

This is a provisional PDF only. Copyedited and fully formatted version will be made available soon.



**ISSN:** 1507-5524

**e-ISSN:** 1644-3349

## **Rak płaskonabłonkowy jamy brzusznej o nieznannej pierwotnej lokalizacji - trudności diagnostyczne i leczenie.**

**Autorzy:** Krzysztof Kowalik, Marta Suchomska, Katarzyna Hetman, Andrzej Modrzejewski

**DOI:** 10.5603/chp.94906

**Typ artykułu:** Case report

**Data zgłoszenia:** 2023-03-29

**Zaakceptowane:** 2023-11-17

**Data publikacji online:** 2024-02-21

This article has been peer reviewed and published immediately upon acceptance. It is an open access article, which means that it can be downloaded, printed, and distributed freely, provided the work is properly cited.

Praca kazuistyczna

## **Rak płaskonabłonkowy jamy brzusznej o nieznannej pierwotnej lokalizacji — trudności diagnostyczne i leczenie**

Squamous cell carcinoma abdominal cavity of unknown primary site — diagnostic difficulties and treatment

**Krzysztof Kowalik<sup>1</sup>, Marta Suchomska<sup>1</sup>, Katarzyna Hetman<sup>2</sup>, Andrzej Modrzejewski<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin (Clinical Department of General Surgery, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland)

<sup>2</sup>Oddział Onkologii Klinicznej, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Szczecin

### **Streszczenie**

W niniejszym artykule przedstawiono przypadek pacjentki z zaawansowanym rakiem płaskonabłonkowym o nieznanym punkcie wyjścia. U chorej w bliźnie po wcześniejszym cięciu cesarskim stwierdzono przepuklinę, którą poddano plastyce. Usunięto tkanki, które oceniono jako martwicę sieci w worku przepuklinowym, nie wykonując badania histopatologicznego usuniętych tkanek. Po operacji przez 6 miesięcy utrzymywał się wyciek ropy z blizny, która powstała po zabiegu. Po 6 miesiącach stwierdzono guz w podbrzuszu wielkości kilkunastu centymetrów. Z brzegu owrzodzenia mieszczącego się w bliźnie pooperacyjnej pobrano wycinki i okazało się, że guz jest rakiem płaskonabłonkowym. W badaniu metodą tomografii komputerowej uwidoczniono guz o wymiarach 98 mm × 65 mm × 156 mm. Podjęto leczenie operacyjne polegające na usunięciu guza i plastyce powłok brzusznych. Po operacji wdrożono chemioterapię. Do czasu publikacji niniejszego artykułu u pacjentki nie stwierdzono wznowy miejscowej.

**Słowa kluczowe:** rak płaskonabłonkowy; rak o nieznannej pierwotnej lokalizacji; przerzuty; węzły chłonne; chemioterapia

## **Abstract**

The authors present the case of a patient with advanced squamous cell carcinoma of unknown starting point. The patient was found to have a hernia in the scar from a previous cesarean section, which was plastinated. Tissue was removed, which was evaluated as necrosis of the web in the hernia sac. No histopathological examination of the removed tissues was performed. After the operation 6 months, the leakage of pus from the surgical scar persisted. After 6 months, a tumor was found in the lower abdomen several centimeters in size. At the edge of the ulcer located in the surgical scar, sections were taken and the tumor was found to be squamous cell carcinoma. On computed tomography examination, the tumor measures 98 mm × 65 mm × 156 mm. Surgical treatment was undertaken involving removal of the tumor and abdominal plasty. After surgery, chemotherapy was implemented. The patient is so far without recurrence.

**Keywords:** squamous cell carcinoma; carcinoma of unknown primary site; cancer metastases; lymph nodes, chemotherapy

## **Wstęp**

Rak o nieznannej pierwotnej lokalizacji (CUP, *carcinoma of unknown primary site*) zgodnie z definicją jest to rak z przerzutami, który występuje przy braku możliwego do zidentyfikowania pierwotnego miejsca procesu nowotworowego. Miejsce to jest trudne do ustalenia nawet po przeprowadzeniu dokładnych badań diagnostycznych [1, 2]. CUP często jest diagnozowany w węzłach chłonnych [3]. Statystycznie CUP stanowi 3–5% wszystkich nowotworów złośliwych. Rak płaskonabłonkowy o nieznanym ognisku pierwotnym stanowi 15% CUP [1, 2]. Brak pierwotnego punktu wyjścia raka płaskonabłonkowego wiąże się ze złym rokowaniem. Średni czas przeżycia w tym nowotworze wynosi 6–9 miesięcy, a według niektórych autorów do 36 miesięcy [1–3]. Leczenie polega na podawaniu agresywnej chemioterapii [1, 2].

