

# Gastrointestinal Stromal Tumor

## GIST

Doç. Dr. Koray TOPGÜL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD/  
Samsun

# GİST?

- Gİ. traktın nadir, fakat ensik mezankimal tm., tüm GİS tm.lerinin %1-3, sarkomların %5.7
- Cajal interstisyel hücrelerden ya da prekürsüründen kökenli
- Otonom sinir sistemi ve düz kaslar arasında peristaltizmi kordine eden karmaşık bir iletişim şebekesinde rol
- İğsi, epiteloid, pleomorfik
- KİT proten sekresyonu
- Yıllık milyonda 10-20 olgu

- ABD yıllık 5000 yeni olgu
- Eskiden leyomyosarkom, leyomyom, leyomyoblastom vb.
- Malign (%30) , benign ya da borderline tm
- Benign tm midede sık
- Malign lezyon >5cm, heterojenite, santral nekroz, mezenterik infiltrasyon, lenf nodu, metastaz

# Klinik

- 55-65 yaş arası **erkeklerde** sık
- Ağrı, kanama, obst., doygunluk, bulantı, kusma, palpabl kitle
- Endoskopi, laparoskopı, görüntüleme de tesadüfen

# Görüntüleme genel özellikleri

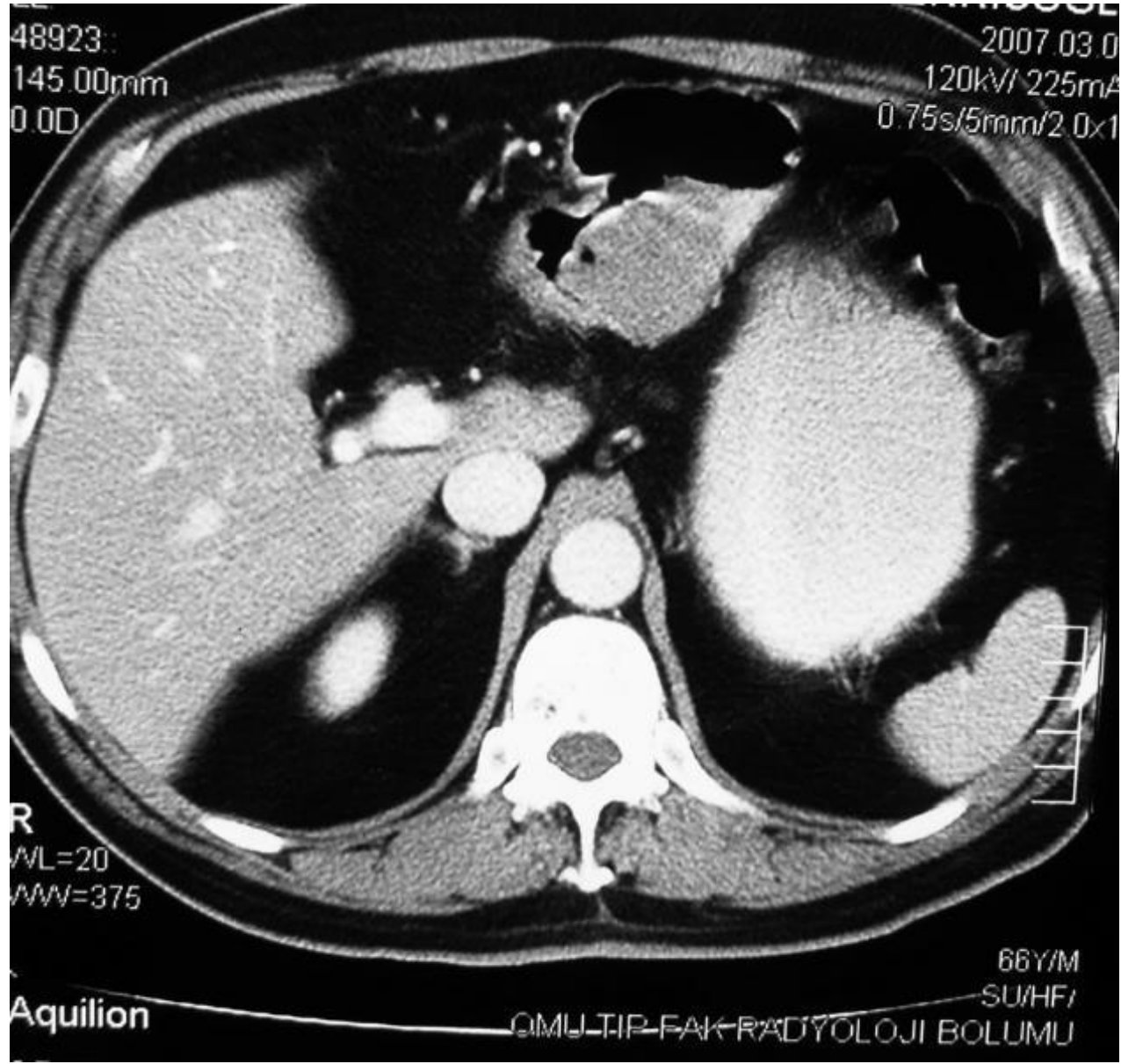
(US, BT, MR, PET, Endosono, Baryumlu X-ray)

