

## Przerzut do jądra jako pierwszy objaw rozlanego raka okrężnicy. Opis przypadku

Marcin Ostapiuk<sup>1</sup>, Grzegorz Świątoniowski<sup>1</sup>, Szymon Brużewicz<sup>2</sup>, Elżbieta Suder<sup>3</sup>,  
Bartosz Ceglarski<sup>1</sup>, Edmund Prudlak<sup>1</sup>, Jerzy Rozciecha<sup>1</sup>, Tomasz Kłaniewski<sup>1</sup>

*Rak okrężnicy rozwija się względnie wolno, a proces przerzutowy dotyczy najczęściej wątroby. Jądro rzadko jest miejscem przerzutowania guzów litych, w tym raka okrężnicy. W pracy opisano przypadek 76-letniego chorego, przyjętego na leczenie z powodu niebolesnego obrzęku lewego jądra. Badanie histopatologiczne tkanki pobranej w trakcie zabiegu operacyjnego wykazało obecność przerzutowego gruczolakoraka w stopniu zróżnicowania G2, prawdopodobnie wywodzącego się z przewodu pokarmowego. W toku dalszych badań diagnostycznych w zgięciu śledzionowym okrężnicy wykazano obecność egzofitycznego guza, którego usunięto chirurgicznie. W badaniu mikroskopowym zidentyfikowano go jako pierwotnego gruczolakoraka w stadium T4N1M1 i stopniu zróżnicowania G2. Eksploracja jamy brzusznej nie wykazała istnienia w jej obrębie widocznych makroskopowo przerzutów odległych. Choć przerzutowe pochodzenie nowotworu jądra nie jest zjawiskiem częstym, to w praktyce klinicznej musi być brane pod uwagę – szczególnie, jeśli dotyczy starszych mężczyzn z objawami mogącymi sugerować istnienie innej niż rak jądra choroby nowotworowej.*

**Słowa kluczowe:** jądro, przerzut, gruczolakorak, okrężnica

### Wprowadzenie

W przebiegu raka jelita grubego może dochodzić do zajęcia praktycznie każdego narządu. Najczęściej jednak przerzuty tego nowotworu lokalizują się w wątrobie, co wiąże się z uwarunkowaniami anatomicznymi krążenia wrotnego, jak również z ekspresją określonych molekuł adhezyjnych. Inne częste lokalizacje przerzutów raka jelita grubego to płuca, węzły chłonne przestrzeni zaotrzewnowej, kości i ośrodkowy układ nerwowy. Rozsiew raka jelita grubego do jąder zdarza się rzadko [1-3]. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 76-letniego pacjenta, u którego przerzuty do jądra stanowiły pierwszy uchwyt klinicznie objaw procesu nowotworowego w obrębie jelita grubego.

### Opis przypadku

W sierpniu 2003 roku do Kliniki Urologii naszego szpitala został przyjęty 76-letni mężczyzna (dotychczas z negatywnym wywiadem chorobowym), uskarżający się na występujące od ok. 5 miesięcy niebolesne powiększenie lewego jądra. Badania wstępne (ultrasonografia jąder oraz jamy brzusznej i radiogram klatki piersiowej) nie wykaza-

ły innych patologii, w związku z czym chorego zakwalifikowano do lewostronnej orhidektomii. Zabieg wykonano 1 września 2003 roku. Badanie patomorfologiczne usuniętych tkanek wykazało wtórny gruczolakorak w stopniu zróżnicowania G2, prawdopodobnie wywodzącego się z przewodu pokarmowego (Ryc. 1).

Ten niespodziewany wynik badania histopatologicznego stał się przyczyną konsultacji chorego w Zakładzie Gastroenterologii tutejszego szpitala. Przeprowadzone tam badania: tomografia komputerowa jamy brzusznej z jednoczesną rekonstrukcją światła jelita (tzw. wirtualna kolonoskopia), gastroduodenoskopia, kolonoskopia oraz kolejne badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej wykazały obecność egzofitycznego guza umiejscowionego w okolicy zagięcia śledzionowego okrężnicy.

