

Aneta L. Zygulska¹, Adrian Wójcik², Piotr Richter², Romana Tomaszewska³

¹Oddział Kliniczny Kliniki Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

²Oddział Chirurgii Miejskiego Szpitala Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

³Zakład Patomorfologii w Krakowie

Wgłobienie krętniczo-krętnicze jako objaw przerzutu niedrobnokomórkowego raka płuca do jelita cienkiego — opis przypadku

Intussusception ileo-ileum as a symptom of non-small cell lung cancer metastasis to small bowel — a case report

Adres do korespondencji:

Dr med. Aneta Zygulska
 Oddział Kliniczny Kliniki Onkologii
 Szpitala Uniwersyteckiego
 ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków
 Tel.: +48 (12) 424 89 14
 Faks: +48 (12) 424 89 09
 e-mail: zygulska@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Przerzuty nowotworów złośliwych do jelita cienkiego zdarzają się bardzo rzadko. Również nietypowym objawem jest wgłobienie jelit spowodowane obecnością przerzutu nowotworu, którego ognisko pierwotne jest zlokalizowane poza jamą brzuszną. W pracy przedstawiono przypadek 55-letniego mężczyzny, u którego wystąpiło wgłobienie krętniczo-krętnicze na skutek przerzutu raka niedrobnokomórkowego płuca do jelita cienkiego.

Słowa kluczowe: wgłobienie, przerzut do jelita cienkiego, niedrobnokomórkowy rak płuca

ABSTRACT

Metastases of malignant neoplasms to small bowel occur very seldom. Intussusception due to neoplastic metastasis which primary lesion localized out of abdominal cavity is atypical symptom, too.

This paper presents the case of 55-year-old male patient, who had intussusception ileo-ileum because of non-small cell lung cancer metastasis to small bowel.

Key words: intussusception, metastasis to small bowel, non-small cell lung cancer

Onkologia w Praktyce Klinicznej
 2010, tom 6, nr 2, 87–89
 Copyright © 2010 Via Medica
 ISSN 1734–3542
 www.opk.viamedica.pl

Onkol. Prak. Klin. 2010; 6, 2: 87–89

Wstęp

W przebiegu niedrobnokomórkowego raka płuca typowo występują przerzuty do drugiego płuca, wątroby, nadnerczy, kości i mózgu. Do rzadkiej lokalizacji przerzutów — ale pojawiających się w trakcie rozwoju choroby — należy skóra, struktury oka i narząd rodny [1–5]. Przypadki przerzutowania nowotworów złośliwych o pierwotnej lokalizacji poza jamą brzuszną do jelita są bardzo rzadkie [6–8]. Zajęcie jelita cienkiego jako pierwszego miejsca przerzutowania opisywano sporadycznie

[6]. Przerzuty do jelita cienkiego nowotworów złośliwych o pierwotnej lokalizacji poza jamą brzuszną występują najczęściej w przebiegu raka płuca i czerniaka [6]. W piśmiennictwie opisano pojedyncze przypadki anaplastycznego raka tarczycy, raka nerki i kostniakomięsaka przerzutujących do jelita cienkiego [6, 8, 9].

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 55-letniego chorego na niedrobnokomórkowego raka płuca, u którego rozpoznano wgłobienie krętniczo-krętnicze w wyniku przerzutu raka płuca do jelita cienkiego.

Opis przypadku

Pacjenta w wieku 55 lat z podejrzeniem niedrożności przyjęto na Oddział Chirurgiczny Miejskiego Szpitala Specjalistycznego w maju 2009 roku. Od około 4 dni występowały u niego wymioty po każdym posiłku, zatrzymanie stolców i ogólne osłabienie.

Na podstawie wywiadu i przedstawionej dokumentacji ustalono, że u chorego wcześniej rozpoznano raka niedrobnokomórkowego płuca lewego wyjściowo w stadium zaawansowania IIIA. Po podaniu pierwszego cyklu chemioterapii według schematu cisplatyna z winorelbina w dniu 30 stycznia 2009 roku przeprowadzono resekcję płata górnego płuca lewego i segmentu VI płata dolnego. Na podstawie badania histopatologicznego materiału operacyjnego potwierdzono rozpoznanie raka płaskonabłonkowego o wysokim stopniu złośliwości. W jednym z pięciu usuniętych węzłów chłonnych wnęki płuca stwierdzono przerzut. Następnie podano kolejne 3 cykle chemioterapii według schematu cisplatyna z winorelbina, uzyskując dobrą tolerancję leczenia. Ponadto w kwietniu 2009 roku u pacjenta zdiagnozowano cukrzycę typu 2.

