

Opis przypadku • Case report**Olbrzymi guz stromalny przewodu pokarmowego – opis przypadku**Radosław Jaworski¹, Jacek Zieliński¹, Marta Gross², Andrzej Kopacz¹

Guzy stromalne przewodu pokarmowego, mimo iż występują rzadko, przykuwają coraz większą uwagę klinicystów. Wczesne rozpoznanie choroby może być utrudnione skąpoobjawowym przebiegiem klinicznym. Poniżej opisano przypadek pacjenta leczonego w Klinice Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku, u którego stwierdzono olbrzymich rozmiarów guz jamy brzusznej, nieznacznie utrudniający choremu wykonywanie czynności życiowych, ale nie dający jednocześnie innych objawów klinicznych.

Enormous gastrointestinal stromal tumor – a case report

Although gastrointestinal stromal tumors occur rarely, clinicians constantly pay more attention to those neoplasm's. Early diagnosis may be difficult because of insignificant clinical course of disease. We describe a case of one patient admitted to Surgical Oncology Dept. of Medical University of Gdansk because of a enormous in size tumor located in abdomen. Except small movements dysfunction there were no others clinical symptoms of illness.

Słowa kluczowe: guzy stromalne przewodu pokarmowego, GIST, imatinib, CD 117

Key words: gastrointestinal stromal tumors, GIST, imatinib, CD117

Wstęp

Nowotworami podścieliskowymi (stromalnymi) przewodu pokarmowego (*Gastrointestinal Stromal Tumors*) nazywamy nowotwory mezenchymalne, wywodzące się z podścieliska przewodu pokarmowego, posiadające nadekspresję białka KIT [1]. Po raz pierwszy opisano je w 1983 roku [2]. Nowotwory te charakteryzują się pozytywną reakcją immunohistochemiczną przeciwko antygenowi CD 117. Uważa się, że guzy stromalne przewodu pokarmowego pochodzą z pluripotencjalnych prekursorowych komórek pnia, z których wywodzą się także śródmięszkowe komórki Cajala przewodu pokarmowego. Są to nowotwory występujące rzadko, z szacowaną częstością na poziomie 10–20 zachorowań/ milion mieszkańców/rok. W ostatnich latach obserwuje się zwiększoną zachorowalność na nowotwory stromalne przewodu pokarmowego [3]. Chorują głównie osoby między 6. a 8. dekadą życia, aczkolwiek obserwuje się zachorowania u osób młodszych, a także u dzieci [4–6]. W 20–30% przypadków guzy te są nowotworami złośliwymi [7].

Opis przypadku

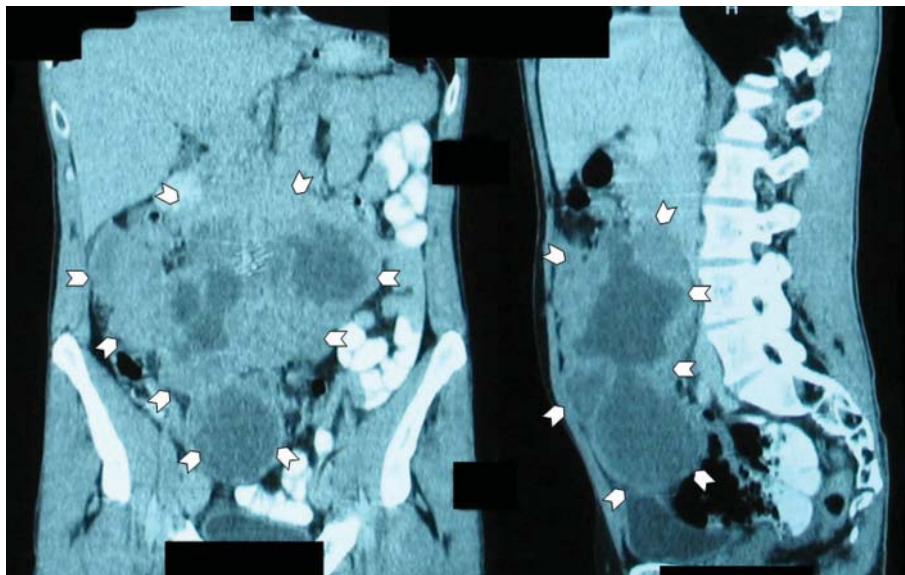
Chory w wieku 35 lat został przyjęty do Kliniki Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku z palpacyjnie wyczuwalnym guzem jamy brzusznej. Pacjent zauważył powiększający się guz przed dwoma laty. Chory nie zgłaszał żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, ani nie chorował na inne choroby. W ciągu ostatniego roku utracił na wadze 10 kg. Przy przyjęciu do Kliniki nie stwierdzono objawów niedrożności, krwawienia z przewodu pokarmowego, ani dolegliwości bólowych. Pacjent zgłosił się, ponieważ stale powiększający swoje rozmiary guz zaczął przeszkadzać mu w normalnych czynnościach życiowych. W badaniu fizykalnym stwierdzono guz o wymiarach 20 x 20 cm, zlokalizowany centralnie w jamie brzusznej, widoczny przez powłoki. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego, poza niewielkiego stopnia niedokrwistością.

Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej oraz tomografia komputerowa (TK) wykazały olbrzymią, policykliczną masę wypełniającą całe śródbrzusze i miednicę mniejszą (Ryc. 1). Wewnątrz guza opisywane były obszary rozpadu oraz zwąpnienia. Ponadto stwierdzono trzy ogniska przerzutowe w II, V i VII segmencie wątroby, wielkości do 25 mm każdy.

W czasie laparotomii stwierdzono guz średnicy ok. 20 cm, położony w krezce jelita cienkiego, nie naciekający okolicznych struktur (Ryc. 2), a także przerzuty w wątrobie. Nie można było jednoznacznie określić, czy

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej

² Katedra i Zakład Patomorfologii
Akademia Medyczna w Gdańsku



Ryc. 1. TK jamy brzusznej. Strzałkami oznaczono granice guza

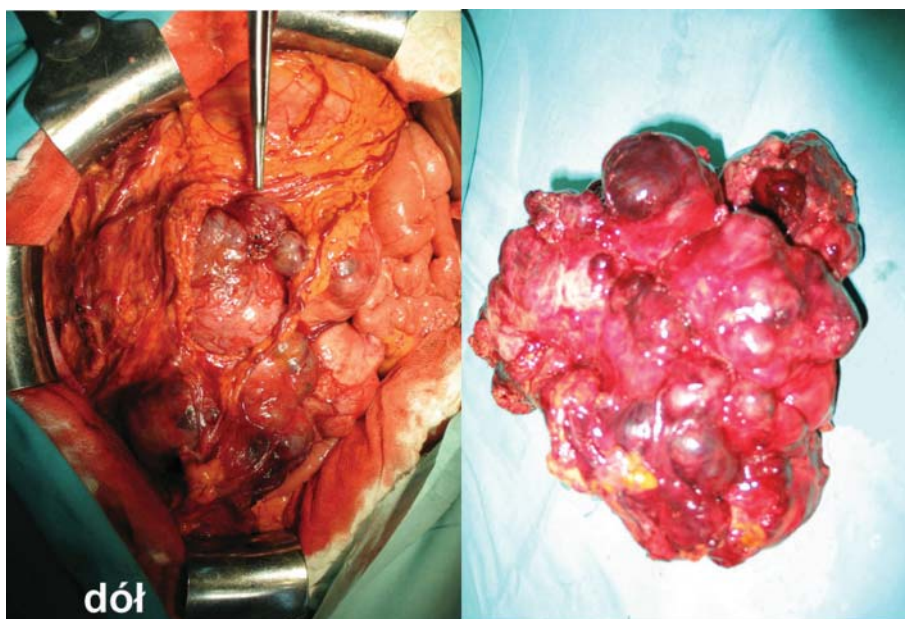
guz wychodził ze ściany przewodu pokarmowego. W trakcie zabiegu nie uszkodzono ściany jelita. Wydaje się, że guz położony był w bliskim kontakcie poziomej części dwunastnicy. W doraźnym badaniu histopatologicznym stwierdzono nowotwór nienabłonkowy wrzecionowato-komórkowy. Guz usunięto w całości, oszczędzając naczynia krezki jelita cienkiego. Nie wykonano resekcji zmian przerzutowych w wątrobie.

