




■ Olgu Sunumu

Gastrik glomus tümörü

Gastric glomus tumor

Mehmet Zengin ^{1*} , Hüsnüye Esra Paşaoğlu ² , Nevra Dursun ³ 

¹ Yozgat Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, Türkiye

² Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

³ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

* Sorumlu Yazar: Mehmet Zengin E-posta: mz1379@hotmail.com ORCID: 0000-0003-1937-2771

Gönderim: 25 Kas 2016 Kabul: 30 Ara 2016

ÖZ

Glomus tümörleri, glomus cisimciklerinden gelişen, nadir görülen, mezenkimal kökenli tümörlerdir. Çoğu distal ekstremitelerde, özellikle subungual bölge yerleşimli olmakla birlikte trakea, böbrek, akciğer, uterus, vagina ve gastrointestinal sistem gibi farklı lokalizasyonlarda da görülebilir. Mide yerleşimi ise oldukça nadirdir. Bu yazıda mide yerleşimli bir glomus tümörünün tanı problemleri literatür bilgileri ışığında tartışıldı. Epigastrik ağrı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuran 62 yaşında kadın hasta, endoskopik incelemede mide antrum lokalizasyonlu 3cm çapında submukozal lezyon tesbit edilip wedge rezeksiyon uygulandı. Histopatolojik incelemede hyalinize damarların çevresinde, yuvarlak nükleuslu, küçük, monoton hücrelerden oluşan tümöral lezyon izlendi. İmmünohistokimyasal olarak SMA, kalponin, MSA pozitif; sitokeratin, S-100, sinaptofizin, kromogranin A ve NSE negatif olarak izlenmiştir. Olgumuza bu bulgular eşliğinde Glomus Tümörü tanısı verildi. Glomus tümörü midede lokalize submukozal nodüler lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Çoğunlukla benign davranışlı olmasına rağmen öngörülemez malign davranış potansiyeli nedeniyle tüm olgular takip edilmelidir.

Anahtar kelimeler: glomus tümörü, mide, submukozal lezyon

ABSTRACT

Glomus tumors are rare, usually benign mesenchymal tumors arising from the glomus corpuscles. The majority of the glomus tumors are located in the distal extremities, particularly in the subungual region, but can also be seen in different localization including the trachea, kidney, lung, uterus, vagina and gastrointestinal tract. Stomach localization is very rare. In this article, diagnostic problems of a gastric glomus tumor are discussed in the light of the literature. A 62-year-old female patient who admitted to general surgery with epigastric pain. Endoscopic examination revealed a 3cm submucosal lesion in the antrum localization and wedge resection was performed. Histopathologic examination revealed a small, monotonous tumor with round nuclei around the hyalinizing vessels. Immunohistochemically, SMA, calponin, MSA positive; cytokeratin, S-100, synaptophysin, chromogranin A and NSE were negative. Our case was diagnosed as Glomus Tumor. Glomus tumors should be considered in the differential diagnosis of the gastric nodular tumoral lesions. Although gastric glomus tumor is usually benign, malign behaviour cannot be excluded. Therefore all the cases have to be followed up.

Keywords: glomus tumor, stomach, submucosal lesion

GİRİŞ

Glomus tümörleri, kontraktıl nöromyoarterial reseptörleriyle kan basıncı ve ısı regülasyonunda rol alan glomus cisimciklerinden gelişen, nadir görülen mezenkimal neoplazilerdir [1,3]. Genellikle el ve ayakların tırnak yataklarında rastlanmakla birlikte vücudun herhangi bir yerinde de görülebilmektedir [1]. Gastrointestinal sistemde (GİS) ise son derece nadir olup vakaların çoğu mide antrumunda yerleşim göstermektedir. Sıklıkla asemptomatik olarak seyretmekle birlikte ülserleştğinde ise üst GİS kanamasına yol açabilmektedir [1,3]. Gastrik glomus tümörleri genellikle benign gidişli olmakla beraber malign davranış olasılığının dışlanması mümkün değildir. Endoskopik veya radyografik incelemelerle submukozal bir kitle olarak tanımlandıklarından, diğer submukozal mide tümörleriyle karışabilmektedir ve kesin tanı ancak histopatolojik inceleme ile mümkün olabilmektedir [1,2]. Bu yazıda mide ağrısı ile kendini gösteren, endoskopik incelemede submukozal nodüler oluşum olarak tesbit edilen bir gastrik glomus tümörü olgusu sunulmuştur.

