

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ

О. В. Галимов¹, В. О. Ханов¹, А. Г. Сафаргалина¹, Д. М. Рудаков², Р. Р. Сайфуллин³

¹ Башкирский государственный медицинский университет, 450008, Россия, Уфа, ул. Ленина, 3

² Городская Клиническая больница № 13, 450112, Россия, Уфа, ул. Нежинская, 28

³ Клиника Башкирского государственного медицинского университета, 450096, Россия, Уфа, ул. Шафиева, 2а

Поступила в редакцию: 24.05.2023 г.

Принята в печать: 14.07.2023 г.

В работе продемонстрирован клинический случай лечения пациентки с гастроинтестинальной стромальной опухолью (ГИСО) тонкой кишки. Проведен анализ современной научной литературы, клинических рекомендаций, а также выявлены проблемы в диагностике, лечении и послеоперационном ведении таких больных, с которыми могут встретиться на практике врачей неонкологического профиля. Гастроинтестинальные стромальные опухоли – группа новообразований желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения, возникающих, в частности, из интерстициальных клеток Кахала. Они занимают промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными опухолями, встречаются редко: в среднем от 1 до 3 % случаев. Представлен опыт клинического наблюдения из практики врачей стационара с отражением оценки дооперационных методов исследования, описана хирургическая тактика, представлены результаты гистологического и иммуногистохимического исследований. Одним из важных моментов в послеоперационном периоде является оценка риска рецидива и метастазирования опухоли. Стоит отметить, что для ГИСО характерно отсутствие лимфогенного метастазирования и крайне низка частота инфильтративного роста, поэтому на сегодняшний день принято проводить экономные резекции без лимфодиссекции. Основным методом для окончательной верификации диагноза – иммуногистохимическое исследование, которое также необходимо для определения показаний к назначению таргетной терапии. Относительно редкая встречаемость ГИСО тонкой кишки в практике врача неонкологического профиля, а также несовершенство эндоскопических методов визуализации тонкой кишки приводят к трудностям в установке диагноза на амбулаторном этапе обследования.

Ключевые слова: гастроинтестинальные стромальные опухоли, тонкая кишка, современный подход, хирургическое лечение, иммуногистохимическое исследование, клинический случай

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Галимов О. В., Ханов В. О., Сафаргалина А. Г., Рудаков Д. М., Сайфуллин Р. Р. Описание клинического случая гастроинтестинальной стромальной опухоли тонкой кишки. *Хирургическая практика*. 2023;8(3):87–98. <https://doi.org/10.38181/2223-2427-2023-3-7>.

Введение

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО, gastrointestinal stromal tumor — GIST) — группа новообразований желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения, возникающих, в частности, из интерстициальных клеток Кахаля (ICC) [1–3]. В 1983 г. по предложению М. Mazur и Н. Clark они были выделены как отдельная нозологическая форма образований (заболеваний) [1]. По данным литературы, они являются наиболее редко встречающимися новообразованиями желудочно-кишечного тракта и составляют в среднем от 1 до 3 % от числа всех первичных неоплазий желудочно-кишечного тракта [1; 4; 5–7]. Встречаемость среди мужчин и женщин одинаковая [5]. Средний возраст больных приходится на 55–65 лет [1; 5]. ГИСО могут возникать в любой части желудочно-кишечного тракта [2; 8]. Наиболее часто данный вид опухолей встречается в желудке — до 70 %; в тонкой кишке — до 40 %; наименее часто в толстой кишке и пищеводе — до 5 % [1; 4–6].

Обзор литературы показывает, что у ГИСО нет специфических клинических проявлений, так как преобладает их длительное скрытое течение, вследствие чего в 50 % случаев диагностика происходит на поздних этапах. Клиническая картина проявляется при опухолях размерами более 6 см [1; 5]. Однако в 20 % случаев ГИСО выявляются как случайная находка при обследовании или во время оперативного вмешательства по поводу другой патологии [5].

