mg iv (2gr/gün) tedavisiyle ateşi ve lökositozu kontrol altına alındı.

Takip sırasında çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT), sağ adneksiyal alandan kaynaklanan, düzgün cidarlı, çevre dokulara invaze olmayan, içerisinde kistik alanlar ve hava gölgeleri bulunan, 15 cm çapında, kapalı ince barsak perforasyon bulguları gösteren semisolid kitle saptandı. Operasyon sırasında terminal ileumun 50 cm proksimalinden kaynaklanıp burayı perforasyon ederek sol tarafta sigmoid kolon mezosuna ve douglasa doğru büyüyen 15 cm çaplı tümöral kitle izlendi. Uterus ve overler normaldi. Tümöral kitle, perforasyon alanını içeren 10 cm uzunlukta segmentle



Resim. İnce barsak duvarından kaynaklandığı açıkça görülen abse formasyonu almış ve barsağın bir bölümü ile beraber rezeke edilmiş gastrointestinal stromal tümör piyesinin görünümü

beraber ileumdan rezeke edildi ve uç uca anastomoz yapıldı (Resim). Piyesin patoloji sonucu yüksek risk grubunda olan GİST olarak rapor edildi. Tümörün mitoz sayısı 50 büyük büyütme alanında 5 idi. İmmünohistokimya CD 117 (c-kit) pozitif bulundu ve Ki-67 indeksi %15 olarak hesaplandı. Postoperatif dönemde problemi olmayan hasta ameliyat sonrası sekizinci gün taburcu edildi ve imatinib tedavisine başlandı. Postoperatif 13. ayında olan hasta sorunsuz olarak poliklinik takiplerine gelmektedir.

TARTIŞMA

GİST, GİS'in Kit veya PDGFRA geni mutasyonu ile tanımlanan mezenkimal tümördür.^{2,12} Tüm GİS tümörleri arasında sıklık açısından adenokarsinom ve lenfomadan sonra 3. sıradadır.^{10,13} Amerika Birleşik Devletleri'nde insidans 10-20/1.000.000 olarak verilmektedir. En sık 40-70 yaş arasında görülür.^{5,6} GİS'in herhangi bir yerinde görülebilmekle beraber en sık midede görülür. Çoğu sporadiktir. Genelde asemptomatiktir veya nonspesifik semptomlarla (karında şişkinlik, erken doyma hissi) belirti verir.⁷⁻⁹ Literatürde kapalı perforasyon nedeniyle enfektif tablo ile prezante olan hastalar olsa da bunlar tümörün pelvis dışında olması nedeniyle baştan beri barsak kaynaklı olarak değerlendirilip tedavi edilmişlerdir. Vakamızın özelliği enfektif tablo yaratan GİST'in çekuma ve dolayısıyla pelvise yakın olması ve büyürken muhtemelen postür ve yerçekiminin de etkisiyle pelvis tabanına doğru gelişim göstermesi ve tansal olarak tuboovaryan abse ile karışmasıdır. Vakamızda jinekolojik muayenede hassasiyet ve adneksiyal kitle bu tanıyı desteklerken, vajinal akıntının çok az olması pelvik inflamatuvar hastalık ve abse bulgularıyla uyuşmayan en önemli kriter olarak değerlendirilmiştir. Kendi vakamızda özellikle ayırıcı tanıda BT görüntüleme çok yararlılık göstermiştir.

GİST'te prognoz açısından belirleyici faktörler optimal operasyonun yapılabilirliği, tümör lokalizasyonu, tümör çapı ve mitotik aktivitedir.¹⁴ Bu nedenle tümörler çap ve mitotik aktiviteye göre risk gruplarına ayrılır.¹⁵ Bu sınıflamada tümör çapı 2cm'den küçük ve mitotik aktivitesi az olan tümörler çok düşük riskli gruba girer. Tümör çapı 10 cm'den büyük tümörler ile tümör çapı 5cm'den büyük olup yüksek mitotik aktivite gösteren tümörler yüksek riskli olarak →

kabul edilir. GİST tanısında biopsi şarttır. İmmünohistokimyasal tanı ayrıca gereklidir. Çoğu tümör CD34 (%70–78) ve CD117 (%72–94) antijenlerini ekspres ederler ^{4,5,8,16,17}. Radyolojik görüntüleme kontrastlı BT ve baryum floroskopik görüntüleme faydalıdır. BT görüntüleme küçük çaplı tümörler intramural kitle olarak görülür. Büyük çaplı (>5cm) olanlar genelde barsak dışına büyür ¹⁸. Tümörün kanlanması bozulması nedeniyle BT'de iç kısmı nekroze, merkezinde sıvı dolu kavite şeklinde, bazen de bu kitlenin lümen ile ağzlaşmasına bağlı olarak kavite içinde hava görülen kompleks kitle şeklinde izlenir ^{9,19,20}. Bizim vakamızda da kontrastlı BT tanıyı oldukça kolaylaştıran bir yöntem olarak belirmiş ve literatürde belirtilen bu özelliklerin varlığı saptanmıştır.

