

History:

4 เดือน ก่อนมา ร.พ. มีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ ปวดแน่นๆ เป็นๆ หายๆ ไม่สัมพันธ์กับ มืออาหาร ไม่มีปวดร้าว ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีใช้รับประทานอาหารได้น้อยลง รู้สึกว่าท้องโตขึ้น

1 เดือนต่อมามีไข้ร่วมกับท้องแข็งได้ไปรักษาที่ร.พ.หนองคาย ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ultrasound พบว่ามี mass ที่ left abdomen ขณะนั้นให้การวินิจฉัยเป็น **pancreatic abscess** ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (ampicillin + metronidazole) ประมาณ 2 สัปดาห์และได้รับเลือด 2 units แต่ท้องไม่ยุบลง จึงส่งมารักษาต่อที่ ร.พ.ศรีนครินทร์

PH: ในช่วงเด็ก มีอาการซีดบ่อยๆ และต้องได้รับเลือด 1-2 ครั้ง ต่อเดือนโดยเฉพะเวลาไม่สบาย

ยังไม่มีประจำเดือน เป็นคนตัวเล็กกว่าเพื่อนๆ น้ำหนักตัวน้อย ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้น ม.2 (เท่ากับเด็กทั่วไป)

Physical examination:
GA: A thin girl, good conscious; V/S: T 36.8 C, PR 90/min, BP108/71 mmHg

RR 24/min, BW 24 kg(<P3), Ht 137 cm.<P3)

HEENT: moderately pale conjunctivae, anicteric sclera, cervical LN can't be palpated.

H&L: normal S1 S2, regular rhythm; breath sound- normal

Abdomen: palpable mass at epigastrium, firm to hard consistency, without tenderness, irregular surface, well-defined margin, fixed, liver and spleen can't be evaluated, active bowel sound.

Ext: no edema, no cyanosis

Investigation:

CBC: Hb 8.8 g/dl, Hct 26%, wbc 21,300/cumm N 82, L 13, M 5, plt 546,000/cumm

MCV 50.5, MCH 16.2, MCHC 32.1, RDW 31.8%, reticulocyte count 3.1%, hypochromic, microcytic rbc, aniso 2+, poikilo 1+

UA: yellow, sp.gr.1.020, pH 6, protein 1+, glucose -neg, ketone 4+

BUN: 7.7 mg/dl, **Cr:** 0.5 mg/dl, **Na** 132 mEq/L, **K** 3.6 mEq/L, **Cl** 102 mEq/L, **CO2CP** 21.8 mEq/L, **total Ca** 7.4 mg/dl, **P** 4.4 mg/dl

LFT: Alb 2.9 g/dl, Glob 2.9 g/dl, Chol 75 mg/dl, TB 0.6 mg/dl, DB 0.1 mg/dl, AST 10U/L, ALT 8 U/L, Alk P 82 U/L

Serum amylase: 52 U/L

Tumor markers: CEA = 0.27, B-hCG = 0.229, AFP = 3.3, CA19-9 = 6.02

Problem lists:

Chronic epigastric pain

Abdominal mass

Weight loss

Radiologic Investigations:

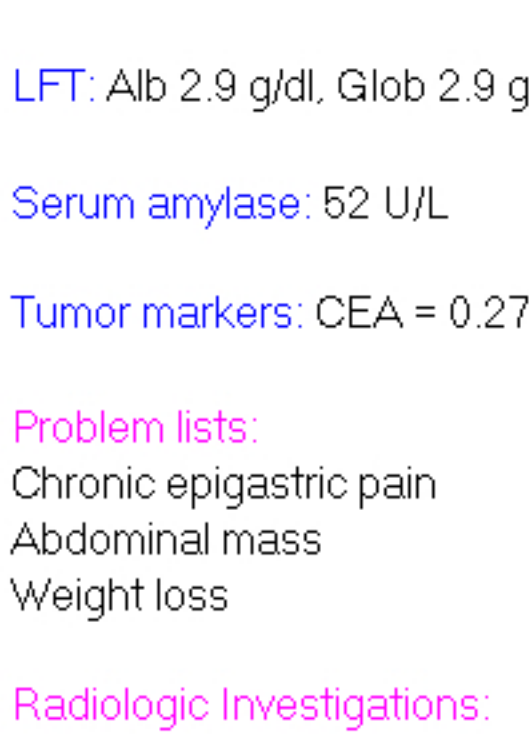


Fig 1. Plain abdomen shows a large soft tissue mass at mid abdomen causing pressure effect to the stomach and transverse colon. Prominent hepatic shadow is also seen. Ultrasonography shows a large tumor mass; exophytic growth from Left lobe liver, lesser sac or retroperitoneal in origin. (picture not shown)

