

Dr. Altorjay Áron
Szent György Kórház, Sebészeti Osztály
Székesfehérvár

A GIST sebészete

A gastrointestinalis stromatumorok (GIST) a gyomor-bél huzam leggyakoribb mesenchymális daganatai. Korábban leiomyomaként, leiomyosarcomaként, leiomyoblastomaként, neurinomaként osztályozták őket.

GIST 66%-ban a gyomorban, 25%-ban a vékonybélben, elvéve a colonban, rectumban, csepleszben, illetve mesentériumban fordul elő. Bármely életkorban kialakulhat (10-92 éves) és egyenlő arányban jelenik meg mindkét nem tagjai között. GIST incidenciája és prevalenciája 1.000.000 lakosra vonatkoztatva 14.5 illetve 129. GIST tumorokkal synchron megjelenő carcinomákról Aqaimy számolt be (1). A synchron malformatiok localisatioja az alábbi volt: 47% gastrointestinalis traktus, 9% prostata, 7% vérképzőrendszer, 7% emlő, 6% vese, 5% tüdő, 5% női genitáliák, 4% egyéb (lágyrészek, melanoma, carcinoid, stb).

A dignosztikus nehézségek mellett gyakorlati szempontból fontos a malignitás kérdése, ennek alapján a kezelés és a prognózis megítélése. Malignitas egyértelmű jelei a szövettanilag igazolt metastasisok jelenléte – leggyakrabban a májban és a peritoneális felszínen-, illetve a környező szervek infiltratioja. Malignitás fokmérője a nagy méret (>5.5cm gyomorban, >4cm bélben), magas mitosiszám, magpolimorfia, cellularitas, a lamina propria vagy az erek infiltratioja. Benignusnak véleményezzük az elváltozást, ha egyetlen nagy kockázatot jelző faktor sincs jelen. A GIST biológiai viselkedése és lokalizációja között is találtak összefüggést. A gyomor GIST-je jobb prognózisú, mint a vékonybélé.

A kezelés alapja a tumor ép széllel történő sebészi eltávolítása. Egyre nagyobb hangsúlyt kap az intraoperatív manipuláció során a daganatok tokjának sértetlensége (2). A vékonybélben található stromatumor resectiojakor elegendő a 2-5 cm-es biztonsági zóna. A rutinszerű lymphadenectomia nem indokolt, hiszen a lymphogen áttétképzés rendkívül ritka. A daganat közelében lévő megnagyobbodott nyirokcsomókat azonban, az érintett bélszakasszal együtt el kell távolítani. Habár az imatinib adjuváns alkalmazásával kapcsolatban még napjainkban is folynak vizsgálatok, Hohenberger és mtsai ajánlását – miszerint a multiviszcerális GIST eltávolítását követően imatinib kezelést kell indítani – mind a mai napig irányadónak tartjuk (3). A GIST potenciálisan kuratív eltávolítását követő adjuváns kezelés hatásosságára egyelőre nincs bizonyíték, ezért az csak vizsgálatok keretében támogatható. Német közreműködéssel zajló 2 éves EORTC 62024 vizsgálatban napi 400 mg imatinib hatását elemzik egyetlen kontrollcsoport segítségével, a recidíva szempontjából közepes és nagy kockázatú betegek bevonásával. A Skandináv Sarcoma Munkacsoport tanulmányában nagy és igen nagy recidívakockázatú betegek bevonásával hasonlítja össze a 12, illetve 36 hónapos, 400 mg/nap dózisú imatinib-kezelés hatását. A gyakorlat számára levonható tanulságok még váratnak magukra, hiszen az eredmények kiértékelése jelenleg is folyik. (4).

Nem resecabilis GIST esetén az imatinib adása indokolt, ha hatására a tumorméret csökken és a daganat resecálhatóvá válik. Imatinib kezelés részleges hatásossága esetén kulcskérdés az exploracio optimális időpontjának meghatározása, ugyanis az egyes daganatok és áttéteinek eltérő érzékenysége révén előfordulhat, hogy a tumorok regrediálnak, áttéteik azonban nem. Az adott tumor imatinib érzékenysége a c-kit gén exonjainak analízise révén "jósolható". A C-kit gén 11-es exonjának mutációja esetén 70%-os valószínűséggel hatásos a kezelés. A 9-es exon mutációja esetén a sikerre 18%, a 13-as és 17-es exonok eltérése esetén 2% az esély (5).

Irodalom:

1. Aqaimy A., Wunsch PH, Sobin LH, Lasota J, Miettinen CM: Occurrence of other malignancies in patients with gastrointestinal stromal tumors. *Semin Diagn Pathol* 2006, 23 (2): 120-129.
2. Wang S: Surgical management of gastrointestinal stromal tumors. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2007, 10 (1): 5-7.
3. Hohenberger P., Reichardt, P., Gebauer, B. és mtsai: Surgical considerations for gastrointestinal stroma tumor. *Chirurg.* 2006, 77 (1), 33-40
4. Blay JY, Bonvalot S, Casali P és mtsai: Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumors. Report of the GIST Consensus Conference of 20-21 Marc 2004, under the auspices of ESMO. *Ann of Onk.* 2005, 16 (4), 566-578.
5. Heinrich MC., Corless, CL., Duensing, A. és mtsai: PDGFRA activating mutations in gastrointestinal stromal tumors. *Science* 2003, 299, 708-710.