

Guz podścieliskowy żołądka typu GIST jako nietypowa przyczyna krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego – studium przypadku klinicznego

Gastrointestinal stromal tumor of the stomach as an atypical cause of bleeding from the upper digestive tract – a case report

Agnieszka Szymczyk², Monika Kotarska², Katarzyna Nagórna²,
Jerzy Baraniak¹

¹Klinika i Katedra Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie

²Studenckie Koło Naukowe przy Klinice i Katedrze Chorób Wewnętrznych w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Dr n. med. Jerzy Baraniak

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie

ul. Staszica 16, 20-081 Lublin

tel. (81) 532-77-17

e-mail: j.baraniak@am.lublin.pl

STRESZCZENIE

Guz podścieliskowy żołądka typu GIST jako nietypowa przyczyna krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego – studium przypadku klinicznego

Wprowadzenie. Guzy podścieliskowe przewodu pokarmowego typu GIST (guz stromalny przewodu pokarmowego) należą do rzadkich nowotworów wywodzących się z multipotencjalnych mezenchymalnych komórek macierzystych. Przebieg GIST mogą charakteryzować niespecyficzne objawy, np. nudności, wymioty, zaparcia, smoliste stolce, bóle brzucha lub niedokrwistość.

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie nietypowej przyczyny krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Opis przypadku. W maju 2012 roku 72-letni chory ze zdiagnozowanym w lipcu 2011 r. guzem podścieliskowym żołądka został powtórnie przyjęty do szpitala z powodu postępującego osłabienia, nasilającej się duszności, bólu w nadbrzuszu, uporczywych torsji, utraty łaknienia i oddawania smolistych stolców. Badanie fizykalne uwidoczniło błądliwość skóry i błon śluzowych, niemierność akcji serca (100/min), ciśnienie tętnicze 100/60 mm Hg oraz tkliwość w nadbrzuszu. Brzuch był miękki, bez oporów patologicznych, bez dodatkowych objawów otrzewnowych. W badaniu *per rectum* stwierdzono obecność smolistego stolca w bańce odbytnicy. W gastrokopii w górnej części trzonu żołądka na krzywiznie większej od strony ściany tylnej uwidoczniło zmianę egzofityczną o średnicy ok. 2 cm krwawiącą kontaktowo. W USG jamy brzusznej nie opisywano zmian w żołądku.

Wnioski. Guzy stromalne typu GIST są rzadką przyczyną krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, które jednocześnie może być pierwszym objawem sugerującym obecność tego typu nowotworu.

Słowa kluczowe: krwawienie z przewodu pokarmowego, guzy stromalne przewodu pokarmowego, imatinib

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumor of the stomach as an atypical cause of bleeding from the upper digestive tract – a case report

Introduction. Mesenchymal tumors in the digestive tract belong to the group of rare neoplasms coming from multipotential mesenchymal stem cells. Course of the illness may be characterized by non-specific symptoms: nausea, vomiting, constipation, melena, stomachache or anemia.

Aim. The aim of this study was to present an atypical cause of bleeding from the upper digestive tract.

Case study. In May 2012, a 72-year-old man, with stromal tumor of the stomach diagnosed in July 2011, was readmitted to hospital because of increasing weakness, intensifying difficulty in breathing, epigastric pain, persistent vomiting, losing appetite and melena. Medical examination revealed paleness and pale mucous membranes, irregular heartbeat (100/min), blood pressure 100/80 mm Hg. His abdomen was soft, without pathological resistance, tender in the epigastrium. Peritoneal signs were negative. Per rectal examination revealed melena in the rectum. During the gastroscopy, an exophytic lesion with diameter of 2 cm contact bleeding in the upper part of the gastric corpus in the greater curvature on the posterior wall was found. The abdominal ultrasonography did not show any gastric abnormalities.

Conclusion. Gastrointestinal stromal tumors represent a rare cause of bleeding from the upper digestive tract, whereas the bleeding can be the first clinical presentation of this kind of tumors.

Key words: words: gastrointestinal hemorrhage, gastrointestinal stromal tumors, imatinib

WPROWADZENIE

Guzy podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST), pomimo że należą do najczęstszych nowotworów mezenchymalnych jamy brzusznej, występują stosunkowo rzadko [1,2]. Ich krótką charakterystykę przedstawiono w tabeli 1. Dane epidemiologiczne dotyczące Polski mówią o 400–700 nowych przypadkach na rok. Mediana zachorowań przypada na 50.-60. rok życia, a częstość w populacji kobiet i mężczyzn jest porównywalna [3,4].