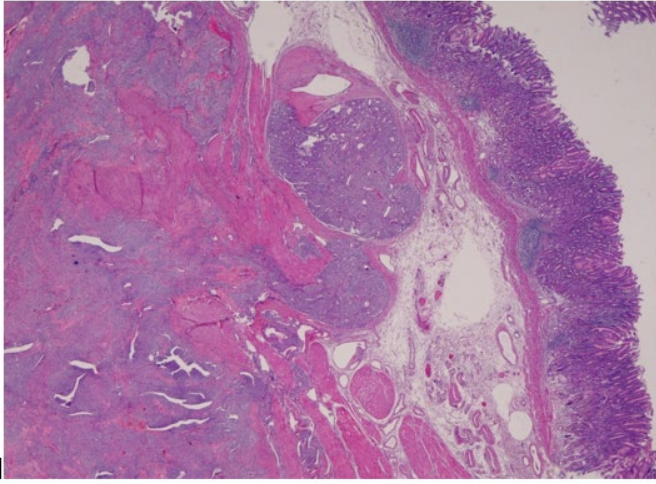
OLGU

Bu çalışmada gerçekleştirilen tüm prosedürler ulusal/kurumsal etik standartlar ve 1964 Helsinki beyannamesi ile uyumluydu. Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Yazarların herhangi bir finansal katılımı yoktur ve çıkar çatışması bildirmezler.

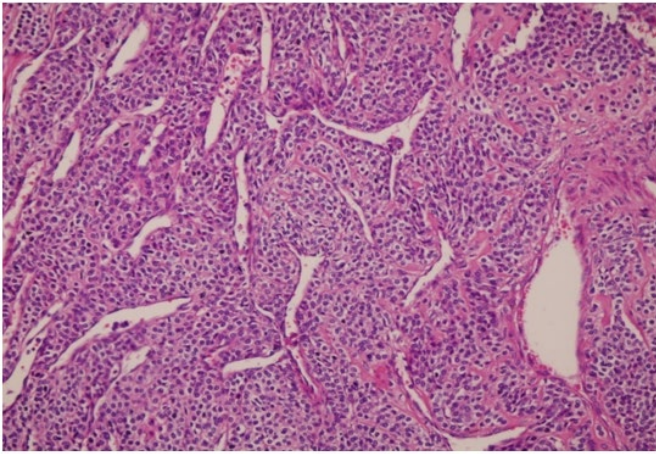
62 yaşında kadın hasta epigastrik ağrı ve bulantı şikayeti ile genel cerrahi kliniğine başvurdu. Fizik muayenede herhangi bir özellik saptanmadı. Batın tomografisinde karaciğer boyutlarında büyüme, hepatosteatoz ve mide distalinde duvar kalınlaşması tespit edildi. PET CT'de mide duvarında FDG tutulumu fizyolojik sınırlar içinde saptandı. 20 yıldır

diabetes mellitusu ve hipertansiyonu olan hastanın 10 yıl önce HCV hepatit hikayesi mevcut idi. Laboratuvar testlerinde açlık kan şekeri 174mg/dl, AST: 54 IU/L, Gama GT: 80 IU/L olarak bulundu. Gastroskopiye mide küçük kurvatür hizasında antruma bası yapan 3cm çapında submukozal lezyon tesbit edildi. Ancak biyopside submukozal alan görülmediğinden tarif edilen lezyon hakkında yorum yapılamadı. Eksploratif laparotomide mide küçük kurvatürde 3x3cm'lik vejetan kitle wedge rezeksiyon ile eksize edilip bölümümüze gönderildi.

