

Guz Krukenberga – 8 lat po radykalnym leczeniu raka żołądka

Krukenberg tumor – 8 years after surgical treatment of gastric carcinoma

Januszewska Małgorzata, Emerich Janusz

Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku

Streszczenie

Przedstawiono przypadek guza Krukenberga u pacjentki z rakiem żołądka po 8 latach od rozpoznania i operacyjnego leczenia zmiany pierwotnej. Wykazano, iż nie ma bezpiecznego okresu, po którym możliwość rozwoju przerzutu w narządach odległych może być wykluczona.

W przypadku rozpoznania u kobiety nawet w niskim stopniu klinicznego zaawansowania nowotworu gruczołakoraka żołądka, konieczna jest okresowa kontrola ginekologiczna, ze względu na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutu do jajników .

Słowa kluczowe: **guz Krukenberga / raki przerzutowe jajnika / rak żołądka /**

Summary

The aim of the study was to discuss the case of Krukenberg tumor in a patient, eight years after the diagnosis and surgical treatment of gastric carcinoma.

We have concluded that there was no safe period after which distant metastases may be excluded. In case of gastric carcinoma diagnosed in women, a regular gynecological examination is necessary due to a high propability of metastases into ovaries, even if the clinical stage of gastric carcinoma is low.

Key words: **Krukenberg tumor / metastatic ovarian cancer / gastric cancer /**

Adres do korespondencji:

Małgorzata Januszewska
Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej AMG
80-402 Gdańsk, ul. Kliniczna 1 A
e-mail: gosjanuszewska@wp.pl

Otrzymano: 15.01.2007

Zaakceptowano do druku: 15.06.2008

Januszewska M, et al.

Wstęp

Przerzuty nowotworowe do jajnika stanowią według różnych doniesień od 6 do 27,8% wszystkich raków tego narządu [5]. Punktem wyjścia guza pierwotnego jest najczęściej rak żołądka (ponad 70%), a następnie jelito grube, wyrostek robaczkowy i gruczoł piersiowy [10].

Termin guz Krukenberga powinien być zarezerwowany do tych przypadków, w których badaniem mikroskopowym w obrębie podścieliska pochodzącego z jajnika stwierdza się obecność mnogich komórek sygnetywatychnych oraz rozlane naciekanie zrębu dające obraz mięsakopodobny [2].

Nowotwory przerzutowe w jajniku występują na ogół obustronnie i w ok. 75% przypadków towarzyszą rozsianej chorobie nowotworowej. Przeżycie pacjentek z pierwotnym nowotworem w przewodzie pokarmowym zależy od rozległości procesu w chwili wstępnej diagnozy, przedziału czasowego między rozpoznaniem ogniska pierwotnego a pojawieniem się zmiany przerzutowej oraz obecności wodobrzusza [8].

Pierwotne ognisko nowotworowe przez długi czas może nie dawać żadnych objawów chorobowych. Przed zabiegiem operacyjnym nowotwór rozpoznawany jest zazwyczaj jako pierwotny guz jajnika, ponieważ w obrazie klinicznym dominuje obraz guza przydatków.

Do tej pory nie ogłoszono przypadków wyleczenia co jest spowodowane późnym i przypadkowym rozpoznaniem zmian przerzutowych z innych narządów do jajników. Z dostępnych w piśmiennictwie danych opisany poniżej przypadek jest najdłuższym okresem dzielącym raka pierwotnego żołądka od ujawnienia się przerzutów w przydatkach.

Opis przypadku

Chora lat 47 przyjęta została do szpitala Swissmed w Gdańsku w dniu 17.05.2006r. celem leczenia operacyjnego z powodu stwierdzonego guza przydatków prawych. W wywiadzie w 1997 roku przeżyła zabieg radykalnego usunięcia żołądka z częściową resekcją dwunastnicy z powodu raka żołądka (*carcinoma diffusum partim mucocellulare ventriculi, infiltratio transmuralis diffusa, metastases ad lymphonoduli*). Od zabiegu operacyjnego była pod stałą kontrolą Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej w Gdańsku oraz gastroenterologa. Przyjmowała systematycznie iniekcje z witaminy B12 oraz żelaza. Od paru miesięcy uskarżała się na bóle w podbrzuszu co było głównym powodem wizyty u ginekologa. W badaniu ginekologicznym stwierdzono: krocze i srom wieloródkki, część pochwowa walcowata, sklepienia wklęsłe, trzon macicy zwykłej wielkości, ruchomy. W przydatkach po stronie prawej badalny guz wielkości pomarańczy, przydatki po stronie lewej niezmiennione, omacicza wolne.

