

Khalil El Mohtar
Rafał Mulek

Krwotok jako pierwszy objaw GIST jelita cienkiego

Bleeding as the first symptom of GIST

Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpitala im. Jana Pawła II w Głogowie
Ordynator: dr n. med. Khalil El Mohtar

Słowa kluczowe:

GIST
krwawienie z przewodu pokarmowego

Key words:

GIST
gastro intestinal bleeding

Opisany przypadek dotyczy 46-letniego pacjenta leczonego w oddziale chirurgii ogólnej z powodu masywnego krwotoku z przewodu pokarmowego. Mimo przeprowadzenia szerokiej diagnostyki nie udało się określić przyczyny krwawienia. Pacjent poddany był laparotomii zwiadowczej z powodu niemożności opanowania krwawienia metodami zachowawczymi. Ostateczne rozpoznanie guza GIST przyniosło badanie histopatologiczne.

46 year old patient was admitted to our surgical department with massive gastro intestinal bleeding. Non-invasive diagnostic tools were unable to reveal the cause. Due to fail of the conservative treatment the patient underwent diagnostic laparotomy which showed GIST confirmed on histology.

Mimo że od tragedii Tytanica upłynęło wiele lat, okazuje się, że zdradliwe góry lodowe wciąż pływają po bezkresnych morzach diagnozy i tak jak wtedy pokazują nam zaledwie swój wierzchołek.

Wprowadzenie

Guzy GIST (*gastrointestinal stromal tumor*) należą do nowotworów wywodzących się z komórek neuroendokrynych. W przewodzie pokarmowym GIST występuje jako nowotwór podścieliska, pochodzenia mezenchymalnego. Cechą wyróżniającą i charakterystyczną oraz ważnym kryterium diagnostycznym dla nowotworów GIST jest dodatnia reakcja immunohistochemiczna przeciw antygenowi CD 117 [1-3]. Jest to rzadki nowotwór przewodu pokarmowego, stanowiący mniej niż 1 procent ogólnej liczby nowotworów przewodu pokarmowego. Dane epidemiologiczne dotyczące Polski szacują zachorowalność na poziomie 400-700 osób rocznie w całej populacji, z czego 120-200 przypadków to postać złośliwa nowotworu [4]. Zachorowalność jest podobna zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet. Choroba dotyczy głównie osób w wieku średnim i podeszłym, mediana zachorowań przypada na 50.-60. rok życia [1,3].

okolicy zaotrzewnowej. Rozmiary opisywanych w literaturze guzów GIST wahają się od kilku milimetrów do nawet 30 cm średnicy [5]. Wzrost guza ma charakter rozprężająco-naciekowy. Makroskopowo guz tworzy najczęściej dobrze odgraniczoną pseudotorebkę. Przekrój guza jest włóknisty, większe guzy wykazują w środku degenerację torbielowatą (pseudotorbiele) lub centralną martwicę krwotoczną [3]. Radykalne leczenie chirurgiczne jest podstawową metodą, dającą szansę wyleczenia chorych z guzem podścieliska przewodu pokarmowego [1,3,5].

Przyczyny krwawień do przewodu pokarmowego

1) Proksymalnie od więzadła Treitza

1. wrzód XII-cy (26 - 40%)
2. wrzód żołądka (10 - 20%)
3. zapalenie błony śluzowej żołądka (11-20%)
4. żylaki przełyku (10-16%)
5. zespół Mallory'ego i Weissa (10-12%)
6. rak żołądka (2%)
7. rak przełyku (1%)
8. zapalenie przełyku (7%)
9. inne (zapalenie XII-cy) (7%)

2) obwodowo od więzadła Treitza

1. uchyłkowatość jelita grubego (17-40%)
2. zmiany naczyniowe (2-30%)
3. choroby zapalne jelita grubego (9-21%)
4. rak jelita grubego (11-14%)
5. wgłobienie (brak danych)
6. zmiany odbytnicze

Adres do korespondencji:
ZOZ Głogów
Oddział Chirurgii Ogólnej
ul. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. (76) 83-73-119
e-mail: mohtark@wp.pl; rachfal@o2.pl
Tel. kom. 608-66-11-83



Rycina 1



Rycina 2

(m.in. guzki krwawnicze)
(4-10%)

7. zmiany w obrębie jelita cienkiego (choroba *Crohna*, uchyłek *Meckla*, guzy, zmiany naczyniowe, zakrzepica układu wrotnego (2-9%) [6].