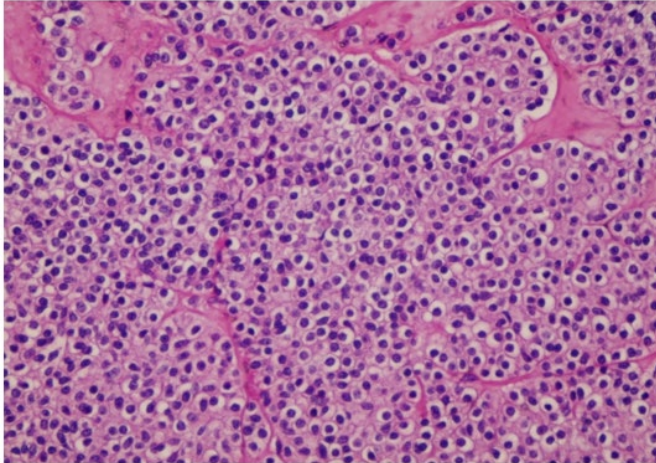
Makroskobik incelemede, üzerinde 6x2,5 cm ölçüsünde mukoza bulunan 6x3x2,5cm ölçülerindeki rezeksiyon materyalinin kesitlerinde mukoza altında, kasa infiltre 3x2,5x1,5cm ölçülerinde, kirli sarı renkli, elastik kıvamlı, solid nodüler lezyon saptandı. Histopatolojik incelemede muskularis propriada lokalize, submukozaya da uzanım gösteren ekspansif sınırlı tümöral lezyon görüldü. Tümör hiyalinize stroma içinde, damarlar çevresinde solid yuvalar-tabakalar oluşturan, yuvarlak nükleuslu, berrak sitoplazmalı, kromatin dağılımı düzenli, küçük monoton hücrelerden oluşmaktaydı (**Resim 1-3**). Nükleer atipi, mitoz, nekroz, anjiyolenfatik invazyon görülmedi. Yapılan immunhistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinde vimentin (+), SMA (+), MSA (+), kaldesmon (+) (**Resim 4**), desmin zayıf(+), sitokeratin(-), CD117 (-), CD34 (-), S-100 (-), kromogranin (-), sinaptofizin fokal zayıf (+), CD56 (-) olarak saptandı. Ki-67 indeksi %1 olarak değerlendirildi. Tip 4 kollagen ile perisellüler boyanma paterni mevcut idi (**Resim 5**). Morfolojik ve immunhistokimyasal bulgular eşliğinde vaka "Glomus Tümörü" olarak rapor edildi.



Resim 1. Muskularis propriada lokalize, submukozaya da uzanım gösteren ekspansif sınırlı tümöral lezyon (x10, H&E)



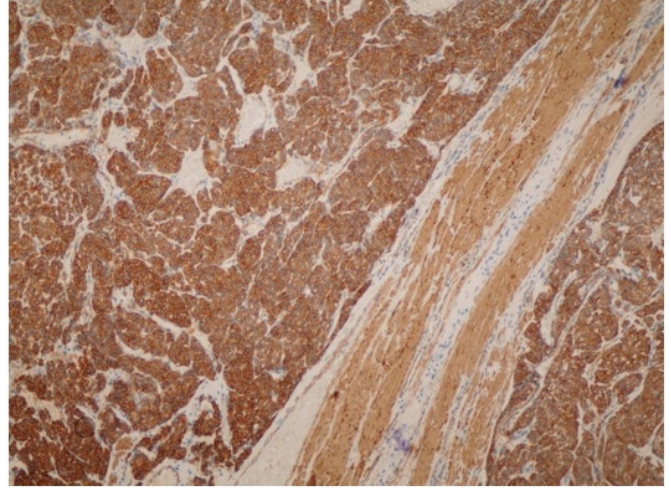
Resim 2. Tumor hücreleri hiyalinize stroma içinde, damarlar çevresinde yerleşmekte olup küçük monoton hücrelerden oluşmaktaydı (x20, H&E)



