

<https://doi.org/10.56598/2957-6377-2023-2-7-18-22>

УДК 616.33-006.64

МРНТИ 76.29.49; 76.29.34

Описание клинического случая

Клинические особенности гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка

Мұхтар А.С.¹, Рахметова В.С.², Абаева Г.А.³

¹ Резидент кафедры гастроэнтерологии, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан.

E-mail: mukhtaranarss@gmail.com

² Профессор кафедры гастроэнтерологии, Медицинский университет Астана, руководитель Гепатологического центра города Астаны, Казахстан. E-mail: venerarakhmetova@gmail.com

³ Ассистент кафедры гастроэнтерологии, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан.

E-mail: guldana-abai@mail.ru

Резюме

Гастроинтестинальные стромальные опухоли — редкие новообразования, которые составляют примерно 1-2% первичных раков желудочно-кишечного тракта.

Они возникают преимущественно у пожилых людей, средний возраст постановки диагноза составляет от 65 до 69 лет и редко возникают у лиц моложе 40 лет.

В данной статье мы представляем клинический случай гастроинтестинальной стромальной опухоли у 31-летнего пациента, которому проведена лапароскопическая плоскостная резекция желудка. Ввиду короткого срока после проведения оперативного вмешательства, мы смогли оценить лишь краткосрочные результаты лечения пациента, которые были удовлетворительными. Однако, мы надеемся, что возраст пациента и отсутствие метастазов позволяет ожидать более благоприятный прогноз заболевания.

Ключевые слова: гастроинтестинальные стромальные опухоли, желудочно-кишечный тракт, молодой возраст, новообразование, оперативное лечение.

Corresponding author: Mukhtar Anar, Resident of the Department of Gastroenterology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan
Postal code: Z05P7P8
Address: Kazakhstan, Astana, Uly Dala Street, 38
Phone: +77072266080
E-mail: mukhtaranarss@gmail.com

Oncology.kz 2023; 2 (7): 18-22
Received: 22-03-2023
Accepted: 14-05-2023



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Несмотря на свою редкость, гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) являются наиболее распространенными мезенхимальными новообразованиями желудочно-кишечного тракта [1-3]. Они возникают преимущественно у пожилых людей, средний возраст постановки диагноза составляет от 65 до 69 лет. ГИСО редко возникают у лиц моложе 40 лет. Приблизительно от 0,4 до 2% ГИСО возникают у детей и молодых людей в возрасте до 20 лет [4]. Среди детей с ГИСО медиана возраста на момент постановки диагноза составляет 15 лет. Эти пациенты обычно имеют основную генетическую предрасположенность к этим новообразованиям, с дефицитом сукцинатдегидрогеназы (SDH). Дефицит SDH вызывает бесконтрольную пролиферацию клеток и неоангиогенез [5,6].

Первичная ГИСО возникают на всем протяжении желудочно-кишечного тракта от пищевода до ануса. В желудочно-кишечном тракте первичные опухолевые очаги чаще всего встречаются в желудке (от 40 до 60 %) и тощей и подвздошной кишках (от 25 до 30 %). Менее распространенные локализации включают

пищевод ($\leq 1\%$), двенадцатиперстную кишку (5%), ободочную кишку (от 5 до 15%) и задний проход ($< 0,5\%$). Стромальные опухоли вне желудочно-кишечного тракта — это редкие опухоли ($< 5\%$), которые не связаны со стенкой кишечника и возникают в забрюшинном пространстве, брыжейке и сальнике [7]. Однако также могут быть метастазы невыявленной первичной опухоли. Клинические проявления ГИСО варьируют в зависимости от локализации первичной опухоли. Например, ГИСО с поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта (например, желудка, тонкой кишки или пищевода) могут проявляться желудочно-кишечными кровотечениями, дисфагией или механической желтухой, тогда как ГИСО с поражением толстой или прямой кишки могут проявляться запорами, кишечной непроходимостью или задержкой мочеиспускания у мужчин.

Цель сообщения – описать клинический случай гастроинтестинальной стромальной опухоли у 31-летней женщины, которой проведена лапароскопическая плоскостная резекция желудка.

Клинический случай

Пациентка К., 1994 г.р. обратилась с жалобами на умеренные боли в области эпигастрии после приема пищи. Со слов пациентки вышеуказанные боли беспокоят в течение 3-х месяцев. Пациент была амбулаторно обследована. Направлена на ультразвуковое исследование органов брюшной полости: диффузные изменения в печени; перегиб в области шейки желчного пузыря; диффузные изменения поджелудочной железы по типу хронического панкреатита. Было подобрано лечение, направленное на панкреатит. После окончания временного положительного эффекта на фоне проведенной терапии проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), в результате которой пациентке выставлено образование желудка? При пальпации живот мягкий, безболезненный, в эпигастрии и левом подреберье

пальпируется образование, подвижное. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не пальпируются. Стул не нарушен, обычной окраски. Мочеиспускание не нарушено. Потерю в массе не отмечает, аппетит сохранен.

На эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) - неэпителиальное образование тела желудка, по эндосонаографической картине, вероятнее всего, соответствующее ГИСО со средним риском по ЭУС шкале малигнизации. Эндоскопические признаки недостаточности кардии, поверхностного гастрита, неэпителиального образования тела желудка (рисунок 1). Для гистологической верификации диагноза выполнена биопсия.

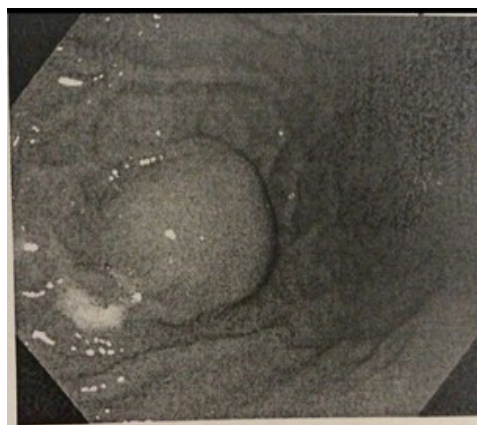


Рисунок 1 - Эндоскопическая картина новообразования. В средней трети тела желудка по большой кривизне определяется образование округлой формы, размерами до 35 мм, с четкими ровными контурами, не измененной слизистой

На эндосонаографии новообразования образование исходило из мышечного слоя стенки желудка, размерами 30,3 мм х 26,4 мм, большей частью расположено интрагастрально, 1/5 часть его расположена экстрагастрально.

При проведенной компьютерной томографии абдоминального сегмента - картина диффузных изменений печени, хронического холецистита. Образование желудка (с-г?).

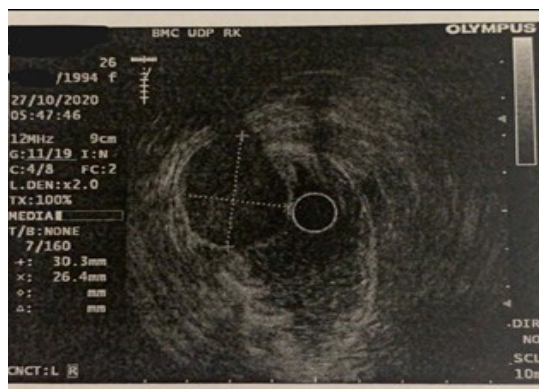


Рисунок 2 - Эндосонографическая картина новообразования

Пациенту была проведена лапароскопическая плоскостная резекция желудка.

Описание хирургической операции:

Визуализируется опухоль экзофитного характера, в области дна желудка, размерами 3,0x3,0x4,0 см, исходящая из передней стенки, ближе к большой кривизне желудка, в остальных отделах желудок не изменен. Под контролем лапароскопа дополнительно в левом подреберье по передней подмышечной линии ниже реберной дуги на 5 см введен троакар 12 мм, справа ниже реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии 5 мм троакар. Мобилизована левая треть желудочно-ободочной связки. При этом короткие желудочные сосуды сохранены. Получен доступ в сальниковую сумку. Проксимальная треть желудка с опухолью мобилизована. Отступя от видимых границ опухоли на 2 см, с использованием сшивающего аппарата Echalon 60 (1- зеленая кассета), макропрепарат прошит и отсечен от желудка. Таким образом, макропрепарат удален единым блоком, погружен в эндобак. Аппаратные швы дополнительно ушиты непрерывным швом (Румакирил 3,0). В левом мезогастрии произведен разрез кожи длиной до 5 см, послойно получен доступ в свободную брюшную

полость. Через лапаротомный макропрепарат извлечен. С учетом интраоперационной картины, результатов ФГДС, компьютерной томографии абдоминального сегмента, выставлен диагноз: ГИСО желудка? Согласно периодическим протоколам диагностики и лечения, проведения гастрэктомии не показано, решено закончить операцию данным объемом.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ввиду короткого срока после проведения оперативного вмешательства в объеме лапароскопической плоскостной резекции желудка, проведенного молодому пациенту с ГИСО, мы смогли оценить лишь краткосрочные результаты лечения пациента, которые были удовлетворительными. Однако, мы надеемся, что возраст пациента и отсутствие метастазов позволяет ожидать более благоприятный прогноз заболевания.