## Opis przypadku

U 52-letniej chorej wykonano operację przepukliny w bliźnie po wcześniejszym cięciu cesarskim, jednak od momentu zabiegu obserwowano wyciek ropy z rany. Pacjentka z powodu niegojącej się przez prawie pół roku przetoki skórnej w bliźnie po przepuklinie brzusznej została przyjęta na Oddział Chirurgii Ogólnej. W posiewie z rany wyhodowano u pacjentki *Klebsiella oxytoca*. Następnie z niegojącej się rany (ryc. 1) pobrano wycinek do badania histopatologicznego, w którym stwierdzono raka płaskonabłonkowego.

Zlecono badania obrazowe. W wykonanej u pacjentki ultrasonografii pachwin był widoczny pojedynczy hipoechogeniczny węzeł chłonny, do 8 mm w osi krótkiej z prawidłowym unaczynieniem.

Podczas pobytu na Oddziale Chirurgii Ogólnej u chorej wykonano również tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy. Stwierdzono rozległy naciek patologiczny, który obejmował swoim zakresem całą grubość ściany jamy brzusznej w podbrzuszu. Opisywana zmiana sięgała od spojenia łonowego aż 34 mm poniżej poziomu pępka. Zmiana ta miała wymiary 98 mm × 65 mm × 156 mm. Ponadto opisywany naciek sięgał od poziomu skóry i przez tkankę podskórną przechodził w głąb mięśni miednicy z zajęciem mięśni przedniej ściany jamy brzusznej, fragmentami naciekając otrzewną. W obrębie patologicznej zmiany stwierdzono zbiorniki płynowe, obszary martwicy oraz obszary powietrzne w związku z wytworzeniem się przetoki skórnej.

Zmiana nie naciekała naczyń biodrowych. Węzły chłonne biodrowe zewnętrzne były niepowiększone. Opisywaną zmianę stwierdzoną w tomografii komputerowej przedstawiono na rycinie 2A, B.

U chorej wykonano również tomografię komputerową klatki piersiowej, w której nie opisano jednoznacznie zmian przerzutowych. W ramach konsultacji urologicznej u pacjentki przeprowadzono cystoskopię, w której nie stwierdzono zmian patologicznych. Konsultacja ginekologiczna również nie ujawniła zmian patologicznych w narządach rodnych. W kolonoskopii nie zaobserwowano nieprawidłowości.

Zdecydowano o zakwalifikowaniu chorej do zabiegu wycięcia guza.

U pacjentki wykonano rozległe wycięcie dolnej części powłok jamy brzusznej z guzem podbrzusza wraz z otrzewną, ponieważ podczas zabiegu stwierdzono naciekanie warstwy przedotrzewnowej. Wycięto guz w zakresie pełnej grubości powłok jamy brzusznej.

Rozległość zmiany przedstawiono na rycinie 3. Śródoperacyjnie odpreparowano pęcherz moczowy. W ścianie pęcherza moczowego nie stwierdzono cech naciekania przez guz. Po wycięciu guza podbrzusza (ryc. 4) wraz z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek stwierdzono ubytek o wymiarach 20 cm × 10 cm w powłokach jamy brzusznej. Zszycie tego ubytku przez ściągnięcie tkanek było niemożliwe, dlatego też wypreparowano przednią blaszkę powięzi mięśni prostych brzucha i po jej odwróceniu w formie plastyki typu „drzwi” zamknięto stwierdzony ubytek tkanek, wszywając na to siatkę polipropylenową.

Przebieg zabiegu był niepowikłany. W badaniu histopatologicznym wyciętego guza podbrzusza stwierdzono raka płaskonabłonkowego częściowo rogowaciejącego G3. W trzech węzłach chłonnych dostarczonych do badania histopatologicznego nie zaobserwowano zmian przerzutu raka. Nowotwór wykazywał cechy angioinwazji i jego zaawansowanie zostało określone jako pT4NoMx.