■ Tab. 1. Charakterystyka guzów podścieliskowych układu pokarmowego typu GIST

Źródło	Multipotencjalne mezenchymalne komórki macierzyste po transformacji nowotworowej
Lokalizacja	Żołądek (60–70%), jelito cienkie (20–30%), przełyk, jelito grube, odbytnica (10%), sieć, okolica zaotrzewnowa, krezka, worek przepuklinowy (rzadko)
Charakter wzrostu	Rozprężająco-naciekający
Otorebkowanie	Pseudotorebka
Przerzuty	Wątroba, otrzewna; brak przerzutów do węzłów chłonnych
Leczenie	Zabieg operacyjny z chemioterapią adiuwantną inhibitorem kinazy tyrozynowej; brak wrażliwości na standardową radioterapię i chemioterapię

W około 60–70% przypadków guzy typu GIST występują w żołądku, w 20–30% zajęte jest jelito cienkie, natomiast jedynie w 10% przypadków zlokalizowane są w pozostałych odcinkach przewodu pokarmowego (przełyk, jelito grube, odbytnica). Wyjątkowo rzadko lokalizują się w sieci, okolicy zaotrzewnowej, krezce lub worku przepuklinowym [3,4,5].

Wielkość guzów opisywanych w literaturze waha się od kilku milimetrów do ponad 30 cm. Wzrost nowotworu ma najczęściej charakter rozprężająco-naciekający w obrębie dobrze odgraniczonej pseudotorebki. Przerzuty w chwili postawienia rozpoznania są obecne aż w 50% przypadków i dotyczą przede wszystkim wątroby lub otrzewnej [3,4,5].

Najkrótszy okres przeżycia obserwuje się w przypadku lokalizacji w jelicie cienkim. Najlepiej rokują guzy w przełyku, a także te, które wykazują obecność antygenu CD34. GIST są niewrażliwe na standardową radio- i chemioterapię. Leczeniem z wyboru jest zabieg operacyjny z chemioterapią adiuwantową inhibitorem kinazy tyrozynowej [4,5,6].

Objawy guzów podścieliskowych przewodu pokarmowego są niespecyficzne. Należą do nich: nudności, wymioty, zaparcia, smoliste stolce, bóle brzucha lub niedokrwistość. Krwawienie do światła przewodu pokarmowego występuje w ok. 50% objawowych przypadków GIST [4,5,6].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie nietypowej przyczyny krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

MATERIAŁ I METODY

Przeanalizowano dokumentację medyczną oraz przebadano chorego hospitalizowanego w Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Opisano jego przypadek kliniczny wykorzystując metodę indywidualnego przypadku.

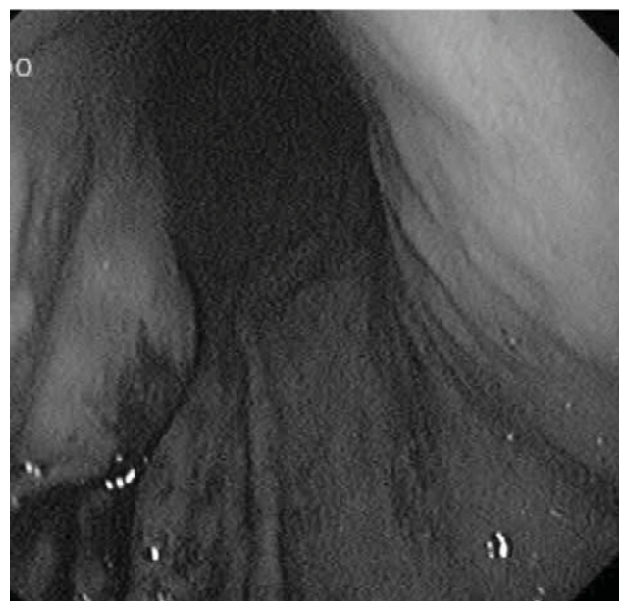
OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 72 z rozpoznaniem w lipcu 2011 r. guza podścieliskowego żołądka został przyjęty do Kliniki Chorób Wewnętrznych z powodu postępującego osłabienia, nasilającej się duszności, bólu w nadbrzuszu i uporczywych torsji. Chory od kilku dni oddawał smoliste stolce oraz skarżył się na utratę łaknienia.

W badaniu fizykalnym stwierdzono błądliwość skóry i błon śluzowych. Układ krążenia był niewydolny, akcja serca niemiarowa o częstości 100 uderzeń/minutę, ciśnienie tętnicze 100/60 mmHg, tętno słabo napięte. Brzuch był miękki, bez oporów patologicznych, tkliwy w nadbrzuszu, bez dodatnich objawów otrzewnowych. W badaniu *per rectum* stwierdzono obecność smolistego stolca w bańce odbytnicy.