W badaniu histopatologicznym, przeprowadzonym w trybie zwykłym, stwierdzono policykliczny guz wielkości 20 x 18,5 x 11 cm z jamistą przestrzenią wielkości 7 x 7 x 7,5 cm, wypełnioną krwistą treścią, do światła której wrastał guzek średnicy 3 cm. W reakcjach immunohistochemicznych wykazywał on pozytywną reakcję dla CD 117 oraz SMA, a negatywną dla białka S-100 (Ryc. 3). Indeks mitotyczny wynosił 21 patologicznych mitoz na

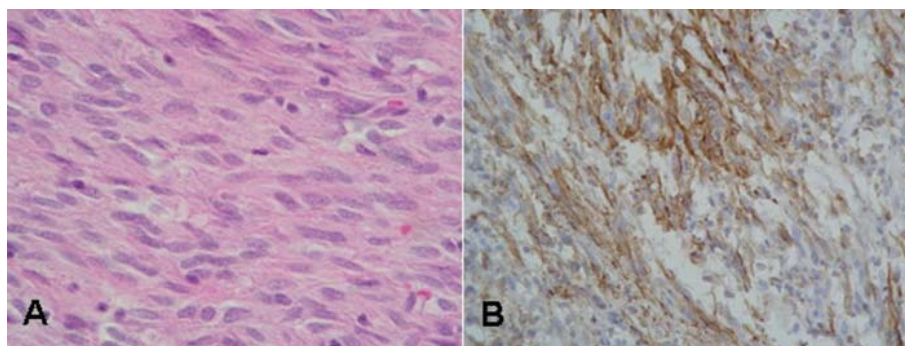
10 HPF (*High-Power Field*). W usuniętych fragmentach sieci większej znaleziono ogniska nowotworu o tym samym utkaniu. Ostatecznym rozpoznaniem histopatologicznym był guz stromalny przewodu pokarmowego o bardzo dużym prawdopodobieństwie złośliwości.

Pacjenta zakwalifikowano do dalszego leczenia imatinibem i wypisano w dobrym stanie ogólnym w 8 dobie pooperacyjnej.

Okres obserwacji chorego wynosił w momencie opracowywania niniejszego tekstu ponad 7 miesięcy. Kontrolne badanie TK po leczeniu imatinibem nie wykazało progresji choroby nowotworowej; zmiany przerzutowe w wątrobie nie powiększyły się. Chory czuje się dobrze, swobodnie wykonuje wszelkie czynności oraz prowadzi aktywność zawodową.



Ryc. 2. Śródoperacyjne zdjęcie jamy brzusznej (w centrum widoczny olbrzymi, policykliczny guz) oraz preparat histopatologiczny



Ryc. 3. Preparaty histopatologiczne.
A – widoczne figury podziału (powiększenie 400 x); B – immunoreaktywność SMA (powiększenie 200 x)

Dyskusja

Guzy stromalne przewodu pokarmowego występują rzadko. Najczęściej zlokalizowane są w żołądku (51%) oraz jelicie cienkim (36%), ale spotyka się je także w jelicie grubym (12%), w ścianie przełyku (1%), kreczce jelita, sieci większej, a nawet w jamie ustnej [6]. Najczęściej dają przerzuty drogą krwionośną do wątroby [8].

Nowotwory stromalne przewodu pokarmowego stanowią wyzwanie dla lekarzy klinicystów z uwagi na skąpoobjawowy przebieg kliniczny. Często są one wykrywane przypadkowo. W zależności od lokalizacji mogą powodować dysfagię, uczucie „gniecenia” w obrębie jamy brzusznej oraz krwawienia z górnych i dolnych odcinków przewodu pokarmowego. Pacjenci często zgłaszają się do szpitala z guzem jamy brzusznej, który wykryli sami. Tak było w przypadku opisywanego pacjenta. Stwierdzono małą niedokrwistość, świadczącą najprawdopodobniej o krwawieniu z guza, przewlekłym i niewielkiego stopnia.