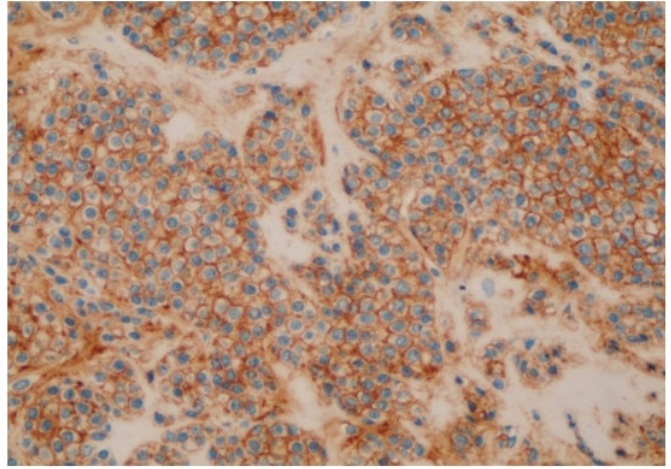
Resim 3. Tumor damarlar çevresinde solid yuvalar- tabakalar oluşturan yuvarlak nükleuslu, solid- berrak sitoplazmalı, kromatin dağılımı düzenli hücrelerden oluşmaktaydı (x40, H&E)

TARTIŞMA

Glomus tümörleri, ısı ve kan regülasyonunda rol alan glomus cisimciklerinden gelişen, genellikle dermis ve ekstremitelerin subkutis tabakasında yerleşen, mezenkimal



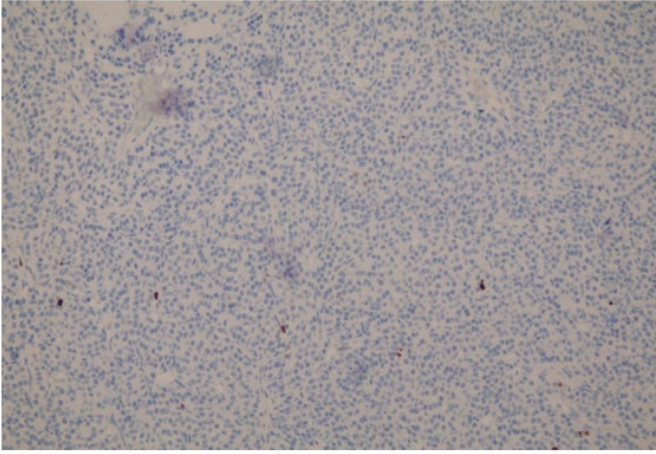
Resim 4. Tumor hücrelerinde SMA pozitifliği (x20, SMA)



Resim 5. Tumor hücrelerinde Tip 4 kollajen ile perisellüler boyanma paterni (x40, Tip 4 kollajen)

kökenli, küçük, soliter ve genellikle benign gidişli lezyonlardır [1-3]. Glomus cisimciği; Sucquet-Hoyer kanalları olarak adlandırılan, arteriovenöz anastomozlar, afferent arteriol ve efferent venül olmak üzere üç vasküler komponentten oluşmaktadır [4,5]. Glomus tümörü ilk kez Barre tarafından 1920 yılında tırnak altında ağırlı bir nodül olarak bildirilmekle birlikte, patolojik olarak tanımlanması 1924 yılında Masson tarafından yapılmıştır [6]. Çoğu distal ekstremitelerde, özellikle de subungual bölge yerleşimli olmakla beraber mezenter, serviks, vagina, trakea, kemik, böbrek gibi alışılmadık lokalizasyonlarda da görülebilir [7,8].

