

Mnogie pierwotne nowotwory złośliwe u jednego pacjenta – opis przypadku

Multiple primary carcinomas in one patient – case report

Wkład autorów:

A – projekt badań
B – wykonanie badań
C – analiza statystyczna
D – interpretacja danych
E – przygotowanie manuskryptu
F – przegląd piśmiennictwa

Klaudyna Zwierzyńska^{1ABDEF}, Piotr Chęciński^{1DF}, Bohdan Dąbrowski^{2B},
Antoni Bruzgielewicz^{1D}, Kazimierz Niemczyk^{1D}

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kierownik: prof. dr hab. med. K. Niemczyk

² Katedra i Klinika Chirurgii ogólnej gastroenterologicznej i onkologicznej Kierownik: prof. dr hab. n. med. Ireneusz W. Krasnodębski

Article history: Received: 01.04.2015 Accepted: 20.07.2015 Published: 30.09.2015

STRESZCZENIE:

Autorzy opisali przypadek 62-letniego mężczyzny, nałogowego palacza papierosów, przyjętego do szpitala z powodu duszności krtaniowej. Przedstawiamy przypadek mężczyzny u którego zdiagnozowano raka krtani i przełyku jednocześnie. Pacjent cierpi również na raka prostaty. Częstość występowania mnogich pierwotnych nowotworów złośliwych wynosi około 0,5-10%.

SŁOWA KLUCZOWE: wiele ognisk pierwotnych nowotworów, rak krtani, rak przełyku

ABSTRACT:

The authors describe the case of 62 year-old Man, heavy smoker, admitted to the hospital due to dyspnea. We report a case of a man in whom laryngeal carcinoma, and esophageal carcinoma were diagnosed simultaneously. Patient suffers also from prostate adenocarcinoma. The incidence of multiple primary malignant neoplasms is around 0,5–10%.

KEYWORDS:

multiple primary carcinomas, laryngeal carcinoma, esophageal carcinoma, prostate adenocarcinoma

WSTĘP

Określenie „pierwotne mnogie nowotwory” dotyczy przynajmniej dwóch niezależnych nowotworów stwierdzanych u jednego pacjenta. Sytuacja taka zdarza się dość często, a jej ryzyko wzrasta u chorych leczonych środkami alkilującymi, inhibitorami topoizomerazy II i radioterapią z powodu pierwotnego nowotworu [2]. Wielu autorów podaje, że ryzyko to wynosi od 0,5 do 10% [3–6, 9, 10] i dotyczy głównie nowotworów głowy i szyi, układu pokarmowego i oddechowego [2, 9, 10, 11]. Często nowotwory prostaty współlistnieją z nowotworami pęcherza moczowego [3, 6]; przy pierwotnym nowotworze prostaty, ryzyko nowotworu pęcherza jest aż 18 razy większe [3].

Do powstawania mnogich nowotworów [1] może przyczyniać się zawodowa ekspozycja na arsen i farby oraz nałogowe palenie tytoniu [5].

Poniższa praca przedstawia przypadek pacjenta leczonego radioterapią z powodu raka prostaty w 2010 r., oraz świeżo wykrytymi ogniskami raka krtani i raka przełyku.

OPIS PRZYPADKU

62-letni chory, wcześniej nałogowy palacz papierosów, został przyjęty do kliniki w ramach ostrego dyżuru z powodu duszności krtaniowej. Od września 2014 r. był leczony zachowawczo z powodu grzybicy jamy ustnej i spowodowanych nią zaburzeń połykania. U pacjenta od około pół roku narastała chrypka, bóle gardła i trudności w oddychaniu, które były bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się go na ostry dyżur laryngologiczny. Dokładnie zebrany wywiad wykazał, że miał on wykonaną przed miesiącem gastroskopię, która ujawniła zmiany egzofityczne w krtani oraz naciekowe w obrębie przełyku. Z opisywanych



Ryc.1. Obraz z laryngowideoskopii.

zmian pobrano wycinki, jednak pacjent nie odebrał wyników badania histopatologicznego. W badaniu podmiotowym, chory podawał uzależnienie od nikotyny – palił paczkę papierosów dziennie od ok. 20 lat. Nie spożywał natomiast nałogowo alkoholu i nie był zawodowo ekspozowany na działanie środków chemicznych.

W wywiadzie podawał raka prostaty rozpoznanego w 2010 r., z nawrotem choroby w 2014 r. Z tego powodu był leczony radioterapią (2010 r.) i hormonoterapią (grudzień 2014 r.). Ze względu na znaczne nasilenie duszności, po wstępnej diagnostyce [ryc. 1], wykonano u chorego tracheotomię oraz direktoskopię, w której stwierdzono nacieki obejmujący prawą połowę krtani oraz fałd nalewkowo-nagłośniowy i zachyłek gruszkowaty wraz z boczną ścianą gardła na poziomie wolnego brzegu nagłośni po stronie prawej (dolny biegun dochodził do poziomu fałdu kieszonek krtaniowej). Zmianą guzową objęta była również prawa chrząstka nalewkowata. W wykonanym badaniu TK szyi stwierdzono obustronnie powiększone węzły chłonne, wykazujące cechy rozpadu. W badaniu palpacyjnym węzły nie były wyczuwalne.