ГИСО занимает промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными опухолями [5; 7]. Прогноз заболевания связан с размером опухоли и митотическим индексом. Благоприятный прогноз предполагает раннюю гистологическую верификацию и резекцию в пределах здоровых тканей, что является стандартом для ГИСО без метастазирования [3; 5]. ГИСО с метастазированием поддается лечению только ингибиторами тирозинкиназы без радикального лечения [3; 9; 10]. Таким образом, ранняя диагностика — это способ улучшить прогноз заболевания [3].

При локализованных формах после радикального удаления опухоли частота рецидивов составляет до 35 %, при местнораспространенных формах ГИСО рецидивы развиваются в 90 % случаев. При рецидивных и диссеминированных формах ГИСО медиана выживаемости составляет 10–20 месяцев [5].

Описание этой нозологической формы в отечественной и зарубежной литературе встречается редко. Истинная частота до конца не ясна, при этом болезнь носит спорадический характер [7]. В связи с этим изучение диагностики, лечения и прогнозирования течения процесса — чрезвычайно актуальная проблема.

Цель исследования — демонстрация клинического случая пациентки с ГИСО тонкой кишки.

Материалы и методы

Представлено описание клинического наблюдения из практики врачей хирургического отделения клиники Башкирского государственного медицинского университета (Клиника БашГМУ) с отражением оценки дооперационных методов исследования, описана хирургическая тактика, представлены результаты гистологического и иммуногистохимического исследований.

Описание клинического случая

В хирургическое отделение Клиники Башкирского государственного медицинского университета поступила пациентка Х., 64 года с жалобами на тянущие боли внизу живота.

В анамнезе заболевания отмечает появление вышеуказанных жалоб с сентября 2022 г. С января 2023 г. отмечает тенденцию ухудшению состояния. Обратилась к гинекологу по месту жительства, дообследована.

УЗИ ОМТ от 24.10.2022 г.: свободной жидкости в малом тазу нет. Над маткой определяется гипозоногенное неоднородное образование размерами $144 \times 88 \times 113$ мм, с неровными контурами, с единичными локусами кровотока. Заключение: эхографические признаки объемного образования малого таза.

МРТ малого таза от 08.11.2022 г.: в малом тазу, без достоверной органопринадлежности определяется объемное образование неправильной овальной формы, с четкими неровными контурами, неоднородной структуры, с геморрагическим содержимым, с признаками ограничения диффузии в режиме DWI, размерами $12,3 \times 11,9 \times 14,9$ см. Вышеописанное образование интимно прилежит к петлям кишки, правому придатку, мочевому пузырю, передней брюшной стенке. Заключение: МР-признаки объемного образования в малом тазу без достоверной органопринадлежности. Интрамуральный миоматозный узел матки. Кисты эндометриоза. Артроз лонного сочленения (рис. 1).

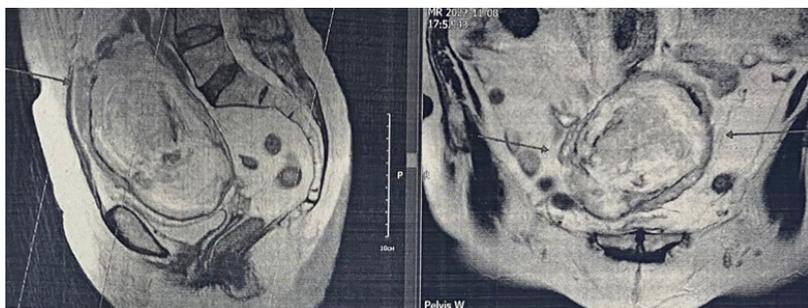


Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма органов малого таза.
 МР-признаки объемного образования в малом тазу без достоверной органопринадлежности

Fig. 1. Magnetic resonance imaging of the pelvic organs.
 MR-signs of volumetric formation in the pelvis without reliable organ ownership

Фиброколоноскопия от 28.11.2022 г.: аппарат проведен до проксимального отдела восходящей ободочной кишки, купол полностью расправить воздухом не удастся, не исключается сдавление извне. В области малого таза пальпируется опухолевидное образование больших размеров. На всех осмотренных отделах просвет кишки для аппарата проходим, стенки эластичные. Рельеф складок сохранен, складки средней высоты, в остальных отделах, кроме купола, воздухом расправляются свободно. В средней трети поперечно-ободочной кишки визуализируется опухолевидное (подслизистое?) многодольчатое образование пролабирующее в просвет кишки, ближе к типу 0–1 sp, диаметр — $2,0 \times 3,0$ см, при инструментальной пальпации плотноватое. Заключение: не исключается подслизистое кистозное образование (лимфатическая киста?) поперечной ободочной кишки. Не исключается внеорганный сдавление купола слепой кишки. Хронический колит на фоне субатрофии слизистой. Дивертикулез толстой кишки.