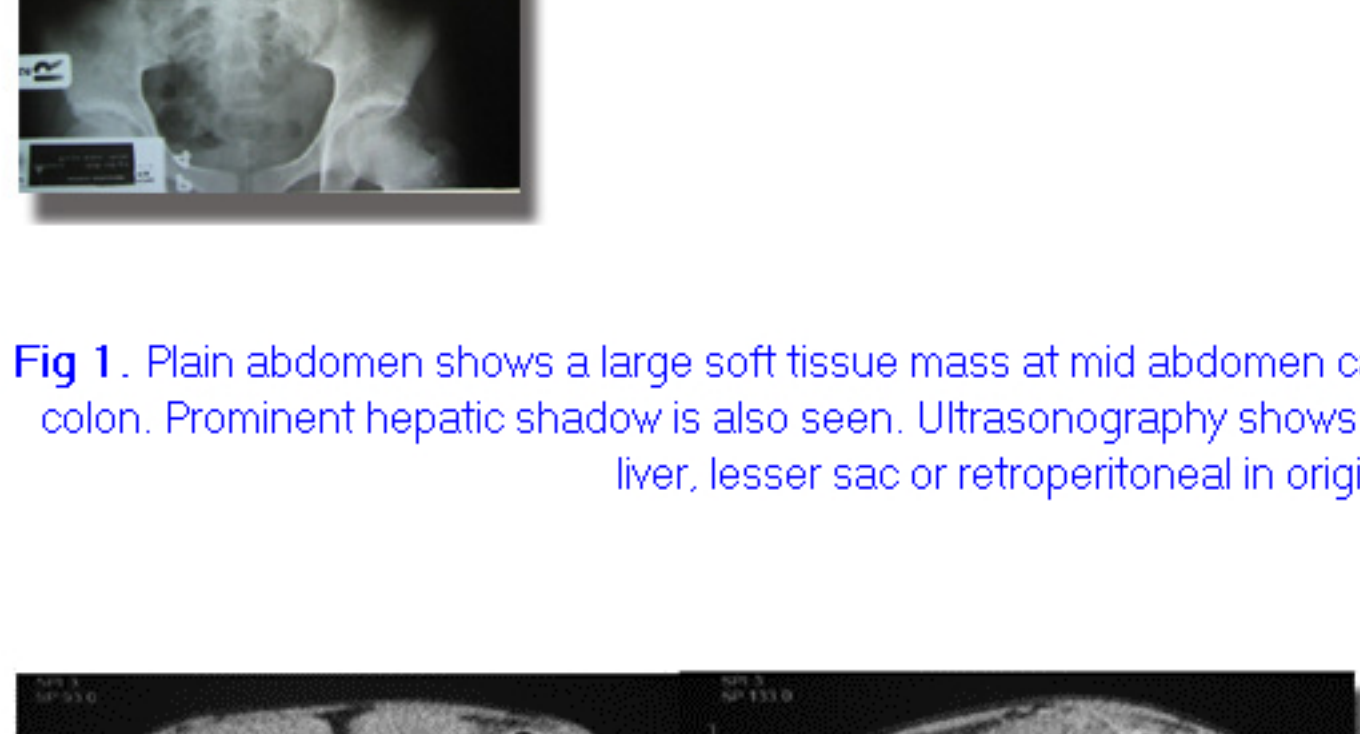


Fig 2. On a CT scan, a lobulated solid mass is seen in the lesser sac, probably pancreatic in origin. Papillary epithelial neoplasm should be considered. DDx include masses of LN, mass of posterior wall of stomach and unusual tumor of the pancreas such as lymphoma.