Przy przyjęciu stwierdzono niedokrwistość hipochromiczną, pozostałe wyniki badań laboratoryjnych nie odbiegały od normy. Z uwagi na obciążony wywiad oraz podejrzenie nowotworowej zmiany jajnika w badaniu USG chorą zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem w linii środkowej ciała stwierdzono guz jajnika prawego, nierówny, wielotorbielowaty wielkości 8x6cm, ruchomy. Macica i przydatki lewe bez zmian. Dokonano szczegółowej inspekcji całej jamy brzusznej, nie stwierdzając zmian podejrzanych.

Odcięto przydatki prawe – guz wysłano do badania histopatologicznego doraźnego. Rozpoznanie wstępne: rak jajnika – podejrzenie guza Krukenberga. Z tego powodu rozszerzono zabieg operacyjny usuwając macicę, przydatki lewe oraz przeprowadzono chirurgiczny staging obowiązujący w raku jajnika. Histopatologicznie rozpoznano guz Krukenberga (*adenocarcinoma sygillocellulare metastaticum ovarii*). Chora znajduje się pod kontrolą Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej w Gdańsku.

Dyskusja

Termin guz Krukenberga stosuje się dla każdego przerzutu do jajnika zawierającego komórki sygnetywate powstałe w wyniku wewnątrzkomórkowego wydzielania śluzu, leżące w bogatokomórkowym rozrośniętym podścielisku jajnika. Guzy Krukenberga stanowią 40% wszystkich nowotworów przerzutowych jajnika. Prognoza w chwili rozpoznania guzów Krukenberga jest zła. Większość pacjentek umiera w ciągu roku po rozpoznaniu tego nowotworu [1, 4, 6, 9].

Pojawienie się guza przydatków lub miednicy małej u kobiety leczonej z powodu raka żołądka wymaga różnicowania między przerzutami a guzem pierwotnym jajnika. Objawy kliniczne, podobnie jak w pierwotnym raku jajnika, zwykle są nieswoiste i mogą pojawić się dopiero w późnych stadiach zaawansowania choroby. W miarę wzrostu guza można zaobserwować powiększenie się obwodu brzucha i objawy uciskowe narządów sąsiednich (pęcherza moczowego i odbytnicy) oraz pojawiające się wodobrzusze [11].

U przedstawionej pacjentki w badaniu histopatologicznym stwierdzono guz nowotworowy jajnika, który nie przekraczał torebki narządu a główne objawy, z powodu których zgłosiła się do ginekologa to dolegliwości bólowe w podbrzuszu. W opisywanym przypadku postawienie ostatecznego rozpoznania było możliwe tylko dzięki połączeniu badania histopatologicznego z metodami immunohistochemicznymi obejmującymi barwienie na obecność cytokeratyn AE1/AE3, barwienie mucikarminem i błękitem alcjaju – reakcja PAS+.

Rokowanie w przypadku nowotworów przerzutowych jajników, wywodzących się z przewodu pokarmowego, jest złe. Odsetek pięcioletnich przeżyć wynosi łącznie około 5% [13]. W literaturze światowej opisanych jest tylko 5 przypadków przeżycia dłuższego niż 4 lata u pacjentek z guzami Krukenberga [7, 9]. Takenoue i wsp. opisali 1 przypadek guza Krukenberga u 49-letniej chorej z wczesnym rakiem żołądka bez zajęcia węzłów chłonnych, która przeżyła 5 lat i 2 miesiące od rozpoznania przerzutu w jajnikach [12].

