

تومور بزرگ استرومال دستگاه گوارش در ناحیه دئودنوم: گزارش موردی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۱۶ آنلاین: ۱۳۹۲/۰۹/۱۰

هادی احمدی آملی^۱علی اخلاقی^۱طیب رمیم^{۲*}^۱- گروه جراحی بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.^۲- مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان امام خمینی، نرسیده به میدان حسن آباد، بیمارستان سینا

تلفن: ۰۲۱-۶۶۳۴۸۵۲۹

E-mail: dr.tayebmim@gmail.com

زمینه: تومور استرومال دستگاه گوارش تومورهای مزانشیالی هستند که اختصاصی دستگاه گوارش بوده و حاصل فعالیت موتاسیون‌های ژنی می‌باشند. شایع‌ترین محل این تومورها در معده و سپس روده کوچک است. ۶۰-۴۰ درصد در معده، ۴۰-۳۰٪ در روده کوچک و ۵-۳٪ موارد در دئودنوم رخ می‌دهد.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۴۶ ساله می‌باشد که از حدود دو ماه قبل بارها دچار درد کولیکی سمت چپ شکم شده که پس از چند ساعت بهبود می‌یافت. دو هفته قبل از مراجعه هم‌زمان با شروع درد، به صورت ناگهانی دچار ملنای شدید و متعدد همراه با غش شده بود. پس از مراجعه به بیمارستان سینا در سال ۱۳۹۱ بلافاصله اقدامات حمایتی شروع گردید. سپس بیمار تحت آندوسکوپی و سی تی اسکن شکم و لگن با ماده حاجب خوراکی و تزریقی قرار گرفت. در نهایت بیمار با تشخیص تومور ناحیه دئودنوم تحت عمل جراحی به روش ویل کلاسیک قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین علامت تومورهای استرومال دستگاه گوارش خون‌ریزی‌های گوارشی به صورت مزمن و خفیف است که پس از آن به صورت ناگهانی و شدید تظاهر می‌یابد. تشخیص بیماری با آندوسکوپی و بیوپسی است. تومورهای بزرگ با سلول‌هایی با وضعیت میتوتیک بالا پیش‌آگهی بدتری نسبت به تومورهای کوچک با سلول‌هایی با وضعیت میتوتیک پایین دارند.

کلمات کلیدی: تومور استرومال دستگاه گوارش، ملنا، دئودنوم، پانکراتیکو دئودنکتومی.

مقدمه

در امتداد طولی روده و در هر جایی از آن ممکن است قرار داشته باشد. ۶۰-۴۰٪ موارد در معده و ۴۰-۳۰٪ در روده کوچک دیده می‌شود و تنها در ۵-۳٪ موارد در دئودنوم رخ می‌دهد.^{۱,۳} روش جراحی در GIST های ناحیه دئودنوم شامل رزکسیون دئودنال بدون پانکراتیکودئودنکتومی می‌باشد زیرا GIST این ناحیه تمایل کم‌تری به تهاجم به بافت‌های مجاور و یا غدد لنفاوی دارد.^{۴,۵}

البته برخی جراحان معتقدند که انجام دئودنوپانکراتکتومی می‌تواند کنترل آنکولوژیک بهتری برای بیمار فراهم نماید.^{۶,۷} در این گزارش، یک مورد تومور بزرگ GIST ناحیه دئودنوم از نظر تظاهرات بالینی قبل از تشخیص، روش تشخیص، نوع جراحی مورد

تومورهای استرومال دستگاه گوارش Gastrointestinal Stromal Tumors (GISTs) تومورهای مزانشیالی هستند که اختصاصی دستگاه گوارش بوده و حاصل فعالیت موتاسیون‌های ژنی می‌باشند.^۱ میزان بروز GIST به طور کلی حدود ۲۰-۱۰ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت می‌باشد. از این تعداد ۳۰-۲۰٪ درصد بدخیم هستند. این تومورها اغلب در افراد بالای ۵۰ سال دیده شده و در سنین کم‌تر از ۴۰ سال ناشایع بوده و در کودکان بسیار نادر است.^۲ شایع‌ترین محل GIST در معده و سپس روده کوچک می‌باشد. GIST روده کوچک

