

GIST del digiuno con metastasi linfonodale: case report

F. LATTANZIO¹, V. CACITTI², L. GOTUZZO¹

¹ A.S.S. 6 "Friuli Occidentale", Dipartimento di Chirurgia Generale, S.O.C. Chirurgia Generale, Spilimbergo (PN)

² A.O. "S. Maria degli Angeli", Dipartimento di Medicina di Laboratorio, U.O. Anatomia ed Istologia Patologica, Pordenone

SUMMARY: GIST of the jejunum with lymph node metastasis: a case report.

F. LATTANZIO, V. CACITTI, L. GOTUZZO

GISTs are the most frequent mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract; they rarely metastasize to lymph nodes.

A 59 year old man was observed. The patient presented an acute abdomen attributable to perforated GIST located at about 40 cm from Treitz. A laparotomy with segmental bowel resection and a side-to-side anastomosis were performed. Five mesenteric lymph nodes, one of which was metastatic, were harvested during the surgical procedure. The casual presence of lymph nodes allowed us to document nodal metastases.

KEY WORDS: gastrointestinal stromal tumor, GIST, lymph node metastasis.

Introduzione

I GIST sono le neoplasie mesenchimali più frequenti del tratto gastrointestinale; essi raramente metastatizzano ai linfonodi.

Caso clinico

Un uomo di 59 anni giunto alla nostra osservazione presentava un quadro di addome acuto da un GIST perforato localizzato a circa 40 cm dal Treitz. Una laparotomia con resezione intestinale segmentaria ed anastomosi termino-terminale è stata eseguita.

L'esame istologico ha mostrato le caratteristiche di una neoplasia mesenchimale a cellule fusate con alto grado di malignità (4, 12): dimensioni di 11 cm, nodule satellite intramurale di 1.6 cm, >5/50 mitosi per campo, necrosi e perforazione plurifocale; inoltre era-

no presenti microlocalizzazioni peritoneali con caratteristiche analoghe al tumore primitivo (Fig. 1 e 2). L'analisi immunohistochimica ha mostrato positività per vimentina, CD34, CD117 (Fig. 3) e bcl-2. Desmina, proteina S100, actina muscolo liscio, sinaptofisina e CD99 sono risultati negativi; l'indice di proliferazione



Fig. 1 - Particolare intraoperatorio.



Fig. 2 - Pezzo operatorio.

Corrispondenza Autore:
Dott. Francesco Lattanzio
A.S.S. 6 "Friuli Occidentale"
Dipartimento di Chirurgia Generale
S.O.C. Chirurgia Generale
Via Raffaello, 1 - 33097 Spilimbergo (PN)
E-mail: fralattanzio@hotmail.com

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

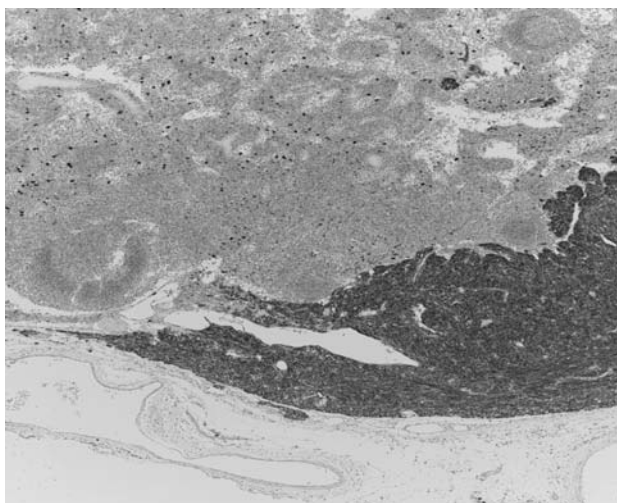


Fig. 3 - Metastasi linfonodale con positività al CD117.