Cztery tygodnie po operacji u pacjentki wykonano pozytonową tomografię emisyjną (PET, *positron emission tomography*), która wykazała obecność resztkowych mas przerzutowych w ścianie jamy brzusznej o wymiarach 31 mm × 20 mm i 23 × 16 mm w bliźnie pozabiegowej oraz obecność przerzutowych węzłów chłonnych — dwóch biodrowych zewnętrznych do 9 mm i pachwinowy prawy do 15 mm. Ponadto wyniki badania wskazały obszar wzmożonego metabolizmu w okolicy prawych przydatków, dlatego też uznano je za potencjalny punkt wyjścia procesu nowotworowego.

Jednak w wykonanej u chorej 5 tygodni po zabiegu tomografii komputerowej nie stwierdzono cech wznowy miejscowej i przerzutów odległych. Badanie nie wykazało również zmian patologicznych przydatków, dlatego też wynik PET uznano za fałszywie dodatni.

Na dalsze leczenie pacjentka została skierowana na Oddział Onkologii w celu zastosowania chemioterapii. Chora otrzymała 6 cykli chemioterapii według schematu PF (cisplatyna 100 mg/m<sup>2</sup> w pierwszym dniu oraz 5-fluorouracyl 500–1000 mg/m<sup>2</sup> w dniach 1.-4.). Osiągnięto remisję choroby, jednak pacjentka pozostaje w dalszej obserwacji onkologicznej. W toku diagnostyki u opisywanej chorej nie ustalono pierwotnego punktu wyjścia procesu nowotworowego.

## Dyskusja

Zgodnie z definicją CUP to przerzuty nowotworu złośliwego potwierdzone badaniem histopatologicznym o złym rokowaniu, którego pierwotna lokalizacja nie może być ustalona jednoznacznie po przeprowadzeniu dokładnych badań diagnostycznych [4]. CUP stanowi siódmy co do częstości występowania nowotwór na świecie i czwartą co do częstości przyczynę umieralności z powodu nowotworów u mężczyzn i kobiet. Wśród wszystkich nowotworów złośliwych CUP, o różnorodnej charakterystyce biologicznej, stanowi 3–5% przypadków nowotworów złośliwych [1, 2]. Jest to zróżnicowana grupa nowotworów. Około 50% CUP jest rozpoznawanych jako dobrze lub średnio zróżnicowany gruczolakorak z przerzutami, 30% — jako rak niezróżnicowany lub słabo zróżnicowany, pozostałe 5% — jako nowotwory niezróżnicowane [5]. Rak płaskonabłonkowy o nieznanym pierwotnej lokalizacji w grupie CUP stanowi 15% [5]. Najczęstszym miejscem występowania raka płaskonabłonkowego o nieznanym ognisku pierwotnym są węzły chłonne pachowe, pachwinowe, śródpiersie oraz kość [6]. U opisywanej pacjentki proces nowotworowy został zidentyfikowany w wyciętym guzie podbrzusza. W przedstawionym przypadku proces nowotworowy był pierwotnie mylnie traktowany jako przepuklina w miejscu po wcześniejszym cięciu cesarskim.

Aby ustalić rozpoznanie CUP, należy przeprowadzić wiele badań diagnostycznych. Szczególną uwagę w diagnostyce CUP przywiązuje się do dokładnego wywiadu lekarskiego. Równie ważne są: badania przedmiotowe, badania laboratoryjne moczu, krwi, badania na krew utajoną w kale, tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, jak również PET [6]. Tomografia komputerowa należy do jednych z podstawowych badań obrazowych wykonywanych przed zabiegiem operacyjnym w obrębie jamy brzusznej. W literaturze podaje się, że tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny charakteryzują się jednak niską (zaledwie 10–23%) wykrywalnością pierwotnego punktu wyjścia procesu nowotworowego [7]. Dopiero w przypadku nieustalenia punktu wyjścia nowotworu można rozpoznać CUP.

W opisywanym przypadku chora była operowana z powodu przepukliny brzusznej w bliźnie po wcześniejszym cięciu cesarskim. Zwracał uwagę fakt, że usunięte tkanki nie zostały przekazane do badania histopatologicznego, co uniemożliwiło wcześniejsze rozpoznanie raka, zanim osiągnął wielkość ogromnego guza.

U opisywanej chorej rana po plastyce przepukliny brzusznej nie goiła się przez 6 miesięcy. Należy zaznaczyć, iż ogólnie przyjęte jest, że jeżeli nie uzyska się zamknięcia rany w ciągu 6 miesięcy od jej powstania, należy pobrać materiał do badania histopatologicznego. Wynika to z faktu możliwości powstania procesu nowotworowego *de novo* w brzegach niegojącej się rany.