استفاده و پی‌گیری بیمار پس از جراحی بررسی و بیان می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۴۶ ساله اهل و ساکن آمل، و دبیر بود که سابقه ۱۶ ساله‌ای از دفع مکرر ملنا با فواصل سالیانه داشته است. در بررسی‌های انجام شده شامل آندوسکوپی و کولونوسکوپی در اولین سابقه ملنا هیچ یافته مثبتی به دست نیامده بود. در سایر دفعات بعدی بروز ملنا در ۱۰-۱۲ سال پیش از مراجعه، بیمار تحت بررسی آندوسکوپی و کولونوسکوپی قرار گرفته که یافته پاتولوژیکی نداشته و با داروهای آنتی‌اسید مرخص گردیده بود. بیمار به صورت مکرر هر ۲-۳ سال دچار ملنا می‌گردید که با مراجعه سرپایی و مصرف آنتی‌اسید تا حدودی علائم بیمار فروکش می‌کرد.

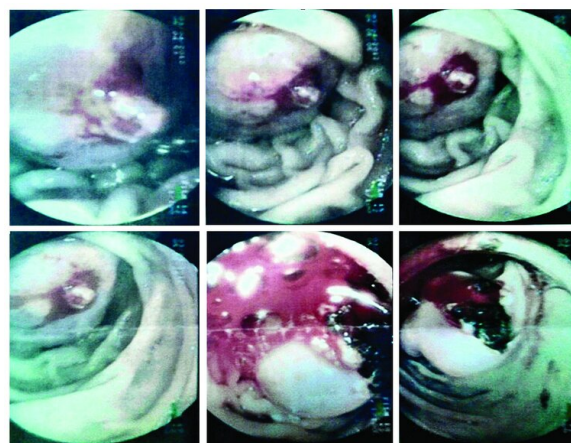
بیمار سابقه‌ای از مصرف الکل نداشت. بیمار از حدود دو ماه قبل دچار درد کولیکی سمت چپ شکم به محاذات ناف شده که پس از چند ساعت خودبه‌خود بهبود می‌یافت و کم و بیش هر هفته این درد را تجربه نموده است. دو هفته قبل از مراجعه هم‌زمان با شروع درد، به صورت ناگهانی دفعات متعدد از ملنای شدید و پشت سر هم را تجربه نموده به گونه‌ای که باعث حالت غش در بیمار شده بود. بیمار به بیمارستانی در نزدیکی محل سکونت انتقال داده شد و اقدامات اولیه خون‌ریزی گوارشی انجام گردید. در آندوسکوپی انجام شده

خون‌ریزی به صورت Jet Bleeding در یک کانون در آمپول واتر مشاهده گردید که به علت غیرقابل کنترل بودن خون‌ریزی، جهت ادامه درمان به تهران منتقل گردید. بیمار در بدو مراجعه، هوشیار و رنگ پریده بوده و قادر به صحبت کردن بود. فشارخون mmHg ۹۰/۶۰ و ضربان قلب ۱۱۰ در دقیقه داشت. در آندوسکوپی انجام شده، یافته‌های قبلی تایید گردید (شکل ۱) و با استفاده از کوتریزاسیون تا حدودی خون‌ریزی کنترل گردید، به گونه‌ای که فرصت لازم برای انجام آمادگی‌های قبل از عمل جراحی فراهم شد. در اندوسونوگرافی انجام شده، توده هیپواکو و هموزن با اندازه حدود چهار سانتی‌متر در Uncinate پانکراس با تهاجم به دئودنوم گزارش گردید. سپس سی‌تی اسکن شکم و لگن با تزریق ماده حاجب خوراکی و تزریقی انجام گردید (شکل ۲). یافته‌های به دست آمده از سی‌تی اسکن تا حدود زیادی نشان‌دهنده تومور استرومال نکروتیک دئودنوم بود.

