

Rak płuca jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn. Także u kobiet należy do jednych z najczęściej występujących nowotworów i znajduje się po raku piersi na 2. miejscu. Wśród nowotworów nabłonkowych płuca wyróżnia się 2 grupy raka płuca – drobnokomórkowego (DRP) i niedrobnokomórkowego (NDRP). U ok. 50–55 proc. chorych z NDRP w chwili rozpoznania stwierdza się obecność przerzutów. Około 20 proc. wszystkich nowotworów płuca stanowi rak drobnokomórkowy. W chwili rozpoznania u 80 proc. chorych z DRP stwierdza się stopień zaawansowania określany jako uogólniony. Przerzuty w raku płuca najczęściej występują w kościach, szpiku, wątrobie, ośrodkowym układzie nerwowym, węzłach chłonnych, nadnerczach, rzadziej w innych narządach.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Przerzuty do piersi występują stosunkowo rzadko. Klinicznie przerzuty do piersi powodują objawy podobne do tych wywołanych przez nowotwory złośliwe o charakterze pierwotnym. Przedstawiono 2 przypadki chorych na raka płuca z przerzutami do piersi. Biopsje cienkoigłowe u obydwu pacjentek potwierdziły przerzutowy charakter guzów piersi.

Postawienie prawidłowej diagnozy jest niezbędne, gdyż postępowanie u chorych z pierwotnym rakiem piersi i przerzutem do piersi jest odmienne. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa jest najlepszą metodą diagnostyczną, pozwalającą odróżnić guz pierwotny piersi od przerzutu nowotworu złośliwego z innego narządu. Pozwala na szybkie postawienie rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Słowa kluczowe: rak płuca, przerzuty, biopsja cienkoigłowa.

Przerzuty do piersi w przebiegu raka płuca

– opis dwóch przypadków

Breast metastases of lung cancer.

A description of two cases

Rodryg Ramlau, Bogna Jezierska

Oddział Onkologii, Wielkopolskie Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w Poznaniu

WSTĘP

Rak płuca jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn. Także u kobiet należy do jednych z najczęściej występujących nowotworów złośliwych i znajduje się po raku piersi na drugim miejscu. Wśród nowotworów nabłonkowych płuca wyróżnia się dwie grupy raka płuca – drobnokomórkowego (DRP) i niedrobnokomórkowego (NDRP). Podział ten wynika z ich odrębności biologicznej i wiąże się z odrębnym sposobem leczenia [1]. Chorzy z NDRP we wczesnym stopniu zaawansowania kwalifikowani są do leczenia operacyjnego. Pozostali chorzy poddani są chemioterapii, radioterapią lub objęci są leczeniem paliatywnym. U ok. 50–55 proc. chorych z NDRP w chwili rozpoznania stwierdza się obecność przerzutów. Najczęstszym miejscem występowania przerzutów u chorych z NDRP są płuco, kości, mózg, wątroba [2].

Około 20 proc. wszystkich nowotworów płuca stanowi rak drobnokomórkowy. W chwili rozpoznania u 80 proc. chorych z DRP stwierdza się stopień zaawansowania określany jako uogólniony. Podstawową metodą leczenia DRP jest chemioterapia, a u chorych z postacią ograniczoną dodatkowo ra-

dioterapia klatki piersiowej i centralnego układu nerwowego. DRP charakteryzuje się szybkim wzrostem, krótkim czasem podwojenia, skłonnością do wczesnego przerzutowania [1]. Przerzuty raka płuca najczęściej występują w kościach, szpiku, wątrobie, ośrodkowym układzie nerwowym, węzłach chłonnych, nadnerczach, rzadziej w innych narządach. U większości pacjentów dochodzi do nawrotu choroby. Nawroty choroby poddają się leczeniu ogólnoustrojowemu w niewielkim stopniu [1, 3].

OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW CHORYCH NA RAKA PŁUCA Z PRZERZUTAMI DO PIERSI

44-letnia pacjentka leczona na oddziale onkologii z powodu raka drobnokomórkowego płuca lewego. Chorobę rozpoznano na drodze mediastinotomii parasternalnej. Na podstawie badania komputerowego głowy i jamy brzusznej ustalono stopień zaawansowania jako ograniczony. Pacjentka obciążona była napadowym migotaniem przedsionków. Chora była w stanie ogólnym średnim (PS-2), skarżyła się na silne dolegliwości bólowe w klatce piersiowej. W okresie od 5.03 do 4.06.2003 r. u chorej zastosowano 5 kursów chemioterapii: 2 kursy karboplatyny z etoposy-

Lung cancer is the most frequent neoplasm among men. It also appears to be the second most frequent neoplasm among women following breast cancer. Two groups of epithelial neoplasm of the lung can be distinguished: small cell lung cancer (SCLC) and non small cell lung cancer (NSCLC). When NSCLC is diagnosed metastases are recognized in 50-55% of patients. At diagnosis, in 80% of patients the progression stage is stated as extensive. The metastases are mainly present in bones, bone marrow, liver, central nervous system, lymphatic nodes, adrenal glands, seldom in other organs.