W większości przypadków CUP stopień złośliwości w momencie rozpoznania jest wysoki, a stopień zróżnicowania guza niski (G3) lub stwierdza się brak zróżnicowania (G4).

Ze względu na trudności w wykrywaniu miejsc pierwotnych w procedurach obrazowych, takich jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i PET, bardzo ważne jest określenie typu histopatologicznego guza. Ocena histopatologiczna CUP jest kłopotliwa, jednak pozwala na rozpoznanie wstępne potencjalnego miejsca pierwotnego punktu wyjścia procesu nowotworowego i wdrożenie najbardziej typowego leczenia onkologicznego dla danego miejsca występowania nowotworu [6]. Dane podawane w literaturze również potwierdzają niniejszy przypadek, gdyż za pomocą badania histopatologicznego u opisywanej chorej stwierdzono raka płaskonabłonkowego częściowo rogowaciejącego G3. Węzły chłonne przekazane do badania histopatologicznego były wolne od przerzutu nowotworowego. Stopień zaawansowania klinicznego procesu nowotworowego u opisywanej pacjentki ustalono na pT4NoMx.

Zdaniem polskich autorów cytowanej pracy [6] rozpoznanie histopatologiczne jest najważniejszym wyznacznikiem leczenia onkologicznego i określenia rokowania. Autorzy tej pracy podają również, że CUP występuje częściej u mężczyzn, a średni wiek zachorowania wynosi 55–65 lat.

Należy również zwrócić uwagę, że ocena powszechnie stosowanych markerów nowotworowych w surowicy w rozpoznaniu CUP, takich jak CA19-9, CA125, SCC-Ag i CEA, zwykle nie ma wartości diagnostycznej w identyfikacji punktu wyjścia procesu nowotworowego [1, 4]. Jednak markery nowotworowe mogą być wykorzystane do przewidywania wystąpienia nawrotów i przerzutów raka. U opisywanej pacjentki oznaczono CA125, CA19-9, CEA oraz HE-4, którego poziom był podwyższony jako jedynego markera nowotworowego i wynosił 134 pmol/l. Pozostałe oznaczone markery nowotworowe były ujemne.

U opisywanej pacjentki w celu poszukiwania ogniska pierwotnego procesu nowotworowego wykonano PET. Wielu autorów wskazuje PET w diagnostyce CUP jako

bardziej przydatne badanie niż tomografia komputerowa, które pozwala na wykrycie 10–35% ognisk pierwotnych nowotworu [8–10]. Według literatury PET charakteryzuje się wysoką czułością (wynoszącą ok. 97%), ale niską swoistością (wynoszącą 68%) w wykrywaniu pierwotnego punktu wyjścia nowotworu [11].

Wyniki PET wykonanej u opisywanej chorej wskazały obecność resztkowych mas przerzutowych w ścianie jamy brzusznej o wymiarach 31 mm × 20 mm i 23 × 16 mm w bliźnie pozabiegowej oraz obecność przerzutu procesu nowotworowego w węzłach biodrowych zewnętrznych do 9 mm oraz w węzle pachwinowym prawym do 15 mm, których nie potwierdziła kontrolna tomografia komputerowa wykonana po zabiegu.

Jak już wspomniano, przerzuty nowotworowe w CUP najczęściej są diagnozowane w węzłach chłonnych pachwinowych [6], co również pokazuje niniejszy przypadek. Wyniki PET u opisywanej chorej wskazały także na obszar wzmożonego metabolizmu w okolicy prawych przydatków. Na podstawie PET u pacjentki wykazano, że potencjalny punkt wyjścia procesu nowotworowego mogą stanowić prawe przydatki. Jednak należy pamiętać, powołując się na dane przedstawione przez innych autorów, że PET może dawać fałszywe wyniki [12]. Przykładowo proces zapalny w migdałkach podniebiennych może błędnie wskazywać na obecność raka [8]. Fałszywe wyniki są zgłaszane również wtedy, gdy wychwyty uznaje się za fizjologiczny [12]. Jednak badanie PET w opisywanym przypadku dało podstawę do podejrzenia, że pierwotnym punktem wyjścia procesu nowotworowego u chorej są prawe przydatki. Dlatego po leczeniu chirurgicznym resekcji guza pacjentka została skierowana do ośrodka onkologicznego na chemioterapię.

