

Shafaq Maqsood

Memorial Cancer Hospital and Research Centre, Lahore, Pakistan

Rola badania immunohistochemicznego w diagnostyce rzadkiego nowotworu mięsakoraka żołądka — opis przypadku

Role of immunohistochemical analysis in the diagnosis of gastric carcinosarcoma, a rare tumour — case report

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Maqsood S. Role of immunohistochemical analysis in the diagnosis of gastric carcinosarcoma, a rare tumour — case report. *Oncol Clin Pract* 2016; 12: 105–107.

Należy cytować wersję pierwotną.

Adres do korespondencji:

Dr. Shafaq Maqsood
 Medical Oncology Fellow
 Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital
 and Research Centre, Lahore, Pakistan
 e-mail: drshafaq@live.com

STRESZCZENIE

Mięsakorak jest rzadkim nowotworem złośliwym żołądka, zbudowanym z komórek o charakterze raka i mięsaka. Dotychczas opublikowano pojedynczo opisy przypadków występowania tego nowotworu, głównie w Japonii. Przedstawiamy przypadek klinicznie i histologicznie potwierdzonego mięsakoraka u 52-letniej kobiety. U chorej przeprowadzono pełną diagnostykę, a następnie wykonano resekcję chirurgiczną. Makroskopowo stwierdzono duży, wrzodzący guz, a mikroskopowo mięsakoraka z cechami różnicowania w kierunku komórek miogenicznych. Rozpoznanie mięsakoraka żołądka ustalono na podstawie badania immunohistochemicznego. Mięsakorak może histologicznie przypominać gruczolakoraka, dlatego ustalenie rozpoznania wyłącznie na podstawie badania endoskopowego lub radiologicznego nie jest możliwe. W przedstawionym opisie przypadku podkreślono znaczenie badania immunohistochemicznego w rozpoznaniu mięsakoraka żołądka.

Słowa kluczowe: mięsakorak, żołądka, patologia, immunohistochemia

ABSTRACT

Carcinosarcoma is a malignant tumour that has carcinomatous and sarcomatous components occurring rarely in the stomach with only a handful of case reports, mainly from Japan. We report a case of carcinosarcoma in a fifty-two-year-old female with clinical and histopathological features. The patient underwent complete workup followed by surgical resection. Macroscopically, the tumour was large and ulcerating. Microscopically, it was a carcinosarcoma with myogenic differentiation. Immunohistochemical analysis was done, which led to the diagnosis of gastric carcinosarcoma.

Carcinosarcoma can mimic an adenocarcinoma clinically, and making a diagnosis on the basis of endoscopy or radiology alone is not possible. Our case report highlights the importance of immunohistochemical analysis in the diagnosis of gastric carcinosarcoma.

Key words: carcinosarcoma, gastric, pathology, immunohistochemistry

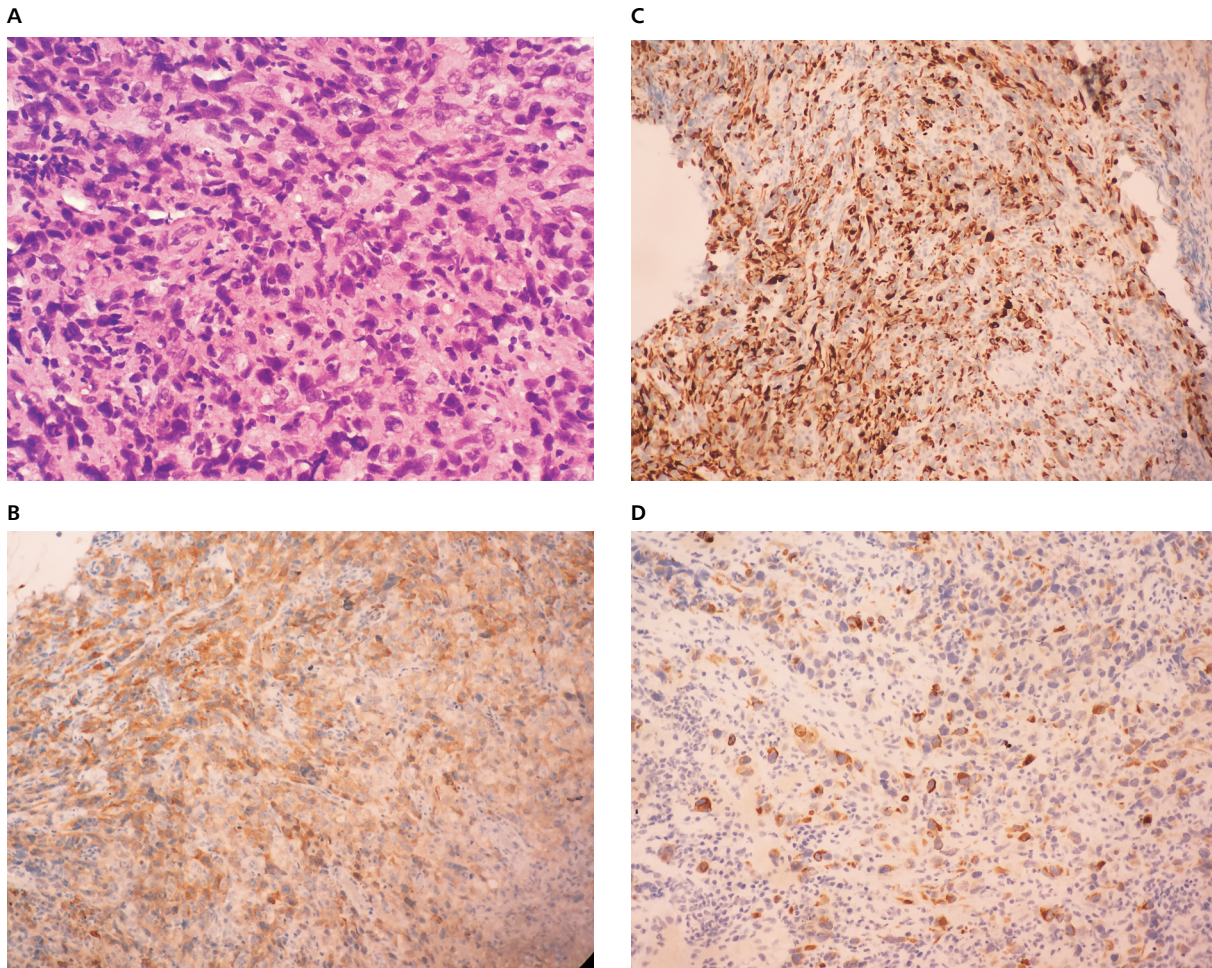
Tłumaczenie: dr n. med. Dariusz Stencel
 Copyright © 2016 Via Medica
 ISSN 2450-1646