Ирригоскопия от 16.11.2022 г.: per rectum введен 1,0 л бариевой взвеси. Введение свободное, безболезненное. Все отделы свободно проходимы для жидкого бария. При заполнении определяется обширный дефект наполнения в ампуле прямой кишки, контуры ампулы не визуализируются. В проекции средней трети поперечно-ободочной кишки по нижнему контуру визуализируется дефект наполнения, вероятнее, вследствие давления извне.

Остальные отделы туго заполнены, расправлены. Гаустрация неравномерная, учащена в проекции нисходящего отдела, выражено сглажена в сигмовидном отделе, на этом фоне по контуру кишечной стенки визуализируются единичные разнокалиберные округлые выпячивания кишечной стенки, с четкими контурами, диаметром от 3 до 8 мм. Отмечается поступление контрастного вещества в дистальные отделы тонкой кишки. Опорожнение неполное. После опорожнения при двойном контрастировании воздухом раздуты отделы толстой кишки, кроме участка поперечно-ободочной и ампулы прямой кишки. Заключение: образование прямой кишки, образование малого таза. Рентгенологические признаки хронического колита. Дивертикулез толстой кишки. Недостаточность баугиниевой заслонки.

После дообследования пациентка направлена на плановое оперативное лечение в Клинику БашГМУ с диагнозом «опухоль малого таза».

При поступлении состояние расценено как удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Язык влажный, чистый. Живот увеличен за счет образования, при пальпации определяется образование без четких контуров, плотной консистенции, малоподвижное, безболезненное. ЧДД — 17 в мин. SpO₂ — 99%. АД — 120/80 мм рт. ст. Пульс — 80 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Проведено дообследование: ОАК: эритроциты — $2,9 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин — 100 г/л, лейкоциты — $5,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты — $256 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 3 мм/ч; ОАМ — цвет соломенно-желтый, pH — 5,0, плотность — 1,010, белок, глюкоза, билирубин отсутствуют; биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, общий билирубин — 9 мкмоль/л, АЛТ — 21 ед/л, АСТ — 25 ед/л, глюкоза — 3,7 ммоль/л, амилаза — 30 ед/л. Пациентка взята на оперативное вмешательство в плановом порядке.

Пациентке выполнены операция в объеме лапаротомии, резекции тонкой кишки с опухолью, формирование аппаратного энтеро-энтероанастомоза «бок-в-бок», санация, дренирование брюшной полости. Интраоперационно: при ревизии брюшной полости выпота нет. Брюшина — гладкая, блестящая. Печень — краснокирпичного цвета, без патологических включений. Желчный пузырь — бледно-голубого цвета, без признаков воспаления. Желудок, селезенка — без особенностей. Тонкая кишка — бледно-розового цвета, вяло перистальтирует. При дальнейшей ревизии на расстоянии 220 см от связки Трейца — новообразование, овоидной формы, мягкоэластичной консистенции, размерами 30 × 25 см в диаметре, исходящее из стенки тонкой кишки (рис. 2).



Рис. 2. Интраоперационное фото. Объемное новообразование, размерами 30 × 25 см в диаметре, исходящее из стенки тонкой кишки

Fig. 2. Intraoperative photo. A volumetric neoplasm, measuring 30 × 25 cm in diameter, emanating from the wall of the small intestine

Толстая кишка — без особенностей. При осмотре полость малого таза — без особенностей. При дальнейшей ревизии ОБП другой патологии не выявлено. Принято решение резецировать участок кишки с опухолью. С помощью линейного швизирующего аппарата кассетой 60 мм выполнена резекция тонкой кишки с формированием аппаратного энтеро-энтероанастомоза «бок-в-бок».

