

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E

Przerzut raka sutka do żuchwy. Opis przypadku

Metastatic breast cancer of the mandible. Case report

Osmola Krzysztof¹, Nowaczyk Marian T.¹, Gapińska Dorota¹, Marszałek Andrzej²

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Autorzy opisują przypadek rzadkiej lokalizacji przerzutu raka sutka do żuchwy u pacjentki, której 24 miesiące wcześniej usunięto guz pierwotny.

Objawy kliniczne i wyniki badań dodatkowych sugerowały nowe pierwotne ognisko nowotworowe.

Badania histopatologiczne materiału operacyjnego ujawniło pochodzenie zmiany.

Słowa kluczowe: **rak sutka / przerzut do żuchwy /**

Abstract

The authors describe the case of the rare location breast cancer metastasis to the lower jaw, 24 months after primary tumor removal.

Clinical symptoms and additional examinations suggested the new neoplastic focus.

Histopathological study of the operating material brought to light the origin of the change.

Key words: **breast cancer / mandible metastases /**

Adres do korespondencji:

M. T. Nowaczyk
Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań,
tel: 0-61 8691 401,
e-mail: manow54@O2.pl

Otrzymano: **05.07.2007**

Zaakceptowano do druku: **28.05.2008**

Wstęp

Rak sutka jest nowotworem najczęściej spotykanym u kobiet w wieku około 50 lat, i stanowi przyczynę 14% zgonów kobiet leczonych onkologicznie. Wykazuje on różną budowę histologiczną. Wiąże się z tym różnice w biologii nowotworu i rokowaniu. Raki przewodowe i zrazikowe charakteryzują się gorszym rokowaniem niż postaci brodawkowata i galaretowata. Niekorzystnym czynnikiem rokowniczym jest również aneuploidia DNA komórek nowotworowych [1, 2].

Jak wiele innych guzów złośliwych rak sutka rozprzestrzenia się drogami limfatycznymi tworząc przerzuty najpierw w regionalnych a później w odległych węzłach chłonnych. Ta cecha kliniczna jest także złym prognostykiem. Dalszy rozwój choroby doprowadza do powstania ognisk przerzutowych w odległych narządach. Najczęściej ogniska wtórne umiejscawiają się w tkance płucnej, wątrobie i kości, a dość częste przerzuty do skóry występują w 5,3% przypadków. Rzadziej spotyka się je w nadnerczach, tarczycy czy mózgu [3, 4, 5, 6, 7]. Zmiany węzłowe dotyczą przede wszystkim węzłów dołu pachowego i są domeną działania chirurgii ogólnej. Jednak znaczna liczba chorych z przerzutami nadobojczykowymi do węzłów szyjnych może być przedmiotem zainteresowania chirurgów szczękowo-twarzowych i laryngologów. Przerzuty raka sutka sporadycznie mogą umiejscawiać się również w jamie ustnej i okolicy szczękowo-twarzowej [8].

Opis przypadku

Do Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej U.M. w Poznaniu zgłosiła się 68-letnia chora C.M. (nr 8781/2006) z guzem jamy ustnej. Zmiana pojawiła się miesiąc wcześniej w okolicy zatrzonowcowej prawej i dość szybko powiększała się bez dolegliwości bólowych. W chwili zgłoszenia guz miał średnicę około 3cm i pokryty był zaczerwienioną, nieprzesuwalną błoną śluzową o nierównej nieco brodawkowatej powierzchni. Nie stwierdzono owrzodzenia typowego dla raka błony śluzowej jamy ustnej. Zmiana była spoista, elastyczna, związana z podłożem kostnym żuchwy i tkankami miękkimi. W okresie dwóch poprzednich lat chora poddana została leczeniu operacyjnemu z powodu raka sutka a następnie zmian w macicy. Badanie kliniczne i USG szyi nie wykazało ognisk przerzutowych w regionalnych węzłach chłonnych. Ocena histopatologiczna pobranego wycinka z jamy ustnej wykazała *emboliae carcinomatosae et infiltratio carcinomatosa – carcinoma solidum adenoides*.

Badanie kliniczne i histopatologiczne rozszerzono o obrazowanie MR. Badanie to ujawniło, że gałąź żuchwy i jej kąt obejmowała lita, patologiczna masa o policyklicznych zarysach. W obrazach T2 i PD zależnych masa ta miała niejednorodną intensywność sygnałów, odcinkowo nieco wzmożoną, zwłaszcza na obwodzie i centralnie z ogniskami hipointensywnymi. Guz dochodził do ślinianki przyusznej nie naciekając jej.