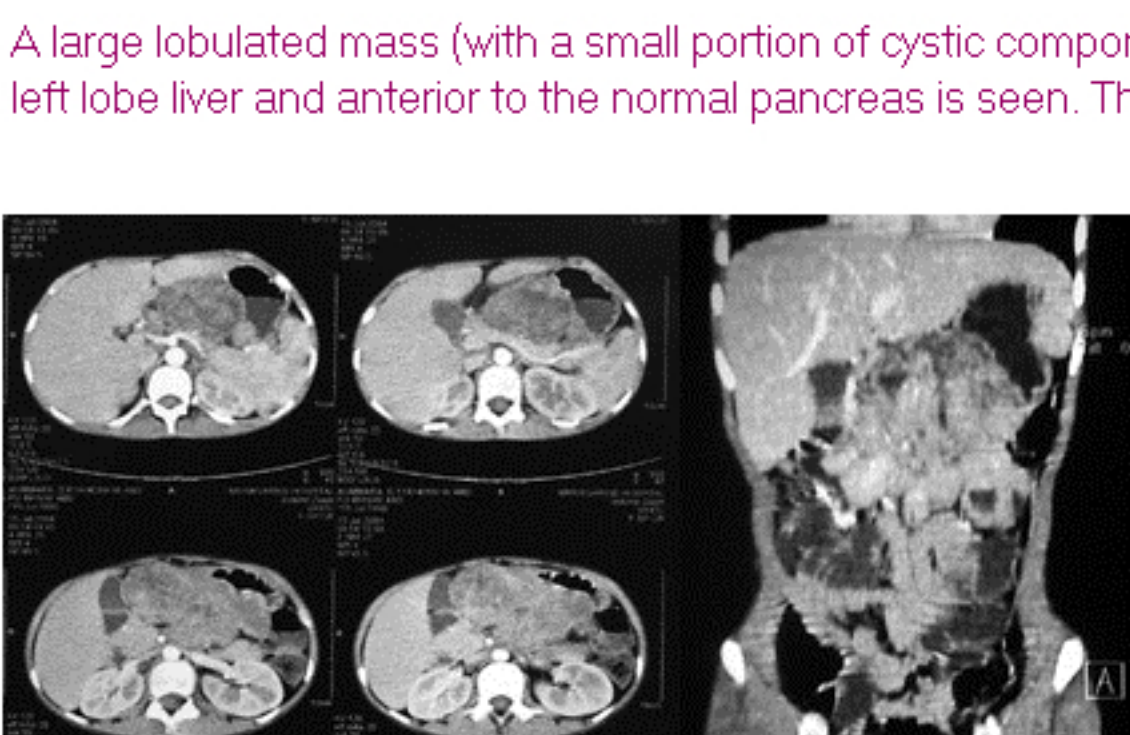
Clinical course:

CT guided transabdominal biopsy revealed :- **pancreatic tissue with acute inflammation and recent hemorrhage**

ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากการปวดท้องดีขึ้น แต่ก่อนในท้องไม่ยุบลงจึงได้ทำการตรวจ ultrasound อีกครั้งใน 1 เดือนถัดมา

Repeated abdominal ultrasonography:

A large lobulated mass (with a small portion of cystic component and calcification), about 9 cm in size just posterior inferior to left lobe liver and anterior to the normal pancreas is seen. The radiologic findings are consistent with **teratoma**.



Repeated CT abdomen:

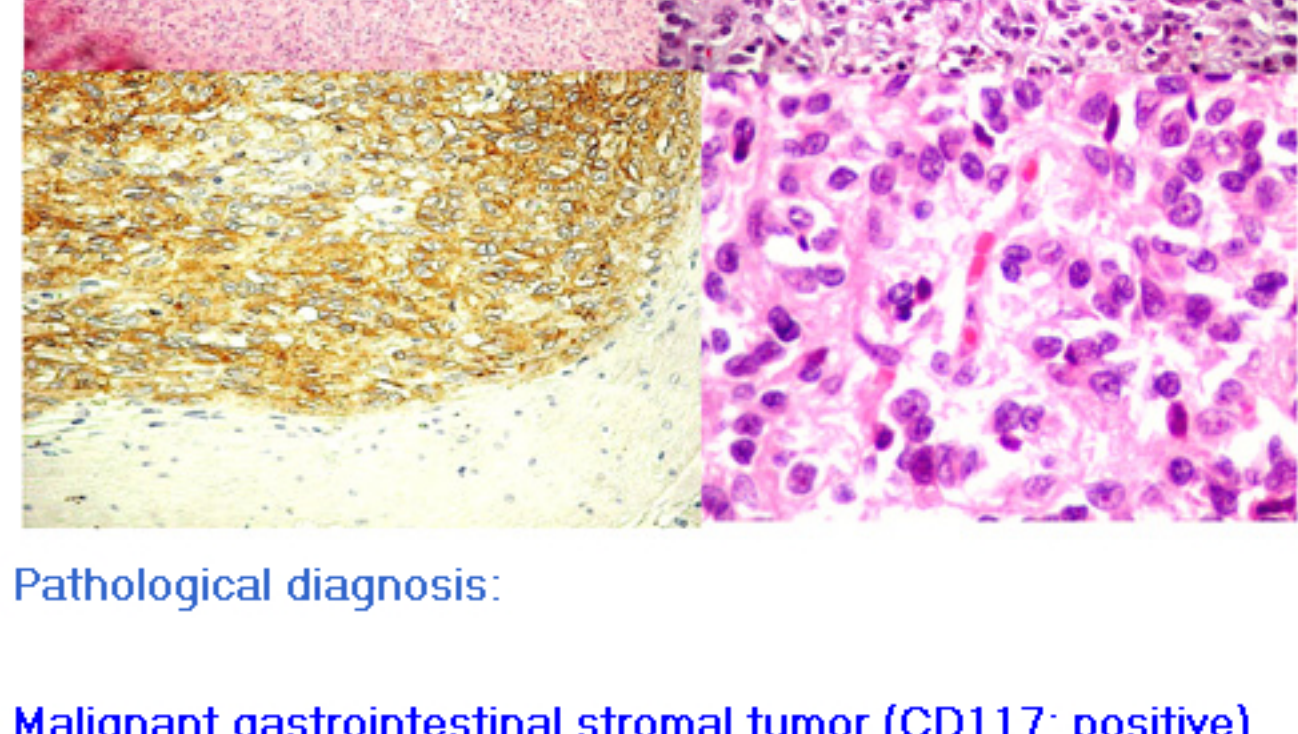
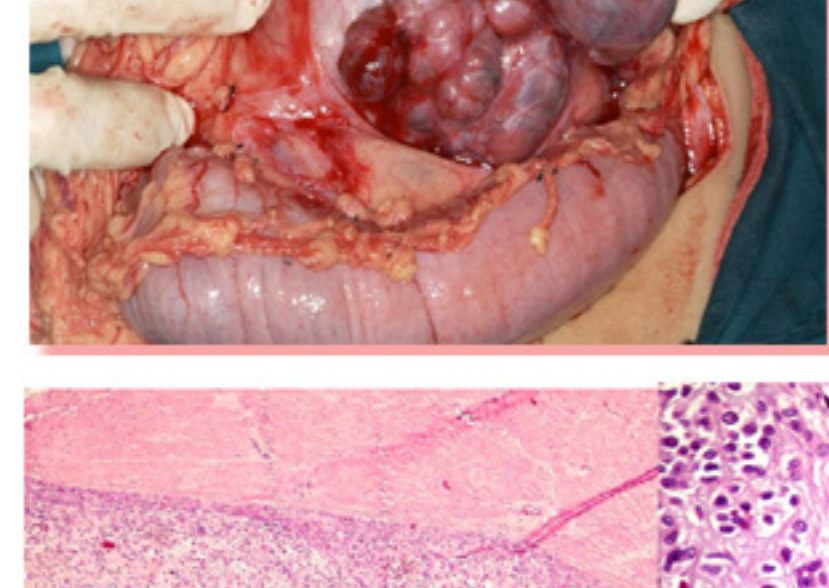
The study shows a large soft tissue mass, sized 8x6x9 cm, in anterior pararenal space, anterior to the pancreas displacing adjacent greater curve of stomach.