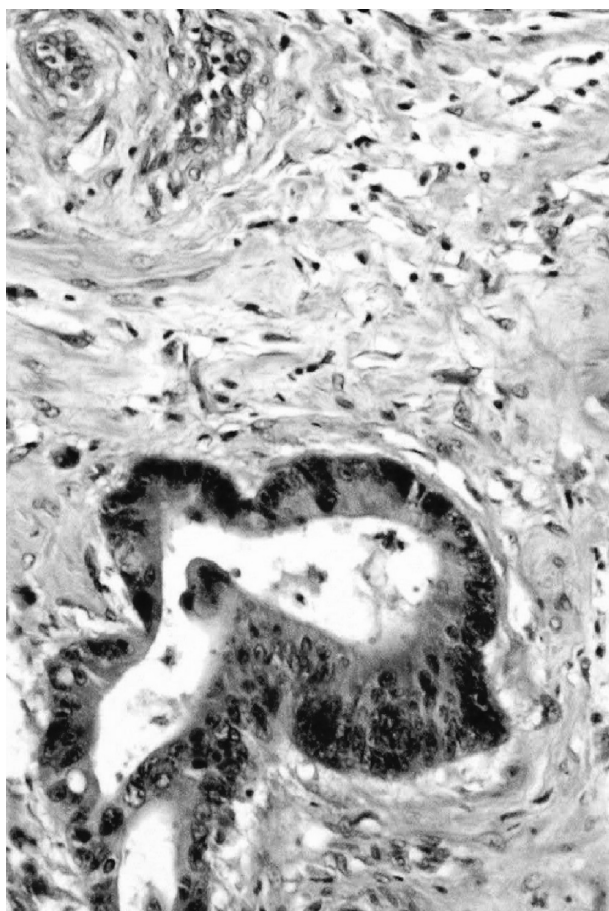
Profil laboratoryjny badań wykonywanych przy takiej lokalizacji guza dostarczył następujących danych: antygen karcynoembrionalny (CEA) – 122 ng/ml (zakres normy 0-4 ng/ml); antygen węglowodanowy (Ca 19-9) – 102,0 U/ml (0-37 U/ml), alfa-fetoproteina (AFP) – 0,97 ng/ml (0-20 ng/ml), podjednostka beta ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (bHCG) – 0,92 mUI/ml (<5 mUI/ml), co zdecydowanie przemawiało za przerzutowym (prawdopodobnie wywodzącym się z jelit) guzem jądra.

W dniu 20 października 2003 roku u chorego wykonano laparotomię, połączoną z lewostronną hemikolektomią i śródoperacyjną oceną narządów jamy brzusznej. Zabieg przebiegł bez komplikacji, a w obrębie narządów jamy brzusznej nie stwierdzono widocznych makrosko-

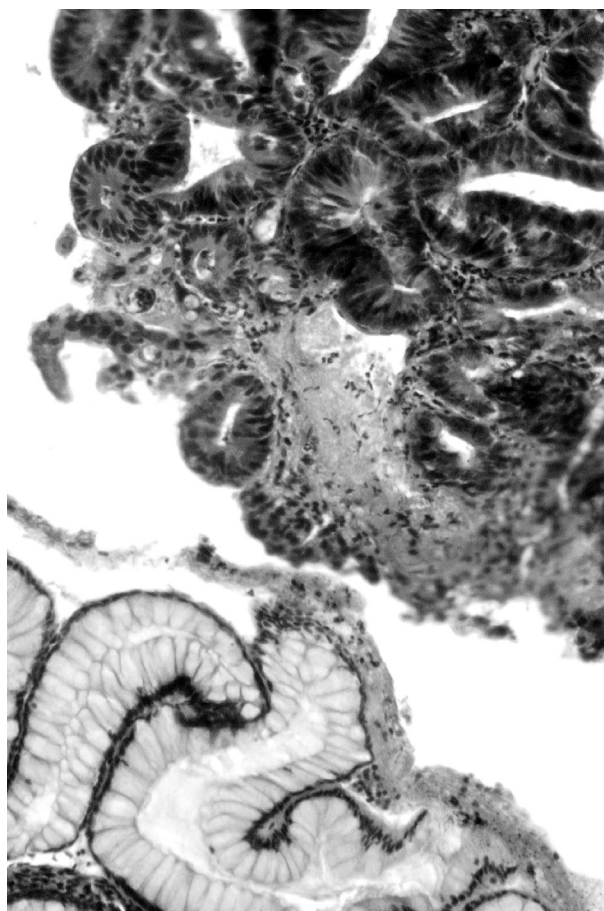
<sup>1</sup> Klinika Chorób Wewnętrznych 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Higieny