Chorą operowano w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Wykonano resekcję guza z trzonem żuchwy od zęba 46 i gałęzią żuchwy z wyłuszczeniem ze stawu skroniowo-żuchwowego. Rutynowo usunięto węzły chłonne nadgnykowe prawe. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Wynik badania histopatologicznego materiału operacyjnego wykazał nacieczenie nowotworowe – *carcinoma solidum versimiliter metastasis carcinomatis ductalis mammae*. Usunięte węzły chłonne nie były zmienione, a ślinianka podżuchwowa wykazywała cechy zaniku tłuszczowego.

Na zdjęciach guza pierwotnego, opisywanej pacjentki, w powiększeniu 20x widoczne są liczne cewy wypełnione komórkami nowotworowym, a w niektórych z nich obecne są obszary martwicy. Obecny w tym obszarze zrąb łącznotkankowy rozdziela nieregularnie skupiska komórek nowotworowych. Na mikrofotografii fragmentu tkaniny inwazyjnego raka przewodowego gruczołu sutkowego w powiększeniu pierwotnym 60x obecne polimorficzne komórki nowotworowe tworzą zespoły porozielane zrębem łącznotkankowym. Jądra poszczególnych komórek mają znaczne różnice w barwności i kształcie. Część komórek zawiera dość duże obszary cytoplazmy, natomiast inne mają jedynie niewielki jej rąbek. (Fot. 1, fot. 2).

W obrazie przerzutu inwazyjnego raka przewodowego gruczołu sutkowego w powiększeniu pierwotnym 20x widoczne jest dość lite utkanie nowotworu poprzedzielane jedynie niewielkimi obszarami tkanki łącznej. W obrębie skupisk komórek nowotworowych widoczne są także obszary martwicy. W powiększeniu pierwotnym 60x widoczne są komórki, z niewielkim rąbkem cytoplazmy. Widać także duże jądra komórkowe z jąderkami. Niektóre z komórek są w podziałach mitotycznych. (Fot. 3, fot. 4).

Chorą skierowano do Wielkopolskiego Centrum Onkologii celem wdrożenia chemioterapii.

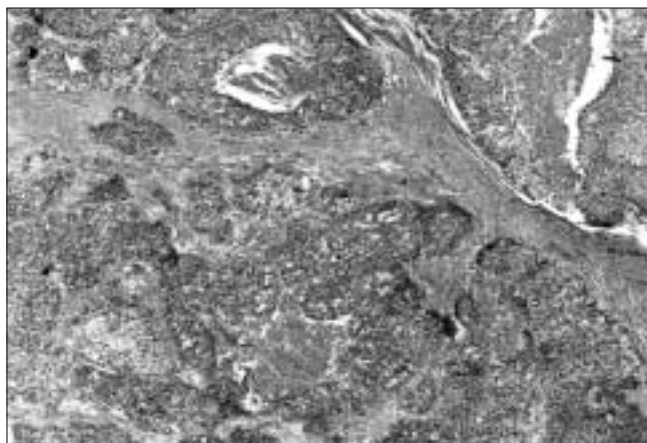
Dyskusja

Zmian przerzutowe w raku sutka mogą występować zarówno w regionalnych węzłach chłonnych dołu pachowego jak i w narządach odległych. Pewne kontrowersje wzbudza pojawianie się przerzutów w węzłach głębokich szyi powyżej dołu nadobojczykowego, które część autorów traktuje jako odległe zmiany przerzutowe [9]. Poza najczęstszymi przerzutami do płuc, odległe przerzuty narządowe mogą pojawiać się również w okolicy szczękowo-twarzowej i występować w różnym czasie od rozpoznania guza sutka. W opisanym przypadku guz przerzutowy pojawił się w dwa lata po operacji sutka i rok po histerektomii z powodu guza (?) macicy. Nie stwierdzono natomiast przerzutów do węzłów szyjnych, chociaż mogą one występować w ok. 50% przypadków przerzutów nadobojczykowych raka sutka. W literaturze spotkać można opis przerzutu raka z sutka do oczodołu, jajnika i mózgowia [4, 7, 10, 11].