Макропрепарат: резецированный участок тонкой кишки с опухолью, направлен на патологоанатомическое исследование (рис. 3).



Рис. 3. Макропрепарат: резецированный участок тонкой кишки с опухолью

Fig. 3. Macropreparation: a resected section of the small intestine with a tumor

Диагноз после операции: объемное образование тонкой кишки.

По результатам патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала: в присланном материале — иммунофенотип и гистологическая картина гастроинтестинальной стромальной опухоли тонкой кишки (рис. 4). Согласно данным патологоанатомического исследования, опухоль образована короткими разнонаправленными пучками из вытянутых и эпителиоидной формы клеток с участками слабого клеточного полиморфизма, неравномерным распределением хроматина ядер, наличием отдельных элементов с гиперхромными ядрами и четкими крупными ядрышками. Количество митозов не превышает 5/50 HPF. Видны безъядерные пространства, состоящие из сложных, спутанных клеточных отростков, визуально напоминающих тельца Верокаи в шванноме (M. Miettinen и соавт.) × 100 [11].

При проведении иммуногистохимического анализа: гастроинтестинальная стромальная опухоль, смешанный, эпителиоидно-веретеночклеточный тип с умеренным метастатическим потенциалом. Иммунофенотип: dog1+, cd117–, cd34–, Ki 67 около 3% (рис. 5).

Послеоперационный период — без особенностей. Дренаж удален на 2-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, без признаков воспаления. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки под наблюдение хирурга по месту жительства. Рекомендована консультация онколога для определения дальнейшей тактики лечения.

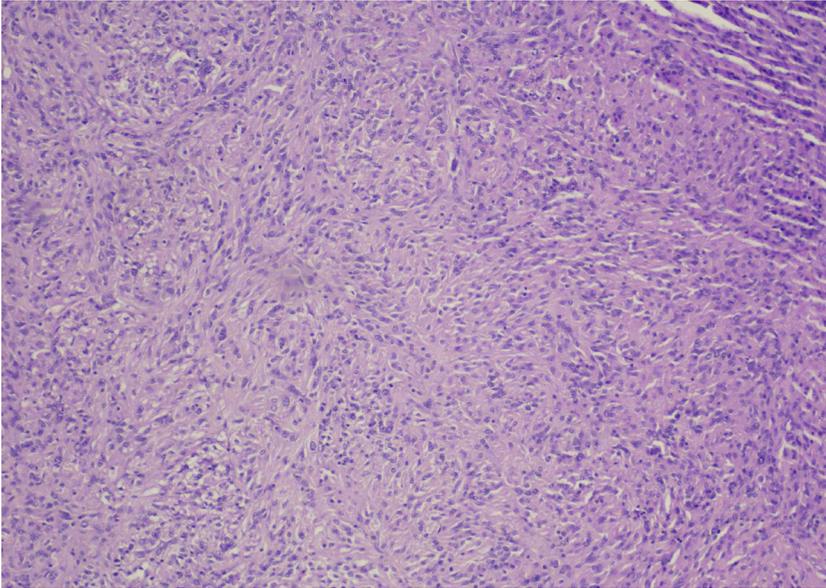


Рис. 4. Микропрепарат. Опухоль с короткими разнонаправленными пучками из вытянутых и эпителиоидной формы клеток $\times 100$

Fig. 4. Micropreparation. A tumor with short multidirectional bundles of elongated and epithelioid cells is presented $\times 100$