Wprowadzenie

Mięsakorak występuje najczęściej w macicy, piersi, tarczycy, płucu oraz górnym odcinku przewodu pokarmowego. W tej ostatniej lokalizacji rozwija się częściej w przełyku, rzadziej natomiast w żołądku [1–4]. Mięsakorak żołądka jest rzadkim gu-

zem, obejmującym dwie składowe, o charakterze raka i mięsaka.

W badaniu endoskopowym stwierdza się najczęściej wyraźne pogrubienie ściany żołądka z cechami polipowatości lub owrzodzenia [2, 5]. Rozpoznanie potwierdza barwienie hematoksyliną i eozyną lub badanie immunohistochemiczne [5].



Rycina 1A. Kanalikuli wysłane komórkami o wyraźnych cechach atypii otoczonymi mezenchymą zawierającą ogniska komórek wrzecionowatych. B. Dodatnie barwienie w kierunku nabłonkowego antygenu błonowego (EMA, *epithelial membrane antygen*). C. Pozytywne barwienie w kierunku desminy. D. Ogniskowo dodatnie barwienie w kierunku cytokeratyny

Celem pracy jest nie tylko przedstawienie opisu przypadku rzadkiego nowotworu, ale także podkreślenie znaczenia badania immunohistochemicznego w ustaleniu rozpoznania.

Opis przypadku

U 52-letniej chorej stwierdzono w wywiadzie występujące od roku bóle w nadbrzuszu i utratę apetytu oraz nieokreślone ilościowo zmniejszenie masy ciała. Pacjentka była bardzo słaba, a w badaniu przedmiotowym stwierdzono guz w okolicy nadbrzusza.

Wyniki badań dodatkowych wykazały niedokrwistość mikrocytarną hipochromiczną oraz zaburzenia elektrolitowe. W badaniu endoskopowym stwierdzono polipoidalny guz żołądka, obejmujący trzon, okolice przedodźwiernikową i odźwiernik. Wykonano tomografię komputerową, w której wykazano duży guz

z centralnym owrzodzeniem i martwicą, obejmujący krzywiznę mniejszą i większą żołądka oraz okolice przedodźwiernikową, a także liczne powiększone węzły okołożołądkowe, co pozwoliło na rozpoznanie guza żołądka w stadium T3N2.

W początkowym badaniu biopsyjnym wykazano mięsakoraka z cechami różnicowania w kierunku komórek miogenicznych. Elementy nabłonkowe obejmowały struktury kanalikowe, pod którymi znajdowały się wyraźnie atypowe komórki, otoczone mezenchymą, tworzące ogniska komórek wrzecionowatych (ryc. 1A). Badanie immunohistochemiczne wykazało dodatnie barwienie w kierunku nabłonkowego antygenu błonowego (EMA, *epithelial membrane antigen*) i desminy (ryc. 1B i C), natomiast barwienie w kierunku cytokeratyny było ogniskowo dodatnie (ryc. 1D).

Z powodu krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego wykonano u chorej gastrektomię metodą *Bilroth II*. Badanie histologiczne potwierdziło rozpozna-

nie mięsakoraka z cechami różnicowania w kierunku komórek miogenicznych. Spośród 16 badanych węzłów chłonnych w 4 stwierdzono zmiany przerzutowe, co pozwoliło na ustalenie stadium zaawansowania patologicznego — pT1bN2. Wyniki badania immunohistochemicznego wykazały ujemne barwienie w kierunku CD117 i DOG 1, natomiast barwienie w kierunku CAM 5.2 i cytokeratyny było nieregularnie dodatnie.