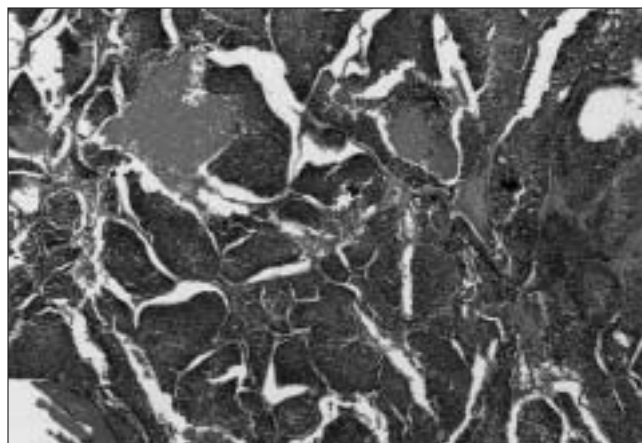
Innym przykładem lokalizacji w obrębie głowy i szyi jest przerzut do ślinianki przyusznej, który obserwowano po 15 latach od rozpoznania i leczenia guza pierwotnego [12, 13].

Późne pojawienie się guza przerzutowego, wiele lat po leczeniu zmiany pierwotnej sutka jest związane z obserwowaną nieraz latencją ogniska przerzutowego, które rozwija się z mniej agresywnych linii komórkowych i przez wiele lat pozostaje w uśpieniu. Tak różnorodna lokalizacja zmian metastatycznych wiąże się z szerokim spektrum objawów klinicznych. Ich różnorodność powoduje, że rak sutka może znaleźć się w kręgu zainteresowania wielu specjalności medycznych w tym również chirurgii szczękowo-twarzowej.

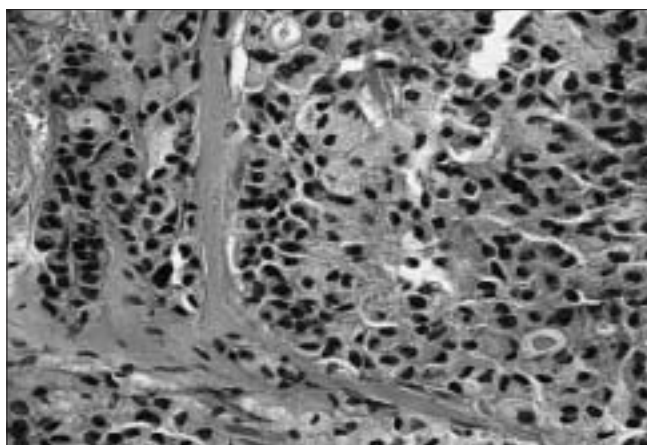
Przerzut raka sutka do żuchwy. Opis przypadku.



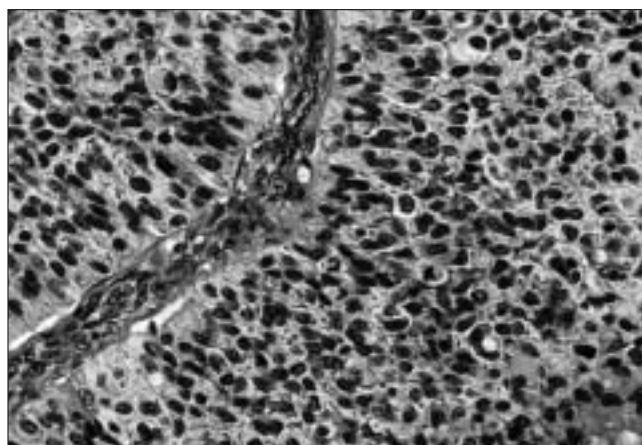
Fot. 1. Inwazyjny rak przewodowy gruczołu piersiowego (powiększenie pierwotne 20x).



Fot. 3. Przerzut inwazyjnego raka przewodowego gruczołu piersiowego (powiększenie 20x).



Fot. 2. Inwazyjny rak przewodowy gruczołu piersiowego (powiększenie pierwotne 60x).



Fot. 4. Przerzut inwazyjnego raka przewodowego gruczołu piersiowego (powiększenie 60x).