Własne spostrzeżenia

W dniu 28 grudnia 2009 do IP szpitala zgłosił się 46 letni pacjent, zaniepokojony faktem, że w trakcie oddawania stolca zauważył żywo czerwoną krew zmieszaną ze stolcem. Lekarz IP zlecił oznaczenie pacjentowi morfologii krwi obwodowej, w której wartości Hb i Ht wynosiły odpowiednio 15g% i 43%, w badaniu per rectum nie znaleziono cech krwawienia.

W dniu kolejnym (29 XII) pacjent ponownie zgłosił się do IP szpitala, podając, że kolejny raz oddał stolec tym razem luźny, również zmieszany z dużą ilością krwi. Ponownie oznaczono morfologię krwi obwodowej, stwierdzając brak spadku wartości Hb i Ht. Pacjenta konsultował chirurg pracujący w oddziale chirurgii ogólnej, w trakcie badania per rectum stwierdził, obecność żyłaków okolicy odbytu, nie potwierdził obecności świeżej krwi w bańce odbytnicy. Pacjentowi przepisano leki flebotrobowe, jak również ustalono termin wykonania badania kolonoskopowego z początkiem kolejnego tygodnia.

30 XII o godzinie 6 rano pacjent udał się do toalety, gdzie w trakcie defekacji omdlał. Do domu pacjenta przyjechała karetka R. Lekarz pogotowia stwierdził u pacjenta objawy wstrząsu krwotocznego. W chwili badania RR - 90/40 mmHg, ASM > 100 u/min., skóra zimna, złana potem. Oglądając oddany przez pacjenta

stolec, lekarz określił go jako obfitą melenę.

Pacjent po przywiezieniu do szpitala, został przyjęty do oddziału chirurgii ogólnej z rozpoznaniem krwawienia z przewodu pokarmowego. W chwili przyjęcia oznaczono pacjentowi morfologię krwi obwodowej (WBC - 12,6; RBC - 3,54; HGB - 10,6; HCT - 32; PLT - 235), PT - 78; INR - 1,31, Na - 136, K - 4,3. PKO w chwili przyjęcia - RR 130/90; ASM 112u/min. (pacjent do chwili przyjęcia do oddziału miał już przetoczone 500 ml 0,9%NaCl i 500 ml Gelafundinu. W badaniu jamy brzusznej wykluczono obecność objawów otrzewnowych, nie stwierdzono również patologicznych oporów w jamie brzusznej.

W godzinach porannych poddano pacjenta badaniu gastroskopowemu, w którym stwierdzono: „Przełyk - błona śluzowa prawidłowa, linia Z wyraźna, wpust luźny. Dno żołądka w optyce zwrotnej prawidłowo wysklepione, jeziorko śluzowe skąpe, śluzowe. Błona śluzowa: miejscami ogniska przekrwienia. Trzon - podatność na insuflację prawidłowa. Układ fałdów typowy. Błona śluzowa przekrwiona. Kąt - bez patologii. Okolica przedodźwiernikowa - niezmieniona. Odźwiernik - okrągły, zamknięty, swobodnie przepuszcza instrument. Opuszka XII-cy - błona śluzowa - niewielkie ognisko przekrwienia. Dalszy odcinek XII-cy bez zmian patologicznych. Cech krwawienia nie stwierdza się. Dgn.: *Gastritis levis gradus praecipue regionis fundae*”. Podjęto decyzję o leczeniu zachowawczym, planując przeprowadzenie w następnym dniu badania kolonoskopowego.

Do leczenia włączono Losec w dawce 80 mg i.v. w bolusie a następnie 8 mg/

h w pompie, Vitacon - 2 x 1 amp., Exacyl - 1 amp. co 4h, Calcium - 3 x 1 amp. oraz roztwory krystaloidów. Wartości RR i tętna utrzymywały się na poziomie średnio - skurczowe 110-120 mmHg, rozkurczowe - 80-90 mmHg, tętno miarowe - 110 - 120 u/min. Do godziny 13.00 pacjent oddał 4 x melenę. O godzinie 13.00 skontrolowano ponownie morfologię - WBC 12,9; RBC - 3,04; HGB - 9,0; HCT - 27,3; PLT - 221. Widząc spadek wartości układu czerwonokrwinkowego pacjentowi przetoczono również 2 j. KKCZ.