Geleneksel tedavi, nonmetastatik ve operable tümörlerde cerrahidir. Lenf nodu metastazı nadir olduğu için

lenfadenektomi gereksizdir ²¹. Kemoterapi ve radyoterapi etkisizdir ^{14,15,16}. GİST, intertisyel kaja hücrelerinden kaynaklanır ^{2,22,23}. Bu hücrelerde gösterilen c-kit mutasyonu tedavide tirozin kinaz inhibitörlerinin kullanımını gündeme getirmiştir. Gerçekte metastatik veya inoperabl vakalarda c-kit tirozin kinaz inhibitörü (İmatinib) ile %40-70'e varan cevap alınır.²⁴

Ortak bir karar veya yeterli sayıda çalışma olmamasına rağmen genel görüş, cerrahi imatinib tedavisinin eklenmesi şeklindedir ²⁵.

SONUÇ

Literatürde pelvik kitle ile prezente olan GİST vakaları bulunmakla birlikte, incelediğimiz kadıyla, tuboovaryan abse kliniği ile prezante olan vakamız bu açıdan bir ilki temsil etmektedir.



İ	İLETİŞİM İÇİN: Dr. A. Cem İyibozkurt Kalamış Fener caddesi Güneş apartmanı No:9 Daire:8, Kadıköy, İstanbul cemi@yaho.com
✓	GÖNDERDİĞİ TARİH: 24 / 09 / 2009 • KABUL TARİHİ: 27 / 01 / 2010

KAYNAKLAR

1. Kim CJ, Day S, Yeh KA. Gastrointestinal stromal tumors: analysis of clinical and pathologic factors. *Am Surg* 2001; 67: 135-137.
2. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis and differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130: 1466-1478.
3. Nishida T, Hirota S. Biological and clinical review of stromal tumors in the gastrointestinal tract. *Histol Histopathol* 2000; 15: 1293-1301.
4. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors—definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001; 438: 1-12.
5. Pithorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: current diagnosis, biologic behavior, and management. *Ann Surg Oncol* 2000; 7: 705-712.
6. Lehnert T. Gastrointestinal sarcoma (GIST)--a review of surgical management. *Ann Chir Gynaecol* 1998; 87: 297-305.
7. Pierie JP, Choudry U, Muzikansky A. The effect of surgery and grade on outcome of gastrointestinal stromal tumors. *Arch Surg* 2001; 136: 383-389.
8. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobin LH, Lasota J. Esophageal stromal tumors: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 17 cases and comparison with esophageal leiomyomas and leiomyosarcomas. *Am J Surg Pathol* 2000; 24: 211-222.
9. Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Brown L, et al. Leiomyosarcoma of the esophagus: radiographic findings in 10 patients. *Am J Roentgenol* 1996; 167: 27-32.
10. Plaat BE, Hollema H, Molenaar WM, et al. Soft tissue leiomyosarcomas and malignant gastrointestinal stromal tumors: differences in clinical outcome and expression of multidrug resistance proteins. *J Clin Oncol* 2000; 18: 3211-3220.
11. Berman J, O'Leary TJ. Gastrointestinal stromal tumor workshop. *Hum Pathol* 2001; 32: 578-582.
12. Rubin BP, Singer S, Tsao C, et al. KIT activation is a ubiquitous feature of gastrointestinal stromal tumors. *Cancer Res* 2001; 61: 8118-8121.
13. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, et al. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000; 231: 51-58.
14. Dougherty MJ, Compton C, Talbert M, Wood WC. Sarcomas of the gastrointestinal tract. Separation into favorable and unfavorable prognostic groups by mitotic count. *Ann Surg* 1991; 214: 569-574.
15. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol* 2002; 33: 459-465.
16. Tazawa K, Tsukada K, Makuuchi H, Tsutsumi Y. An immunohistochemical and clinicopathological study of gastrointestinal stromal tumors. *Pathol Int* 1999; 49: 786-798.
17. Lasota J, Jasinski M, Sarlomo-Rikala M, Miettinen M. Mutations in exon 11 of c-Kit occur preferentially in malignant versus benign gastrointestinal stromal tumors and do not occur in leiomyomas or leiomyosarcomas. *Am J Pathol* 1999; 154: 53-60.
18. Chak A, Canto MI, Rosch T, et al. Endosonographic differentiation of benign and malignant stromal cell tumors. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: 468-473.
19. Shojaku H, Futatsuya R, Seto H, et al. Malignant gastrointestinal stromal tumor of the small intestine: radiologic-pathologic correlation. *Radiat Med* 1997; 15: 189-192.
20. Buckley JA, Fishman EK. CT evaluation of small bowel neoplasms: spectrum of disease. *Radiographics* 1998; 18: 379-392.
21. Nguyen SQ, Divino CM, Wang JL, Dikman SH. Laparoscopic management of gastrointestinal stromal tumors. *Surg Endosc* 2006; 20: 713-716.
22. Sircar K, Hewlett BR, Huizinga JD, et al. Interstitial cells of Cajal as precursors of gastrointestinal stromal tumors. *Am J Surg Pathol* 1999; 23: 377-389.
23. 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: 1259-1269.
24. Demetri GD, von Mehren M, Blanke CD, et al. Efficacy and safety of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors. *N Engl J Med* 2002; 347: 472-480.
25. Duffaud F, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors: biology and treatment. *Oncology* 2003; 65: 187-197.