Breast cancer is the most frequent neoplasm among women. Metastases to breast are relatively seldom. Clinical metastatic breast tumors cause similar symptoms to those caused by primary tumors.

The articles describes two cases of patients with lung cancer and metastases to breasts. The fine-needle biopsies in both patients verified metastatic character of breast tumors.

It is crucial to make the correct diagnosis because the procedures in patients suffering from primary breast cancer and metastasis to breast are different. Aspiration biopsy is the best diagnostic method that allows the primary breast tuber to be differentiated from metastasis of cancer from another organ. It also allows diagnosis to be made quickly and proper treatment to be implemented.

Key words: lung cancer, metastases to breast, aspiration biopsy.

dem i następnie 3 kursy cisplatyny z etoposydem. Uzyskano częściovą resorbcję zmian w płucach i śródpiersiu (badanie radiologiczne klatki piersiowej). Pod wpływem zastosowanego leczenia zmniejszyły się dolegliwości bólowe i poprawił się stan ogólny pacjentki (PS-1). Następnie chorą przekazano celem dalszego leczenia do Wielkopolskiego Centrum Onkologii, gdzie zastosowano radioterapię – 6 000 cGy/T na okolicę śródpiersiowo-płucną lewą, uzyskując resorbcję masy guza. Później pacjentka poddana była profilaktycznemu napromienianiu centralnego układu nerwowego. Chora otrzymała dawkę 2 600 cGy/T na okolicę CUN. Radioterapia przebiegała bez powikłań.

W październiku 2003 r. pacjentka zgłosiła się celem kontroli do poradni onkologicznej. Stan pacjentki pogorszył się, odczuwała osłabienie i brak apetytu. W badaniu przedmiotowym stwierdzono w lewej piersi bolesny, przesuwalny guz. W badaniu radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono znaczną progresję. Chorą skierowano na biopsję cienkoigłową guza piersi lewej, która potwierdziła jego nowotworowy charakter. Dla jednoznacznej oceny pochodzenia guza piersi przeprowadzono konsultację preparatów pochodzących z płuca i piersi oraz wykonano badania immunohistochemiczne. Wyniki badań wskazywały na guz płuca jako zmianę pierwotną i potwierdziły, że guz piersi lewej był przerzutem raka płuca.

U pacjentki zastosowano 1 kurs chemioterapii – cisplatynę i etoposyd. Stan pacjentki ulegał stopniowemu pogarszaniu. Chora zmarła w szpitalu rejonowym.

Drugi przypadek to 45-letnia chora, leczona na oddziale onkologii w WCChPiG od 2.08 do 18.11.1999 r. z powodu raka płaskonabłonkowego płuca prawego z przerzutami do wątroby, kości ramiennej prawej, gruczołu piersiowego lewego. Rozpoznanie posta-

wiono na podstawie badania histopatologicznego wycinka z oskrzela, pobranego podczas badania bronchofiberoskopowego. W badaniu radiologicznym kości ramiennej prawej stwierdzono ognisko osteolityczne, w badaniu ultrasonograficznym – ognisko przerzutowe w wątrobie, w badaniu przedmiotowym – w piersi lewej dwie guzowate zmiany, zrosnięte ze sobą, większa o średnicy ok. 6 cm, przesuwalne względem otaczających tkanek, niebolesne. Wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową guza piersi lewej. Otrzymano wynik cytologiczny stwierdzający, że guz w piersi lewej jest zmianą o charakterze przerzutu. U pacjentki wdrożono leczenie chemiczne. Chora otrzymała 6 kursów chemioterapii wg schematu cisplatyna i vinoretbina. Równocześnie stosowano leczenie bifosfonianami. Uzyskano poprawę w obrazie radiologicznym klatki piersiowej, w badaniu ultrasonograficznym nie stwierdzono opisywanej wcześniej zmiany przerzutowej w wątrobie, w badaniu palpacyjnym zmniejszenie się guza w piersi lewej. Po zakończonym leczeniu pacjentkę skierowano do dalszej obserwacji w poradni onkologicznej. Pacjentka nie zgłosiła się na wyznaczoną kontrolę.

