

Rak płuca znajduje się na pierwszym miejscu wśród przyczyn zgonów z powodu choroby nowotworowej u mężczyzn i na czwartym miejscu w przypadku kobiet. Poza regionalnymi węzłami chłonnymi najczęściej daje przerzuty do płuc, opłucnej, wątroby i nadnerczy, mózgu, kości, osierdzia i tkanki podskórnej. Odległe przerzuty o innej lokalizacji stwierdza się niezmiernie rzadko. W niniejszej pracy opisano przypadek chorego z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, u którego wykonano planową lobektomię górną lewą, a następnie z powodu perforacji jelita w 7. dobie po lobektomii resekcję odcinkową jelita cienkiego. W wyciętym fragmencie jelita stwierdzono odległy przerzut niedrobnokomórkowego raka płuca. Autorzy zwracają uwagę na fakt, iż przerzuty niedrobnokomórkowego raka płuca mogą pojawić się również w nietypowych miejscach organizmu, a konsekwencje ich zbyt późnego wykrycia mogą być bardzo poważne. W świetle opisanego przypadku należy zastanowić się nad koniecznością zastosowania możliwie jak najszerszej diagnostyki u chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca.

Słowa kluczowe: rak płuca, odległe przerzuty, perforacja jelita.

Nietypowe przerzuty niedrobnokomórkowego raka płuca – opis przypadku

Non-typical distant metastases of non-small cell lung cancer – a case report

Paweł Ciszewski, Mariusz Skrzypczak, Zofia Chorąży, Joanna Tycza, Krystyna Sawicz, Jacek Nadolski

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wielkopolskie Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w Poznaniu

Wstęp

Obecnie obserwuje się stały i systematyczny wzrost zachorowań na nowotwory, wśród których rak płuca znajduje się na pierwszym miejscu jako przyczyna zgonów z powodu choroby nowotworowej u mężczyzn i na czwartym miejscu w przypadku kobiet. Polska jest w czołówce krajów o największej zapadalności i umieralności na raka płuca. Rocznie rejestruje się ponad 20 tys. nowych chorych z tym rozpoznaniem [1]. W ciągu minionych 20 lat liczba zgonów z powodu tego nowotworu wzrosła prawie 4-krotnie, a wyniki leczenia są nadal niezadowalające – zaledwie ok. 12–13% chorych przeżywa 5 lub więcej lat [1, 2].

Rak wywodzący się z komórek pęcherzyków płucnych lub nabłonka oskrzeli jest nowotworem złośliwym układu oddechowego. To jeden z niewielu nowotworów o znanej i udokumentowanej etiologii. Szacuje się, że w krajach europejskich, w tym w Polsce, ponad 90% przypadków raka płuca u mężczyzn jest przyczynowo związanych z paleniem tytoniu, a odsetek tytoniozależnych zgonów z powodu raka płuca u kobiet w Polsce sięga 60% [3–5].

Odmienności biologiczne i różnice w przebiegu klinicznym są podstawą podziału raków płuca na raki drobnokomórkowe, stanowiące ok. 20–30% przypadków, oraz na raki niedrobnokomórkowe, występujące w 70–80% zachorowań na raka płuca [6]. Średnie przeżycie chorych z rozpoznaniem i nieleczonym rakiem niedrobnokomórkowym waha się 6–12 mies., a w przypadku raka drobnokomórkowego jest jeszcze krótsze i wynosi ok. 3 mies.

Postępowaniem z wyboru w przypadku raka niedrobnokomórkowego jest leczenie operacyjne. Jednak zaledwie 25–40% chorych jest operowanych, ponieważ wielu z nich już w chwili ustalenia rozpoznania nie kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego ze względu na znaczne zaawansowanie choroby.

Rak płuca może się szerzyć miejscowo na struktury anatomiczne śródpiersia, opłucną, przeponę i ścianę klatki piersiowej, daje również przerzuty do odległych narządów i węzłów chłonnych. Poza regionalnymi węzłami chłonnymi, przerzuty raka płuca najczęściej umiejscawiają się w opłucnej, płucach, wątrobie, nadnerczach, mózgu, kościach, osierdziu i tkance podskórnej [2, 7]. Odległe przerzuty o innej lokalizacji stwierdza się niezmiernie rzadko [7–10].