W pierwszej dobie po założeniu tracheostomii wystąpiło u chorego masywne krwawienie, zaś ogląd okolicy tracheostomy w warunkach bloku operacyjnego, nie wykazał przyczyny ani miejsca krwawienia w polu operacyjnym, jak również we wnętrzu krtani. Po zabiegu – ze względu na spadek liczby czerwonych krwinek do 2,64 oraz hemoglobiny niewiele ponad 8g/dl – choremu przetoczono dwie jednostki koncentratu krwinek czerwonych. Po zabiegu, w godzinach wieczornych tego samego dnia, pacjent ponownie masywnie zakrwawił i ponownie został poddany rewizji rany w warunkach bloku operacyjnego. Podczas za-



Ryc. 2. Zmiana w obrębie krtani.



Ryc. 3. Obraz Tomografii komputerowej przełyku z naciekiem.

biegu stwierdzono rozpoczynającą się martwicę wokół otworu tracheostomijnego i ubytek tkanek penetrujący do okolicy pod-obożyczkowej. Tym razem również nie znaleziono konkretnego miejsca krwawienia. Podczas direktoskopii obejrzano krtań, stwierdzając niewielkie podkrwawianie z powierzchni guza, które ustąpiło po zastosowaniu elektrokoagulacji. Po powrocie na oddział przetoczono pacjentowi dwie jednostki koncentratu krwinek czerwonych i dwie jednostki osocza. Zlecono również

gastroskopię, by ocenić guza w przełyku oraz lokalizację ewentualnego krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W badaniu gastroskopowym w obrębie górnego zwieracza przełyku nie stwierdzono nieprawidłowości, a na granicy górnej i środkowej części przełyku uwidoczono ograniczony guz, leżący częściowo podśluzówkowo, długości około 15 mm. Na wysokości 25 cm od górnych siekaczy rozpoczął się okrężny naciek nowotworu, dość elastyczny i pozwalający na przeprowadzenie endoskopu. Kończył się on tuż ponad połączeniem żołądkowo-przełykowym, zaś sam wpust żołądka nie był zajęty przez guz. Nie stwierdzono objawów aktywnego krwawienia. W gastroskopii ponownie potwierdzono występowanie synchronicznej zmiany krtani i gardła dolnego oraz przełyku. W pobranych z guza krtani wycinkach rozpoznano raka płaskonabłonkowego o stopniu dojrzałości GII, a w wycinkach z guza przełyku również raka płaskonabłonkowego o stopniu dojrzałości GIII z owrzodzeniami (wynik pochodził z wcześniejszej gastroskopii wykonanej poza ośrodkiem). Ryc. 2.

W TK klatki piersiowej stwierdzono patologiczne pogrubienie błony śluzowej przełyku do 16 mm, o orientacyjnej długości około 12 cm rozpoczynające się na wysokości lewego oskrzela, obejmujące również wpust żołądka. [Ryc. 3]

W trakcie gastroskopii nie zakwalifikowano chorego do założenia protezy przełykowej, a ze względu na znaczne i szybko postępujące pogorszenie stanu ogólnego, pacjentowi nie założono również przeskórnej endoskopowej gastrostomii. Chory był żywiony dietą przemysłową poprzez sondę FloCare.

Przypadek pacjenta przedstawiono na konsylium, w trakcie którego zakwalifikowano go do leczenia paliatywnego.

DYSKUSJA

W prezentowanym przypadku jednocześnie wystąpił nowotwór krtani oraz nowotwór przełyku. Pojawienie się dolegliwości z dotychczas niezdiagnozowanych nowotworów łączyło się z nawrotem raka prostaty, którego leczenie musiało zostać uzupełnione hormonoterapią w grudniu 2014 r. Jedynym potwierdzonym czynnikiem ryzyka u pacjenta było nałogowe palenie papierosów.

Piśmiennictwo

1. Campione K.M., Oyasu R., Three Simultaneous Multiple Primary Carcinomas in One Patient, *Chest* 1973, 3(63).
2. Koutsopoulos A.V., Dambaki K.I., Dateris G., Giannikaki E., Froudarakis M., Stathopoulos E., A novel combination of multiple primary carcinomas: Urinary bladder transitional cell carcinoma, prostate adenocarcinoma and small cell lung carcinoma – report of a case and review of the literature; *World Journal of Surgical Oncology* 2005, 3: 51.
3. Chun T.Y., Coincidence of bladder and prostate cancer; *J Urol* 1997, 157: 65–67.

Nowotwory synchroniczne to takie, które pojawiają się jednocześnie lub w krótkim czasie po sobie (do 6 miesięcy). Natomiast jako metachroniczne określamy te, które pojawiły się w odległym czasie od pierwszego (po 6 miesiącach) [4, 7, 10].

