

Maciej Słupski¹, Katarzyna Porzych², Marcin Porzych³, Anna Grabowska-Gawel⁴

¹Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

²Katedra i Klinika Geriatrii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

⁴Zakład Pielęgniarstwa w Intensywnej Opiece Medycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Opóźnione rozpoznanie raka esicy współistniejącego z rakiem żołądka — opis przypadku

The late diagnosis of coexisting sigmoid carcinoma and gastric carcinoma — a case report

Streszczenie

Wielogniskowe nowotwory przewodu pokarmowego mogą pojawić się zwłaszcza u chorych powyżej 60–65 roku życia. Przedstawiono przypadek pacjenta, u którego rozpoznano i leczono raka żołądka, następnie wdrożono chemioterapię, po której w kontrolnym badaniu tomografii komputerowej stwierdzono przerzut do wątroby. Zmiana okazała się przerzutem raka jelita grubego, który rozpoznano i usunięto 11 miesięcy po resekcji wątroby.

Słowa kluczowe: rak żołądka, rak jelita grubego, przerzuty do wątroby

Abstract

Multifocal neoplasms of the digestive tract manifest particularly in patients aged 60–65 and older. The case of patient diagnosed and treated for gastric ca is presented. Gastrectomy and the chemotherapy were performed. Follow up CT scan revealed liver metastasis. The lesion proved to be metastasis from colorectal ca. The diagnosis was given 11 months after liver resection and the removal of the colorectal ca was done.

Key words: gastric carcinoma, colorectal carcinoma, metastases to hepar

Wstęp

Współistnienie więcej niż jednego nowotworu złośliwego u pacjenta stwierdza się dosyć rzadko. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek pacjenta, u którego rozpoznano i leczono raka żołądka, następnie wdrożono chemioterapię, po której w kontrolnym badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed to-*

graphy) stwierdzono przerzut do wątroby. Zmiana okazała się przerzutem raka jelita grubego, który rozpoznano i usunięto 11 miesięcy po resekcji wątroby.

Opis przypadku

Pacjenta w wieku 63 lat przyjęto do Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej w styczniu

Adres do korespondencji: dr med. Katarzyna Porzych
Katedra i Klinika Geriatrii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu
ul. M. Skłodowskiej-Curie 8, 85–094 Bydgoszcz



Polska Medycyna Paliatywna 2005, 4, 3, 116–118
Copyright © 2005 Via Medica, ISSN 1644–115X

2001 roku w celu wykonania planowej resekcji wątroby.

Chorego w marcu 2000 roku poddano całkowitej gastrektomii z powodu raka gruczołowego żołądka. W badaniu histopatologicznym stwierdzono przerzuty nowotworowe w węzłach chłonnych wzdłuż obu krzywizn. Oceniono zmianę jako T3 N2 M0. U pacjenta zastosowano chemioterapię adjuwantową.

Przerzut do wątroby wykryto w badaniu USG 8 miesięcy po operacji. Rozpoznanie potwierdzono w badaniu CT jamy brzusznej.

Pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Podczas śródoperacyjnego badania USG potwierdzono przedoperacyjne rozpoznanie pojedynczego przerzutu do segmentu IVa wątroby (płat prawy). Innych zmian nowotworowych nie odnotowano, natomiast stwierdzono dodatkowo do przodu i przysrodkowo od przewodu żółciowego wspólnego stary ropień o średnicy około 3 cm, otoczony nacieczonymi tkankami. W badaniu palpacyjnym jamy brzusznej oraz w śródoperacyjnym badaniu ultrasonograficznym innych zmian patologicznych w obrębie jamy brzusznej nie stwierdzono. Za pomocą aspiratora ultradźwiękowego usunięto segment IVa wraz z guzem i 2-centymetrowym marginesem tkanki wątrobowej. Przebieg pooperacyjny 2-krotnie był powikłany (w 17. dobie i 33. dobie): odnotowano powstanie zbiorników żółciowych (1200 ml, 600 ml), które ewakuowano podczas relaparotomii, oraz pojawienie się płynu przesiękowego w prawej jamie opłucnej.

W badaniu histopatologicznym opisano przerzut raka gruczołowego. Pacjenta wypisano do domu w 42. dobie hospitalizacji w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem kontynuacji chemioterapii w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Ponownie przyjęto chorego do Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej w lutym 2003 roku. Głównymi objawami była utrata masy ciała — 5 kg w ciągu 3 tygodni, stany podgorączkowe, zaparcia oraz okresowo występujące krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W wykonanej kolonoskopii stwierdzono guz esicy zwięzający światło jelita.

Śródoperacyjnie odnotowano guz esicy w odległości 40–50 cm od odbytu, który wycięto z około 10-centymetrowym marginesem z każdej strony wraz z węzłami chłonnymi i odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego, zespalając jelito koniec do końca.

W badaniu histopatologicznym rozpoznano: *adenocarcinoma* G-2 według Duke'a D. Przerzut do wątroby usunięty 1,5 roku wcześniej odpowiadał morfologicznie przerzutowi raka jelita grubego, co stwierdzono po usunięciu esicy, porównując preparat z resekcji wątroby wykonanej poprzednio z pre-

paratem esicy. Pacjenta wypisano ze szpitala po 12 dniach hospitalizacji z zaleceniem dalszego leczenia w ośrodku onkologicznym.