OMÓWIENIE

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet. Przerzuty do gruczołów piersiowych występują stosunkowo rzadko. Źródłem przerzutów do piersi są czerniak, chłoniak, rak płuca, rak jajnika, mięsaki tkanek miękkich, nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego i dróg moczowo-płciowych, gruczoł piersiowy po stronie przeciwnej. Sporadycznie opisywano przerzuty pochodzące z raka tarczycy, mięsaka kości, karcinoidu zlokalizowanego w przewodzie pokarmowym [4]. U mężczyzn najczęstszą przyczyną przerzutów do piersi wśród nowotworów złośliwych jest rak prostaty

[5]. Wymaga on różnicowania z pierwotnym rakiem piersi. U dzieci przyczyną przerzutów do gruczołu piersiowego jest *rhabdomyosarcoma* [6]. Klinicznie przerzuty w obrębie piersi powodują objawy podobne do tych wywołanych przez pierwotne nowotwory złośliwe gruczołów piersiowych. Charakteryzują się szybkim wzrostem, są twarde, zlokalizowane częściej w kwadrantach górnych zewnętrznych, są pojedyncze lub mnogie, mogą występować obustronnie. Położone są najczęściej powierzchownie. Obrazy mammograficzne niekiedy przypominają zmiany łagodne – torbiele czy zmiany o charakterze *fibroadenoma*. Zwykle jednak mają nieostre granice, co pozwala na odróżnienie ich od zmian łagodnych. Nie występują zwykle mikrozwapnienia i spikularne zarysy guza. W sumie w badaniu mammograficznym nie ma znaczących różnic między guzami przerzutowym a pierwotnymi nowotworami złośliwymi piersi [6].

WNIOSKI

Postawienie prawidłowej diagnozy jest niezbędne, gdyż postępowanie u chorych z pierwotnym rakiem piersi i przerzutem do gruczołów piersiowych jest odmienne. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa jest najlepszą metodą diagnostyczną, pozwalającą odróżnić guz pierwotny piersi od przerzutu raka z innego narządu [6]. Umożliwia szybkie rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. W przypadku przerzutów pochodzących z raka płuca jest to chemioterapia. Rokowanie u tych chorych jest złe. Ustalenie rozpoznania jest trudniejsze w przypadku braku ogniska pierwotnego. Należy dążyć do postawienia właściwej diagnozy, aby uniknąć niepotrzebnego zabiegu chirurgicznego, rozpocząć odpowiednią chemioterapię i/lub radioterapię [7–9].

PIŚMIENNICTWO

1. Krzakowski M, Orłowski T. *Nowotwory płuca i klatki piersiowej*. W: *Onkologia*

- kliniczna*. Krzakowski M (red.). Borgis, Warszawa 2001; 29-37.
2. Ginsberg RJ, Vokes EE, Raben A. *Non-Small Cell Lung Cancer*. In: *Cancer Principles and Practice of Oncology*. De Vita VT, Jr, Hellman S, Rosenberg SA (red.). Lippincott-Raven, Philadelphia, New York 1997; 858-67.
 3. Ihde DC, Pass HI, Glatstein E. *Small Cell Lung Cancer*. In: *Cancer Principles and Practice of Oncology*. De Vita VT, Jr, Hellman S, Rosenberg SA (red.). Lippincott-Raven, Philadelphia, New York 1997, 940-2.
 4. Barreau B, Dilhuydy MH, Trojani M, et al. *Extramammary carcinoid tumor metastatic to the breast. Apropos of a case*. *Bull Cancer* 1992; 79 (1): 91-100.
 5. Soda T, Onishi H, Terachi T, et al. *Bilateral breast metastases from prostatic carcinoma: a case report*. *Hinyokika Kyo* 1999; 45 (4): 269-71.
 6. Akcay MN. *Metastatic disease in the breast*. *Breast* 2002; 11 (6): 526-8.
 7. Silverman JF, Feldman PS, Covell JL, et al. *Fine needle aspiration cytology of neoplasm metastatic to the breast*. *Acta Cytol*. 1987; 31 (3): 291-300.
 8. David O, Gattuso P, Razan W, et al. *Unusual cases of metastases to the breast. A report of 17 cases diagnosed by fine needle aspiration*. *Acta Cytol* 2002; 46 (2): 377-85.
 9. Chaignaud B, Hall TJ, Powers C, et al. *Diagnosis and natural history of extramammary tumors metastatic to the breast*. *J Am Coll Surg* 1994; 179 (1): 49-53.

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. **Rodryg Ramlau**
 Oddział Onkologii
 Wielkopolskie Centrum Chorób
 Płuc i Gruźlicy
 ul. Szamarzewskiego 62
 60-569 Poznań
 tel. +48 61 665 42 42
 faks +48 61 665 43 56
 e-mail: rramlau@poczta.onet.pl