

ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ GIST ΘΟΛΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ-

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

Κοτσονούρη- Κοκκίνη Μαρία- Σταυρούλα¹, Κολιού Νικολέτα¹, Μποσγανά Πηνελόπη², Μαργαρίτης Βασίλειος³, Σπυρόπουλος Σπυρίδων³, Πατρικάκος Παναγιώτης¹

¹ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», Πάτρα

² Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», Πάτρα

³ Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», Πάτρα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι στρωματικοί όγκοι του γαστρεντερικού συστήματος (GIST) είναι η συχνότερη κατηγορία όγκων μεσεγχυματικής προέλευσης, με μέση επίπτωση 0.4-2 περιστατικά ανά 100.000 ανά έτος. Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 60 έτη, χωρίς διαφορά συχνότητας μεταξύ των δύο φύλων. Η συχνότερη θέση εμφάνισης είναι ο στόμαχος (50- 60%), ακολουθούν ο ειλεός και η νήστιδα (20- 30%), το δωδεκαδάκτυλο (3- 5%) και το ορθό (2- 4,5 %), ενώ σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις μπορούν να εντοπιστούν σε θέσεις εκτός του γαστρεντερικού σωλήνα. Περίπου το 70% των ασθενών με GIST παραμένουν ασυμπτωματικοί, ενώ η συνηθέστερη επείγουσα κλινική εκδήλωση της νόσου είναι η αιμορραγία, με κυριότερη αιτία τη διήθηση του υποβλεννογόνου από τον όγκο, που οδηγεί σε αγγειακή τρώση.

Προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των GIST αποτελεί η πλήρης χειρουργική εκτομή τους (R0), σε υγιή όρια με τουλάχιστον 1 cm απόσταση, εφόσον η θέση του όγκου και οι τοπικές συνθήκες το επιτρέπουν. Οι συχνότερες θέσεις μετάστασης των GIST είναι το ήπαρ και το περιτόναιο, με τους λεμφαδένες να αποτελούν πολύ σπάνια θέση και γι' αυτό ο λεμφαδενικός καθαρισμός δεν αποτελεί ρουτίνα σε αυτές τις επεμβάσεις. Όταν ο όγκος δεν διηθεί γειτονικές δομές και υπάρχει η δυνατότητα εξαίρεσής του σε υγιή όρια, χωρίς τον κίνδυνο ενδοπεριτοναϊκής ρήξης, μπορεί να ακολουθηθεί η λαπαροσκοπική προσέγγιση.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει έναν ασθενή με γαστρορραγία απότοκο αιμορραγούντος πρωτοδιαγνωσθέντος GIST στομάχου, το οποίο αντιμετωπίστηκε σε οξεία φάση με λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ

Άρρεν ασθενής 62 ετών προσήλθε με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού- μέλαινες κενώσεις- και αναιμία. Υπεβλήθη σε επείγουσα γαστροσκόπηση, η οποία ανέδειξε αιμορραγέν υποβλεννογόνο μόφωμα στο θόλο του στομάχου και επιχειρήθηκε ενδοσκοπική αιμόσταση και Αξονική Τομογραφία. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, μεταγγίστηκε προεγχειρητικά και αποφασίστηκε λαπαροσκοπική προσπέλαση υπό γαστροσκοπική καθοδήγηση. Διενεργήθηκε επιμήκης γαστρεκτομή λαπαροσκοπικά με χρήση EndoGIA, ενώ η χρήση του γαστροσκοπίου συνέδραμε στην επαρκή αναγνώριση των ορίων εκτομής. Το παρασκεύασμα εστάλη για ταχεία βιοψία, η οποία ανέδειξε υγιή όρια, απουσία στοιχείων ενδεικτικών αδενοκαρκινώματος. Την 3^η μετεγχειρητική ημέρα, ο ασθενής παρουσίασε γαστρορραγία και πτώση του αιματοκρίτη, οπότε επιχειρήθηκε εκ νέου ενδοσκοπική αιμόσταση, κατόπιν αποτυχίας της οποίας ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα επανεπέμβαση, όπου έγινε ενίσχυση της γραμμής συρραφής της επιμήκους γαστρεκτομής με αιμοστατικές ραφές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

