

Jacek Paszkowski
Lukasz Krokowicz
Agnieszka Wasilewska
Tomasz Banasiewicz
Michał Drews

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej
i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: Prof. dr hab. med. Michał Drews

Słowa kluczowe:

guz neuroendokryny
jelito cienkie
nieδροżność

Key words:

neuroendocrinal tumor
small bowel
obstruction

Guz neuroendokryny jelita cienkiego jako przyczyna nieδροżności

Neuroendocrinal tumor of the small bowel as a reason of obstruction

Guzy neuroendokryny jelita cienkiego należą do rzadko występujących nowotworów przewodu pokarmowego. Diagnostyka ze względu na niespecyficzne objawy jest bardzo trudna. W opisanym przypadku 55-letniej chorej przedstawiono powikłania wynikające z diagnostyki przedoperacyjnej i problemy pojawiające się po leczeniu operacyjnym. Pacjentkę leczono początkowo z powodu powikłań po jatrogennej perforacji przełyku a następnie operowano z powodu nieδροżności przewodu pokarmowego spowodowanej guzem neuroendokrynym zlokalizowanym w jelicie czczym. Podjęto leczenie uzupełniające analogami somatostatyny (long acting somatostatin receptor antagonist- LAR). Po 10 miesiącach od laparotomii chorą reoperowano z powodu objawów nieδροżności. Stwierdzono nacieki nowotworowe w krezce jelita cienkiego oraz powiększone węzły chłonne przestrzeni zaotrzewnowej. W przypadkach nowotworów neuroendokrynych przewodu pokarmowego leczenie operacyjne nie zawsze jest radykalne, ale resekcja masy guza poprawia komfort i czas przeżycia.

Guzy neuroendokryny przewodu pokarmowego, z których jako pierwszy został opisany rakowiak w 1867 roku [2] to nowotwory stanowiące 2% nowotworów przewodu pokarmowego. Podzielono je w zależności od pochodzenia w rozwoju embrionalnym:

- FOREGUT: guzy wychodzące z żołądka, dwunastnicy i trzustki;
- MIDGUT: guzy rozwijające się w jelicie cienkim, wyrostku robaczkowym i w prawej połowie poprzecznicy;
- HINDGUT: guzy wychodzące z poprzecznicy, lewej połowy okrężnicy i odbytnicy.

Klinicznie są to guzy wolno rosnące, które często pozostają nierozpoznane przez dłuższy czas. Od początku objawów do diagnozy mija przeciętnie 9 lat [1]. Jedynym objawem mogącym towarzyszyć ich rozwojowi jest nawracający ból brzucha a rozpoznanie stawia się dopiero podczas laparotomii. Rakowiaki jelita cienkiego mają bardziej agresywny przebieg, powodując zajęcie węzłów chłonn

Small intestine is a very rare localization of the neuroendocrine tumors in digestive system. Symptoms are usually nonspecific what makes correct diagnosis difficult. In our case we described complications caused by inaccurate preoperation diagnosis and problems appeared after surgery. A 55 years old female with symptoms of obstruction was transferred to our Clinic from City Hospital where she was hospitalized for two days with diagnosis of esophagus stricture and pylorus obstruction. She underwent laparotomy. Segmental resection of small intestine with end to end anastomosis and mesentery lymph node resection was performed. She was qualified for treatment with long acting somatostatin receptor antagonist (LAR). Increasing symptoms of dysphagia caused by stricture of the esophagus was a reason of dilatation and prosthesis set up. Ten months post surgery patient was admitted to the hospital with signs of obstruction. Surgery revealed progression of the disease in the small intestine mesentery and enlargement of the extraperitoneal lymph nodes.

nych oraz dając przerzuty do wątroby [2] w odróżnieniu od guzów zlokalizowanych w wyrostku robaczkowym i odbytnicy, które częściej nie są hormonalnie czynne a ich przebieg jest łagodniejszy [2].

Opis przypadku

Pacjentkę lat 55 z objawami nieδροżności przewodu pokarmowego przekazano do Kliniki z oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu gdzie hospitalizowana była przez 2 dni z rozpoznaniem zwężenia przełyku oraz nieδροżności odźwiernika. Stan ogólny chorej przy przyjęciu określono jako poważny ze względu na cechy znacznego niedożywienia i parametry laboratoryjne wskazujące na zaburzenia gospodarki elektrolitowej. Wiodącymi objawami była dysfagia i wymioty.