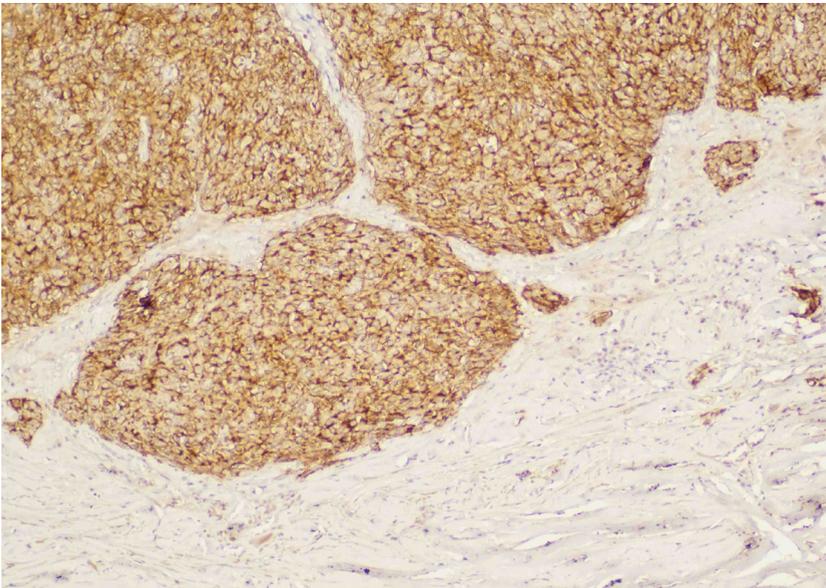


Рис. 5. Микропрепарат. Представлена интенсивно позитивная экспрессия аноктамина 1 (DOG1) в цитоплазме клеток опухоли $\times 100$

Fig. 5. Micropreparation. The intensely positive expression of anoctamine 1 (DOG 1) in the cytoplasm of tumor cells is presented $\times 100$

Результаты и обсуждение

Основными инструментальными методами и стандартами в диагностике ГИСО являются эндоскопическое исследование и компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием. На практике данные исследования могут быть заменены УЗИ органов брюшной полости и малого таза у пациентов с небольшой местной распространенностью опухолевого процесса [12].

В данном клиническом случае методом визуализации была магнитно-резонансная томография органов малого таза. Данный метод используется как уточняющий у пациентов с опухолевым поражением желудка или прямой кишки, а также у больных с противопоказаниями к использованию рентгеноконтрастных препаратов, как в данном случае (со слов, у пациентки аллергическая реакция).

В настоящее время имеется тенденция к переходу на минимально инвазивные методики проведения хирургического вмешательства, которые способствуют уменьшению операционной травмы, более быстрому восстановлению и снижению длительности пребывания больных в стационаре [7]. Стоит отметить, что для ГИСО характерно отсутствие лимфогенного метастазирования и крайне низка частота инфильтративного роста, поэтому на сегодняшний день принято проводить экономные резекции без лимфодиссекции. Это также позволяет внедрять минимально инвазивные вмешательства без влияния на показатели общей и безрецидивной выживаемости [7; 13].

Однако в данном клиническом случае основной доступ — лапаротомия, который был выбран с учетом размеров опухоли и органной принадлежности по данным МРТ. Амбулаторное описание образования по данным МРТ: в малом тазу, без достоверной органной принадлежности определяется объемное образование неправильной овальной формы, с четкими неровными контурами, неоднородной структуры, с геморрагическим содержанием, с признаками ограничения диффузии в режиме DWI, размерами 12,3 × 11,9 × 14,9 см. Вышеописанное образование интимно прилежит к петлям кишки, правому придатку, мочевому пузырю, передней брюшной стенке.

Основным методом для окончательной верификации диагноза является иммуногистохимическое исследование, которое также необходимо для определения показаний к назначению таргетной терапии [14].

В данном клиническом случае после проведения гистологического исследования пациентка была консультирована онкологом, проведен иммуногистохимический анализ, по результатам которого пациентке был выставлен заключительный диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) тонкой кишки рТ3НОМО ст. IIIA, группа 3 (TNM 8). В последующем был проведен онкологический консилиум, на котором было принято решение о необходимости проведения адьювантной терапии препаратом иматиниб 400 мг ежедневно в связи с высоким риском (52 %) прогрессирования болезни после хирургического лечения [по Miettinen, 2006].

Важный момент в послеоперационном периоде — это оценка риска рецидива и метастазирования опухоли, которые не могут быть определены классификацией TNM. В связи с этим у пациентов с ГИСО используются различные схемы оценки риска прогрессирования заболевания. Для прогнозирования этих процессов используются четыре фактора, которые включают размер опухоли, митотический индекс, локализацию и разрыв капсулы опухоли. Спонтанный или интраоперационный разрыв капсулы определяет высокую степень риска, что требует бережного отношения к опухоли во время операции [7].