Brak przypadków wyleczenia jest wynikiem późnego i przypadkowego rozpoznania oraz nieradykalnego postępowania operacyjnego. Ważne jest rozszerzenie diagnostyki przedoperacyjnej o badania radiologiczne i endoskopowe przewodu pokarmowego w przypadku guzów jajnika i badania ginekologicznego przy stwierdzonych guzach przewodu pokarmowego. Ma to umożliwić wczesne rozpoznanie guza Krukenberga i jednoczesne usunięcie narządu rodniego wraz z częścią zaatakowanego przewodu pokarmowego [3].

W przypadku naszej pacjentki zmianę przerzutową w jajniku stwierdzono po 8 latach od rozpoznania ogniska pierwotnego w żołądku.

Guz Krukenberga – 8 lat po radykalnym leczeniu raka żołądka.

Opisany przypadek wskazuje na to, że chore z rakiem żołądka powinny być systematycznie kontrolowane do końca życia. Nie ma bezpiecznego okresu, po którym możliwość rozwoju przerzutu w narządach odległych może być wykluczona.

Wnioski

1. W chwili rozpoznania guzów Krukenberga rokowanie jest złe, jednak właściwe i szybkie ustalenie ogniska pierwotnego oraz rozszerzona diagnostyka przedoperacyjna może mieć wpływ na sposób leczenia i rokowanie.
2. Przewód pokarmowy stanowi najczęstsze umiejscowienie nowotworu dającego przerzuty do jajników, dlatego chore z rakiem żołądka, nawet w niskim stopniu klinicznego zaawansowania nowotworu, powinny być systematycznie kontrolowane do końca życia .

Piśmiennictwo

1. Chiavellati L, Castaldo P, Stipa F, [et al.]. Surgical treatment of Krukenberg tumours: case reports and clinical consideration. *Ital J Gastroenterol.* 1992, 24, 412-417.
2. DiSaia P, Creasman W. Przerzuty nowotworowe do jajnika. W: Ginekologia onkologiczna. Red. Sikorski R. Lublin: Czelej, 1999, 434-435.
3. Gałczyński W, Wojdecki J, Wagrowski W, [et al.]. Jednoczesne usunięcie żołądka i narządu rodnego w raku Krukenberga. *Ginekol Pol.* 1968, 39, 363-366.
4. Hamed F, Oyarzun E, Chuaqui R, [et al.]. Metastatic carcinoma to the ovary of extragenital origin: analysis of 9 cases and review of the concept of Krukenberg's tumor. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1993, 58, 206-210.
5. Krulik M. Krukenberg tumors and ovarian metastases of breast cancer. *Presse Med.* 1997, 26, 452-453.
6. McGill F, Ritter D, Rickard C, [et al.]. Krukenberg tumors: can management be improved? *Gynecol Obstet Invest.* 1999, 48, 61-65.
7. Nakano T, Saeki Y, Morimoto M, [et al.]. Krukenberg tumor for the past 12 years. A review. *Sanka To Fujinka.* 1987, 54, 52-57.
8. Sajdak S, Spaczyński M, Kędzia H, [et al.]. Przerzuty nowotworowe do jajnika. W: Onkologia ginekologiczna. Red. Spaczyński M. Wrocław: Urban & Partner, 1997, 235-238.
9. Sato Y, Nakajima T, Nishi M, [et al.]. 21 cases with Krukenberg tumor. *Oncologia.* 1988, 21, 122-127.
10. Savey L, Lasser P, Castaigne D, [et al.]. Krukenberg tumors. Analysis of a series of 28 cases. *J Chir.* 1996, 133, 427-431.
11. Szpakowski M, Nowak M. Jajnik – nowotwory przerzutowe. W: Onkologia ginekologiczna. Red. Markowska J. Wrocław: Urban & Partner, 2002, 930-936.
12. Takenoue T, Yamada Y, Miyagawa S, [et al.]. Krukenberg tumor from gastric mucosal carcinoma without lymphatic or venous invasion: report of a case. *Hepatogastroenterology.* 2001, 48, 1211-1214.
13. Webb M, Decker D, Mussey E. Cancer metastatic to the ovary: factors influencing survival. *Obstet Gynecol.* 1975, 45, 391-396.