

## Opis przypadku • Case report

## Przerzuty czerniaka do narządów przewodu pokarmowego

Janusz Godlewski<sup>1</sup>, Grażyna Kuciel-Lisieska<sup>2</sup>, Michał Tenderenda<sup>2</sup>,  
Piotr Troska<sup>2</sup>, Tomasz Widawski<sup>3</sup>

W pracy przedstawiono przypadki dwóch chorych (pacjent 57 lat i pacjentka 48 lat) w stopniu IV zaawansowania czerniaka. U tych chorych wystąpiły pojedyncze przerzuty do narządów przewodu pokarmowego. Leczenie chirurgiczne polegające na miejscowym wycięciu zmiany w obrębie jelita cienkiego i grubego powinno być postępowaniem z wyboru, będąc metodą bezpieczną, pozwalającą uzyskać dobry efekt zarówno paliatywny, jak i kilkuletnie przeżycie.

## Metastases of melanoma to the gastrointestinal tract

We present the cases of two patients (a 57-year-old man and a 48-year-old woman) with advanced melanoma in stage IV and with metastases to the small intestine and colon, respectively, and show that surgical treatment - local excision of the lesion localized in the digestive tract - remains both the main and a safe method of assuring satisfactory results both in terms of palliative treatment and of long-term survival.

**Słowa kluczowe:** czerniak, przerzuty czerniaka do narządów wewnętrznych, leczenie chirurgiczne

**Key words:** melanoma, internal organs metastatic melanoma, surgical treatment

## Wstęp

W przebiegu czerniaka przerzuty nowotworowe powstają drogą naczyń chłonnych i naczyń krwionośnych [1]. W celu powstrzymania szerzenia się nowotworu wykonuje się selektywne limfadenektomie regionalnych grup węzłów chłonnych. W przebiegu czerniaka powstają także przerzuty do narządów wewnętrznych, drogą naczyń krwionośnych. Są to chorzy w IV stopniu zaawansowania choroby. Oznacza to złe rokowanie ze średnim przeżyciem, szacowanym tylko w miesiącach [2].

Na podstawie doświadczenia klinicznego uważa się, że czerniak rzadko tworzy przerzuty w obrębie przewodu pokarmowego. Przerzuty o takim umiejscowieniu mogą powodować niedrożność, krwawienie i perforację przewodu pokarmowego [3-7].

W prezentowanej pracy przedstawiono dwa przypadki przerzutu czerniaka, prawdopodobnie drogą naczyń krwionośnych, do jelita cienkiego i jelita grubego.