O godzinie 19.00 ponownie oznaczono morfologię krwi obwodowej - WBC 12,4; RBC - 3,13; HGB - 9,4; HCT - 27,4; PLT - 175. Raz jeszcze przetoczono 2j. KKCZ oraz 3j. FFP. W ciągu nocy pacjent oddał 5-krotnie melenę ze skrzepami i świeżą krwią.

W dniu 31 XII badania poranne przedstawiały się następująco: WBC 12,4; RBC - 2,33; HGB - 6,7; HCT - 20,3; PLT - 157; wsk.PT -71; INR - 1,45; rAPPT - 0,97.

Badanie kolonoskopowe opisano następująco: „*Per rectum* – oglądaniem okolicy odbytu niezmieniona. Napięcie zwieracza w normie, na końcu palca popłuczyny krwi. Endoskop wprowadzono pod kontrolą wzroku do kątnicy. W całym jelicie duża ilość świeżej krwi. Przepłukując światło solą fizjologiczną nie uwidoczniono patologii w zakresie śluzówki jelita grubego. Układ haustracji typowy. Podatność ścian na rozdymanie prawidłowa. Dgn.: *Ostre krwawienie z jelita cienkiego*”.

Zaraz potem wykonano badanie tomograficzne jamy brzusznej i miednicy małej. Opis badania: „Wątroba wielkości w normie, w całości o wyraźnie obniżonej jednorodnej gęstości - cechy uogólnionego stłuszczenia - uszkodzenia mięszu,

jednorodnie wzmacnia się po kontrakcji, bez zmian ogniskowych. Poza tym narządy jamy brzusznej bez istotnych zmian. Obraz jelit jest prawidłowy, nie uwidoczniło zmian w ścianie. Przestrzeń zaotrzewnowa wolna, nie uwidoczniło powiększonych węzłów chłonnych. Narządy miednicy bez zmian”.

W godzinach porannych wartości RR i tętna utrzymywały się w granicach - skurczowe - 100 mmHg, rozkurczowe - 70 mmHg, ASM - 120 u/min. Do terapii włączono Remestyp 1 mg co 4 h, Asamax - 4 x 2 tabl., Metronidazol - 2 x 1 g oraz Encorton - w dawce 20 - 20 - 10 mg p.o.

Około godziny 16.00 ponownie wykonano morfologię krwi obwodowej: WBC 14,1; RBC - 2,04; HGB - 6,0; HCT - 17,8; PLT - 100. W sumie w ciągu dnia pacjentowi przetoczono 7j. KKCZ i 3j. FFP. Dzięki obfitym przetoczeniom oraz uzupełnianiu łożyska roztworami krystaloidów udało się utrzymać wartości RR i tętna na poziomie 100/70 mmHg i ASM 100 u/min. W ciągu doby pacjent oddał ok. 9 razy melenę ze skrzepami krwi.

W dniu 01.01.2009. stan pacjenta nie uległ poprawie. Wyniki morfologii krwi obwodowej: WBC 16,3; RBC - 1,99; HGB - 5,7; HCT - 16,9; PLT - 87. Zaczęły narastać obrzęki (oznaczone białko wynosiło 3,46g%). Wartości RR i tętna zaczęły oscylować w okolicach 90/60 mmHg i 100 u/min. Pacjentowi przetoczono kolejne 6 j. KKCZ oraz 6 j. FFP.

W dniu 02.01.2009 wartości morfologii krwi obwodowej były następujące: WBC 14,3; RBC - 2,25; HGB - 4,9; HCT - 19,3; PLT - 62.

Ponownie poddano pacjenta badaniu gastroskopowemu: „Przełyk prawidłowy. Linia Z wyraźna, wpust sprawny. Dno żołądka w optyce zwrotnej prawidłowo wysklepione. Jeziorko śluzowe miernie obfite, treść żołądkowa, jasna. W dniu pojedyncze nadżerki w fazie gojenia. Podatność ścian trzonu na insuflację dobra. Układ fałdów trzonu prawidłowy. Śluzówka żołądka błada, lśniąca bez zmian patologicznych. Okolica przedodźwiernikowa bez zmian. Odźwiernik sprawny. Opuszka i część pozioma XII-cy bez zmian patologicznych”.

