

Abdalla Saad Abdalla Al-Zawi

Basildon & Thurrock University Hospital, Basildon, Wielka Brytania

Przerzuty naciekającego raka zrazikowego piersi do odbytnicy

Rectal metastases from breast invasive lobular carcinoma

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Saad Abdalla Al-Zawi A. Rectal metastases from breast invasive lobular carcinoma. *Oncol Clin Pract* 2016; 12: 190–192. DOI: 10.5603/OCP.2016.0012.

Należy cytować wersję pierwotną.

Adres do korespondencji:

Dr Abdalla Saad Abdalla Al-Zawi
Basildon & Thurrock University Hospital
Basildon, England
e-mail: abdalasaad@gmail.com

STRESZCZENIE

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym w Wielkiej Brytanii stanowiącym 15% wszystkich przypadków nowotworów złośliwych u obu płci. Jedna na osiem kobiet w Wielkiej Brytanii zachoruje w jakimś okresie swojego życia na raka piersi. W pracy przedstawiono przypadek 72-letniej kobiety, u której 13 lat wcześniej rozpoznano raka piersi lewej, a następnie zastosowano leczenie obejmujące szerokie miejscowe wycięcie guza, radioterapię piersi i adiuwantową terapię hormonalną. Badanie materiału biopsyjnego pobranego z tego obszaru wykazało przerzutowego raka zrazikowego piersi. Za leczenie pierwszego wyboru w celu kontrolowania progresji choroby uważa się chemioterapię lub paliatywną terapię hormonalną.

Słowa kluczowe: rak zrazikowy piersi, przerzuty do odbytnicy

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer in the UK, accounting for 15% of all cases in both genders. One in eight women in the UK will develop breast cancer at some point in their lifetime. We present a case of 72-year-old female with a history of left breast cancer diagnosed 13 years earlier underwent wide local excision, breast radiotherapy, and adjuvant hormonal therapy. A biopsy from the area revealed metastatic breast lobular carcinoma. Palliative chemotherapy or hormonal therapy is usually considered as the first line of treatment to control disease progression.

Key words: breast lobular carcinoma, rectal metastases

Tłumaczenie: lek. Małgorzata Kamińska

Copyright © 2016 Via Medica

ISSN 2450-1646

Wstęp

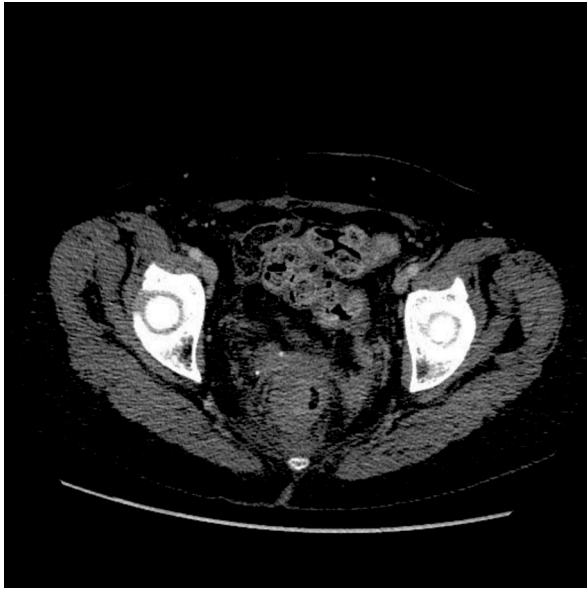
Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w Wielkiej Brytanii stanowiącym 15% wszystkich przypadków nowotworów złośliwych u obojga płci. Jedna na osiem kobiet w Wielkiej Brytanii zachoruje w jakimś okresie swojego życia na raka piersi. Co roku raka piersi diagnozuje się w tym kraju u około 50 000 kobiet. U 30% chorych po leczeniu chirurgicznym, radioterapii, chemoterapii lub leczeniu hormonalnym rozwijają się przerzuty [1].

Rak piersi jest drugim, po czerniaku złośliwym, nowotworem pod względem częstości przerzutów do układu pokarmowego [2]. Przerzuty raka piersi do światła jelita występują rzadko i mogą być zlokalizowane w każdym miejscu w obszarze między gardłem a odbytem.