Parametry układu czerwonerwinkowego wykonane w dniu przyjęcia wskazywały na zagrażającą życiu niedokrwistość: Hb 6,2 g/dl, Ht 8,8%, RBC 2,25 M/μl.

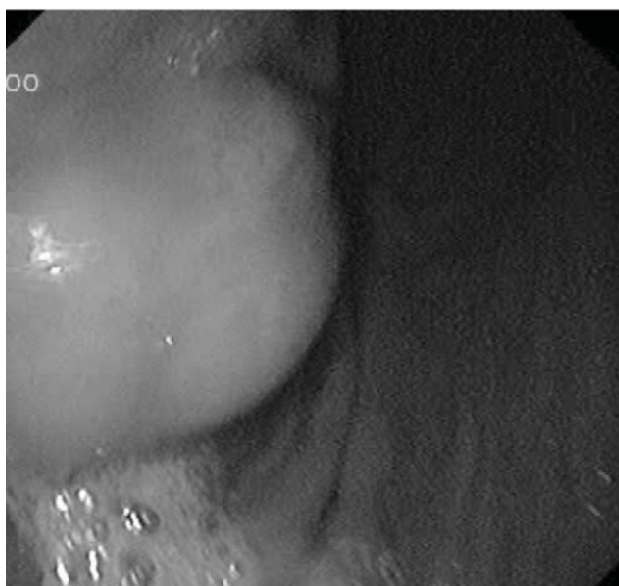
Gastroskopia górnej części trzonu żołądka na krzywiźnie większej od strony ściany tylnej ukazała zmianę egzofityczną o średnicy ok. 2 cm krwawiącą kontaktowo (ryc. 1 i 2).



■ Ryc. 1. Krwawienie kontaktowe

W KT jamy brzusznej w obrębie dolnej ściany trzonu żołądka stwierdzono dużą otorbioną zmianę o wymiarach 68x62 mm, która wzmacniała się obwodowo w obrębie to-

rebki i dyskretny odczyn zapalny w otaczającej ją tkance tłuszczowej.



■ Ryc. 2. Zmiana egzofityczna – guz podścieliskowy żołądka typu GIST

Pierwsze objawy guza typu GIST u opisywanego chorego – bóle w nadbrzuszu i podżebrzu lewym z towarzyszącym wzdęciem – wystąpiły nagle w lipcu 2011 roku i utrzymywały się w czasie. W badaniu klinicznym stwierdzono wówczas bolesny opór w lewym podżebrzu. Gastroskopia wykazała obecność zmiany podśluzówkowej w żołądku z owrzodzeniem na szczycie. Diagnostykę uzupełniono o badanie KT jamy brzusznej – ocena zmiany widocznej od światła żołądka była niejednoznaczna. Badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroskopii potwierdziło rozpoznanie guza podścieliskowego.

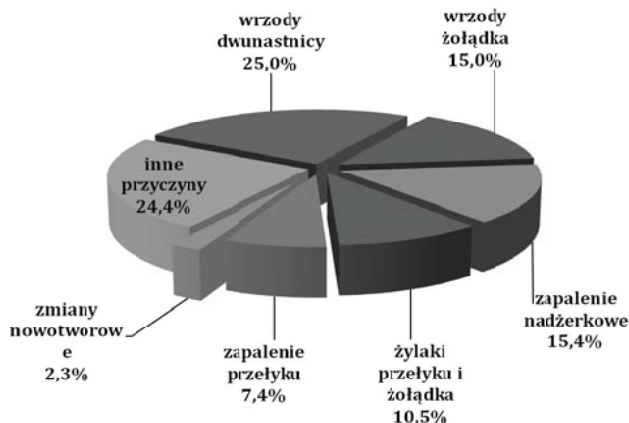
Chorego skierowano do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej SPSK nr 4 w Lublinie, gdzie został zdyskwalifikowany do zabiegu operacyjnego ze względu na liczne choroby towarzyszące oraz wysokie ryzyko kardiologiczne. Pacjent został skierowany do Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej i zakwalifikowany do leczenia imatynibem.

Od momentu postawienia diagnozy chory był trzykrotnie hospitalizowany z powodu nasilenia objawów niewydolności krążenia, postępującego osłabienia i anemizacji. W trakcie żadnego z pobytów nie obserwowano występowania cech świeżego krwawienia z GOPP.