Glomus tümörleri gastrointestinal mezenkimal tümörlerin %1'ini oluşturmaktadır. Midede en sık antrumda rastlanmakta olup solid, hipervasküler ve intramural yerleşimli lezyonlardır [9,10]. Klinik olarak değişik boyutta olup başta leiomyom, lipom, leiomyosarkom, GIST olmak üzere diğer submukozal mide lezyonları ile karışabilir. Genellikle çapı 4 cm'den küçük olup, ortalama 2-2,5 cm'dir, nadiren ise daha büyük boyutlara ulaşabilir [1]. Sıklıkla soliter olmakla birlikte nadiren multiple lezyonlar da bildirilmiştir [11]. Kadınlarda erkeklere kıyasla daha siktir. Genellikle 5. ile



Resim 6. Tümör hücrelerinde düşük Ki-67 proliferasyon indeksi (x20, Ki-67)

6. dekatta rastlanır [1]. Olgumuzun klinik özellikleri literatür bilgileri ile uyumluluk göstermektedir.

Glomus tümörü en sık midenin submukoza ve muskularis propria tabakasında yerleşim gösterir. Sıklıkla kollajenden zengin yalancı bir kapsülle sınırlıdır [1,12]. Mikroskopik olarak tümör damarların çevresinde yerleşim gösteren, solid yuvalar-tabakalar oluşturan, yuvarlak nükleuslu, düzenli kromatin dağılımlı, berrak sitoplazmalı monoton hücrelerden oluşmaktadır. Stroma sıklıkla hyalinizasyon ya da mikroid değişiklik gösterir ve stroma içerisinde mast hücreleri görülebilir [12]. Mitoz, nekroz, nükleer atipi sıklıkla izlenmez. İmmühistokimyasal olarak tümör hücreleri SMA, kalponin, kaldesmon, MSA, tip 4 kollagen ile pozitif; sitokeratin (AE1/AE3), S-100, c-kit, CD34, DOG-1, sinaptofizin, kromogranin, LCA ile negatif boyanma gösterir. Miettinen'in 32 olguluk serisinde 3 olguda fokal sinaptofizin pozitifliği bildirilmiştir [9]. Olgumuzda izlenen immühistokimyasal bulgular literatür bilgileri ile uyumlu olmakla birlikte fokal zayıf sinaptofizin pozitifliğide saptanmıştır.

Glomus tümörü, glomus hücreleri, vasküler yapılar ve düz kasın hücrelerinin oranına göre 3 alt gruba ayrılır: Solid glomus tümörü, Glomanjiyom, Glomanjiyomyom. Fang ve arkadaşlarının 57 olguluk serisinde solid glomus tümörü %94,7, glomanjiom ve glomanjiyomyom %5,3 oranında bulunmuştur [13]. Gastrik glomus tümörü genellikle benign gidişli olmakla beraber malign davranış olasılığını dışlamak histopatolojik olarak mümkün değildir. WHO'nun yumuşak doku ve kemik tümörleri klasifikasyonuna göre glomus tümörlerinde malignite kriterleri şunlardır: 1- 2 cm'den büyük ve derin lokalizasyon, 2- Atipik mitoz ya da 3- Belirgin nükleer atipi ve 5/50BBA üzerinde mitoz. Ancak mide glomus tümörleri için belirlenmiş herhangi bir kriter mevcut değildir. Literatürde mide glomus olguları genellikle benign gidişli olarak bildirilmekle birlikte, malign ya da metastatik

gastrik glomus tümörü şeklinde az sayıda olgu da mevcuttur [14,15]. Bu olgulardan birinde tümör boyutu 6,5 cm ve mitoz 1-3/50 BBA izlenmiştir [9]. Tümör çapı 3 cm olan olgumuzda mitoz, nekroz, nükleer atipi ve anjiolenfatik invazyon görülmemiştir. Ki-67 indeksi %1 olarak bulunmuştur. Bu haliyle olgumuz WHO'da bildirilen malignite kriterlerini taşımamaktadır.