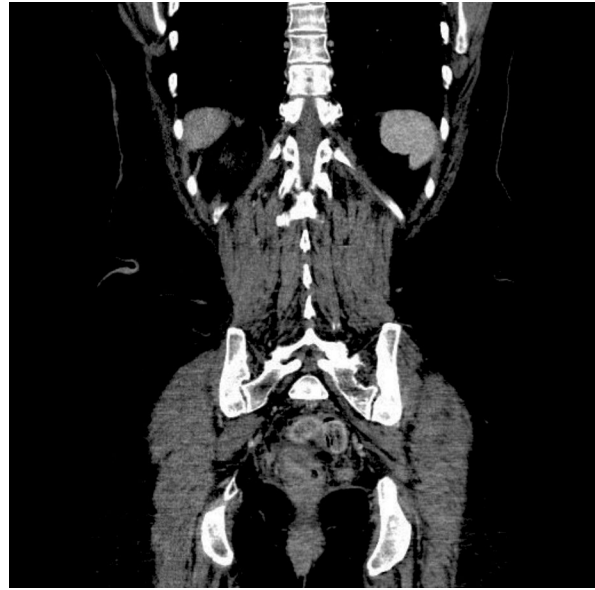
Najczęstszą lokalizacją jest żołądek, a następnie jelito cienkie; najrzadziej występują w jelicie grubym [3]. Ogniska nowotworowe w przewodzie pokarmowym mogą powodować objawy lub przebiegać bezobjawowo i wtedy zostają wykryte przypadkowo. Na podstawie objawów klinicznych lub cech widocznych w badaniu endoskopowym i radiologicznym nie można określić, czy wywodzą się one z przewodu pokarmowego, czy mają charakter przerzutowy.

Opis przypadku

Kobieta w wieku 72 lat, u której 13 lat wcześniej rozpoznano raka lewej piersi, a następnie zastosowano leczenie obejmujące szerokie miejscowe wycięcie guza,



Rycina 1. Nieprawidłowe pogrubienie błony śluzowej odbytnicy widoczne w obrazie tomografii komputerowej jamy brzusznej w projekcji osiowej



Rycina 2. Nieprawidłowe pogrubienie błony śluzowej odbytnicy widoczne w obrazie tomografii komputerowej jamy brzusznej w projekcji czołowej

radioterapię piersi i adiuwantową terapię hormonalną. Dziesięć lat później u chorej stwierdzono zmiany w węzłach chłonnych szyjnych, wnekowych i zaotrzewnowych, w związku z czym zastosowano chemioterapię. W badaniach metodą tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*), wykonanych w celu ponownej oceny stopnia zaawansowania, stwierdzono nieprawidłowe pogrubienie błony śluzowej odbytnicy (ryc. 1, 2). Na podstawie wyniku badania materiału biopsyjnego pobranego z tego obszaru rozpoznano przerzutowego raka zrazikowego piersi. W komórkach guza stwierdzono dodatnią ekspresję receptorów estrogenowych (ER) — 5/8, i ujemną receptorów progesteronowych (PR) — 0/8, stan HER-2 ujemny; wskaźnik proliferacji Ki67 wyniósł 15%. W oznaczeniu profilu immunohistochemicznego komórek nowotworowych: wynik dodatni dla CAM5.2 i CK7 oraz wynik ujemny dla CD45, CD68, CD20, CDX2 i S100.

Dyskusja

Rak piersi zwykle daje przerzuty do wątroby, kości, płuc, mózgu i węzłów chłonnych [4]. Opisywano już wtórne ogniska nowotworowe w jelitach, jednak obserwuje się je bardzo rzadko. Przerzuty do układu pokarmowego występują u 0,5–0,7% chorych [5]. Może to nastąpić wiele lat po rozpoznaniu raka piersi, zwykle po 5 do 20 lat, a w niektórych przypadkach nawet po 30 latach [6]. Badania pośmiertne wskazują, że zmiany te występują częściej niż podejrzewania kliniczne, zatem rzeczywista częstość

występowania nie jest znana. Scenariusz kliniczny może być różny — od przypadkowego wykrycia przerzutów w badaniu radiologicznym lub endoskopowym do występowania objawów, takich jak ból, krwawienie, niedrożność lub ostry brzuch [7]. Jako podtyp histologiczny rak zrazikowy piersi występuje częściej niż rak przewodowy [6]. Naciekający rak zrazikowy częściej daje przerzuty do jamy otrzewnowej, narządów układu pokarmowego i narządów rozrodczych niż naciekający rak przewodowy [8]. Mechanizm powstawania przerzutów nie został jednoznacznie wyjaśniony [7]. Niski indeks mitotyczny w nowotworach o niskiej złośliwości skutkuje późniejszym wystąpieniem przerzutów. Sugeruje się, że interwencje chirurgiczne prowadzą do uruchomienia komórek guza ze względu na utratę adhezji międzykomórkowej [5].

Wielkość guza i obecność zmian w regionalnych węzłach chłonnych w momencie diagnozy są czynnikami wpływającymi na prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów odległych. Rak zrazikowy piersi jest uznawany za chorobę przewlekłą i w uzasadnionych sytuacjach należy podejrzewać możliwość nawrotu.