OMÓWIENIE

Krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego są najczęstszym stanem nagłym w praktyce gastroenterologicznej. Mogą manifestować się krwistymi lub fusowatymi wymiotami, powrotem treści krwistej lub fusowatej przez założony zgłębnik dożołądkowy, krwistymi lub smolistymi stolcami. Występowanie smolistych stolców zazwyczaj świadczy o mniejszej intensywności krwawienia niż w przypadku innych objawów [7]. Do najczęstszych przyczyn krwawienia z GOPP należą wrzody dwunastnicy (25%) i żołądka (15,9%) oraz zapalenie nadżerkowe (15,4%). Zmiany nowotworowe stanowią je-

dynie ok. 2,3% wszystkich przypadków (ryc. 3). Ze względu na rzadkość występowania guzów podścieliskowych typu GIST, opisywane są jako nietypowa przyczyna krwawienia z GOPP [3].



■ Ryc. 3. Przyczyny krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego

Przedstawiono przypadek kliniczny pacjenta z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP), którego przyczyną był podścieliskowy guz żołądka. U opisywanego chorego nie wdrożono typowego schematu leczenia, czyli usunięcia chirurgicznego nowotworu z następową chemioterapią uzupełniającą z zastosowaniem kinazy tyrozynowej ze względu na przeciwwskazania kardiologiczne do zabiegu operacyjnego. Wdrożono do terapii jedynie imatynib, a chory pozostawał pod opieką onkologa.

Guzy stromalne przewodu pokarmowego często nastroczają trudności diagnostyczne. Część z nich nie ma komponentu egzofitycznego wrastającego do światła przewodu pokarmowego, a aż 18% jest zlokalizowane poza zasięgiem gastrofibroskopu [8]. Głębokie położenie guza często uniemożliwia pobranie materiału do badania histopatologicznego za pomocą standardowych kleszczyków podczas gastroskopii [9]. W opisywanym przypadku badanie endoskopowe uwidoczniało obecność źródła krwawienia w żołądku – zmianę egzofityczną o średnicy ok. 2cm, a w pobranym materiale wykazano utkanie guza podścieliskowego żołądka z dodatnim odczynem immunohistochemicznym na CD 117.

W literaturze dostępne są liczne doniesienia z ośrodków polskich i zagranicznych na temat trudności diagnostycznych w przypadku nowotworów typu GIST. Dalsze badania, w tym badania wieloośrodkowe, pozwolą na poszerzenie wiedzy o tej rzadkiej jednostce chorobowej. Opisywany przypadek kliniczny ma za zadanie zwrócić uwagę na konieczność rozpatrywania niestandardowych przyczyn krwawienia z GOPP, do których możemy zaliczyć guzy typu GIST, także w sytuacji braku zmian w błonie śluzowej w badaniu endoskopowym.

WNIOSKI

Guzy stromalne typu GIST są rzadką przyczyną krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, które jednocześnie może być pierwszym objawem sugerującym obecność tego typu nowotworu. Chorych z takim rozpo-

znaniem, u których niemożliwa była resekcja guza, w szczególności pacjentów leczonych imatynibem, należy otoczyć troskliwą opieką ze względu na zwiększone ryzyko anemizacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013; 42(2): 399-415.
 2. Shaheen S, Guddati AK. Gastrointestinal Stromal Tumor: A Rare Abdominal Tumor. *Case Rep Oncol*. 2013; 6(1): 148-153.
 3. Mohtar KEI, Mulek R. Krwotok jako pierwszy objaw GIST jelita cienkiego. *Ostry Dyżur* 2010; 3(2): 86-8.
 4. Prywiński S, Szopiński J, Wierchowski P, Dąbrowiecki S. Guz jelita cienkiego typu GIST jako przyczyna masywnego krwawienia do przewodu pokarmowego – opis przypadku. *Chir Pol* 2008; 10(2): 107-112.
 5. Reuter S, Bettenworth D, Mees ST et al. Atypical presentation of a rare cause of obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Endosc* 2011 February 16; 3(2): 40-45.
 6. Ali S, Addley J, Johnston S et al. A hidden cause of upper gastrointestinal bleeding. *BMJ Case Reports* published online 18 February 2011.
 7. Piotrowska-Staworko G, Dąbrowski A. 54-letni mężczyzna z masywnym krwawieniem z przewodu pokarmowego o niewyjaśnionej przyczynie. *Medycyna Praktyczna* 2007; 4: 177-186.
 8. Wroński M, Cebulski W, Pawłowski W, Krasnodębski IM. Trudności diagnostyczne u chorych z guzem stromalnym przewodu pokarmowego. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2006; 1(3): 115-120.
- Głuszek S, Ryłski R, Kot M et al. GIST – ryzyko nawrotu i rozsiewu na podstawie obserwacji własnych. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2008; 3(4): 176-184.

Praca przyjęta do druku: 18.09.2013

Praca zaakceptowana do druku: 3.10.2013