В нашем клиническом наблюдении размер опухоли составляет более 10 см, митотический индекс не превышает 5/50 HPF, локализация опухоли — тонкая кишка. С учетом вышеописанных параметров у данного пациента имеется высокий риск (52 %) прогрессирования болезни после хирургического лечения (по Miettinen, 2006).

Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о значительных трудностях, возникающих при выявлении редких опухолей на догоспитальном этапе. В отечественной и зарубежной литературе упоминание о ГИСО тонкой кишки чаще встречается при описании клинических наблюдений, связанных с экстренными операциями, проводимыми по поводу непроходимости тонкой кишки, кровотечения или перитонита. Случаи неосложненных ГИСО тонкой кишки больших размеров в доступной нам литературе мы не обнаружили.

Заключение

Относительно редкая встречаемость ГИСО тонкой кишки в практике врача неонкологического профиля, а также несовершенство эндоскопических методов визуализации тонкой кишки представляют трудности в установке диагноза на амбулаторном этапе обследования и в дальнейшей маршрутизации пациента для специализированного лечения. Для хирургов общего профиля описание таких редких, в том числе казуистических, случаев помогает расширить образовательный уровень, что позволяет преодолеть интраоперационные тактические трудности, проблемы послеоперационного введения таких больных и предоставления рекомендаций на амбулаторный этап лечения.

Список литературы/references

1. Колганова И. П., Степанова Ю. А., Кармазановский Г. Г. Проблема диагностики и дифференциальной диагностики GIST (гастроинтестинальных стромальных опухолей). Медицинская визуализация. 2009. № 3. С. 134–136.

[Kolganova IP, Stepanova YuA, Karmazanovskij GG. Problema diagnostiki i differencial'noj diagnostiki GIST (gastrointestinal'nyh stromal'nyh opuholej). *Medicinskaya vizualizaciya*. 2009. № 3. S. 134–136 [in Russ.]]

2. Колесникова Ю. А., Бурак Е. С., Айрапетян А. А., Умаров А. Х. Гастроинтестинальная стромальная опухоль желчного пузыря. Высокие технологии, наука и образование: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник статей XIV Всероссийской научно-практической конференции, Пенза, 23 января 2022 года. Пенза : Наука и просвещение, 2022; 205–207.

[Kolesnikova YuA, Burak ES, Hayrapetyan AA, Umarov AH. Gastrointestinal stromal tumor of the gallbladder. High technologies, science and education: topical issues, achievements and innovations : collection of articles of the XIV All-Russian Scientific and Practical Conference, Penza, January 23, 2022. Penza: Science and Education [IP Gulyaev G.Yu.], 2022; 205–207 [in Russ.]]

3. Akahoshi K, Oya M, Koga T, Shiratsuchi Y. Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. *World J Gastroenterol*. 2018 Jul; 14(26):2806–2817. <https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i26.2806>

4. Мырскин С. А., Береснев М. В., Плотникова Н. А., Сабиров А. Х. Эволюция знаний о диагностике и лечении больных с GIST-опухолями ЖКТ. Медицинская наука и образование Урала. 2013, т. 14, № 3(75):131-133.

[Myrskina SA, Beresnev MV, Plotnikova NA, Sabirov AH. Evolution of knowledge about the diagnosis and treatment of patients with GIST tumors of the gastrointestinal tract. *Medical science and education of the Urals*. 2013, 14, № 3(75):131-133 [in Russ.]]

5. Якубов Ю. К., Худайбердиева М. Ш., Худоев С. С. гастроинтестинальная стромальная опухоль. Клинические наблюдения. Norwegian Journal of Development of the International Science. 2021, № 1 (69), 25–34. <https://doi.org/10.24412/3453-9875-2021-69-1-25-34>

[Yakubov YuK, Khudaiberdieva MS, Khudoerov SS. Gastrointestinal stromal tumor clinical observations. *Norwegian Journal of the Development of International Science*, №1 (69), 25–34 (in Russ.). <https://doi.org/10.24412/3453-9875-2021-69-1-25-34>]

6. Чарышкин А. Л., Тонеев Е. А., Мартынов А. А., Семенов Д. А. Хирургическое лечение гигантской гастроинтестинальной стромальной опухоли кардиального отдела желудка. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2019, т. 178, № 4: 61–63. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2019-178-4-61-63>