Z wielu względów trudno odróżnić przerzuty raka zrazikowego piersi do jelita grubego od pierwotnego nowotworu jelita grubego. Jednym z powodów jest długi okres pomiędzy zachorowaniem na raka piersi a ponownym pojawieniem się przerzutów. W takich przypadkach dane z wywiadu chorobowego mają podstawowe znaczenie. Kolejnym utrudnieniem jest radiologiczny i endoskopowy obraz zmian. Doniesienia wskazują, że najbardziej charakterystycznym objawem jest obwodowe zwężenie i pogrubienie błony śluzowej odbytnicy. Jeśli

nowotwór obejmuje mięśniówkę właściwą bez zmian w obrębie błony śluzowej, wynik biopsji endoskopowej może być ujemny. U chorych z zaburzeniami przewodu pokarmowego lekarz dąży do wykluczenia miejscowych chorób przewodu pokarmowego, takich jak pierwotne nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego, choroba Crohna i nowotwory łagodne. Przerzuty raka piersi do przewodu pokarmowego należy podejrzewać u każdej kobiety z rakiem piersi w wywiadzie, która zgłasza się z dolegliwościami żołądkowo-jelitowymi. Inną ważną stroną tego problemu stanowi leczenie. Jedną z możliwości jest paliatywny zabieg chirurgiczny, zwłaszcza w celu usunięcia niedrożności, opanowania krwawienia lub naprawy perforacji. Jeśli występuje tylko jedno ognisko przerzutowe, niektórzy autorzy zalecają jego chirurgiczną resekcję, a następnie zastosowanie chemioterapię.

Inne podejście polega na wykorzystaniu metod stosowanych w leczeniu raka piersi, takich jak terapia hormonalna, chemioterapia i radioterapia. U chorych z licznymi ogniskami przerzutowymi zaleca się zastosowanie chemioterapii, a w przypadku nowotworów hormonowrażliwych — terapii hormonalnej [10].

Wnioski

Świadomość możliwości występowania bezobjawowych przerzutów i wykonywanie badań obrazowych umożliwiających ich wykrycie mają istotne znaczenie dla właściwego leczenia chorych z przerzutami raka piersi

do przewodu pokarmowego. Postępowaniem pierwszego wyboru w celu kontrolowania progresji choroby jest chemioterapia lub paliatywna terapia hormonalna. Leczenie chirurgiczne ma mniejsze znaczenie, jednak może być wskazane w przypadku niedrożności, perforacji, krwawienia lub obecności pojedynczego ogniska przerzutowego.

Piśmiennictwo

1. Cancer Research Institute UK Report.2013: (www.cancerresearchuk.org).
2. Critchley A.C., Harvey J., Carr M., Iwuchukwu O. Synchronous gastric and colonic metastases of invasive lobular breast carcinoma: case report and review of the literature. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2011; 93: e49–e50.
3. Nazareno J., Taves D., Preiksaitis H.G. Metastatic breast cancer to the gastrointestinal tract: A case series and review of the literature. *World Journal of Gastroenterology* 2006; 12: 6219–6224.
4. Jones G.E., Strauss D.C., Forshaw M.J. i wsp. Breast cancer metastasis to the stomach may mimic primary gastric cancer: report of two cases and review of literature. *World Journal of Surgical Oncology* 2007; 5: 75.
5. Ng C.E., Wright L., Pieri A. i wsp. Rectal metastasis from Breast cancer: A rare entity. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2015; 13: 103–105.
6. Benfiguig A., Anciaux M.L., Eugene C.I. i wsp. Gastric metastases of breast cancer occurring after a cancer free interval of 30 years. *Ann. Gastroenterol. Hepatol.* 1992; 28: 175–177.
7. Mistrangelo M, Cassoni P, Mistrangelo M i wsp. Obstructive colon metastases from lobular breast cancer: report of a case and review of the literature. *Tumori* 2011; 97: 800–804.
8. Balja M.P., Vrdoljak D.V., Stanec M. i wsp. Rectal metastasis from lobular carcinoma of the breast: a case report. *Coll. Antropol.* 2010; 34: 719–721.
9. Uygun K., Kocak Z., Altaner S. i wsp. Colonic metastasis from carcinoma of the breast that mimicks a primary intestinal cancer. *Yonsei Medical Journal* 2006; 47: 578–582.
10. Yanagisawa K., Yamamoto M., Ueno E., Ohkouchi N. Synchronous rectal metastasis from invasive lobular carcinoma of the breast. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2007; 22: 601–602.