Glomus tümörünün ayırıcı tanısında ön planda gastrointestinal stromal tümör (GIST), nöroendokrin tümör, paragangliom ve karsinoid tümör göz önünde bulundurulmalıdır. GIST midenin en sık mezenkimal tümürüdür. Birçok histolojik patern gösterebilmekle birlikte özellikle epitelioid patern, glomus tümörü ile karışabilir. Ancak GIST'da dilate kapillerler izlenmemekle birlikte CD117 ve CD34 pozitifdir [16]. Paraganglioma, zengin bir kapiller ağ içeren stroma içerisinde alveolar ve Zellballen paterni gösteren pembe ya da berrak sitoplazmalı, yer yer iri-hiperkromatik hücrelerden oluşmakta olup S-100, sinaptofizin ve kromogranin pozitifdir [16]. Karsinoid tümör monoton hücrelerden oluşan morfolojisi ile glomus tümörü ile benzerlik göstermektedir. İmmühistokimyasal olarak sitokeratin, S-100, sinaptofizin, kromogranin A pozitifliği ve SMA negatifliği ayırıcı tanıda yardımcıdır [16,17].

Klinik olarak glomus tümörleri çoğunlukla herhangi bir semptom vermez ve insidental olarak saptanır, ancak tümör ülser olursa üst GIS kanamasına yol açabilir [1,12]. Endoskopik biyopsi ile tanı için alınan materyal genellikle yetersizdir. Baryumlu grafide iyi huylu submukozal lezyonlara ait tipik bir görünüm olarak normal mukozanın altında düz bir hat olarak görülür, ülserleştiği zaman ise ülser görülebilir. Literatürde EUS eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsilerinde, glomus tümörü tanısı için yeterli materyal elde edilebildiği bildirilmiştir [10,17,18].

Glomus tümörlerinin tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Gastrik glomus tümörü olgularının klinik takipleri genellikle benign gidişli olmakla birlikte literatürde agresif seyirli olgular da bildirilmiştir [1,19,20]. Literatürde karaciğer, lenf bezleri ve peritona metastaz yapan bir olgu cerrahi rezeksiyondan sonra 15 yıldan fazla yaşamıştır [19]. Büyük kurvatur yerleşimli 12 kg ağırlığında bir diğer olgu ise, rezeksiyondan 21 yıl sonra tümör dışında başka bir nedenden kaybedilmiştir [20]. Bu nedenlerden ötürü bazı yazarlar midenin glomus tümörlerinin benign gidişli lezyonlar olduklarını ve sınırlı konservatif rezeksiyonla kür sağlanabildiğini bildirmişlerdir [19]. Bu bakımdan ameliyat esnasında frozen inceleme yapılarak glomus tümörü tanısının konulması, daha radikal bir girişimi engellemesi bakımından önemlidir [12]. Wedge rezeksiyon ile tedavi

edilen olgumuzun postop 36. aydaki takibinde rekürrens ya da metastaz saptanmamıştır.

Sonuç olarak gastrik glomus tümörü nadir rastlansa da, endoskopik yöntemlerin yaygınlaşmasıyla submukozal lezyonların tanısının arttığı ülkemizde, midede lokalize nodüler lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Genellikle konservatif cerrahi girişim yeterli olması nedeniyle, radikal girişim gerektiren malign tümörlerden ayırımı önemlidir. Literatürde bildirilen olgu sayısının az olması ve çoğunlukla benign davranışlı olmasına rağmen öngörülemez malign davranış potansiyeli nedeniyle tüm olgular takip edilmelidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI / FİNANSAL DESTEK BEYANI

Bu yazıdaki hiçbir yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazının herhangi bir finansal desteği yoktur.