چهار روز بعد از مراجعه، بیمار تحت عمل جراحی به روش ویپل کلاسیک قرار گرفت (شکل ۳). پس از لاپاراتومی توده مشخصی در پروگزیمال قسمت دوم دئودنوم دیده شد که چسبندگی به مزوی کولون عرضی تا مجاورت کولون عرضی داشت (شکل ۴). برای بیمار در روز سوم پس از عمل جراحی رژیم مایعات شروع گردید و در نهایت با حال عمومی مناسب ترخیص گردید. در گزارش پاتولوژی، GIST با تهاجم به سطح سروزال تشخیص داده



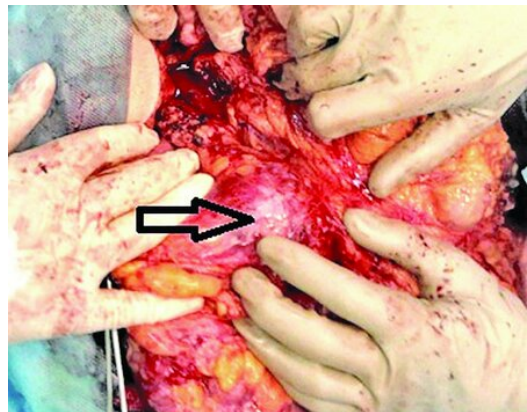
شکل ۲: سی‌تی اسکن شکم. وجود یک ضایعه تقریباً توپر خارج لومینال (۷۵×۷۰ mm) در قسمت دوم دئودنوم که محتوی مایع نیز می‌باشد.



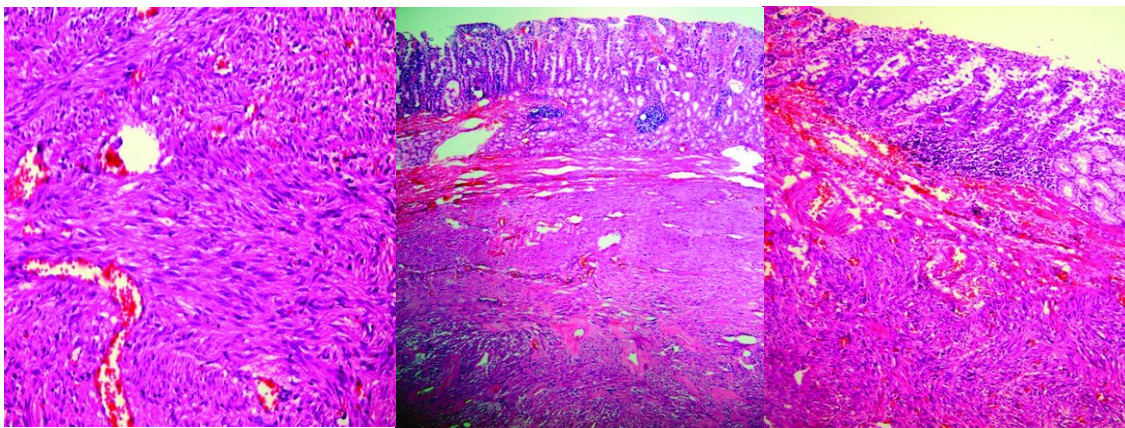
شکل ۱: اندوسونوگرافی. توده هیپواکو و هموزن بزرگ (بیش از ۴ سانتی‌متر) در uncinate پانکراس با تهاجم به دیواره دئودنوم (موسکولاریس پروپریا) مشاهده می‌گردد.



شکل ۴: توده بزرگ در دیواره دئودنوم به ابعاد $110 \times 80 \times 60$ mm با تهاجم به لومن دئودنوم در ناحیه آمپول و اتر خارج گردید.



شکل ۳: توده آگروفیتیک در قسمت دوم دئودنوم در هنگام عمل جراحی مشهود می باشد (نوک پیکان).



شکل ۵: سلول‌های بدخیم تیزه‌ای شکل با هسته‌های بیضی و ریکولار تا کشیده و سیتوپلاسم انوزینوفیلیک فراوان با فعالیت میتوتیک اندک.

بودن معمولاً بدون علامت است و در صورت علامت‌دار شدن اندازه بزرگی خواهد داشت. شایع‌ترین علامت در این تومورها، خونریزی‌های گوارشی است که در ابتدا مزمن و خفیف بوده و پس از آن به صورت ناگهانی و شدید ظاهر می‌گردد.^۱ تظاهرات بعدی بیماری شامل درد شکم و نفخ می‌باشد.^۵ در این بیمار سیر مشابهی از نظر بروز علائم طی شد به گونه‌ای که تظاهرات بیمار در ابتدا شامل خونریزی‌های گوارشی خفیف بوده که در نهایت منجر به موارد شدید خونریزی گردید. تشخیص بیماری تا حدود زیادی با

شد (شکل ۵). در پی‌گیری انجام شده شش ماه پس از عمل جراحی، حال عمومی بیمار مناسب بود و علائمی از خونریزی گوارشی و ناراحتی‌های همراه نداشت.