Wystąpienie kilku niezależnych nowotworów głowy i szyi u jednego pacjenta źle rokuje i jedynie wczesne ich wykrycie daje szansę na wyleczenie [7]. W przypadku opisywanego pacjenta istniała możliwość wykonania laryngektomii z faryngektomią oraz operacyjnego leczenia raka przełyku. Jednak ciężki stan ogólny chorego i zaawansowanie procesu nowotworowego uniemożliwiały skuteczne radykalne leczenie.

Pacjenci z rakiem górnej części drogi oddechowo-pokarmowej prezentują podwyższone ryzyko powstania drugiego nowotworu tej samej okolicy [5, 8]. Wynika to z faktu narażenia pozostałych odcinków błony śluzowej (zarówno układu pokarmowego, jak i górnej części układu oddechowego) na substancje rakotwórcze, jakimi są związki chemiczne zawarte w dymie tytoniowym (węglowodory aromatyczne – 3,4-benzopiren, nitrozaminy i inne) oraz alkohol wysokoprocentowy. Ribeiro w swojej pracy (vide 5) opisuje dziesięciu pacjentów, u których rak przełyku współistniał ze złośliwymi nowotworami w obrębie głowy i szyi. Wszyscy opisani pacjenci nadużywali alkoholu i nałogowo palili papierosy (przeciętne ich spożycie wynosiło ponad 20 sztuk papierosów dziennie przez 50 lat. Średni czas życia pacjentów od momentu wykrycia kolejnego ogniska nowotworu wynosił 2,8 miesiąca [5]. Martin-Granizo opisał przypadek nałogowego palacza tytoniu i alkoholika, u którego w okresie 6 miesięcy wykryto pięć niezależnych nowotworów: nowotwór krtani, błony śluzowej jamy ustnej i języka oraz nowotwór pęcherza moczowego i prostaty [8].

WNIOSKI

U pacjentów leczonych z powodu wcześniej wykrytych nowotworów, zawsze należy brać pod uwagę ryzyko występowania nowotworów synchronicznych i metachronicznych. Istotnym czynnikiem ryzyka powstawania mnogich nowotworów jest palenie tytoniu i spożywanie w nadmiernych ilościach alkoholu wysokoprocentowego. Tylko wczesne wykrycie powyższych zmian daje szansę na ich całkowite wyleczenie.

4. Mohammad A.A., Al-Zahrani A.S., Mansour M., Ghanem H.M., El Saify A.M., EL-Khatib H.M., Triple Primary Carcinomas: Prostatic Adenocarcinoma, Bladder Urethral Carcinoma and Papillary Thyroid Carcinoma: A Case Report; *American Journal of Cancer Case Reports* 2014, 3: 24–28.
5. Ribeiro Jr U., Ceconello I., Safatle-Ribeiro A.V., Zilberstein B., Pinotti H.W., Carcinoma epidermoide do esôfago e múltiplos tumores primários do trato aerodigestivo alto *ArqGastroenterol* 1999; 36(4): 195–200.
6. Cansu G.B., Ocak G.A.G., Sari R., Triple Synchronous Primary Cancers of Thyroid, Bladder and Prostate: A Case Report; *KMJ* 2014; 46(1): 62–64.
7. Umeshappa H., Chandrashekar M., Shenoy A.M., Dinesh Kumar G.R. Triple simultaneous primary tumors of the head and neck: A rare case report. *Int J Case Rep Images* 2014;5(7): 488–491.
8. Martin-Granizo R., Naval L., Castro P., Goizueta C., Muñoz M., Quintuple cancers: report of a case with triple cancers in the head and neck; *J Craniomaxillofac Surg.* 1997 Jun; 25(3): 153–157.
9. Szafałowicz K., Hassmann-Poznańska E., Musiatowicz B., Second primary neoplasms in laryngeal cancer patients; *Otolaryngol Pol.* 1999; 53(1): 35–40.
10. Bień S., Ziolkowska M., Kielmas A., Występowanie innych nowotworów złośliwych u pacjentów z rakiem krtani i krtaniowej części gardła; *Studia medyczne Akademii Świętokrzyskiej*, 2007, 6, 17–25.
11. Steniawska-Buccella O., Bruzgielewicz A., Osuch-Wójcikiewicz A., Mnogie pierwotne nowotwory złośliwe głowy i szyi: opis przypadku; *Pol Prz Otolaryngol.* 2014; 3: 169–172.

Word count: 1200 Tables: – Figures: 3 References: 11

Access the article online: DOI: 10.5604/20845308.1168531 Full-text PDF: www.otorhinolaryngologypl.com/fulltxt.php?ICID=1168531

Corresponding author: Klaudyna Zwierzyńska, Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, tel.: +48 22 599 25 05, e-mail: kzwierzyńska@wp.pl

Copyright © 2015 Polish Society of Otorhinolaryngologists Head and Neck Surgeons. Published by Index Copernicus Sp. z o.o. All rights reserved

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests.

Cite this article as: Zwierzyńska K., Chęciński P., Dąbrowski B., Bruzgielewicz A., Niemczyk K.: Multiple primary carcinomas in one patient – case report. *Pol Otorhino Rev* 2015; 4(3): 34-37