Chora otrzymywała chemioterapię w 6 cyklach z cisplatyny pierwszego dnia oraz 5-fluorouracylu przez 5 dni w każdym cyklu, osiągając remisję choroby. Pacjentka pozostaje w obserwacji onkologicznej.

W literaturze można znaleźć informację, że większość chorych z rakiem płaskonabłonkowym o nieznannej pierwotnej lokalizacji otrzymuje leczenie chirurgiczne uzupełnione radiochemioterapią. W schematach chemioterapii stosuje się leczenie oparte na platynie, na przykład karboplatynie, paklitakselu [14] lub cisplatynie [15]. Chemioterapia oparta na cisplatynie była wykorzystywana również w niniejszym przypadku. U opisywanej pacjentki do tej pory w kontrolnych badaniach obrazowych nie stwierdzono nawrotu choroby.

Jak podają inni autorzy [6], nawrót miejscowy obserwuje się w 9–59%, a przerzuty odległe w 3,5–38% przypadków CUP. Ryzyko nawrotu zależy od stopnia zaawansowania



nowotworu, przerzutów w węzłach chłonnych, typu histopatologicznego guza, rodzaju leczenia oraz obecności dodatnich marginesów po operacji. Ryzyko nawrotu choroby jest wyższe wśród płci męskiej [6]. Najlepiej rokują chorzy z niskim zaawansowaniem tego typu raka.

Ciekawą obserwacją jest zauważona w piśmiennictwie światowym korelacja między zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, *human papilloma virus*) a CUP. Według danych z literatury CUP zależy od HPV występuje u 22–74% chorych. Związek ten jest większy w krajach wysoko rozwiniętych [16].

Co do przeżycia pacjentów z rakiem płaskonabłonkowym o nieznanym pierwotnym punkcie wyjścia autorzy cytowanej tu pracy [18] dowiedli w swoim badaniu, że 2-letnie przeżycie u chorych z tym rodzajem nowotworu wynosi 60%.

Dotychczas w piśmiennictwie światowym opublikowano jeden podobny przypadek pacjentki z rakiem płaskonabłonkowym ściany jamy brzusznej o nieznanym pierwotnym lokalizacji. U pacjentki stosowano chemioterapię co 3 tygodnie przez około 6 miesięcy. Pierwszy cykl chemioterapii u tej chorej obejmował cisplatynę w dawce 70 mg/m<sup>2</sup> oraz paklitaksel w dawce 150 mg/m<sup>2</sup>, po którym u chorej wystąpiły silne wymioty. Zmieniono więc chemioterapię i pacjentka otrzymała siedem cykli karboplatyny (AUC = 5) oraz kontynuowano podawanie paklitakselu w dawce 150 mg/m<sup>2</sup>. Po ósmym cyklu chemioterapii wyniki kontrolnej tomografii komputerowej miednicy wykazały nawrót w prawej jamie miednicy, poszerzenie prawego moczowodu i prawostronne wodonercze. U chorej przerwano więc chemioterapię i zastosowano paliatywne napromienianie zewnętrzne miednicy dawką całkowitą 45 Gy w 25 frakcjach, 5 dni w tygodniu, w celu likwidacji ewentualnej choroby resztkowej miednicy. Jednak po radioterapii dawką 10,8 Gy w 6 frakcjach stwierdzono przerzuty do wątroby i progresję wcześniejszych zmian w miednicy. Pacjentka ta przeżyła 10 miesięcy od rozpoznania choroby [18].

W niniejszym przypadku trudno odnieść się do rokowania dotyczącego czasu przeżycia. Ogólnie rzecz ujmując, w CUP przy wysokim stopniu zaawansowania mimo leczenia rokowanie jest złe. Opisywana pacjentka wymaga dalszej obserwacji onkologicznej.

## **Wnioski**

1. Nowotwór ściany brzucha może sugerować nieodprowadzalną przepuklinę brzuszną.

2. W przypadkach wątpliwych autorzy sugerują zawsze wykonać dokładniejszą diagnostykę obrazową, a przede wszystkim tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy mniejszej.
3. Z przewlekle niegojącej się rany (w ciągu 6 miesięcy od jej powstania) należy pobrać z jej brzegów materiał do badania histopatologicznego ze względu na możliwość rozwoju procesu nowotworowego *de novo* w tej ranie.
4. Wycięte tkanki powinny zawsze zostać przekazane do badania histopatologicznego.
5. Zaawansowany miejscowo olbrzymi guz powłok brzusznych stwarza nie tylko problemy z jego wycięciem, lecz również problemy z zeszcieniem ściany brzucha.
6. W przypadku raka płaskonabłonkowego powłok brzusznych oprócz chirurgicznej resekcji zmiany wskazana jest pooperacyjna chemioterapia.