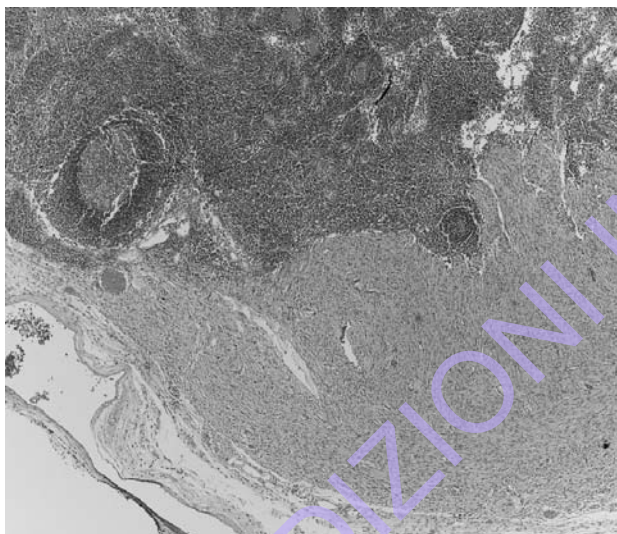


Fig. 4 - Metastasi linfonodale (ematossilina/eosina 10x).

calcolato col MIB-1 è stato del 15%. Nel pezzo operatorio erano compresi 5 linfonodi del mesentere uno dei quali metastatico (Fig. 4).

Discussione

Approssimativamente il 40-50% dei GIST del tenue sono maligni (11), le metastasi si sviluppano al fegato e nella cavità addominale, raramente ai linfonodi. In alcuni studi (1-4) le metastasi linfonodali non superano il 4%, pertanto anche nei casi di GIST ad alto grado di malignità la linfettomia non è raccomandata (1, 4).

Probabilmente la disseminazione linfonodale rappresenta un evento che precede la diffusione ematica (1).

Conclusione

La casuale presenza di linfonodi nel pezzo operatorio ci ha offerto la possibilità di documentare la metastasi linfonodale. In definitiva, restiamo dell'idea che la linfettomia nei GIST non è raccomandata salvo nei casi in cui si ha un forte sospetto di metastasi linfonodali.

Bibliografia

1. Alparicio T, Boige V, Sabourin JC, Crenn P, Ducreux M, Le Cesne A, et al. Prognostic factors after surgery of primary resectable gastrointestinal stromal tumors. *Eur J Surg Oncol* 2004 Dec;30(10):1098-103.
2. Tashiro T, Hasegawa T, Omatsu M, Sekine S, Shimoda T, Kaitai H. Gastrointestinal stromal tumor of the stomach showing lymph node metastasis. *Histopathology* 2005 Oct;47(4):438-9.
3. De Matteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Wooddroff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000 Jan;231(1):51-8.
4. Bucher P, Egger JF, Gervaz P, Ris F, Weintraub D, Villiger P et al. An audit of surgical management of gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Eur J Surg Oncol* 2006 Apr;32(3):310-4.
5. El Demellawy D, Shokry P, Ing A, Khalifa M. Polypoid gastrointestinal stromal tumor of small bowel metastasizing to mesenteric lymph nodes: A case report. *Pathol Res Pract* 2008; 204(3):197-201.
6. Emre Canda A, Ozsoy Y, Ak Nalbant O, Sagol O. Gastrointestinal stromal tumor of the stomach with lymph node metastasis. *World J Surg Onc* 2008 Sep 5;6:97.
7. Sato T, Kanda T, Nishikura K, Hirota S, Hashimoto K, Nakagawa S et al. Two cases of gastrointestinal stromal tumors of the stomach with lymph node metastasis. *Hepatogastroenterology* 2007 Jun;54(76):1057-60.
8. Valdao M, Riello de Mello E, Lourenço L, Vilhena B, Romano S, dos Santos Castro L. What is the prognostic significance of metastatic lymph node metastatic lymph nodes in GIST? *Hepatogastro-enterology* 2008 Mar-Apr; 55(82-83): 471-4.
9. Agaimy A, Wunsch P. Lymph node metastasis in gastrointestinal stromal tumors (GIST) occurs preferentially in young patients < 40 years: an overview based on our case material and the literature. *Lanngenbecks Arch Surg* 2009 Mar;394(2):375-81.
10. Everett M, Gutman H. Surgical management of gastrointestinal stromal tumors: analysis of outcome with respect to surgical margins and technique. *J Surg Oncology* 2008 Dec 15; 98(8):588-93.
11. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med* 2006 Oct;130(10):1466-78.
12. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol* 2002 May;33(5): 459-65.