Piśmiennictwo

1. Adamska K, Filipiak K, Lewandowski L, [et al.]. Cell cycle and apoptosis in tumors of oral cavity estimated by image cytometry. *Folia Histochem Cytobiol.* 2000, 38, 37-39.
2. Martinez-Arribas F, Nunez-Villar M, Lucas A, [et al.]. The S-phase fraction of the aneuploid cell subpopulation is the biologically relevant one in aneuploid breast cancers. *Breast Cancer Res Treat.* 2005, 92, 77-80.
3. Cichoń S, Anielski R, Konturek A, [et al.]. Metastases to the thyroid gland: seventeen cases operated on in a single clinical center. *Langenbecks Arch Surg.* 2006, 391, 581-587.
4. Hicks D, Short S, Prescott N, [et al.]. Breast cancers with brain metastases are more likely to be estrogen receptor negative, express the basal cytokeratin CK5/6, and overexpress HER2 or EGFR. *Am J Surg Pathol.* 2006, 30, 1097-1104.
5. Krathen R, Orengo J, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J.* 2003, 96, 164-167.
6. Molina Garrido M, Guillen Ponce C, Macia Escalante S, [et al.]. Dysphagia and dysphonia in a woman with a previous breast cancer. *Clin Transl Oncol.* 2006, 8, 533-535.
7. Seckin H, Yigitkanli K, Ilhan U, [et al.]. Breast carcinoma metastasis and meningioma. A case report. *Surg Neurol.* 2006, 66, 324-327.
8. Glaser C, Lang S, Pruckmayer M, [et al.]. Clinical manifestations and diagnostic approach to metastatic cancer of the mandible. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1997, 26, 365-368.
9. Sesterhenn A, Albert U, Barth P, [et al.]. The status of neck node metastases in breast cancer-loco-regional or distant? *Breast.* 2006, 15, 181-186.
10. Gonzalez F, Lopez-Couto C. Orbital metastases. A report of four cases and a review of the literature. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2006, 81, 451-462.
11. Januszewska M, Emerich, Dibniak J, [i wsp.]. Analiza kliniczna pacjentek z guzem Krukenberga jajnika. *Ginekol Pol.* 2006, 77, 203-208.
12. Markowski J., Gierek T, Zielińska-Pająk E, [i wsp.]. Przerzuty nowotworów złośliwych z narządów odległych do ślinianki przyusznej – przegląd literatury i opis 2 przypadków własnych. *Otolaryngol Pol.* 2005, 59, 547-552.
13. Szymański M, Siwiec H, Olszański W, [i wsp.]. Przerzuty raka piersi do ślinianki przyusznej. *Wiad Lek.* 2002, 55, 494-497.

Olbrzymi łagodny guz jajnika współistniejący z zaawansowaną ciążą – opis przypadku

Giant benign ovarian tumor coexisting with late pregnancy – a case report

Torbé Andrzej¹, Gutowska-Czajka Danuta¹, Chudecka-Głaz Anita², Czajka Ryszard¹

¹ Klinika Położnictwa i Ginekologii Katedry Położnictwa, Ginekologii i Neonatologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

² Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dzieńców

Streszczenie

Przedstawiono rzadki przypadek współistniejącego z ciążą olbrzymiego guza jajnika, który z powodu braku opieki medycznej rozpoznany został dopiero w 27 tygodniu jej trwania.

Do momentu rozpoznania przebieg ciąży bez dolegliwości. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono znacznego stopnia niedokrwistość. Podczas operacji usunięto prawe przydatki wraz z mierzącym 40cm średnicy guzem, którego liczne komory wypełnione były krwistą treścią. Obraz histologiczny guza odpowiadał torbieni surowiczej.

Zastosowane postępowanie operacyjne umożliwiło dalszy niepowikłany przebieg ciąży i urodzenie drogami natury zdrowego noworodka w terminie porodu.

Słowa kluczowe: **olbrzymi guz jajnika / zaawansowana ciąża /**

Abstract

We have reported a rare case of a giant ovarian tumor which, due to the lack of proper health care on the side of the patient, had not been diagnosed until 27 weeks of pregnancy.

The patient did not demonstrate any clinical symptoms till the moment of the diagnosis. Peripheral blood analysis showed severe anemia at the admission. The right adnex with the multilocular cystic tumor containing bloody fluid and measuring 40 cm in diameter, was removed in the course of the surgical procedure. The histological diagnosis of the tumor was: serous cyst.

Surgical removal of the giant tumor allowed for further development of pregnancy and enabled vaginal delivery of healthy newborn at term.

Key words: **giant ovarian tumor / advanced pregnancy /**

Adres do korespondencji:

Andrzej Torbé
Klinika Położnictwa i Ginekologii Katedry Położnictwa, Ginekologii i Neonatologii PAM
70-111 Szczecin
al. Powstańców Wielkopolskich 72
e-mail: torbea@wp.pl

Otrzymano: 15.11.2007

Zaakceptowano do druku: 29.05.2008