## Opis przypadków

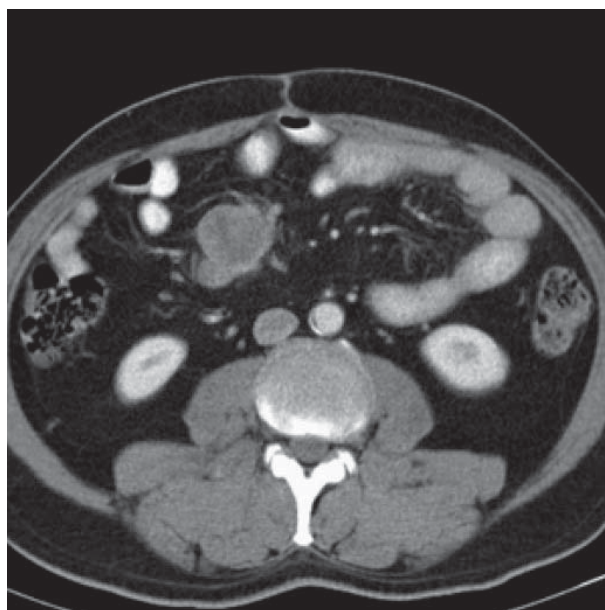
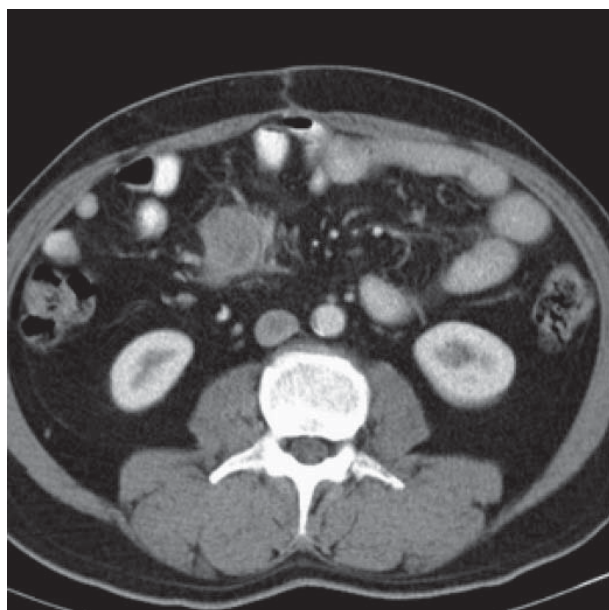
Pierwszy przypadek dotyczy pacjenta lat 57, który choruje od sierpnia 2005 r. na czerniaka z pierwotnym umiejscowieniem w okolicy bocznej uda prawego. U chorego wykonano szerokie wycięcie zmiany i w wyniku histopatologicznym zweryfikowano jako *melanoma malignum melanoticum epithelioides typu nodularis*, Clark III, Breslow – 2 mm. Następnie w lutym 2006 r. wykonano limfadenektomię pachwinową z powodu opisywanych w USG dwóch patologicznie zmienionych węzłów chłonnych (były one hipoechogeniczne o wymiarze do 14 mm). W badaniu histopatologicznym otrzymano wynik *metastases melanomaticae lymphonodulorum* 3/16, bez przekraczania torebek węzłów. HMB 45 (+). Następnie chory był pod kontrolą Poradni Chirurgii Onkologicznej i w kolejnych badaniach MR miednicy nie stwierdzano wznowy choroby.

U chorego w maju 2007 r. wystąpiły objawy niedrożności przewodu pokarmowego i z tego powodu był w trybie pilnym operowany. W trakcie zabiegu stwierdzono guz zamykający światło jelita cienkiego. Był to polipowaty guz średnicy 4,5 cm, rosnący do światła jelita. W badaniu histopatologicznym zweryfikowano guz jako *Melanoma malignum metastaticum*. Chromogranina -/-, Synaptofizyna -/-, HMB 45/+/+, Melan A /+/+, MIB 1 /25% +/+. W tym badaniu w węzłach chłonnych krezki i w krezce jelita cienkiego nie opisano obecności komórek czerniaka.

<sup>1</sup> Katedra Histologii i Embriologii Człowieka  
Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski  
w Olsztynie

<sup>2</sup> Oddział Chirurgii Onkologicznej  
Szpital MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii  
w Olsztynie

<sup>3</sup> Dział Radiologii i Diagnostyki Obrazowej  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie



Ryc. 1. Skan CT jamy brzusznej ukazuje niejednorodny guz w obrębie krezki jelita cienkiego, zrastający się ze ścianą jelita. W sąsiedztwie masy obecne węzły chłonne

Kolejny raz chory został przyjęty do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala MSWiA w Olsztynie 1 października 2007 r. celem operacji guza krezki jelita cienkiego.

W ambulatoryjnie wykonanym badaniu tomografii komputerowej stwierdzono w obrębie krezki jelita cienkiego obecność niejednorodnej masy guzowej o wymiarach 52-40-70 mm, zrastającej się ze ścianą jelita cienkiego. W sąsiedztwie zmiany opisywano węzły chłonne wielkości do 9 mm, natomiast nie stwierdzano zmian w obrębie innych narządów jamy brzusznej, a także nie opisywano powiększonych węzłów chłonnych.

W badaniu przedmiotowym, poza bolesnością uciskową w śródbrzuszu i bliznami pooperacyjnymi po uprzednich operacjach chirurgicznych, nie było odchyłeń od normy. Także wyniki badań laboratoryjnych były prawidłowe. Po przygotowaniu chory był operowany. Wykonano odcinkowe wycięcie jelita cienkiego z guzem krezki śr. 8 cm, z dużym marginesem tkanek zdrowych. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i pacjenta w 8. dobie po operacji w stanie dobrym wypisano do domu.