### **Konflikt interesów**

Nie zgłoszono

### **Piśmiennictwo**

1. Pavlidis N, Briasoulis E, Hainsworth J, et al. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary. *Eur J Cancer*. 2003; 39(14): 1990–2005, doi: [10.1016/s0959-8049\(03\)00547-1](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(03)00547-1), indexed in Pubmed: [12957453](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12957453/).
2. Matsubara N, Mukai H, Nagai S, et al. Review of primary unknown cancer: cases referred to the National Cancer Center Hospital East. *Int J Clin Oncol*. 2010; 15(6): 578–582, doi: [10.1007/s10147-010-0112-3](https://doi.org/10.1007/s10147-010-0112-3), indexed in Pubmed: [20700615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20700615/).
3. Wang Y, He SS, Bao Y, et al. Cervical lymph node carcinoma metastasis from unknown primary site: a retrospective analysis of 154 patients. *Cancer Med*. 2018; 7(5): 1852–1859, doi: [10.1002/cam4.1458](https://doi.org/10.1002/cam4.1458), indexed in Pubmed: [29608251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608251/).
4. Pavlidis N, Fizazi K. Carcinoma of unknown primary (CUP). *Crit Rev Oncol Hematol*. 2009; 69(3): 271–278, doi: [10.1016/j.critrevonc.2008.09.005](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2008.09.005), indexed in Pubmed: [18977667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18977667/).
5. Kwee TC, Kwee RM. Combined FDG-PET/CT for the detection of unknown primary tumors: systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2009; 19(3): 731–744, doi: [10.1007/s00330-008-1194-4](https://doi.org/10.1007/s00330-008-1194-4), indexed in Pubmed: [18925401](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18925401/).
6. Dorobisz K, Włodarska-Polinska I, Pazdro-Zastawny K, et al. The impact of the patient's condition, diagnostic procedures and treatment on the survival of carcinoma of unknown primary site patients. *Cancer Manag Res*. 2019; 11: 6603–6614, doi: [10.2147/CMAR.S204346](https://doi.org/10.2147/CMAR.S204346), indexed in Pubmed: [31406475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406475/).