- İyi sınırlı, kötü sınırlı, lobüle konturlu
- Küçük lezyonlar homojen, büyükler heterojen
  - Çoğu solid, tamamen kistik
  - Homojen ya da heterojen
  - Sıvı-sıvı değeri, hava-sıvı değeri
  - Solid komponentler değişik oranda kontrastlanma, homojen ya da rim tarzında kontrastlanma

# Diğer GİS tm.lerinden ayırım

- **Lenfoma:** GİS te çepeçevre duvar kalınlaşması ve homojen kontrastlanma, beraberinde lenf nodu +/-
- **Karsinoid:** Terminal ileum yerleşimi sık, belirgin desmoplastik reaksiyon
- **Karsinom:** Lokal infiltrasyon ve obst.sık
- **Metastaz:** GİST den farklı multifokal, primer tm. öyküsü

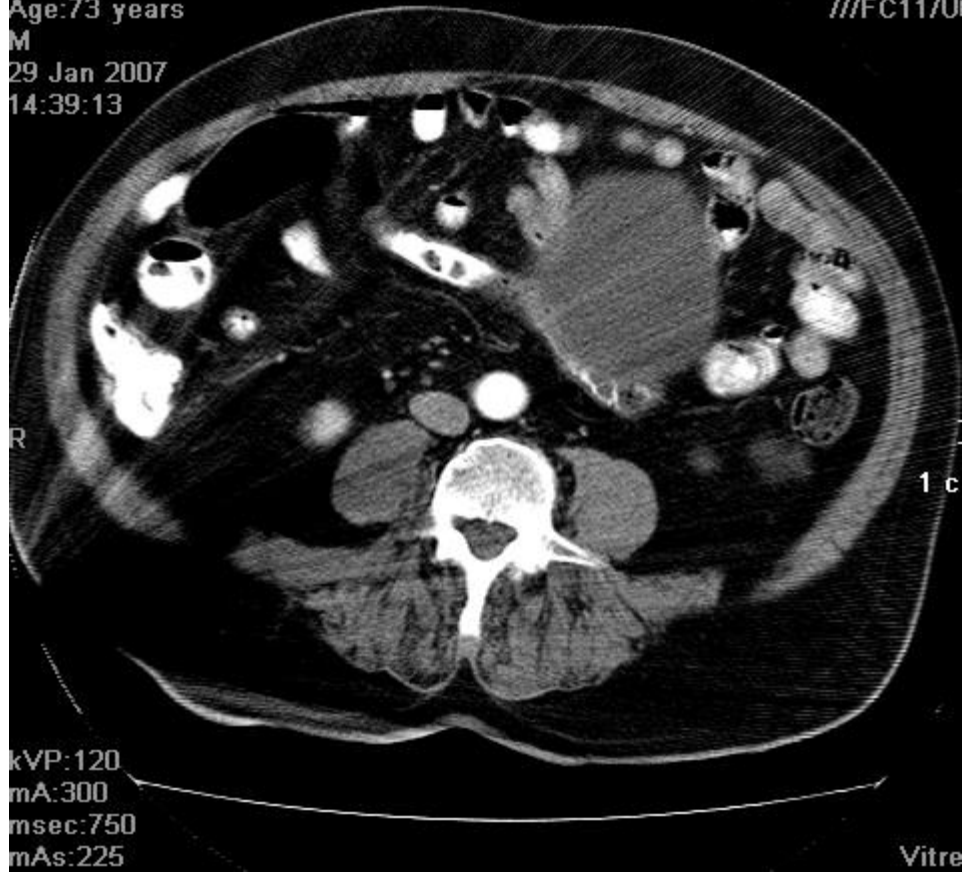






46380 TH BT PLV  
Age:73 years  
M  
29 Jan 2007  
14:39:13

///FC11/U

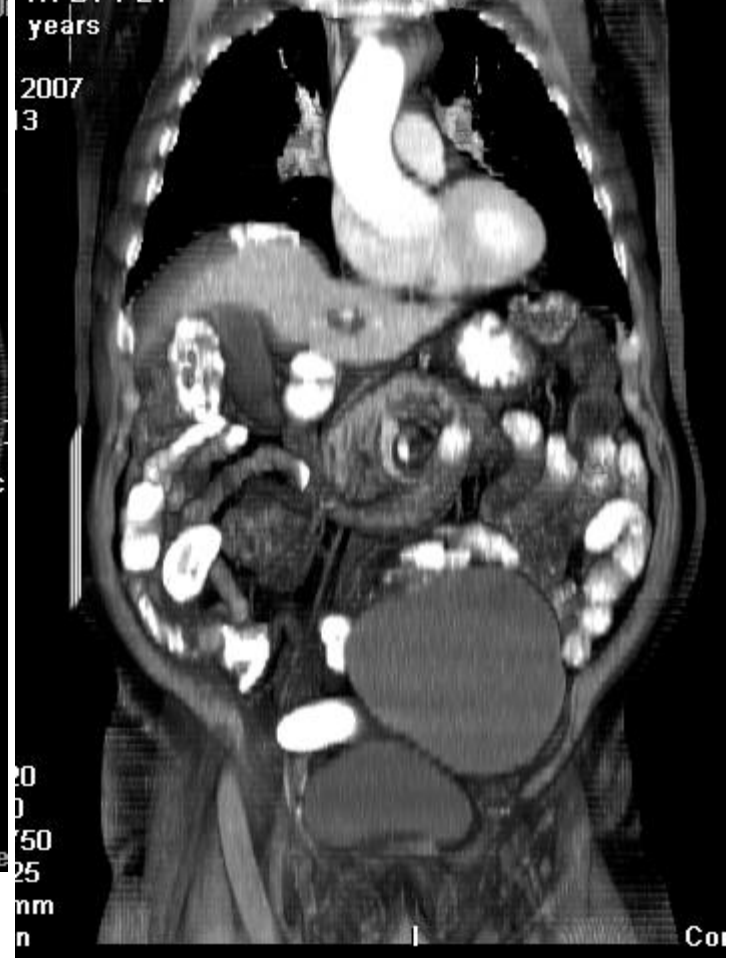


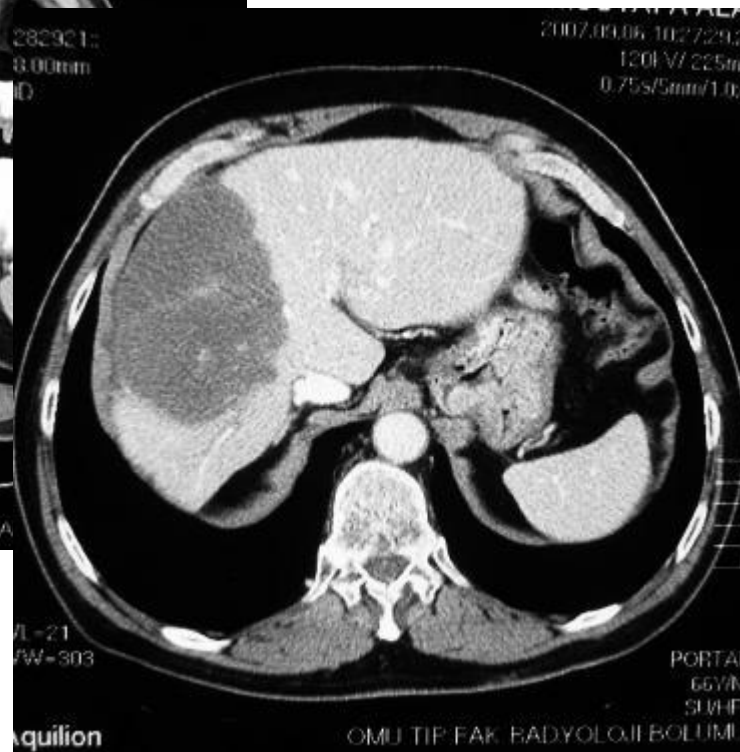
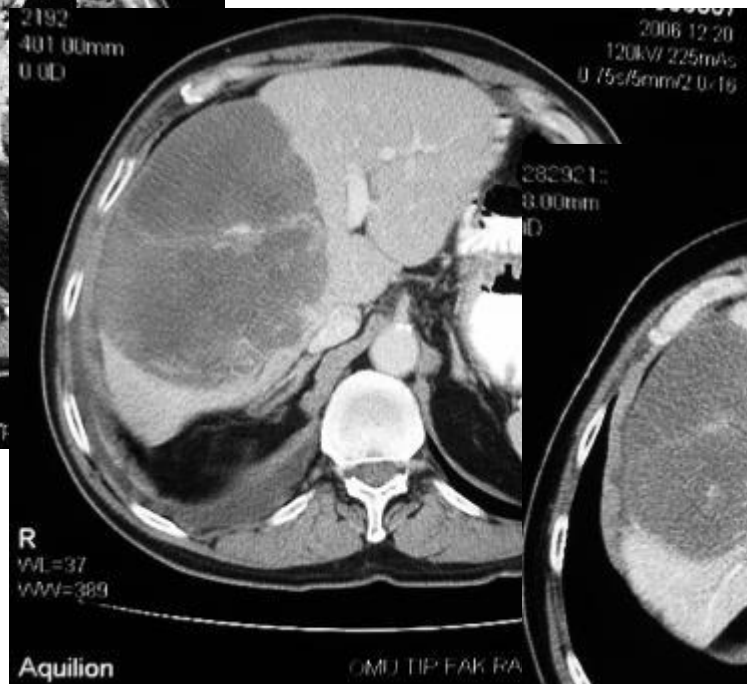
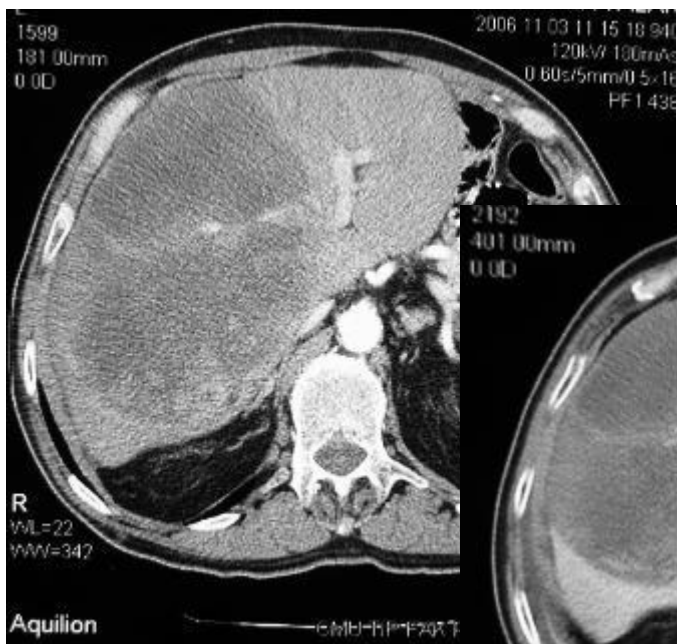
kVP:120  
mA:300  
msec:750  
mAs:225

Vitre

ET, MADEN  
TH BT PLV  
years  
2007  
3

S UMO TIP FAK RADY







# Yerleşim

- Mide %60-70
- İnce barsak % 20-25
- Kolon, rektum %5
- Özofagus <%5
- Omentum, mezenter <%5
- Nadiren pelviste ektopik GİST
- Subseroz, submukoz, intraluminal
- Çoğu submukozada ekzofitik büyüme komşu dokulara bası
- Lümeninde obs. nadir

# GIST

- Gastrointestinal sistemin en sık mezenkimal tümörü
- Midede %40-70
- İnce bağırsaklarda %20-40
- 5-7 dekatta sık
- Endoskopi, Endosonografik US, BT, MR, PET

Fletcher CD, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors:  
A consensus approach. Hum Pathol 2002;33:459-65.

Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. Virchows Arch 2001;438:1-12.

- Primer lokaliz GİST'lerin büyük bir kısmı ek tedaviye gerek olmadan cerrahi olarak tedavi edilebilir
- **Tirozin kinaz inhibitörleri**nden önce lokalize olgularda cerrahi yeterli olabiliyordu, ancak metastatik ya da nüks olgularda sağkalım **12 ay**dı.

## GİSTler karsinomalar gibi değildir

- Metsataz sıklıkla **KC** ve **periton**adır, lokarejyonel **LN'larına çok nadir**
- Büyümeleri lümenin tersine, intraabdominal kaviteye doğrudur



- Belirgin malign olanlarda bile tümör büyürken organ invazyonu yapmaz çevre organları iter
- Yumuşak ve frajil tümörlerdir cerrahi sırasında **kolayca rüptüre** olabilirler ve peritoneal yayılım olabilir



- GİST’de cerrahide temel amaç **negatif sınırla** tam cerrahi yapmaktır.

LN tutulumu olmadığı için

- Mide lokalizasyonunda LN diseksiyonu gerekli değildir
- Rektum lokalizasyonunda mezorektal eksizyon gerekmez

# Lokalizasyonuna Göre Cerrahi Mantık

# Özefagus

- Klinik olarak masum görünen özefageal GİST'ler malign potansiyel taşımaları nedeniyle rezek edilmelidir
- En sık alt 1/3 lokalizasyonludur
- Disfaji ve kanama yaparlar
- Preoperatif leomiyomlardan ayırd edilmeli (c-kit immünohistokimya)
- Segmenter rezeksiyon gerekir,
- Muskularis mukoza tutulu olduğundan enükleasyon uygun değildir

# Mide

- En sık lokalizasyon
- Ortalama 3-4 cm çap
- Küçük tümörlerde 'wedge' rezeksiyon yeterlidir ve olguların 2/3'ü bu şekildedir
- 1/3 üst ve bileşke tümörleri zorluk arzedebilir
- Laparoskopik/endoskopik teknikler uygulanabilir

# Duodenum

- GIS kanaması en sık belirtisidir
- Lokal rekürrens ve metastaz %35
- Ampulla Vater' uzak olanlarda wedge rezeksiyon yapılabilir
- Ampulla tutulu ise Whipple ameliyatı
- Wedge rezeksiyon sonrası primer kapatılabilir ya da duodenojejunostomi yapılır

# İnce Bağırsak

- En sık ikinci lokalizasyon
- Segmenter rezeksiyon yeterlidir.

# Kolon

- %5'den az
- Tanı kolonoskopi ve BT ile kolay
- Segmenter rezeksiyon yeterli
- %70'i maligndir, uzak metastaz riski orta veya yüksektir
- Lokal rekürrens düşük

# Rektum

- Rektum 3. en sık lokalizasyon
- Kanama ve perianal rahatsızlık hissi/ağrı en sık belirtiler
- 3 cm den küçüklerde transanal eksizyon uygun olabilir
- Mezorektal eksizyon gerekli değil
- Büyük tümörlerde **neoadjuvan** imatinib ile boyut küçültülebilir, sfinkter koruyucu cerrahi yapılabilir



# Metastatik GİST

- En sık metastaz karaciğere ve peritonadır
- İmatinib metastatik hastalıkta standart tedavi
- Ancak ne imatinib ne de cerrahi tek başına yeterlidir---multimodal tedavi

- Erken agresif cerrahi gereklidir—hepatektomi, peritoneal implantların eksizyonu, ince-kalın barsak rezeksiyonu
- Multiple peritoneal ve bilobar yaygın karaciğer metastazlarında küratif tedavi şansı düşüktür.