<sup>3</sup> Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej AM we Wrocławiu



Ryc. 1. Przerzut gruczolakoraka jelita grubego do jądra – obraz w mikroskopie świetlnym (barwienie hematoksyliną i eozyną x 200)



Ryc. 2. Pierwotny gruczolakorak jelita grubego – obraz w mikroskopie świetlnym (barwienie hematoksyliną i eozyną x 200)

powo przerzutów. Badanie histopatologiczne usuniętych tkanek okężnicy potwierdziło obecność pierwotnego gruczolakoraka (G2, T4N1M1, Ryc. 2).

Biorąc pod uwagę typ nowotworu i stopień zaawansowania choroby, dobry stan ogólny chorego oraz utrzymujący się podwyższony poziom CEA (do 60 ng/ml), pacjenta zakwalifikowano do chemioterapii zgodnie ze standardowym protokołem: 5-fluorouracyl (425 mg/m<sup>2</sup> przez 5 dni) i leukoworyna (20 mg/m<sup>2</sup> przez 5 dni) [4]. Leczenie to jest obecnie kontynuowane w Klinice Chemioterapii Diennej tutejszego szpitala. W chwili obecnej pacjent otrzymuje piąty kurs leczenia chemicznego i, jak dotąd, nie zaobserwowano u niego cech progresji choroby.

## Dyskusja

Omawiając niniejszy przypadek, chcielibyśmy zwrócić uwagę na możliwość przerzutowania raka jelita grubego do jąder i przedstawić sytuacje kliniczne, w których ta rzadka i nietypowa lokalizacja rozsiewu stanowi pierwszą manifestację choroby.

Przerzuty raka jelita grubego do jąder występują sporadycznie, a izolowany rozsiew tego guza do jądra, stanowiący jedyny objaw kliniczny, jest jeszcze rzadziej spotykany. W niniejszej pracy przedstawiamy historię pacjenta, u którego pierwszym i jedynym objawem raka jelita grubego był guz lewego jądra. Podobny przypadek – bezobjawo-

wego raka jelita grubego z przerzutami do jądra i najądrza – opisali Meacham i wsp. [5]. Z kolei Polychronidis i wsp. [6] przedstawili przypadek 63-letniego mężczyzny, u którego gruczolakorak esicy objawił się w pierwszej kolejności jako przerzut do lewego powrózka nasiennego, torbki lewego jądra i ściany towarzyszącego wodniaka jądra. Ostatnio przypadek rozsiewu gruczolakoraka jelita grubego do jądra opisali również Tiong i wsp. [7].

Bryan i wsp. przeprowadzili analizę 11 przypadków przerzutów raka jelita grubego do jądra. Wiek chorych wahał się w zakresie od 18 do 76 lat (średnia: 51 lat). W większości przypadków przerzuty do jądra stwierdzano w tym samym czasie, co rozsiew do innych narządów, w trzech przypadkach zmiany nowotworowe w obrębie jądra były jednak pierwszym objawem choroby.