KAYNAKLAR

1. Farooq A, Goyal A, Giorgadze T, Scherr G, Evans JJ, Hartley CP. Cytomorphological features of glomus tumors arising in the stomach: A series of two cases diagnosed on FNA. *Ann Diagn Pathol.* 2019;3(42):42-47.
2. Yoshida H, Asada M, Marusawa H. Gastrointestinal: Glomus tumor: A rare submucosal tumor of the stomach. *J Gastroenterol Hepatol.* 2019;34(5):815.
3. Morte D, Bingham J, Sohn V. Gastric Glomus Tumor: An Uncommon Source for an Acute Upper GI Bleed. *Case Rep Gastrointest Med.* 2018 May 13;2018:7961981.
4. Tuncalı D, Yılmaz AC, Terzioğlu A. Multiple occurrences of different histologic types of the glomus tumor. *J Hand Surg Am* 2005;30:161-164.
5. Sorene ED, Goodwin DR. Magnetic resonance imaging of a tiny glomus tumour of the fingertip: A case report. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2001;35:429-431.
6. Masson P. Le glomus neuromyo-arteriel des regions tactil et ses tumeurs. *Lyon Chir* 1924;21:257-80.
7. Moojen TM, Houpt P. Glomus tumors of the hand in the Netherlands: Analysis of 107 patients. *Eur J Plast Surg* 2000;23:224-6
8. Yoshida H, Asada M, Marusawa H. Gastrointestinal: Glomus tumor: A rare submucosal tumor of the stomach. *J Gastroenterol Hepatol.* 2019 May;34(5):815.
9. Miettinen M, Paal E, Lasota J, Sobin LH. Gastrointestinal glomus tumours: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 32 cases. *Am J Surg Pathol* 2002;26:301-311.
10. Gu M, Nguyen PT, Cao S, Lin F. Diagnosis of gastric glomus tumor by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy. A case report with cytologic, histologic and immunohistochemical studies. *Acta Cytol* 2002;46:560-6.
11. Haque S, Modlin IM, West AB. Multiple glomus tumour of the stomach with intavascular spread. *Am J Surg Pathol* 1992;16:291-299.
12. Bhattacharya B, Jakate S. Pathologic quiz case: an incidental gastric mass in a 71-year old man who presented with pancreatic pseudocyst. *Gastric glomus tumor.* *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:1553-4.
13. Fang HQ, Yang J, Zhang F F, Cui Y, Han AJ. Clinicopathological features of gastric glomus tumour. *Gastroenterol* 2010;16(36):4616-4620
14. Toti L, Manzia TM, Roma S, Meucci R, Blasi F, Ferlosio A, Tisone G, Orlacchio A. Rare malignant glomus tumor of the stomach with liver metastases. *Radiol Case Rep.* 2019 Feb 2;14(4):463-467.
15. Bray AP, Wong NA, Narayan S. Cutaneous metastasis from gastric glomus tumour. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:719-721.
16. Liegl-Atzwanger B, Fletcher JA, Fletcher CD. Gastrointestinal stromal tumors. *Virchows Arch* 2010;456:111-127.
17. Agawa H, Matsushita M, Nishio A, Takakuwa H. Gastric glomus tumor. *Gastrointest Endosc* 2002;56:903.
18. Aoba T, Kato T, Hiramatsu K, Shibata Y, Yoshihara M, Yamaguchi N, Kamiya T. A case of gastric glomus tumor resection using laparoscopy endoscopy cooperative surgery (LECS). *Int J Surg Case Rep.* 2018;42:204-207.
19. Almagro UA. Glomus tumor of the stomach. *Am J Gastroenterol* 1984;79:804.
20. Warner KE, Haidak GL. Massive glomus tumor of the stomach: 20-year follow-up and autopsy findings. *Am J Gastroenterol* 1984;79:253-5.