Całość obrazu klinicznego pozwoliła na ustalenie rozpoznania mięsakoraka żołądka. Przypadek choroby poddano analizie wielospecjalistycznego zespołu i zdecydowano o zastosowaniu leczenia adiuwantowego. Przed rozpoczęciem leczenia wykonano pooperacyjne badania obrazowe, które wykazało nowe zmiany przerzutowe w węzłach chłonnych. Na podstawie biopsji wycięciowej węzła nadobojczykowego stwierdzono cechy martwiczego zapalenia ziarniniakowego. Rozpoczęto leczenie przeciwgruźlicze. Wkrótce po tym chora została hospitalizowana z powodu rozsiałych zmian w otrzewnej i pogorszenia stanu klinicznego, a następnie zmarła.

Dyskusja

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) określiła mięsakoraka jako złośliwy guz nowotworowy z wyraźnie zaznaczonymi elementami o charakterze nabłonkowym i mezenchymalnym, obserwowanymi zwykle w nowotworach złośliwych u dorosłych [1, 3]. Mięsakorak żołądka jest stosunkowo rzadkim nowotworem [2, 4]. Mediana wieku chorych wynosi 62 lata, a nowotwór jest częstszy u mężczyzn [1].

Pierwszy przypadek mięsakoraka przedstawiono w 1904 roku, natomiast mięsakoraka żołądka opisano po raz pierwszy w 1991 roku [2]. Dotychczas opublikowano 56 przypadków tego nowotworu, głównie u mieszkańców Japonii. Z uwagi na stopień zaawansowania nowotworu w czasie rozpoznania u większości chorych wyniki leczenia były złe, a mediana przeżycia wynosiła 10–15 miesięcy pomimo rzadko występujących przerzutów [6].

Początkowe objawy kliniczne bardzo często przypominają raka żołądka. W badaniu endoskopowym stwier-

dza się zwykle zmianę o charakterze polipoidalnym z centralnym owrzodzeniem [6]. Różnicowanie między gruczolakorakiem a mięsakorakiem na podstawie wyników badania endoskopowego i radiologicznego jest niemożliwe [2].

Na potwierdzenie rozpoznania pozwala konwencjonalne barwienie hematoksyliną i eozyną oraz badanie immunohistochemiczne [2, 3]. Antygen karcynoembrionalny (CEA, *carcinoembryonic antigen*), EMA, pankreatyna, chromogranina A, CD56 i synaptofizyna charakteryzują się wysoką czułością w kierunku zmian nowotworowych. Dodatkowo barwienie w kierunku desminy, wimentyny i alfa-aktyny mięśni gładkich jest charakterystyczne dla składowych mięsakowych [2, 7].

Leczenie polega na wykonaniu radykalnej, częściowej lub całkowitej gastrektomii. Standardowym sposobem postępowania jest gastrektomia D2, charakteryzująca się wysokim odsetkiem wyleczeń [3]. Ogólnie rokowanie w wypadku mięsakoraka żołądka jest jednak złe, przy czym czas przeżycia całkowitego wynosi 10–15 miesięcy, a odsetek nawrotów sięga 50% w pierwszym roku po operacji [7].

Niestety, przedstawiona w niniejszej pracy chora nie miała szansy na leczenie adiuwantowe z uwagi na rozsiane zmiany gruźlicze.

Piśmiennictwo

1. Cirocchi R., Trastulli S., Desiderio J. i wsp. Gastric Carcinoma: A case report and review of the literature. *Oncol. Lett.* 2012; 4: 53–57.
2. Choi K.W., Lee W.Y., Hong S.W., Chang Y.G., Lee B., Lee H.K. Carcinosarcoma of the stomach: a case report. *J. Gastric Cancer* 2013; 13: 69–72.
3. Shin J., Ju J.S., Moon H.S. i wsp. A rare case of gastric carcinosarcoma with neuroendocrine differentiation. *Korean J. Helicobacter Up Gastrointest. Res.* 2014; 14: 121–125.
4. Cho K.J., Myong N.H., Choi D.W., Jang J.J. Carcinosarcoma of the stomach, A case report with light microscopic, Immunohistochemical and electron microscopic study. *APMIS* 98: 991–995.
5. Ikeda Y., Kosugi S., Nishikura K. i wsp. Gastric Carcinosarcoma presenting as a huge epigastric Mass. *Gastric Cancer* 2007; 10: 63–68.
6. Gohongi T., Lida H., Gunji N., Orii K., Ogata T. Post surgical radiation therapy for gastric carcinosarcoma with c-kit expression: A case report. *World J. Gastroenterol.* 2015; 21: 2830–2835.
7. Randjelovic T., Filipovic B., Babic D., Cemerikic V., Filipovic B. Carcinosarcoma of the stomach: A case report and review of the literature. *World J. Gastroenterol.* 2007; 13: 5533–5536.