Opis przypadku

Chory, lat 57, został przyjęty 12 lutego 2004 r. do Wielkopolskiego Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w celu ustalenia rozpoznania i ewentualnego leczenia stwierdzonej w badaniu radiologicznym zmiany w lewym płucu. Od grudnia 2003 r. pacjenta diagnozowano z powodu utrzymującej się podwyższonej temperatury ciała, kaszlu i krwioplucia. W ciągu 2 mies. trwania

Lung cancer is the most common cause of cancer mortality in men and the fourth most common in women. The most frequent location of distant metastases are: the lung, pleura, liver, suprarenal gland, brain, bones, pericardium and subcutaneous tissue. Others locations of distant metastases are very rare. This case report presents a patient with non-small cell lung cancer who successfully underwent upper left lobectomy and who on post-operation day 7 required partial resection of the small bowel secondary to perforation. This perforation was caused by a metastasis of non-small cell lung cancer. Our paper confirms the fact that distant metastases of non-small cell lung cancer also occurs in atypical places. The late detection of these metastases can cause significant problems. In the light of this case report we want to suggest that an extended diagnostic regimen should be done in all patients with non-small cell lung cancer before the surgical operation.

Key words: lung cancer, metastases, perforation of small bowel.

choroby zaobserwowano również zmniejszenie masy ciała o ok. 5 kg. Stosowana do chwili przyjęcia do szpitala antybiotykoterapia nie przyniosła oczekiwanego efektu. Chory w wywiadzie poinformował o leczonej w 1982 r. gruźlicy płuc oraz przebytej w 1992 r. operacji, a następnie radioterapii z powodu raka płaskonabłonkowego języka. Po wykonaniu tomografii komputerowej klatki piersiowej potwierdzono rozpoznanie ropnia płuca lewego i zakwalifikowano chorego do leczenia operacyjnego. 2 marca 2004 r. wykonano torakotomię, usuwając górny lewy płat wraz z uwidoczną w obrazie radiologicznym zmianą. W okresie okołoperacyjnym zastosowano profilaktycznie leki przeciwprótkowe, z uwagi na przebyty w przeszłości proces swoisty. W bezpośrednim okresie po zabiegu operacyjnym stan chorego nie budził zastrzeżeń. Usunięty mięsz płuca oraz węzły chłonne zostały przekazane do badania histopatologicznego, którego wynik brzmiał:

Carcinoma solidum partim adenoides planoepithelialae.

Necrosis diffusa tumoris.

Emboliae carcinomatosae vasorum.

Metastasis carcinomatosa in uno lymphonodo peribronchiali.

W 7. dniu po torakotomii i lobektomii chory wymagał wykonania w trybie pilnym laparotomii z powodu objawów *ostrego brzucha*. Stwierdzono perforację jelita cienkiego oraz rozlane zapalenie otrzewnej. Po usunięciu uszkodzonego odcinka jelita wykonano zespolenie *koniec do końca* i założono drenaż jamy otrzewnej. Z przekazanego do badania materiału uzyskano rozpoznanie histopatologiczne:

Infiltratio carcinomatosa parietis ilei.

Carcinoma solidum planoepitheliogenes metastaticum.

Obraz mikroskopowo odpowiada przerzutowi raka oskrzela.

Po zabiegu chory przebywał na oddziale intensywnej terapii. W kolejnych dniach po operacji jego stan ogólny poprawiał się. Poza nudnościami nie zgłaszał innych dolegliwości. Oddychał samodzielnie. Zanotowano epizod trzepotania przedsionków, który ustąpił po podaniu leków. Poza tym czynność serca była miarowa, nieznacznie przyspieszona ok. 110–120/min. Ciśnienie tętnicze w granicach normy. Brzuch był wzdęty, perystaltyka słyszalna, prawidłowa. Dren umieszczony w jamie otrzewnej drenał niewielką ilość wydzieliny. Diureza dobra, wspomagana podawanym dożylnie furosemidem. Utrzymywał się stan podgorączkowy. W 8. dniu po laparotomii, po usunięciu drenażu jamy brzusznej, pacjenta przeniesiono na oddział chirurgii w stanie ogólnym wyrównanym. Po 3 dniach chorego przyjęto z powrotem na oddział intensywnej terapii z objawami wstrząsu septycznego w przebiegu zapalenia otrzewnej. Przez ponownie wprowadzony dren do jamy otrzewnej drenała się treść jelitowa. Obserwowano zaburzenia świadomości GCS 7–8 p., przyspieszoną do 120 uderzeń/min czynność serca, niemierzalne ciśnienie tętnicze. Mimo podejrzenia rozejścia się zespolenia jelita cienkiego, chorego nie zakwalifikowano do ponownego zabiegu operacyjnego z uwagi na rozpoznanie przerzutu w resekowanym uprzednio odcinku jelita oraz stwierdzenie w badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej zmian o charakterze przerzutów w obrębie nadnerczy i trzustki. W kolejnym dniu nastąpiło zatrzymanie krążenia w obrazie asystolii. Nie podjęto czynności reanimacyjnych, stwierdzono zgon.