Historia Choroby pacjentki obejmuje 8 tygodni poprzedzających przyjęcie do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej w Pozna-

Adres do korespondencji:

Jacek Paszkowski
Klinika chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej
i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
60-355 Poznań, ul. Przybyszewskiego 39
Tel.: +61 8691275

niu. Chora z umiarkowanie nasilonymi dolegliwościami i objawami (ból zlokalizowany w śródbrzuszu, brak łaknienia i nudności) wskazującym na ostre zapalenie trzustki na podłożu kamicy przewodowej zgłosiła się do Central Middlesex Hospital, gdzie wykonano endoskopową wsteczną cholangio-pankreatografię (ERCP). W 4 dobie po badaniu ERCP chora z objawami perforacji przełyku i niewydolności oddechowej przekazana została do St. Mary Hospital w Londynie, gdzie przyjęta została do Kliniki Intensywnej opieki medycznej dodatkowo rozpoznano zespół niewydolności oddechowej ARDS w przebiegu sepsy oraz ropniaka prawej jamy opłucnowej. Wykonano drenaż prawej jamy opłucnowej. Przez kolejne 4 tygodnie pacjentka pozostawała na oddechu kontrolowanym w śpiączce farmakologicznej. Stan chorej określano jako ciężki. Po uzyskaniu poprawy oraz pełnej wydolności oddechowej pacjentka została extubowana i przekazana do oddziału internistycznego tamtejszego szpitala. Przez kolejne 4 tygodnie hospitalizowana była z powodu trudności w połykaniu i okresowo występujących wymiotów. Wykonano badania RTG i KT stwierdzając zwężenie przełyku i rozstrzeniowo zmieniony żołądek sięgający poziomu talerza biodrowego.

Po przyjęciu do Kliniki Chirurgii w Poznaniu wykonano badanie endoskopowe. Stwierdzono zwężenie przełyku do średnicy ok. 5mm w odległości 25 cm od linii zębów.

Wdrożono całkowite żywienie pozajelitowe (TPN). Przygotowano chorą do zabiegu operacyjnego. Podczas laparotomii stwierdzono zmianę o charakterze owrzodzenia na granicy dwunastnicy i jelita czczego oraz nieco dalej 3 ogniska polipowate zwężające krytycznie światło jelita stanowiące przyczynę niedrożności. Wykonano odcinkową resekcję 2 fragmentów jelita cienkiego z zespoleniem koniec do końca. Jednocześnie usunięto znajdujące się w krezce węzły chłonne. W badaniu histologicznym preparatu operacyjnego stwierdzono utkanie raka neuroendokrynnego w trzech ogniskach zlokalizowanych w jelicie czczym oraz przerzuty nowotworowe do 2 węzłów chłonnych. W materiale z okolicy dwunastnicy stwierdzono owrzodzenie sr. 1cm bez zmian nowotworowych. Wykonano badanie scyntygraficzne HYNIC, które uwiarydliło zmianę o charakterze przerzutu w lewym płacie wątroby. Zmiana nie była obserwowana podczas laparotomii. Chorą zakwalifikowano do leczenia analogami somatostatyny LAR. Ze względu na postępujące zwężenie przełyku i nasilające się objawy dysfagii w przebiegu pooperacyjnym Przeprowadzono zabieg poszerzenia przełyku i założono protezę samorozprężalną w miejsce zwężenia

Po zabiegu operacyjnym rana zagojona bez powikłań, szwy usunięto w 10 dobie. W kolejnych dobach pooperacyjnych problem stanowiła biegunka do kilkunastu wypróżnień w ciągu doby, które ustąpiły po leczeniu somatostatyną. Chora zwolniona do domu w stanie dobrym w 32 dobie po zabiegu operacyjnym

W 10 tygodniu po zakończeniu leczenia w klinice chirurgii doszło do ponownego zwężenia przełyku powyżej górnego bieguna protezy przełykowej. Pacjentka została ponownie przyjęta do Kliniki. Wykonano badanie endoskopowe i poszerzenie przełyku objawy dysfagii ustąpiły. Po 10 miesiącach od zabiegu operacyjnego wystąpiły ponownie objawy niedrożności z powodu których chorą przyjęto do Kliniki. Wykonano relaparotomię stwierdzając progresję procesu nowotworowego w krezce jelita cienkiego i powiększone węzły chłonne przestrzeni zaotrzewnowej. Wykonano zespolenie żołądkowo-czce.

Przypadki nowotworów złośliwych jelita cienkiego należą do rzadkości, a wielogniskowe guzy nowotworowe jelita cienkiego to przypadki kazuistyczne sporadycznie opisywane w literaturze, wśród których najliczniejszą grupę stanowią nowotwory o utkaniu guzów neuroendokrynnych lub GIST. Przedoperacyjna diagnostyka jest niezwykle trudna ze względu na niecharakterystyczne, zwykle wolno narastające objawy [3].

Piśmiennictwo

1. Horton KM, Kamel I, Hofmann L et al. Carcinoid Tumors of the Small Bowel: A Multitechnique Imaging Approach, *AJR* 2004; 182: 559-567;
2. Levy AD, Sobin LH. Gastrointestinal Carcinoids: Imaging Features with Clinicopathologic Comparison, *RadioGraphics* 2007; 27: 237-257;
3. Jeffrey A. Norton Surgical treatment of neuroendocrine metastases, *Best Practice and Reserch in Clinical Gastroenterology* 2005; 19: 577-583