W wyniku badania histopatologicznego opisano guz krezki jelita cienkiego o wymiarze największym 5,5 cm, który nie dochodził do ściany jelita. Mikroskopowo to *melanoma metastaticum*, Melan A/+, HMB 45 +/- S-100/+.

Pacjent obecnie jest w stanie ogólnym dobrym. Na kontrolę w Poradni Chirurgii Onkologicznej zgłasza się co dwa miesiące. Wznowy choroby nie obserwuje się. Po przebytych zabiegach operacyjnych chory był konsultowany w Poradni Chemioterapii, ale chorego nie zakwalifikowano do leczenia systemowego według obecnie obowiązujących standardów.

Drugi przypadek dotyczy pacjentki lat 48, która choruje od 2002 r. na czerniaka ramienia prawego. Wykonano zabieg wycięcia zmiany pierwotnej. W wyniku histopa-

tologicznym stwierdzono *melanoma malignum praecipue typus epithelioides, nodularis, exulcerans cutis*. Clark III; Breslow – 3 mm.

Następnie, z powodu podejrzenia wznowy, okolicę blizny pooperacyjnej na ramieniu prawym wycięto w czerwcu 2006 r. W badaniu histopatologicznym zwerfikowano jako *foci melanomatici telae subcutaneae* HMB (+), S 100 (+).

W kontrolnym badaniu kolonoskopowym przeprowadzonym w grudniu 2007 r., w ramach programu profilaktycznego, stwierdzono przysadziasty polip o średnicy 2 cm z owrzodzeniem obejmującym całą ścianę polipa.

W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego z polipa opisano *foci melanomatici et massae necroticae*. CK7 -/-, CK20 -/-, CK1/3 -/-, Synaptofizyna -/-, Chromogranina -/-, S100/+; MelanA/+; HMB45/+.

Pacjentka została przyjęta do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala MSWiA w Olsztynie 4 stycznia 2007 r. celem operacyjnego leczenia guza zlokalizowanego w okrężnicy poprzecznej. W badaniu przedmiotowym u chorej nie było istotnych odchyłeń od normy.

Po przygotowaniu wykonano zabieg operacyjny. Stwierdzono obecność guza okrężnicy poprzecznej. Wykonano częściowe wycięcie tej części jelita grubego.

W trzeciej dobie pooperacyjnej nastąpiło powikłanie w postaci krwawienia do jamy brzusznej i z tego powodu reoperowano chorą. Następnie uzyskano stopniowy powrót do zdrowia. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu w dwunastej dobie od operacji.

W badaniu histopatologicznym opisano guz jelita grubego średnicy 3,5 cm, owrzodziały, białawy, sadłowaty na przekrojach. Stwierdzono, że jest to *melanoma exulcerans intestini crassi*. *Embolie neoplasmaticae vasorum*. HMB 45 +/-, Melan A +/-, MIB 1 +/- w około 10% komórek. Nacieki obejmowały ścianę jelita grubego do błony surowiczej. W węzłach chłonnych przyjelitowych komórek czerniaka nie było. W przebiegu leczenia chora

była konsultowana przez lekarzy chemioterapeutów, ale nie została zakwalifikowana do leczenia adiuwantowego.

### Omówienie

Prezentowane powyżej opisy pokazują naturalny przebieg choroby z rozsiewem czerniaka drogą naczyń krwionośnych do jelita cienkiego i jelita grubego.