[Charyshkin AL, Toneev EA, Martynov AA, Semenov DA. Surgical treatment of a giant gastrointestinal stromal tumor of the cardiac stomach. *Bulletin of Surgery named after I. I. Grekov*. 2019, vol. 178, № 4: 61–63 (in Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2019-178-4-61-63>]

7. Мьяконький Р. В., Каплунов К. О., Краюшкин С. И. Клинический случай гастроинтестинальной стромальной опухоли тонкой кишки. Приведший к инвагинационной непроходимости. Лекарственный вестник. 2022, т. 23, № 2(86): 55–63.

[Myakonky RV, Kaplunov KO, Krayushkin SI. Clinical case of gastrointestinal stromal tumor of the small intestine. Led to invagination obstruction. *Medicinal Bulletin*. 2022, vol. 23, № 2(86): 55–63 (in Russ.)]

8. Wente MN, Büchler MW, Weitz J. Gastrointestinale Stromatumoren (GIST). Chirurgische Therapie [Gastrointestinal stromal tumors (GIST). Surgical therapy]. *Chirurg*. 2008 Jul; 79(7):638–43 (in German). <https://doi.org/10.1007/s00104-008-1527-5>

9. Klug LR, Khosroyani HM, Kent JD, Heinrich MC. New treatment strategies for advanced-stage gastrointestinal stromal tumours. *Nat Rev Clin Oncol*. 2022 May;19 (5):328–341. <https://doi.org/10.1038/s41571-022-00606-4>

10. Cavnar MJ, Seier K, Curtin C, Balachandran VP, Coit DG, Yoon SS, Crago AM, Strong VE, Tap WD, Gönen M, Antonescu CR, Brennan MF, Singer S, DeMatteo RP. Outcome of 1000 Patients with Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) Treated by Surgery in the Pre-and Post-imatinib Eras. *AnnSurg*. 2021 Jan 1; 273(1):128–138. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003277>

11. Халиков Д. Д., Ахметзянов Ф. Ш., Петров С. В. Клинико-морфологическая характеристика гастроинтестинальных стромальных опухолей. Архив патологии. 2017, 79(4):48–55. <https://doi.org/10.17116/patol201779448-55>

[Khalikov DD, Akhmetzyanov FSh, Petrov SV. Clinical and morphological characteristics of gastrointestinal stromal tumors. *Archive of Pathology*. 2017, 79(4):48–55 (in Russ.). <https://doi.org/10.17116/patol201779448-55>]

12. Li JZ, Tang L. [Advances in radiological studies of gastrointestinal stromal tumors]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2019 Sep, 25;22(9):891–895 (in Chinese). <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.09.015>

13. Васильев Н. В., Маркович В. А., Фролова И. Г., Ермоленко Р. В., Мальцева А. А., Ковалев О. И., Лютикова П. О. Полинеоплазия, ассоциированная с GIST: обзор литературы и редкий случай из практики. Сибирский онкологический журнал. 2020;19(2):140–146. <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2020-19-2-140-146>

[Vasilyev NV, Markovich VA, Frolova IG, Ermolenko RV, Maltseva AA, Kovalev OI, Lyutikova PG. Polyneoplasia associated with gastrointestinal stromal tumor: literature review and case report. *Siberian journal of oncology*. 2020;19(2):140–146 (in Russ.). <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2020-19-2-140-146>]

14. Kadado KJ, Abernathy OL, Salyers WJ, Kallail KJ. Gastrointestinal Stromal Tumor and Ki-67 as a Prognostic Indicator. *Cureus*. 2022 Jan 1;14(1):e20868. <https://doi.org/10.7759/cureus.20868>

Об авторах

Олег Владимирович Галимов, доктор медицинских наук, профессор, кафедра хирургических болезней и новых технологий, Башкирский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: galimovov@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

Владислав Олегович Ханов, доктор медицинских наук, кафедра хирургических болезней и новых технологий, Башкирский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: khanovv@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

Айгуль Гирфановна Сафаргалина, клинический ординатор, кафедра хирургических болезней и новых технологий, Башкирский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: safargalinaaaa@icloud.com

<http://orcid.org/0000-0002-0148-4559>

Дмитрий Михайлович Рудаков, кандидат медицинских наук, врач-патологоанатом, Городская клиническая больница № 13 г. Уфы, Россия.