بحث

اغلب موارد GIST دئودنوم در گزارشات موردی و یا چند مورد اندک گزارش شده است.^{۹، ۸} GIST ناحیه دئودنوم به دلیل کوچک

جدول ۱: مشخصات موارد گزارش شده از GIST بزرگ ناحیه دئودنوم

منبع	روش جراحی	اندازه تومور	مدت زمان بروز علائم بالینی	تظاهرات بالینی	سن	جنسیت	موارد گزارش شده
۹	ویپل	۱۵×۲۲cm	۱۲ سال	سوء هاضمه	۳۸ سال	مونث	۱
۱۲	ویپل	۹×۱۰cm	نامشخص	ملنا، کاهش وزن	۵۸ سال	مذکر	۲
۱۳	ویپل	۱۲×۱۳cm	نامشخص	توده شکمی	۶۵ سال	مونث	۳
۱۴	ویپل	۷/۴×۳cm	پنج سال	هماتمز، ملنا	۴۴ سال	مذکر	۴
۱۵	ویپل	۹×۱۵cm	نامشخص	آنمی، درد شکم	۴۴ سال	مونث	۵

دئودنوم و ارتباط آن با آمپول واتر بستگی دارد. به نظر می‌رسد بهترین مارژین در برداشتن تومور به منظور جلوگیری از عود مجدد تا جایی است که ظاهر منفی وجود دارد.^۲ نتایج درمانی بستگی به ظاهر پاتولوژیک تومور و موفقیت در برداشتن کامل آن از طریق جراحی دارد. تومورهای بزرگ با سلول‌هایی با وضعیت میتوتیک بالا پیش‌آگهی بدتری نسبت به تومورهای کوچک با سلول‌هایی با وضعیت میتوتیک پایین دارند.^{۱۱}

در بررسی این مورد مشخص گردید که تومورهای نادری مانند تومور GIST باید در تشخیص افتراقی خون‌ریزی‌های دستگاه گوارش قرار گرفته و در بررسی و مطالعات انجام شده هر گونه ضایعه‌ای به دقت پی‌گیری گردیده و تحت درمان قرار گیرد.

اندوسکوپی انجام می‌شود. تومور به‌طور معمول آگروفیتیک بوده و به صورت برجستگی ساب‌موکوزال دیده می‌شود.^۵ در این بیمار اندوسکوپی‌های اولیه در تشخیص علت و محل خون‌ریزی ناموفق بودند. اندوسونوگرافی کمک شایسته‌ای در تشخیص محل و حتی نوع ضایعه در این بیمار نمود. بیوپسی انجام شده باید عمیق باشد تا بتواند برآورد صحیحی از سلول‌های تشکیل دهنده تومور در اختیار پزشک قرار دهد.

درمان بیماری شامل خارج کردن کامل توده از طریق عمل جراحی می‌باشد. در مواردی که حجم توده بزرگ باشد ممکن است عمل جراحی پانکراتیکودئودنکتومی لازم باشد.^۳ می‌توان بیان نمود که انجام عمل جراحی علاوه بر اندازه تومور به محل آن در دیواره