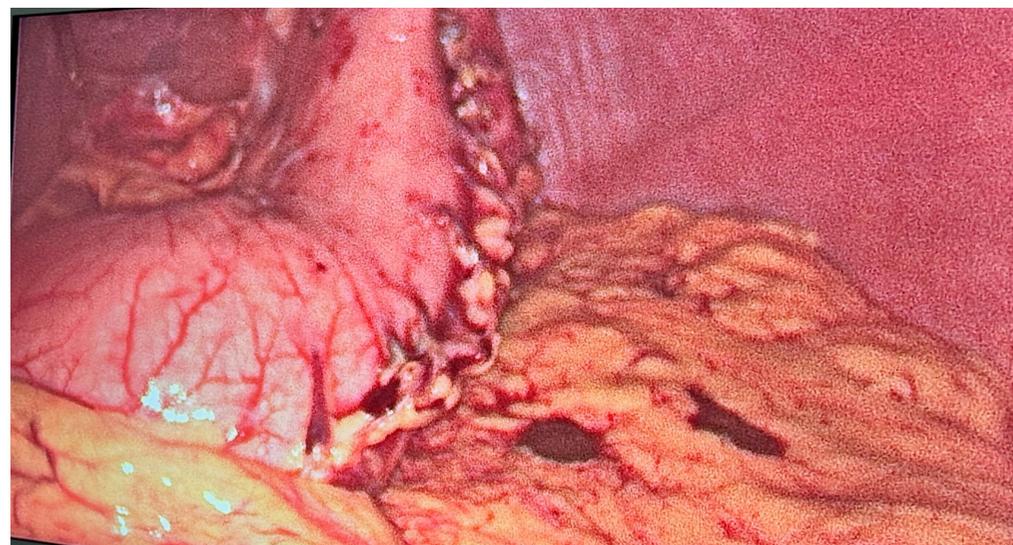
Ο ασθενής ανένηψε καλώς, με ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την 9^η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε GIST στομάχου (7 cm) μικτού ατρακτοκυτταρικού και επιθηλιοειδούς τύπου (12/5 mm² μιτώσεις), με ελεύθερα εγχειρητικά όρια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

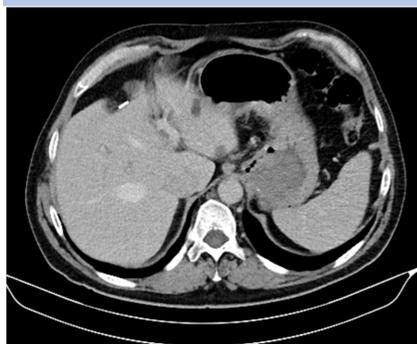
Οι στρωματικοί όγκοι γαστρεντερικού συστήματος, λόγω της πλούσιας υποβλεννογονίας αιμάτωσής τους, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας. Δύνανται να αντιμετωπιστούν με μη επεμβατικές μεθόδους, όπως η λαπαροσκοπική, ωστόσο πρέπει να δίδεται προσοχή στην ασφαλή αιμόσταση στο πεδίο εκτομής τους και η τοποθέτηση ενισχυτικών ραφών στη γραμμή συρραφής είναι ένα μέτρο πρόληψης μετεγχειρητικής αιμορραγίας που ίσως πρέπει να γίνεται σε πρώτο χρόνο σε αυτές τις περιπτώσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Moga, D.-F.-C.; Vlădoiu, G.; Frățilă, A.-M.; Dan, A.-A.; Popa, D.; Oprea, V. Understanding Gastric GIST: From Pathophysiology to Personalized Treatment. *J. Clin. Med.* **2024**, *13*, 3997. <https://doi.org/10.3390/jcm13143997>
Gastrointestinal stromal tumours: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up¹
Casali, P.G. et al., *Annals of Oncology*, Volume 29, iv68 - iv78
Helbing A, Menon G. Gastrointestinal Stromal Tumors. [Updated 2025 Sep 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554541/>
Serrano, C., Álvarez, R., Carrasco, J.A. et al. SEOM-GEIS clinical guideline for gastrointestinal stromal tumors (2022). *Clin Transl Oncol* **25**, 2707–2717 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12094-023-03177-7>
Liu Q, Kong F, Zhou J, Dong M, Dong Q. Management of hemorrhage in gastrointestinal stromal tumors: a review. *Cancer Manag Res.* 2018 Apr 12;10:735-743. doi: 10.2147/CMAR.S159689. PMID: 29695930; PMCID: PMC5903846.
Sato, D., Takamatsu, T., Umezawa, M. et al. Distinction of surgically resected gastrointestinal stromal tumor by near-infrared hyperspectral imaging. *Sci Rep* **10**, 21852 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79021-7>



Εικόνα 4 Διεγχειρητική λήψη λαπαροσκοπικής επιμήκους γαστρεκτομής



Εικόνα 1 Προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος με CT



Εικόνα 2 Γαστροσκοπική απεικόνιση αιμορραγούντος μορφώματος θόλου στομάχου



Εικόνα 3 Μετεγχειρητική απεικόνιση