The mass invades the anterior peritoneum and abdominal wall. Anterior displacement of transverse colon is also observed. The study is unable to clearly mesentery invasion and there is no lymphadenopathy. The CT diagnosis is **gastrointestinal stromal tumor**, origin from the greater curve of stomach or mesentery

Clinical course:

According to the second CT findings the patient underwent exploratory laparotomy. **Operative findings** showed a multilobulated tumor of stomach located at lesser curvature and posterior wall of stomach, invading mucosa of posterior wall with coffee ground content, enlarged node at splenic hilar and tumor cause adhesion band to lower surface of liver

Subtotal gastrectomy and gastrojejunostomy were performed.



Pathological diagnosis:

Malignant gastrointestinal stromal tumor (CD117: positive)

The tumor is infiltrating into the omentum but there is free surgical margin.

Follow up information:

หลังผ่าตัดผู้ป่วยสบายดี ไม่มีอาการปวดท้อง ได้ทำ CT อีกครั้งไม่พบ recurrent tumor

Gastrointestinal stromal tumor (GISTs)

- >the most common mesenchymal neoplasm of GI tract
- >comprises 1-3% of all GI tract tumors
- >Stomach is the most frequent site of origin
- >Found in patients over 50 years of age
- >No sex or race predilection
- Pathology:**
 - >Involves muscularis propria, exophytic growth
 - >Well-encapsulated, heterogeneously enhanced
 - >Central areas of low density corresponding with necrosis and hemorrhage
 - >Not associated with adenopathy, - a helpful diagnostic clue on CT or MRI
 - >Distinguished from other mesenchymal tumor by histologically
 - >Uniquely, GISTs express KIT, a tyrosine kinase growth factor
 - >Metastasis to liver and peritoneum

Clinical presentations: depending on location

1. Gastrointestinal bleeding
2. Anemia
3. Abdominal pain
4. Abdominal mass
5. Dysphagia

Prognostic factors:

	Benign	Malignant
Size	< 5 cm	> 5 cm
Cellularity	low	high
Nuclear pleomorphism	Absence to minimal	May be prominent
Necrosis	Absent	Present
Mitosis	< 0-1 per 30-50/HPF	> 1-5 per 10/HPF
Infiltrative growth pattern	Absent	Involve adjacent structures
Metastasis	Absent	Present
C-kit mutation	Absent	Frequently present

Treatments:

- > Surgical resection is the primary modality for treatment of all GISTs.
- > The tumor responds poorly to chemotherapy and radiation.
- > Imatinib mesylate (Gleevec), a tyrosine kinase inhibitor, has been used with success outcome.