Podczas gastroskopii nie ujawniono żadnych nieprawidłowości w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego. Obraz radiologiczny (RTG) przewodu pokarmowego sugerował obecność przeszkody w końcowym odcinku jelita krętego. Na podstawie badania tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) jamy brzusznej i miednicy rozpoznano wgłobienie krętniczno-krętnicze z wciągnięciem naczyń kręzkowych. Anemia wtórna była jedyną nieprawidłowością stwierdzoną na podstawie badań biochemicznych. W ocenie RTG klatki piersiowej odnotowano obecność zmiany guzowatej o średnicy 3,5 cm w polu górnym płuca prawego i cień o średnicy 4,5 cm przy górnym biegunie lewej wnęki. Na podstawie objawów klinicznych i badań obrazowych zdiagnozowano stan podniedrożnościowy na tle wgłobienia krętniczno-krętniczego i pacjenta zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. W dniu 28 maja 2009 roku wykonano zabieg operacyjny, w trakcie którego zdiagnozowano wgłobienie jelita cienkiego w 1/3 bliższe jelita na odcinku 20 cm. Po odgłobieniu stwierdzono guz jelita. Wykonano resekcję odcinkową jelita czczego w granicach makroskopowo zdrowych tkanek. W badaniu histopatologicznym potwierdzono utkanie takiego samego nowotworu jak w usuniętej wcześniej tkance płucnej. Podczas przebiegu pooperacyjnego nie stwierdzono powikłań. Pacjenta wypisano ze szpitala w 8. dobie po zabiegu operacyjnym. Chorego skierowano do ośrodka onkologicznego w celu kontynuacji chemioterapii.

Dyskusja

Dotychczas nie poznano etiopatogenezy występowania przerzutów do jelita nowotworów złośliwych o pierwotnej lokalizacji poza przewodem pokarmowych [6]. Objawy tego typu przerzutów mogą mieć zarówno bardzo łagodny przebieg, jak również mogą prowadzić do stanu zagrożenia życia [10]. Krwawienie z przewodu pokarmowego, perforacja jelita i wgłobienie są objawami ostrych powikłań [11–14]. W piśmiennictwie opisywano przypadki jednoczesnego występowania wgłobienia jelita i krwawienia z przewodu pokarmowego oraz jednoczesnego krwawienia z przewodu pokarmowego i perforacji jelita [12, 14, 15]. Częstość występowania przerzutów do przewodu pokarmowego w przebiegu niedrobnokomórkowego raka płuca według danych z piśmiennictwa waha się od 10–14% do 0,5% [16, 17]. Objawy ostrych powikłań ze strony jamy brzusznej wtórne do raka płuca występują zwykle w zaawansowanym stadium nowotworu i częściej u mężczyzn [17, 18]. Najczęściej przerzuty do przewodu pokarmowego występują w przebiegu płaskonabłonkowego i wielkokomórkowego raka płuca [17]. Wykazano, że w przebiegu raka gruczołowego nieznacznie częściej — w porównaniu z innymi typami histologicznymi niedrobnokomórkowego raka płuca — występuje perforacja na tle przerzutu do jelita [19]. Ponadto u mężczyzn obserwowano również częstsze występowanie perforacji przewodu pokarmowego na skutek przerzutu raka płuca [19].

Badanie CT jamy brzusznej odgrywa istotną rolę w diagnostyce dysfunkcji jelit, mimo że często nie można za jego pomocą zdiagnozować izolowanego przerzutu do przewodu pokarmowego [6, 15]. Niestety, nie ma możliwości przeprowadzenia diagnostyki radiologicznej lub endoskopowej przewidującej pojawienie się przerzutu o takiej lokalizacji. Dlatego w przypadku zgłaszanych przez chorego na raka płuca dolegliwości ze strony jamy brzusznej o nagłym początku należy zawsze podejrzewać obecność przerzutów do przewodu pokarmowego [20].

Resekcja jelita jest jedynym skutecznym leczeniem objawowych przerzutów do przewodu pokarmowego. Rokowanie jest złe, mimo opisywanych pojedynczych przypadków długich przeżyć [6, 18, 19].