References

- Miettinen M, Makhlof H, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors of the jejunum and ileum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 906 cases before imatinib with long-term follow-up. *Am J Surg Pathol* 2006;30(4):477-89.
- Connolly EM, Gaffney E, Reynolds JV. Gastrointestinal stromal tumours. *Br J Surg* 2003;90(10):1178-86.
- Pidhorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: current diagnosis, biologic behavior, and management. *Ann Surg Oncol* 2000;7(9):705-12.
- Goettsch WG, Bos SD, Breekveldt-Postma N, Casparie M, Herings RM, Hogendoorn PC. Incidence of gastrointestinal stromal tumours is underestimated: results of a nation-wide study. *Eur J Cancer* 2005;41(18):2868-72.
- Mennigen R, Wolters HH, Schulte B, Pelster FW. Segmental resection of the duodenum for gastrointestinal stromal tumor (GIST). *World J Surg Oncol* 2008;6:105.
- DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000;231(1):51-8.
- Goh BK, Chow PK, Kesavan S, Yap WM, Wong WK. Outcome after surgical treatment of suspected gastrointestinal stromal tumors involving the duodenum: is limited resection appropriate? *J Surg Oncol* 2008;97(5):388-91.
- Miettinen M, Kopczynski J, Makhlof HR, Sarlomo-Rikala M, Gyroffly H, Burke A, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas, and leiomyosarcomas in the duodenum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 167 cases. *Am J Surg Pathol* 2003;27(5):625-41.
- Morcos B, Al-Ahmad F. A large gastrointestinal stromal tumor of the duodenum: a case report. *J Med Case Rep* 2011;5:457.
- Winfield RD, Hochwald SN, Vogel SB, Hemming AW, Liu C, Cance WG, et al. Presentation and management of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum. *Am Surg* 2006;72(8):719-22; discussion 722-3.
- Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol* 2002;33(5):459-65.
- Machado NO, Chopra PJ, Al-Haddabi IH, Al-Qadhi H. Large duodenal gastrointestinal stromal tumor presenting with acute bleeding

- managed by a whipple resection. A review of surgical options and the prognostic indicators of outcome. *JOP* 2011;12(2):194-9.
13. Mouaqit O, Chbani L, Maazaz K, Amarti A, Ait Taleb K, Ousaden A. A large gastrointestinal stromal tumor of the duodenum treated by partial duodenectomy with Roux-en-Y duodenojejunostomy: a case report. *J Med Case Rep* 2013;7(1):184.
 14. Shanglong L, Qichang Z, Ziafang S, Wei L, Shaobo Hu. Gastrointestinal stromal tumor of duodenum: a cause of upper gastrointestinal hemorrhage. *Chinese-German J Clin Oncol* 2010;9(4):243-5.
 15. Hecker A, Hecker B, Bassaly B, Bassaly B, Hirschburger M, Schwandner T, et al. Dramatic regression and bleeding of a duodenal GIST during preoperative imatinib therapy: case report and review. *World J Surg Oncol* 2010;8:47.

A large gastrointestinal stromal tumor of duodenum: *a case report*

Hadi Ahmadi Amoli M.D.¹
Ali Akhlaghi M.D.¹
Tayeb Ramim M.D.^{2*}

1- Department of Surgery, Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Sina Trauma and Surgery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Received: 12 Apr. 2013 Accepted: 07 Sep. 2013 Available online: 01 Dec. 2013

Background: Gastrointestinal stromal tumors are gastrointestinal tract mesenchymal tumors with gene mutations. The most common site of gastrointestinal stromal tumors is in stomach (40-60%) and small intestine (30-40%), and rare cases about 3-5% of them occur in the duodenum.

Case presentation: The patient is a forty six years old man. He complained of frequent colic pain in left upper quadrant of abdomen for two months before admitting to the hospital. The pain resolved spontaneously after a few hours. This situation almost has been repeated every week. The patient had severe repeated melena and faint for two weeks. As soon as the patient was entered the Sina Hospital in 2012, supportive care was started. Then upper gastrointestinal endoscopy was performed for him and the bleeding point was detected. Also abdominal and pelvic computed tomography with oral and intravenous contrast was done. Finally the patient was operated on tumor diagnosis in duodenal area according to classic Whipple procedure.

Conclusion: Gastrointestinal bleeding is the most common symptom of gastrointestinal stromal tumors. The bleeding is minimal and chronic. It will be progress to sudden and severe bleeding. Diagnosis is done by upper gastrointestinal endoscopy and biopsy. The large tumors with high mitotic cells have worse prognosis than small tumors with low mitotic cells.

Keywords: duodenum, gastrointestinal stromal tumors, melena, pancreaticoduodenectomy.

* Corresponding author: Sina Hospital, Hassan Abad Sq., Imam Khomeini Ave., Tehran, Iran.
Tel: +98- 21- 66348529
E-mail: dr.tayebiramim@gmail.com