Po 72 godzinach od chwili przyjęcia podjęto decyzję o wykonaniu zwiadowczej laparotomii. Wykonano laparotomię, używając cięcia pośrodkowego środkowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono wypełnione treścią krwistą jelito kręte oraz około 70 cm od zastawki Bauchina odnaleziono zapalnie zmieniony uchyłek Meckla. Wykonano resekcję częściową jelita cienkiego wraz z uchyłkiem, po czym zamknięto jamę brzuszną szwem warstwowym. Po zabiegu pacjenta przekazano do oddziału IT na dwie kolejne doby, skąd wrócił na oddział chirurgiczny w 2. dobie pooperacyjnej. Do 3. doby pooperacyjnej żywiono pacjenta parenteralnie, a od 4. doby podawano żywienie dojelitowe wspomagane preparatami syntetycznymi. W 7. dobie pacjent opuścił oddział w stanie ogólnym dobrym z raną gojącą się per primam.

Po 2. tygodniach od zabiegu otrzymano wynik badania hist.pat. GIST.

Omówienie

Przypadek leczony w naszym oddziale potwierdza ogólną sytuację związaną z leczeniem zmian litych typu GIST. Zmiany te występują rzadko, a ich ostateczne rozpoznanie najczęściej dokonuje się dopiero po zbadaniu usuniętego guza przez histopatologa. Zmiana, którą oprowaliśmy u naszego pacjenta ze względu na rozmiar i położenie była wcześniej całkowicie bezobjawowa i gdyby nie masywne krwawienie, którego była przyczyną, prawdopodobnie jeszcze przez długi czas nie zostałaby zdiagnozowana. Nieszczęśliwy incydent krwawienia dał pacjentowi szansę na opanowanie choroby zanim nastąpił uogólniony rozsiew do innych narządów jamy brzusznej (wątroba, otrzewna ścienna). Przypadkowo rozpoznane guzy stromalne przewodu pokarmowego mają zwykle małe wymiary i nie są widoczne w badaniach obrazowych. W większych analizach guzy incydentalne stanowiły prawie 1/3 wszystkich GIST. Średnia wielkość przypadkowo rozpoznanych guzów stromalnych przewodu pokarmowego wynosiła 2,5 cm. U (71%) pacjentów z GIST występują dolegliwości związane z obecnością guza stromalnego

przewodu pokarmowego. U chorych z objawowym GIST występują najczęściej bóle brzucha (59%), krwawienie do przewodu pokarmowego (50%), obecność wyczuwalnego guza w jamie brzusznej (23%), chudnięcie (18%), przedziurawienie przewodu pokarmowego (9%) oraz upośledzenie drożności przewodu pokarmowego (4%) [7].

Wnioski

1. Diagnostyka patologii związanych z jelitem cienkim przy użyciu standardowych metod obrazowych wiąże się z dużym ryzykiem błędów

2. Brak ustalenia przyczyny przy masywnym krwawieniu z przewodu pokarmowego stanowi wskazanie do pilnej laparotomii będącej w tym wypadku zarówno procedurą diagnostyczną jak i terapeutyczną

3. Mimo że GIST jako przyczyna krwawienia z przewodu pokarmowego stanowi minimalny odsetek patologii odpowiedzialnej za krwawienie, to w grupie chorych z GIST krwawienie stanowi istotny objaw toczącej się patologii

4. Objawy prodromalne krwawienia z przewodu pokarmowego nie mogą być lekceważone, ich przyczyn należy szukać jak najszybciej!

Piśmiennictwo

1. Ruka W, Rutkowski P, Szawłowski A, Nowecki Z, Nasierowska-Guttmejer A, Grzesiakowska U. Współczesne postępowanie u chorych na mięsaki podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST-gastrointestinal stromal tumors). Nowotwory 2003; 53: 537-42.
2. Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal stromal tumors (GISTs): a review. Eur J Cancer 2002; 38 Suppl 5: S39-51.
3. Chandu de Silva MV, Reid R. Gastrointestinal stromal tumors (GIST): C-kit mutations, CD117 expression, differential diagnosis and targeted cancer therapy with Imatinib. Pathol Oncol Res 2003; 9: 13-9.
4. Stachura J, Limon J, Ruka W, Karcz D. GIST, nowotwory podścieliskowe (stromalne) przewodu pokarmowego. Via Medica 2002.
5. Pithorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: current diagnosis, biologic behavior and management. Ann Surg Oncol 2000; 7: 705-12.
6. Szmidt J. Podstawy chirurgii, Ostre choroby jamy brzusznej.
7. Wroński M, Cebulski W, Pawłowski W, Krasnodębski IW. Trudności diagnostyczne u chorych z guzem stromalnym przewodu pokarmowego, Przegląd Gastroenterologiczny 2006; 1: 115-120