

Odosobnione przerzuty czerniaka złośliwego do śledziony zdarzają się wyjątkowo rzadko. Opisany przez nas przypadek dotyczył 60-letniego mężczyzny, któremu 20 miesięcy wcześniej usunięto czerniaka skóry ramienia, z następową limfangiektomią pachową. Po wycięciu przerzutowo zmienionej śledziony uzyskano 40-miesięczną remisję.

Słowa kluczowe: czerniak, przerzuty do śledziony, splenektomia

Isolated splenic metastases of melanoma to the spleen are extremely rare. We present a case of 60 year old male patient admitted 20 months earlier to the removal of cutaneous melanoma followed by axillar lymphadenectomy. The remission after splenectomy was 40 month.

Key words: melanoma, splenic metastases, splenectomy

Odosobniony przerzut czerniaka złośliwego skóry do śledziony

Isolated metastasis of skin melanoma to the spleen

Andrzej Brzychczy, Andrzej Wysocki

II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

WSTĘP

W piśmiennictwie lekarskim opisano jedynie pojedyncze przypadki odosobnionych przerzutów czerniaka złośliwego do śledziony. Rzadkość takiego przebiegu czerniaka i długi okres przeżycia po usunięciu przerzutowo zmienionej śledziony skłoniła nas do przedstawienia własnego spostrzeżenia.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna w wieku 60 lat, w grudniu 1993 r. miał usunięte znamię barwnikowe skóry lewego ramienia. W badaniu histopatologicznym: *Melanoma malignum nodulare*. Clark IV. W związku z tym, w lutym 1994 r. chorego poddano ponownej operacji celem poszerzenia rozległości usuniętych tkanek. Tym razem w preparacie operacyjnym badaniem histopatologicznym nie znaleziono komórek nowotworowych. W lipcu 1994 r. ze względu na powiększenie węzłów chłonnych lewego dołu pachowego wykonano limfangiektomię pachową i w jednym z siedmiu węzłów chłonnych stwierdzono przerzut czerniaka. Dwadzieścia miesięcy po pierwszej operacji, w sierpniu 1995 r. z powodu bólów w nadbrzuszu i pod lewym łukiem żebrowym wykonano USG, w którym stwierdzono w górnym biegunie śledziony okrągłą zmianę średnicy 4,5 cm o niejednorodnym echogramie, budzącą podejrzenie przerzutu czerniaka. W wątrobie i pozostałych narządach jamy brzusznej nie uwidoczniło żadnych zmian patologicznych.

Chory został przyjęty do II Kliniki Chirurgii Ogólnej w Krakowie 29.08.95 r. (historia choroby nr 1714/95), gdzie badaniem fizykalnym stwierdzono osłabienie szmeru oddechowego w dolnej części lewego pola płucnego, bliznę na lewym ramieniu i w lewym dole pachowym. Obwodowe węzły chłonne były niezmiennione, brzuch niebolesny, bez oporów patologicznych, wątroba nie powiększona, a śledzioną nie była wyczuwalna pod lewym łukiem żebrowym. W RTG klatki piersiowej widoczne były jedynie stare zmiany w dolnym płacie lewego płuca po przebytych stanach zapalnych. Morfologia krwi i badania biochemiczne surowicy i moczu mieściły się w normie. W kontrolnym USG potwierdzono obecność hypoechoogenicznej zmiany ogniskowej w śledzionie.

Chory został zakwalifikowany do zabiegu i w dniu 30.08.1995 r. wykonano splenektomię. Podczas operacji stwierdzono, że śledzioną w całości była powiększona, do wymiarów 15x10 cm, a w jej górnym bie-

gunie przez miąższ śledziony wyczuwano guz średnicy blisko 5 cm. Wątroba, węzły chłonne zaotrzewnowe i pozostałe narządy jamy brzusznej nie były zmienione. Przebieg pooperacyjny poza infekcją dróg moczowych był niepowikłany. Chorego wypisano do domu w dziewiątej dobie pooperacyjnej w stanie dobrym, z raną wygojoną.

Badaniem patomorfologicznym stwierdzono, że w śledzionie wagi 230 g znajduje się guz średnicy 4,5 cm barwy żółto-brązowej. W obrębie guza utkanie czerniaka zbudowanego zarówno z komórek wrzecionowatych, jak i wielokątnych. Część z komórek nowotworowych zawierała niewielkie ilości brunatnego barwnika. Śledzioną poza obrębem guza o prawidłowej budowie histologicznej. Naczynia wnetki śledziony bez zatorów nowotworowych.

W dalszym przebiegu, w Instytucie Onkologii w Krakowie przeprowadzono chemioterapię (trzy cykle DTIC, interleukina). Przez 40 miesięcy po usunięciu śledziony nie stwierdzano cech nawrotu choroby, dopiero w styczniu 1999 r., gdy pojawiły się przerzuty w podżuchwowych węzłach chłonnych. Dwa miesiące później rozpoznano dalsze ogniska nowotworu w mózgu i płucach. Chory zmarł w czerwcu 1999 r.