Обсуждение

Прогноз при ГИСО желудка и опухолях кишечника зависит от размера, локализации и распространенности новообразования. Средняя пятилетняя выживаемость при ГИСО составляет 48%. Если опухоль имеет размер более 10 сантиметров, то показатель выживаемости снижается до 20%. ГИСО имеет высокую вероятность рецидивирования. Примерно у 80% больных происходят рецидивы заболевания в течение двух лет после операции [8-10].

Метастазы ГИСО способны бессимптомно и длительно развиваться в течение многих лет и десятилетий, а в некоторых случаях — быстро прогрессировать. Местный рецидив опухоли может возникнуть не только при нерадикальных операциях, но и при мультифокальном поражении желудка у пациентов молодого возраста, которое изначально не было выявлено [11].

Например, в исследованиях Agagam и соавт., у 13 из 17 пациентов, а у Prakash и соавт., у 4 из 5 выявлены рецидивы в культе желудка в виде мультифокальных узловых образований [12,13]. Средний период наблюдения между рецидивами и наличием отдаленных метастазов, составляет 8 лет, а у некоторых достигает и 20 лет [14].

В целом, SDH-дефицитные ГИСО — редкая разновидность ГИСО дикого типа, характеризующиеся преимущественным поражением молодых женщин, избирательной локализацией в желудке и высокой частотой поражения регионарных лимфоузлов [15].

После проведения операции по удалению новообразования необходимо посещать врача для проведения планового контрольного обследования. Основной задачей наблюдения является ранняя диагностика заболевания, что существенно облегчает последующее лечение и улучшает прогноз.

По данным авторов мета-анализа Y.M., et al. (2019) [10], посвященного изучению влияния различных факторов на прогноз ГИСО, такие факторы как генотип, иммунные инфильтраты, положительный хирургический край и некроз опухоли, также могут играть важную роль в прогнозе.

Выводы

Таким образом, нами представлены клинические характеристики и данные инструментальных исследований, а также краткосрочные результаты оперативного лечения молодой женщины с ГИСО. Для уточнения прогноза и анализа отдаленной выживаемости пациентки необходимо проведение генетического анализа.

Мы надеемся, что молодой возраст нашего пациента, раннее выявление без метастазов и удачно

подобранный объем оперативного вмешательства будут играть важную роль в прогнозе.

Этические аспекты. У пациента было получено информированное согласие на публикацию медицинской информации с его истории болезни с фотографиями в виде научной статьи.

Литература

1. Югай ВВ, Никулин М.П., Козлов Н.А., Мазуренко Н.Н. и др. Клинико-морфологические характеристики пациентов гастроинтестинальной стромальной опухоли с дефицитом сукцинатдегидрогеназы // Вопросы онкологии. - 2022. - №.68 (5). - С. 614-621. [\[Google Scholar\]](#)
2. Jugaj VV, Nikulin M.P., Kozlov N.A., Mazurenko N.N. i dr. Kliniko-morfologicheskie harakteristiki pacientov gastrointestinal'noj stromal'noj opuhol'ju s deficitom suksinatdehidrogenazy (Clinical and morphological characteristics of patients with gastrointestinal stromal tumor with succinate dehydrogenase deficiency) [in Russian]. Voprosy onkologii. 2022; 68 (5): 614-621. [\[Google Scholar\]](#)
3. Waidhauser J, Bornemann A, Trepel M, Märkl B. Frequency, localization, and types of gastrointestinal stromal tumor-associated neoplasia. World journal of gastroenterology, 2019; 25(30): 4261. [\[Crossref\]](#)
4. Joensuu H. Gastrointestinal stromal tumor (GIST). Annals of Oncology, 2006; 17: x280-x286. [\[Crossref\]](#)
5. Lin S. C., Huang M. J., Zeng C. Y., Wang T. I., et al. Clinical manifestations and prognostic factors in patients with gastrointestinal stromal tumors. World journal of gastroenterology: WJG, 2003; 9(12): 2809. [\[Crossref\]](#)
6. Arshad J., Roberts A., Ahme J., Cotta J., et al. Utility of circulating tumor DNA in the management of patients with GI stromal tumor: analysis of 243 patients. JCO precision oncology, 2020; 4: 66-73. [\[Crossref\]](#)
7. Yilmaz A., Mirili C., Bilici M., Tekin S. B. A novel predictor in patients with gastrointestinal stromal tumors: Systemic immune-inflammation index (SII). Liver, 2019; 9: 20. [\[Google Scholar\]](#)
8. Zhang H., & Liu Q. Prognostic indicators for gastrointestinal stromal tumors: a review. Translational Oncology, 2020; 13(10):100812. [\[Crossref\]](#)
9. Gheorghe G., Bacalbas N., Ceobanu G., Ilie M., et al. Gastrointestinal stromal tumors - a mini review. Journal of Personalized Medicine, 2021; 11(8): 694. [\[Crossref\]](#)
10. Serrano C., George S. Gastrointestinal stromal tumor: challenges and opportunities for a new decade. Clinical Cancer Research, 2020; 26(19): 5078-5085. [\[Crossref\]](#)
11. Y.M., Xia L., Zhou Y., Wu X., et al. Prognostic value of tumor necrosis in gastrointestinal stromal tumor: A meta-analysis. Medicine, 2019; 98(17): e15338. [\[Crossref\]](#)
12. Khoshnood A. Gastrointestinal stromal tumor – A review of clinical studies. Journal of oncology pharmacy practice, 2019; 25(6): 1473-1485. [\[Crossref\]](#)
13. Agaram N.P., Laquaglia M.P., Ustun B., Guo T., et al. Molecular characterization of pediatric gastrointestinal stromal tumors. Clinical Cancer Research, 2008; 14(10): 3204-3215. [\[Crossref\]](#)
14. Prakash S., Sarraf L., Socci N., Dematteo R. P., et al. Gastrointestinal stromal tumors in children and young adults: a clinicopathologic, molecular, and genomic study of 15 cases and review of the literature. J. Pediatr. Hematol. Oncol. 2005; 27: 179-187. [\[Crossref\]](#)
15. Gill A.J., Lipton L., Taylor J., Benn D.E., et al. Germline SDHC mutation presenting as recurrent SDH deficient GIST and renal carcinoma. Pathology-Journal of the RCPA, 2013; 45(7): 689-691. [\[Crossref\]](#)
16. Chennouf A., Zeidan E., Borduas M., Noël-Lamy M., et al. Metastatic SDH-deficient gist diagnosed during pregnancy: approach to a complex case. Current Oncology, 2022; 29(8): 5933-5941. [\[Crossref\]](#)