U pacjentów z niedrożnością jelita cienkiego i z dodatnim wywiadem w kierunku nowotworu złośliwego zawsze należy rozważyć możliwość wystąpienia przerzutu do jelita cienkiego [15].

Piśmiennictwo

- Alkhatay H., Hong C.H. Cutaneous metastases from non-small cell lung cancer. *J. Cutan. Med. Surg.* 2006; 10: 304–307.
- Rubinstein R.Y., Baredes S., Caputo J. i wsp. Cutaneous meta-

- static lung cancer: literature review and report of a tumor on the nose from a large cell undifferentiated carcinoma. *Ear Nose Throat J.* 2000; 79: 96–97, 100–101.
3. Mori H., Maekawa N., Satoda N. i wsp. A case of primary lung cancer with initial symptoms due to orbital metastases. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 2003; 41: 19–24.
 4. Kikawada M., Shimizu S., Uno M. i wsp. An elderly case of lung cancer presenting with symptoms of orbital metastasis. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2001; 38: 560–563.
 5. Irving J.A., Young R.H. Lung carcinoma metastatic to the ovary: a clinicopathologic study of 32 cases emphasizing their morphologic spectrum and problems in differential diagnosis. *Am. J. Surg. Pathol.* 2005; 29: 997–1006.
 6. Ricciardelli L., Rapicano G., Pinto A. i wsp. Small bowel intussusception caused by metastasis from anaplastic thyroid carcinoma: case report and literature review. *Ann. Ital. Chir.* 2006; 77: 63–67.
 7. Kupka P., Belina F., Chmatal P. i wsp. Metastasis of melanoma malignum in distal ileum like rare causation of ileocecal invagination — case report. *Rozhl. Chir.* 2009; 88: 4–6.
 8. Horiuchi A., Watanabe Y., Yoshida M. i wsp. Metastatic osteosarcoma in the jejunum with intussusception: report of a case. *Surg. Today* 2007; 37: 440–442.
 9. Roviello F., Caruso S., Moscovita Falzarano S. i wsp. Small bowel metastasis from renal cell carcinoma: a rare cause of intestinal intussusception. *J. Nephrol.* 2006; 2: 234–238.
 10. Gitt S.M., Flint P., Fredell C.H. i wsp. Bowel perforation due to metastatic lung cancer. *J. Surg. Oncol.* 1992; 51: 287–291.
 11. Alvarez Laso C., Paredes Aracil E., Azcano Gonzalez E. i wsp. Small bowel occlusion due to intussusception of a single metastasis of lung cancer. *Clin. Transl. Oncol.* 2006; 8: 833–834.
 12. Issa K., Mullen K.D. Large-cell carcinoma of the lung. With major bleeding and intussusception. *J. Clin. Gastroenterol.* 1992; 15: 142–145.
 13. Savanis G., Simatos G., Lekka I. i wsp. Abdominal metastases from lung cancer resulting in small bowel perforation: report of three cases. *Tumori* 2006; 92: 185–187.
 14. Pang J.A., King W.K. Bowel haemorrhage and perforation from metastatic lung cancer. Report of three cases and a review of the literature. *Aust. N.Z.J. Surg.* 1987; 57: 779–783.
 15. Yun I.S., Lee J.Y., Lee J.S. i wsp. Jejunal intussusception with gastrointestinal bleeding caused by metastatic lung cancer. *Korean J. Gastroenterol.* 2008; 51: 377–380.
 16. Berger A., Cellier C., Daniel C. i wsp. Small bowel metastasis from primary carcinoma of the lung: clinical findings and outcome. *Am. J. Gastroenterol.* 1999; 4: 1884–1887.
 17. Hillenbrand A., Strater J., Henne-Bruns D. Frequency, symptoms and outcome of intestinal metastases of bronchopulmonary cancer. Case report and review of literature. *Int. Semin. Surg. Oncol.* 2005; 2: 1–5.
 18. Yuksel O., Uyar P., Sahin T.T. i wsp. Small bowel perforation due to metastatic lung squamous cell carcinoma. *Saudi. Med. J.* 2007; 28: 631–633.
 19. Garwood R.A., Sawyer M.D., Ledesma E.J. i wsp. A case and review of bowel perforation secondary to metastatic lung cancer. *Am. Surg.* 2005; 71: 110–116.
 20. Kini S., Kapadia R.M., Amarapurkar A. Intussusception due to intestinal metastasis from lung cancer. *Indian J. Pathol. Microbiol.* 2010; 53: 141–143.