E-mail: fortus640763@mail.ru

<http://orcid.org/0009-0001-7218-5556>

Рустам Рашитович Сайфуллин, врач-хирург, Клиника Башкирского государственного медицинского университета, Россия.

E-mail: Rustik_saifff@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0003-1199-8630>

Для корреспонденции:

Айгуль Гирфановна Сафаргалина, Башкирский государственный медицинский университет, Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3.

E-mail: safargalinaaaa@icloud.com



UDK: 616-006.3

doi.org/10.38181/2223-2427-2023-3-7

CASE REPORT: GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOUR IN THE SMALL INTESTINE

O. V. Galimov¹, V. O. Khanov¹, A. G. Safargalina¹, D. M. Rudakov², R. R. Sayfullin³

¹ Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Lenina St., 3, Ufa, 450008, Russia

² GBUZ of the Republic of Bashkortostan City Clinical Hospital №13, Nezhinskaya St., 28, Ufa, 450112, Russia

³ Bashkir State Medical University Hospital of the Ministry of Health of Russia, Shafieva St., 2a, Ufa, 450096, Russia

Received 24 May 2023

Accepted 14 July 2023

The analysis of contemporary scientific literature, clinical recommendations, and the identification of challenges in the diagnosis, treatment, and postoperative care of patients encountered by non-oncology physicians are conducted. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are neoplasms originating from the gastrointestinal tract's mesenchymal cells, particularly from interstitial Cajal cells. They hold an intermediate position between benign and malignant tumors, occurring at a rarity rate of approximately 1 to 3%. The description of this pathology in both domestic and foreign literature is infrequent. A clinical case description from personal practice is presented, detailing the assessment of preoperative research methods and surgical tactics, along with the results of histological and immuno-histochemical studies. An important aspect in the postoperative period involves assessing the risk of tumour recurrence and metastasis. Notably, GISTs are characterized by the absence of lymphogenic metastasis and an extremely low frequency of infiltrative growth. Thus, it is now a common practice to perform resections without lymph node dissection. The primary method for definitive diagnosis confirmation is an immuno-histochemical study, crucial for determining the indications for targeted therapy. The rare incidence of GISTs in the small intestine in non-oncological medical practice, compounded by the limitations of endoscopic imaging methods for the small intestine, poses challenges in establishing a diagnosis during the outpatient examination.

Keywords: gastrointestinal stromal tumours, small intestine, modern approach, surgical treatment, immuno-histochemical study, clinical case

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

To cite this article: Galimov O. V., Khanov V. O., Safargalina A. G., Rudakov D. M., Sayfullin R. R. Case report: gastrointestinal stromal tumour (GIST) in the small intestine. *Surgical practice [Russia]*. 2023;8(3):87–98. <https://doi.org/10.38181/2223-2427-2023-3-7>.

The authors

Prof. Oleg V. Galimov, Head of the Department of Surgical Diseases and New Technologies, Bashkir State Medical University, Russia.

E-mail: galimovov@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

Prof. Vladislav O. Khanov, the Department of Surgical Diseases and New Technologies, Bashkir State Medical University, Russia.

E-mail: khanovv@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

Aigul G. Safargalina, resident, the Department of Surgical Diseases and New Technologies, Bashkir State Medical University, Russia.

E-mail: safargalinaaa@icloud.com

<http://orcid.org/0000-0002-0148-4559>

Dmitry M. Rudakov, pathologist, Republic of Bashkortostan City Clinical Hospital №13, Russia.

E-mail: fortus640763@mail.ru

<http://orcid.org/0009-0001-7218-5556>

Rustam R. Saifullin, surgeon, Bashkir State Medical University Hospital, Russia.

E-mail: Rustik_saifff@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0003-1199-8630>

For correspondence:

Aigul G. Safargalina, Bashkir State Medical University, Lenina St., 3, Ufa, 450008, Russia.
E-mail: safargalinaaa@icloud.com