Гастроинтестиналды стромальды ісіктердің клиникалық ерекшеліктері

Мұхтар А.С.¹, Рахметова В.С.², Абаева Г.А.³

¹ Гастроэнтерология кафедрасының резиденті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.

E-mail: mukhtaranarss@gmail.com

² Гастроэнтерология кафедрасының профессоры, Астана медицина университеті, Астана қаласындағы гепатологиялық орталығының жетекшісі, Қазақстан. E-mail: venerarakhmetova@gmail.com

³ Гастроэнтерология кафедрасының ассистенті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.

E-mail: guldana-abai@mail.ru

Түйіндеме

Асқазан-ішек (гастроинтестиналды) стромальды ісіктер асқазан-ішек жолдарының біріншілік қатерлі ісіктерінің шамамен 1-2% құрайтын сирек кездесетін жаңа түзілім болып табылады. Гастроинтестиналды стромалды ісіктер көп жағдайда егде жастағы адамдарда, яғни орташа жасы 65-69 жас аралығындағы науқастарда жиі, ал 40 жасқа дейінгі адамдарда сирек кездеседі.

Бұл мақалада асқазанның лапароскопиялық планарлы резекциясы жасалған 31 жастағы науқаста асқазан-ішек жолдарының стромальды ісіктерінің клиникалық жағдайын ұсынамыз. Отадан кейін аз уақыт өткендігіне байланысты біз науқасқа жүргізілген емнің қысқа мерзімді қанағаттанарлық нәтижелерін ғана бағалай алдық. Алайда науқастың жас ерекшелігі мен метастаздардың болмауы ауру болжамының біршама жақсы болатындығын болжауға мүмкіндік береді деп сенеміз.

Түйін сөздер: гастроинтестиналды стромальды ісіктер, асқазан-ішек жолдары, жас жас, ісік, хирургиялық емдеу.

Clinical Features of Gastrointestinal Stromal Tumors of Stomach

Mukhtar Anar ¹, Rakhmetova Venera ², Abayeva Guldana ³

¹ Resident of the Department of Gastroenterology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: mukhtaranarss@gmail.com

² Professor of the Department of Gastroenterology, Astana Medical University; Head of the Hepatological Center of Astana, Kazakhstan. E-mail: venerarakhmetova@gmail.com

³ Assistant of the Department of Gastroenterology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: guldana-abai@mail.ru

Abstract

Gastrointestinal stromal tumors are rare neoplasms that make up approximately 1-2% of primary cancers of the gastrointestinal tract. They occur mainly in elderly people, the average age at diagnosis is 65 to 69 years and rarely occur in people younger than 40 years.

In this article, we present a clinical case of gastrointestinal stromal tumor in a 31-year-old patient who underwent laparoscopic planar resection of the stomach. Due to the short time after surgery, we were able to evaluate only short-term results of the patient's treatment, which were satisfactory. However, we hope that the age of the patient and the absence of metastases allow us to expect a more favorable prognosis of the disease.

Keywords: gastrointestinal stromal tumors, gastrointestinal tract, young age, neoplasm, operative treatment.