Leczenie guzów stromalnych przewodu pokarmowego polega w 100% na leczeniu chirurgicznym, a w przypadku przerzutów i/lub wysokiej złośliwości nowotworu zastosowaniu leczenia adjuwantowego w postaci imatinibu. Leczenie imatinibem stanowiło przełom w leczeniu nowotworów tego typu, bowiem przed wprowadzeniem takiego leczenia odpowiedź stromalnych guzów przewodu pokarmowego na stosowaną chemioterapię wynosiła poniżej 10% [3]. W dostępnej literaturze pojawiają się prace dotyczące możliwości zastosowania imatinibu jako leczenia neoadjuwantowego [9, 10].

W przedstawionym przypadku resekcja guza z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych była niemożliwa z uwagi na jego rozmiary. Operator wykonał resekcję guza wzdłuż pseudotorebki, wytworzonej na jego powierzchni. W związku z pozostawieniem przerzutów nowotworu do wątroby, a także niepewnym marginesem wycięcia guza, pacjenta zakwalifikowano do leczenia uzupełniającego.

Opisany przypadek obrazuje podstępność przebiegu guzów stromalnych przewodu pokarmowego. Olbrzymi guz u wyżej omawianego pacjenta rósł przez kilka lat, nie dając żadnych dolegliwości. Mimo, że podobne sytuacje, w których dochodzi do bezobjawowego przebiegu choroby i rozwoju olbrzymiego guza jamy brzusznej,

występują rzadko, należy zawsze starannie przeprowadzać badanie przedmiotowe u chorych, niezależnie od ich wieku. W każdym przypadku stwierdzenia guza jamy brzusznej należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej guzy stromalne przewodu pokarmowego, tym bardziej, że zastosowanie imatinibu znacznie polepszyło rokowanie u pacjentów chorych na ten typ nowotworu.

Lek. Radosław Jaworski

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej AMG
ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk
e-mail: radicis@go2.pl

Piśmiennictwo

1. Stachura J, Limon J, Ruka W i wsp. *GIST- nowotwory podścieliskowe (stromalne) przewodu pokarmowego. Rola imatinibu w leczeniu*. Gdańsk: Via Medica; 2002.
2. Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors. Reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol* 1983; 7: 507-19.
3. Goettsch WG, Bos SD, Breekveldt-Postma N i wsp. Incidence of gastrointestinal stromal tumours is underestimated: results of a nationwide study. *Eur J Cancer* 2005; 41: 2868-72.
4. Hayashi Y, Okazaki T, Yamataka A i wsp. Gastrointestinal stromal tumor in a child and review of the literature. *Pediatr Surg Int* 2005; 21: 914-7.
5. Price VE, Zielenska M, Chilton-MacNeill S i wsp. Clinical and molecular characteristics of pediatric gastrointestinal stromal tumors (GISTs). *Pediatr Blood Cancer* 2005; 45: 20-4.
6. Tran T, Davila JA, El-Serag HB. The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 162-8.
7. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors – definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001; 438: 1-12.
8. Burkill GJ, Badran M, Al-Muderis O i wsp. Malignant gastrointestinal stromal tumor: distribution, imaging features, and pattern of metastatic spread. *Radiology* 2003; 226: 527-32.
9. Salazar M, Barata A, Andre S i wsp. First report of a complete pathological response of a pelvic GIST treated with imatinib as neoadjuvant therapy. *Gut* 2006; 55: 585-6.
10. Goh BK, Chow PK, Chuah KL i wsp. Pathologic, radiologic and PET scan response of gastrointestinal stromal tumors after neoadjuvant treatment with imatinib mesylate. *Eur J Surg Oncol* 2006; 32: 961-3.

Otrzymano: 4 grudnia 2006 r.

Przyjęto do druku: 21 sierpnia 2007 r.