Podsumowanie

W przedstawionym opisie historii choroby spotkano rzadkie umiejscowienie przerzutu raka niedrobnokomórkowego płuca [8, 9]. Odległy przerzut w jelicie cienkim był przyczyną perforacji ściany jelita. Mimo interwencji chirurgicznej, polegającej na resekcji odcinka jelita i jego zeszczeniu, doszło do rozejścia się zespolenia, rozwinięcia wstrząsu septycznego i w konsekwencji do zgonu chorego.

Można rozważać, czy wcześniejsze wykrycie przerzutu w obrębie jelita i zapobieżenie zapaleniu otrzewnej było możliwe. W chwili przyjęcia do szpi-

tala dominowały objawy ze strony układu oddechowego, takie jak kaszel, krwioplucie oraz stan podgorączkowy. Pacjent nie demonstrował dolegliwości ze strony jamy brzusznej.

Do perforacji jelita najczęściej dochodzi z powodu jego uwięźnięcia i niedrożności, zatoru tętnicy krezkowej lub z powodu obecności w jelicie ciała obcego. W takich przypadkach objawy kliniczne, poprzedzające perforację, bywają manifestowane bardzo wyraźnie, co pozwala w wielu przypadkach na odpowiednio wczesną interwencję chirurgiczną. W pośmiertnych badaniach stwierdza się przerzuty raka płuc do jelit, jednak perforacja jelita z powodu przerzutu zdarza się wyjątkowo rzadko [11]. W opisywanym przypadku objawy ze strony jamy brzusznej pojawiły się nagle i mimo bezzwłocznie wykonanej laparotomii nie udało się zapobiec postępowi zapalenia otrzewnej i rozwinięciu wstrząsu septycznego, w wyniku których chory zmarł.

Przedstawiony przypadek zwraca uwagę na fakt, iż przerzuty niedrobnokomórkowego raka płuca mogą pojawić się również w nietypowych miejscach organizmu, a konsekwencje ich zbyt późnego wykrycia mogą być bardzo poważne [7, 10]. W przypadku chorych z rozpoznanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca warto zastanowić się nad poszerzoną diagnostyką. Wykonanie tomografii emisyjnej całego ciała, badania mającego znaczną przewagę nad klasyczną tomografią komputerową, może umożliwić wcześniejsze wykrycie nieoczekiwanych lokalizacji przerzutów [1, 2, 12].

12. MacManus MP, Hicks RJ, Matthews JP, Hogg A, McKenzie AF, Wirth A, Ware RE, Bali DL. High rate of detection of unsuspected distant metastases by pet in apparent stage III non-small-cell lung cancer: implications for radical radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 50: 287-93.

Adres do korespondencji

lek. Paweł Ciszewski
os. Armii Krajowej 50/8
61-377 Poznań
tel. 605 465 748
e-mail: pawelc68@go2.pl

Piśmiennictwo

1. Onkologia kliniczna. Krzakowski M (red.). Tom II. Warszawa 2001.
2. De Vita V, Jr, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 5 th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1997.
3. Ramlau R, Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W, Dyszkiewicz W. Sytuacja epidemiologiczna w Wielkopolsce dotycząca nowotworów złośliwych płuca w latach 1975–2002. *Pneumonol Alergol Pol* 2006; 74: 179-85.
4. Ramlau R, Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W. Palenie tytoniu w Wielkopolsce w końcu XX wieku. *Pneumonol Alergol Pol* 2005; 73: 128-34.
5. Peio R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford University Press, Oxford 1994.
6. Batura-Gabryel H, Foremska-Iciek J. *Annales. Lung cancer in the elderly increasing epidemiological problem of 21st century. Annales Academiae Medicae Bialostocensis* 2005; 50 Suppl. 1.
7. Pramesh CS, Prabhudesai, Parasnis, Mistry, Sharma. Isolated splenic metastasis from non small cell lung cancer. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 10: 247-8.
8. Miyazaki K, Satoh H, Sekizawa K. Metastasis to appendix from lung adenocarcinoma. *Int J Gastrointest Cancer* 2004; 36: 59-60.
9. Akahoshi K, Chijiwa Y, Hirota I, Ohogushi O, Motomatsu T, Nawata H, Sasaki I. Metastatic large-cell lung carcinoma presenting as gastrointestinal hemorrhage. *Acuta Gastroenterol Belg* 1996; 59: 217-9.
10. Santini M, Vicidomini G, Di Marino MP, Baldi A. Solitary muscle metastasis from lung carcinoma. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2001; 42: 701-2.
11. Park SW, Cho HJ, Choo WS, Chung KS, Kim HY, Yoo JY, Kim JS, Shin HS. A case of intestinal hemorrhage due to small intestinal metastases from primary lung cancer. *Korean J Intern Med* 1991; 6: 79-84.