OMÓWIENIE

Przerzuty do śledziony u pacjentów zmarłych z powodu nowotworów (poza nowotworami układu limfatycznego), obserwuje się w 3,1-5,3 proc. badań pośmiertnych. W wyselekcjonowanej grupie, obejmującej zmarłych, u których przerzuty dotyczyły co najmniej pięciu narządów, ogniska w śledzionie znajdowano nawet w połowie przypadków [1, 2, 3].

Wśród rozpoznanych na sekcji przerzutów do śledziony, w większości pochodziły one z raka jajnika, czerniaka złośliwego, raka jelita grubego i raka żołądka, niekiedy też pojawiały się w przebiegu raka piersi, oskrzela i macicy [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Znacznie rzadziej przerzuty do śledziony rozpoznawane są za życia chorych. W przypadku odosobnionych przerzutów wynika to z braku lub obecności jedynie bardzo nielicznych objawów klinicznych, tym bardziej, że obraz przerzutu, w takich badaniach jak USG czy CT może być mało specyficzny. Nawet przy zastosowaniu scyntygrafii całego ciała z wykorzystaniem ^{99m}Tc-MIBI, uważanej za jedną z najczulszych metod rozpoznawania wznowy czerniaka, występują trudności rozpoznawcze [2, 7, 8, 9, 10].

Wyjątkowo rzadkie są odosobnione nowotworowe przerzuty do śledziony. Zdarzają się one głównie u chorych na czerniaka lub raka jelita grubego, a także raka macicy czy raka oskrzela [2, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14]. Obserwowany czas przeżycia chorego z pojedynczym przerzutem do śledziony wynosi ok. roku od jego rozpoznania, tzn. jest porównywalny ze średnim okresem przeżycia w przypadku przerzutu do płuc (11,4 mies.), a dłuższy niż w przypadku przerzutu do kości (6 mies.), mózgu (5 mies.) i wątroby (2,4-8,4 mies.). [9].

Nieliczne opisane przypadki odosobnionych przerzutów czerniaka do śledziony, ograniczają się do przedstawienia zjawiska i sposobu postępowania, jednak nie poruszają zagadnienia czasu przeżycia po usunięciu śledziony. Obserwowana przez nas ponad trzyletnia remisja po usunięciu przerzutowo zmienionej śledziony, przemawia naszym zdaniem za celowością takiego postępowania. Dodatkowym argumentem, na rzecz splenektomii, są znane w piśmiennictwie przypadki „samoistnego” pęknięcia dużej śledziony, zawierającej przerzut nowotworowy [9, 11, 12, 13, 14].

PIŚMIENNICTWO

1. Berge T. *Splenic metastases. Frequencies and patterns.* Acta Pathologica Microbiologica Scandinavica 1974; 82: 499-506.
2. Imada H, Nakata H, Horie A. *Radiological diagnosis of splenic metastasis and its prevalence at autopsy.* Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi 1991; 51 (5): 498-503.
3. Tiszlavicz L. *Splenic metastases.* Orvosi Hetilap 1996; 137 (6): 295-8.
4. Mainprize KS, Berry AR. Case report: solitary splenic metastasis from colorectal carcinoma. Br J Surg 1997; 84 (1): 70-1.
5. Achuthan R, Narray PN, Joseph A. *Splenic metastasis from a rectal tumour: an unusual presentation.* Ann R Coll Surg Engl 1999; 81: 139.
6. Weathers BK, Modesto VL, Gordon D. *Isolated splenic metastasis from colorectal carcinoma.* Dis Colon Rectum 1999; 42 (10): 1345-8.
7. Alonso O, Martinez M, Mut F, et al. *Detection of recurrent malignant melanoma with ^{99m}Tc-MIBI scintigraphy.* Melanoma Res 1998; 8 (4): 355-60.
8. Stutte H, Muller PH, d'Hoedt B, Stroebel W. *Ultrasonographic diagnosis of melanoma metastases in liver, gallbladder and spleen.* Journal of Ultrasound in Medicine 1989; 8 (10): 541-7.
9. Hess U, Gross M, Lehner K, Cavallaro A, Hanning C. *Initial diagnosis of melanoma metastasis to the spleen: case report of follow-up in atypical early invasion of the spleen.* Rontgenpraxis 1996; 49: 23-4.
10. Murphy JF, Bernardino ME. *The sonographic findings of splenic metastases.* J Clin Ultrasound 1979; 7 (3): 195-7.
11. Klein B, Stein M, Kuten A, Steiner M, Barshalom D, Robinson E, Gal D. *Splenomegaly and solitary spleen metastasis in solid tumors.* Cancer 1987; 60 (1): 100-2.
12. Kozłowski L, Zaremba L, Skoczyński MW. *Przerzuty czerniaka złośliwego skóry do śledziony.* Nowotwory 1995; 45: 482-5.
13. Buzbee TM, Legha SS. *Spontaneous rupture of spleen in patient with splenic metastasis of melanoma. A case report.* Tumori 1992; 78 (1): 47-8.
14. Kyzer S, Koren R, Klein B, Chaimoff C. *Giant splenomegaly caused by splenic metastases of melanoma.* European Journal of Surgical Oncology 1998; 24 (4): 336-7.

ADRES DO KORESPONDENCJI

lek. med. **Andrzej Brzychczy**
II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej UJ
ul. Kopernika 21
31-501 Kraków
tel. (012) 421 37 43
fax (012) 421 34 56