Dyskusja

Ciągły wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe dotyczy przede wszystkim raków przewodu pokarmowego. Wśród mężczyzn pierwsze miejsce w Polsce zajmuje rak płuca, na drugim miejscu jest rak żołądka, na trzecim — rak zlokalizowany w odbytnicy i/lub okrężnicy. U kobiet najwyższą częstość zachorowań na raka dotyczy raka piersi, następnie raka szyjki macicy, w trzeciej kolejności — raka odbytnicy i/lub jelita grubego [1].

Wiąże się to ściśle z nowymi nawykami dietetycznymi, trybem życia, używkami oraz starzeniem się społeczeństwa (dłuższa średnia przeżycia predysponuje do częstszych mutacji *de novo*) [2–4]. Coraz większe znaczenie przypisuje się predyspozycjom genetycznym występującym w rodzinach obciążonych wywiadem nowotworowym [5, 6]. W związku z powyższym rodziny takie powinny być pod opieką poradni genetycznych.

Przerzuty do wątroby towarzyszą zarówno nowotworom żołądka, jak i jelita grubego [7]. Występują one z blisko 40-procentową częstością w różnym stadium zaawansowania choroby nowotworowej [8]. W licznych danych z piśmiennictwa wskazuje się na dłuższe przeżycie chorych z przerzutami raka żołądka do wątroby po wykonanej synchronicznie bądź metachronicznie resekcji tkanki wątrobowej [9–12].

Wydaje się, że w opisanym przypadku współistniały dwa niezależne procesy nowotworowe. Po rozpoznaniu raka żołądka badania diagnostyczne zakończono i pacjenta operowano.

Zastanawiać może fakt niewykrycia guza esicy podczas gastrektomii. Prawdopodobnie była to niewielka zmiana, być może trudno uchwytna podczas badania palpacyjnego. Chorego operowano po raz pierwszy w innym ośrodku. Podczas resekcji wątroby również nie znaleziono zmiany w jelicie. Należy zaznaczyć, że w tym czasie pacjent był już po 6 cyklach chemioterapii i nie zgłaszał przed operacją żadnych dolegliwości ze strony jelita grubego. Dopiero objawy kliniczne sugerujące proces nowotworowy lewej połowy okrężnicy spowodowały, że przeprowadzono dokładne badania diagnostyczne.

Rozpoznanie jednego nowotworu zlokalizowanego w określonym odcinku przewodu pokarmowego nie powinno zwalniać lekarza prowadzącego z przeprowadzenia badań diagnostycznych i wszechstronnych badań kontrolnych, szczególnie w momencie,

gdy wystąpią objawy kliniczne sugerujące jakąkolwiek patologię. Dość często zdarza się, iż u jednego pacjenta współistnieją 2 nowotwory oraz ich przerzuty, co wiąże się z predyspozycją do pojawienia się mutacji genetycznych oraz zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów w rodzinie.

Wnioski

1. Rozpoznanie nowotworu jednej z części przewodu pokarmowego nie powinno być przyczyną zakończenia badań diagnostycznych, zwłaszcza u chorych powyżej 60 roku życia.
2. Stwierdzenie istnienia więcej niż jednego nowotworu u pacjenta powinno być przesłanką do wnikliwego zbadania oraz prowadzenia badań okresowych i profilaktyki antynowotworowej u wszystkich członków rodziny.

Piśmiennictwo

1. Wronkowski Z., Zwierno M. Epidemiologia, czynniki ryzyka i możliwości zapobiegania. W: Nowacki M.P. red. Nowotwory jelita grubego. Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa 1996: 24–50.
2. Olsen J., Kronborg O. Coffee, tobacco and alcohol as risk factors for cancer and adenoma of the large intestine. *Int. J. Epidemiol.* 1993; 22: 398.
3. Wronkowski Z. Epidemiologia i etiologia raka jelita grubego. W: Nowacki M. Red. Postępy w onkologii. Rak jelita grubego. Aktualne poglądy i postępy w diagnostyce i leczeniu. CMKP 1988; 9.
4. Wynder E.L., Reddy B.S., Weisburger J.H. Environmental dietary factors in colorectal cancer. Some unresolved issues. *Cancer* 1992; 70 (Supl.): 1222.
5. Canzon-Albright L.A., Bishop D.T., Golda C. i wsp. Genetic predisposition to cancer. W: DeVita V.T. jr., Hellman S., Rosenberg S.A. red. Important advances in oncology 1991. J.B. Lippincott, Philadelphia 1991; 39.
6. Slattery M.L., Kerber R.A. Family history of cancer and colon cancer risk: the Utah population database. *J. Natl. Cancer Inst.* 1994; 86: 1618.
7. International Hepatology Informatics Group: Diseases of the liver and biliary tract. Standardization of nomenclature, diagnostic criteria and prognosis. Raven Press 1994.
8. Gennari L. Liver metastases: a many sides therapeutic problem. *Hepato-Gastroenterol.* 1992; 39: 1832–1839.
9. Okano K., Maeba T., Ishimura K. i wsp. Hepatic resection for metastatic tumors from gastric cancer. *Ann. Surg.* 2002; 235: 86–89.
10. Miyazaki M., Itoh H., Nakagawa K. i wsp. Hepatic resection of liver metastases from gastric carcinoma. *Am. J. Gastroenterol.* 1997; 92: 490–493.
11. Ochiai T., Sasako M., Mizuno S. i wsp. Hepatic resection for metastatic tumours from gastric cancer: analysis of prognostic factors. *Br. J. Surg.* 1994; 81: 1175–1178.
12. Zacherl J., Zacherl M., Scheuba C. i wsp. Analysis of hepatic resection of metastasis originating from gastric adenocarcinoma. *J. Gastrointest. Surg.* 2002; 6: 682–689.