Guzy lite rzadko dają przerzuty do jąder. Haupt i wsp. [3] przeanalizowali opisy 127 przypadków heterogenicznych przerzutów do jąder i w oparciu o ten materiał stwierdzili, że przerzuty do jąder mogą dawać następujące nowotwory: rak prostaty (n=45), rak płuca (n=25), czerniak złośliwy (n=12), rak jelita grubego (n=11) i rak nerki (n=10). W przypadku nowotworów pierwotnych o innej lokalizacji przerzuty do jądra są niesłychanie rzadkie. W 15% przypadków analizowanych przez cytowanych autorów przerzuty do jąder były obustronne. Średni wiek chorych z przerzutami do jądra był wyższy niż pacjentów z pierwotnymi guzami jąder [3]. W literaturze

znajduje się również doniesienie na temat przerzutowania do jądra gruczolakoraka śluzowego o nieznanym punkcie wyjścia [8].

Dane z piśmiennictwa wskazują, że przerzuty do jąder dotyczą najczęściej raka prostaty [9, 10]. Tu i wsp. [10], w oparciu o analizę 12 przypadków chorych z przerzutami raka prostaty do jąder i/lub do prącia, sugerują, że pewne cechy kliniczne i patologiczne guza pierwotnego (w tym również pierwotny gruczolakorak przewodowy) mogą determinować lokalizację rozsiewu w wymienionych narządach. Charakterystyczne jest, że stężenia osoczowe antygeny karcinoembrionalnego (CEA) były podwyższone (>6 ng/ml) u 6/9 chorych z badanej populacji, a poziom specyficznego antygeny sterczowego (PSA) mieścił się w granicach normy (<4 ng/ml) tylko u 2/10 chorych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że chociaż wtórne guzy jąder należą do bardzo rzadkich, to w praktyce klinicznej trzeba brać pod uwagę możliwość ich występowania – zwłaszcza u starszych mężczyzn, u których jednocześnie występują objawy wskazujące na istnienie nowotworu pierwotnego o innej lokalizacji.

**Dr n. med. Szymon Brużewicz**  
Katedra i Zakład Higieny  
Akademia Medyczna  
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 7  
50-368 Wrocław

## Piśmiennictwo

1. Brayan NP, Jackson A, Raftery AT. Carcinoma of the sigmoid colon presenting as a scrotal swelling. *Postgrad Med J* 1997; 73: 47-8.
2. Garcia-Gonzalez R, Pinto J, Val-Bernal JF. Testicular metastases from solid tumors: an autopsy study. *Ann Diag Pathol* 2000; 4: 59-64.
3. Haupt HM, Mann RB, Trump DL i wsp. Metastatic carcinoma involving the testis. Clinical and pathologic distinction from primary testicular neoplasms. *Cancer* 1984; 54: 709-14.
4. Buroker TR, O'Connell MJ, Wieand HS i wsp. Randomized comparison of two schedules of fluorouracil and leucovorin in the treatment of advanced colorectal cancer. *J Clin Oncol* 1994; 12: 14-20.
5. Meacham RB, Mata JA, Espada R i wsp. Testicular metastasis as the first manifestation of colon carcinoma. *J Urol* 1988; 140: 621-2.
6. Polychronidis A, Tsolos C, Sivridis E i wsp. Spermatic cord metastasis as an initial manifestation of sigmoid colon carcinoma: report of a case. *Surg Today* 2002; 32: 376-7.
7. Tiong HY, Kew CY, Tan KB i wsp. Metastatic testicular carcinoma from the colon with clinical, immunophenotypical, and molecular characterization: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 582-5.
8. Deshpande MS, Kulkarni JN. Metastatic adenocarcinoma in testis presenting as a testicular mass – a case report and review of literature. *Can J Urol* 2003; 10: 1770-1.
9. Giannakopoulos X, Bai M, Grammeniatis E i wsp. Bilateral testicular metastasis of an adenocarcinoma of the prostate. *Ann Urol (Paris)* 1994; 28: 274-6.
10. Tu SM, Reyes A, Maa A i wsp. Prostate carcinoma with testicular or penile metastases. Clinical, pathologic, and immunohistochemical features. *Cancer* 2002; 94: 2610-7.

Otrzymano: 25 listopada 2005 r.

Przyjęto do druku: 6 stycznia 2006 r.