7. Koivunen P, Bäck L, Laranne J, et al. Unknown primary: diagnostic issues in the biological endoscopy and positron emission tomography scan era. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015; 23(2): 121–126, doi: [10.1097/MOO.0000000000000145](https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000145), indexed in Pubmed: [25761151](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25761151/).
8. Nabili V, Zaia B, Blackwell KE, et al. Positron emission tomography: poor sensitivity for occult tonsillar cancer. *Am J Otolaryngol.* 2007; 28(3): 153–157, doi: [10.1016/j.amjoto.2006.08.001](https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2006.08.001), indexed in Pubmed: [17499129](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17499129/).
9. Hayashi T, Muto M, Hayashi R, et al. Usefulness of narrow-band imaging for detecting the primary tumor site in patients with primary unknown cervical lymph node metastasis. *Jpn J Clin Oncol.* 2010; 40(6): 537–541, doi: [10.1093/jjco/hyp197](https://doi.org/10.1093/jjco/hyp197), indexed in Pubmed: [20133336](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20133336/).
10. Rades D, Kühnel G, Wildfang I, et al. Localised disease in cancer of unknown primary (CUP): the value of positron emission tomography (PET) for individual therapeutic management. *Ann Oncol.* 2001; 12(11): 1605–1609, doi: [10.1023/a:1013107732572](https://doi.org/10.1023/a:1013107732572), indexed in Pubmed: [11822762](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11822762/).
11. Zhu L, Wang N. 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography as a diagnostic tool in patients with cervical nodal metastases of unknown primary site: a meta-analysis. *Surg Oncol.* 2013; 22(3): 190–194, doi: [10.1016/j.suronc.2013.06.002](https://doi.org/10.1016/j.suronc.2013.06.002), indexed in Pubmed: [23849685](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23849685/).
12. Guardiola E, Chaigneau L, Villanueva C, et al. Is there still a role for triple endoscopy as part of staging for head and neck cancer? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 14(2): 85–88, doi: [10.1097/01.moo.0000193177.62074.fd](https://doi.org/10.1097/01.moo.0000193177.62074.fd), indexed in Pubmed: [16552264](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16552264/).
13. Pentheroudakis G, Golfinopoulos V, Pavlidis N. Switching benchmarks in cancer of unknown primary: from autopsy to microarray. *Eur J Cancer.* 2007; 43(14): 2026–2036, doi: [10.1016/j.ejca.2007.06.023](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.06.023), indexed in Pubmed: [17698346](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17698346/).
14. Petrakis D, Pentheroudakis G, Voulgaris E, et al. Prognostication in cancer of unknown primary (CUP): development of a prognostic algorithm in 311 cases and review of the literature. *Cancer Treat Rev.* 2013; 39(7): 701–708, doi: [10.1016/j.ctrv.2013.03.001](https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2013.03.001), indexed in Pubmed: [23566573](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23566573/).
15. Briasoulis E, Pavlidis N, Felip E, et al. ESMO Guidelines Working Group. Cancers of unknown primary site: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2009; 20(Suppl 4): 154–155, doi: [10.1093/annonc/mdp159](https://doi.org/10.1093/annonc/mdp159), indexed in Pubmed: [19454441](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19454441/).
16. Al Kadah B, Papaspyrou G, Linxweiler M, et al. Cancer of unknown primary (CUP) of the head and neck: retrospective analysis of 81 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017; 274(6): 2557–2566, doi: [10.1007/s00405-017-4525-8](https://doi.org/10.1007/s00405-017-4525-8), indexed in Pubmed: [28314959](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28314959/).
17. Christiansen H, Hermann RM, Martin A, et al. Neck lymph node metastases from an unknown primary tumor retrospective study and review of literature. *Strahlenther Onkol.* 2005; 181(6): 355–362, doi: [10.1007/s00066-005-1338-2](https://doi.org/10.1007/s00066-005-1338-2), indexed in Pubmed: [15925977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15925977/).
18. Zhang Y, Chen BO, Zhu J, et al. Squamous cell carcinoma of unknown primary site presenting with an abdominal wall lesion as the primary symptom: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2015; 10(4): 2161–2165, doi: [10.3892/ol.2015.3520](https://doi.org/10.3892/ol.2015.3520), indexed in Pubmed: [26622812](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26622812/).

**Adres do korespondencji:**

Lek. Katarzyna Hetman

Oddział Onkologii Klinicznej

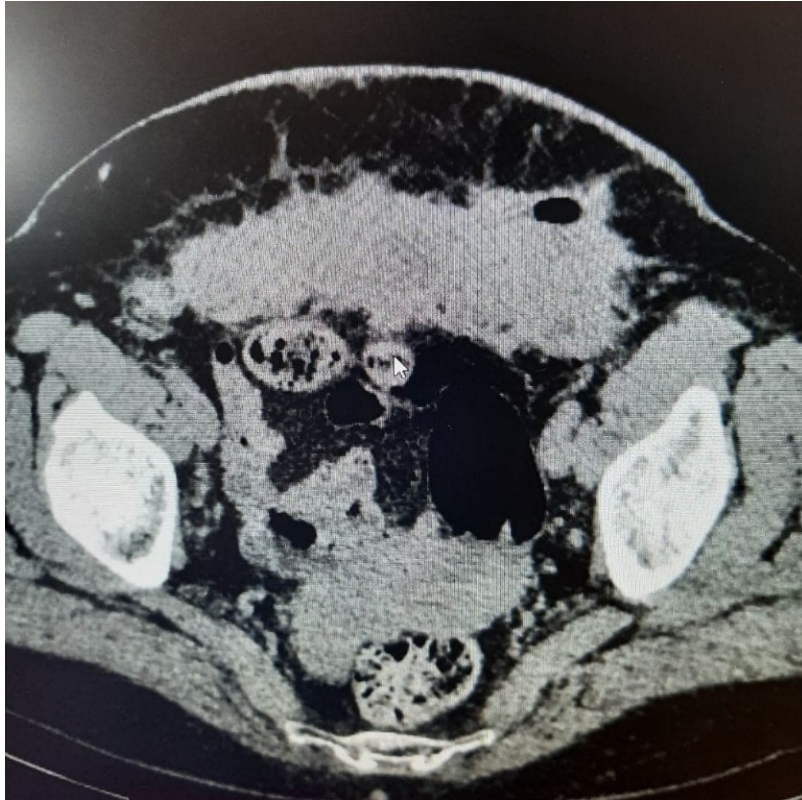
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