W badaniach sekcyjnych przerzuty czerniaka do narządów przewodu pokarmowego stwierdzane są często, nawet do 60% [8]. Fakt ten nie ma pełnego odzwierciedlenia w przebiegu klinicznym, ponieważ objawowe przerzuty czerniaka, powodujące dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, dotyczą tylko do 9% chorych. W większości są to objawy niedrożności i krwawienia z przewodu pokarmowego, a także perforacje ściany jelit [9-14]. Takie powikłania powodują konieczność chirurgicznego leczenia chorych w IV stadium zaawansowania choroby, a chorzy tacy odnoszą korzyść z leczenia operacyjnego. Jest to leczenie z wyboru nie tylko groźnych i zagrażających życiu powikłań. Okazuje się także, że leczenie chirurgiczne pojedynczych przerzutów do narządów przewodu pokarmowego pozwala uzyskać kontrolę choroby, polepsza jakość życia, a także wydłuża okres przeżycia chorych leczonych chirurgicznie [15-18].

Tęgo rodzaju korzyść, polegającą na dłuższym przeżyciu, obserwuje się także przy miejscowym wycięciu pojedynczych ognisk przerzutowych w innych narządach wewnętrznych, takich jak płuco i mózg [19-23].

**Dr n. med. Janusz Godlewski**  
ul. Bankowców 35, 10-628 Olsztyn  
e-mail:janusz350@poczta.onet.pl

13. Wong LS i wsp. Metastatic melanoma of the small bowel as a cause of occult intestinal bleeding. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44: 341-3.
14. Wysocki WM i wsp. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma: report of a case. *Surg Today* 2004; 34: 542-6.
15. Wilson BG, Anderson JR. Malignant melanoma involving the small bowel. *Postgrad Med J* 1986; 62: 355-7.
16. Wade TP i wsp. Small bowel melanoma: extended survival with surgical management. *Eur J Surg Oncol* 1995; 21: 90-1.
17. Krige JE i wsp. Surgical treatment of metastatic melanoma of the small bowel. *Am Surg* 1996; 62: 658-63.
18. Ollila DW i wsp. Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1996; 131: 975-9.
19. Wornom IL i wsp. Surgery as palliative treatment for distant metastases of melanoma. *Ann Surg* 1986; 204: 181-5.
20. Essner R. Surgical treatment of malignant melanoma. *Surg Clin North Am* 2003; 83: 109-156.
21. Essner R i wsp. Contemporary surgical treatment of advanced-stage melanoma. *Arch Surg* 2004; 139: 961-6.
22. Young SE i wsp. The role of surgery in treatment of stage IV melanoma. *J Surg Oncol* 2006; 94: 344-51.
23. Kyciel W i wsp. Chirurgiczne leczenie przerzutów do odległych narządów w przebiegu czerniaka – opis przypadku. *Współczesna onkologia* 2006; 4: 175-8.

Otrzymano: 12 marca 2008 r.

Przyjęto do druku: 9 kwietnia 2008 r.

### Piśmiennictwo

1. Szawłowski A i wsp. Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce. *Fundacja-Polski Przegląd Chirurgiczny* 2003; 49.
2. Kopacz A i wsp. Zarys Chirurgii onkologicznej, *Akademia Medyczna w Gdańsku* 2000; 347.
3. Jorge E i wsp. Symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. Operative treatment and survival. *Ann Surg* 1984; 199: 328-31.
4. Klaase JM, Kroon BB. Surgery for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Br J Surg* 1990; 77: 60-1.
5. McDermott VG i wsp. Malignant melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Am J Roentgenol* 1996; 166: 809-13.
6. al Sheneber IF i wsp. Small-bowel resection for metastatic melanoma. *Can J Surg* 1996; 39: 199-203.
7. Hao XS, Li Q, Chen H. Small bowel metastases of malignant melanoma: palliative effect of surgical resection. *Jpn J Clin Oncol* 1999; 29: 442-4.
8. Blecker D i wsp. Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3427-33.
9. Raymond AR i wsp. An unusual case of malignant melanoma of the small intestine. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 689-92.
10. Gutman M i wsp. Surgical approach to malignant melanoma in the gastrointestinal tract. *J Surg Oncol* 1987; 36: 17-20.
11. Ihde JK, Coit DG. Melanoma metastatic to stomach, small bowel, or colon. *Am J Surg* 1991; 162: 208-11.
12. Ricaniadis N i wsp. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma. *Surg Oncol* 1995; 4: 105-10.