

## **KF-1.4 Klinische Fallvorstellung: Riesiger Gastrointestinaler Stromatumor des Magens**

N. Mose<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kreiskrankenhaus Altötting- Burghausen

Anamnese: Ein männlicher Patient, 53 J., in sehr gutem Allgemeinzustand, stellte sich im Oktober 2013 vor zur Abklärung von Druck und Völlegefühl im linken Oberbauch über die Dauer von 4- 5 Wochen. Es bestand keine weitere Symptomatik.

Befund: Abdomensonographisch kam ein riesiger Konglomerattumor (ca. 10x20cm) im linken Oberbauch ohne klare Organzugehörigkeit zur Darstellung. In der anschließend durchgeführten Gastroskopie zeigte sich eine im Korpus beginnende Impression des Magens über die Angulusfalte bis zum Antrum ziehend, eine endoluminale Infiltration war nicht sichtbar. Die ergänzende Endosonographie zeigte eine tumoröse Infiltration der Magenwand im Korpusbereich. CT- morphologisch handelte es sich um einen polyzyklischen, zentral nekrotisierenden Konglomerattumor des Magens, vereinbar mit einem Sarkom mit extragastraler Tumorausbreitung. Die umliegenden Strukturen Pankreas und Milz wurden verdrängt, bei nicht auszuschließender Infiltration. Die Tumormarker CEA und CA 19-9 waren im Normbereich.

Operatives Vorgehen: Multiviszerale Resektion mit totaler Gastrektomie, Pankreaslinks- und Omentumresektion, Splenektomie und Rekonstruktion nach Y- Roux

Histologie: Gastrointestinaler Stromatumor des Magens mit maximaler Ausdehnung von 26cm und stark erhöhter Mitoserate (zwei pro HPF). Die Resektion erfolgte im gesunden. Es zeigten sich keine Gefäßeinbrüche oder Lymphknotenmetastasen, nebenbefundlich wurde eine mäßig- bis hochgradige chronisch aktive Helicobacter pylori assoziierte B- Gastritis festgestellt. In der molekularen Diagnostik zeigte das Tumorgewebe eine starke zytoplasmatische Immunreaktion mit Antikörpern gegen CD 117 und DOG-1 ohne Nachweis einer Koexpression von sm- Aktin oder S-100. Die Risikostratifizierung für Tumorprogression nach Miettinen und Fletcher lag bei hoch. Histopathologische Klassifikation (UICC 7. Auflage 2010): pT4, N0, R0

Verlauf und weitere Therapie: Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos und es wurde eine adjuvante Therapie mit einem Tyrosinkinasehemmer eingeleitet welche bis auf dezente Lidödeme gut vertragen wurde. In durchgeführten Sonographiekontrollen ergab sich bisher kein Hinweis auf eine Rezidivierung und der Patient befindet sich aktuell in der beruflichen Wiedereingliederung.