ul. Strzałowska 22, 71-730 Szczecin

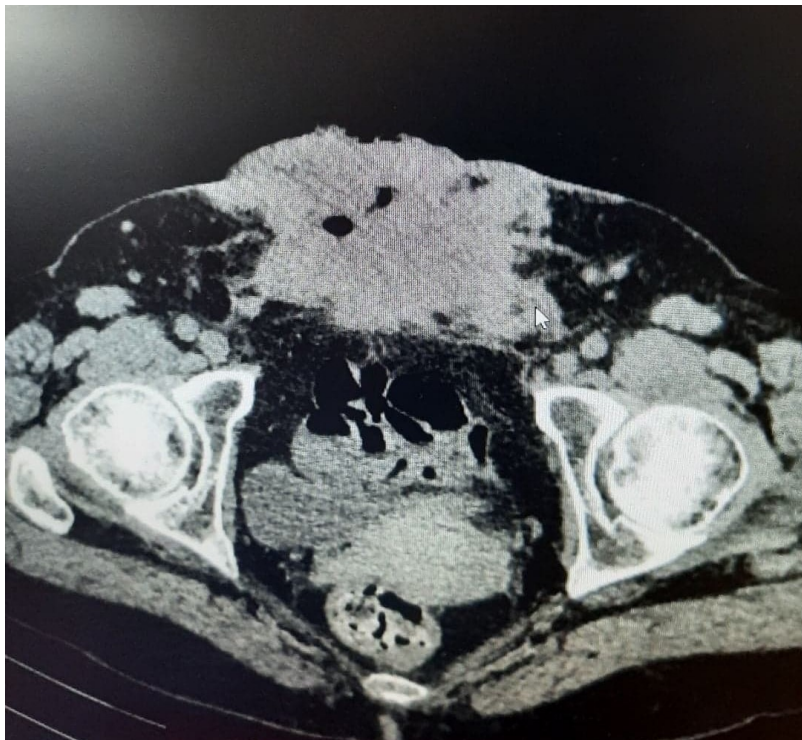
e-mail: [khetman@onkologia.szczecin.pl](mailto:khetman@onkologia.szczecin.pl)



**Rycina 1.** Niegojąca się rana, z której zaobserwowano wyciek ropy. U chorej doszło do rozwoju przetoki skórnej



Ryc. 2A



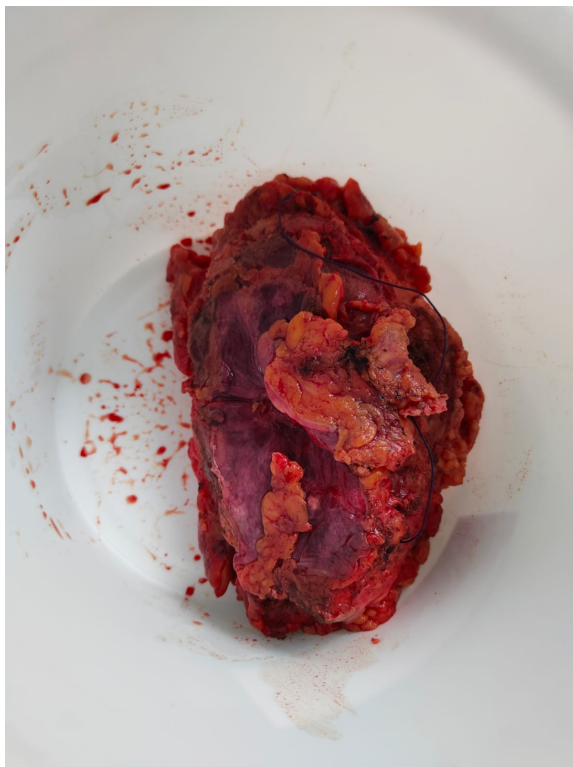
Ryc. 2B

**Rycina 2A, B.** Obraz tomografii komputerowej opisywanego rozległego guza podbrzusza (98 mm × 65 mm × 156 mm). Na rycinie 2B widoczne jest penetrowanie guza przez całą ścianę jamy brzusznej





**Rycina 3.** Naciek patologiczny powłok jamy brzusznej; obraz śródoperacyjny



**Rycina 4.** Wypreparowany guz podbrzusza