

616.342-006.6

OJEDINĚLÝ PŘÍPAD PRIMÁRNÍHO ADENOKARCINOMU DUODENA

Ladislav SLOVÁČEK

Katedra válečného vnitřního lékařství Vojenské lékařské akademie J. E. Purkyně, Hradec Králové

Souhrn

Autor prezentuje v kazuistice pacientku se vzácně se vyskytujícím adenokarcinomem duodena. Kazuistika upozorňuje na to, že i když se maligní tumory tenkého střeva vyskytují velmi vzácně (1 % všech gastrointestinálních tumorů) a jejich klinická symptomatologie je málo charakteristická, je potřeba na ně v diferenciální diagnostické rozvaze pomýšlet.

Klíčová slova: Adenokarcinom duodena.

Cancer Stenosis of the Duodenum (a Case History)

Summary

The author prepared for the presentation a case history of a patient with a rare cancer of the duodenum. The case report points out that even if the malignant tumours of the small intestine occur very rarely (1 % of all gastrointestinal tumours) and that their clinical symptomatology is less characteristic, it is necessary to consider them in differential diagnosis.

Key words: Adenocarcinoma of the duodenum.

Úvod

Nejčastější lokalizací maligních tumorů gastrointestinálního traktu je konečník a tlusté střevo, následuje pankreas, žaludek, žlučník a jícen (3). Maligní tumory tenkého střeva jsou vzácné a tvoří asi 1 % všech maligních tumorů gastrointestinálního traktu (1, 3). Primární karcinom je vzácný, relativně častější je maligní lymfom, obvykle při generalizaci onemocnění (4). Karcinom tenkého střeva se častěji vyskytuje jako komplikace různých poly-pózních syndromů, Crohnovy choroby a celiakální sprue (3), bývá umístěn na přechodu duodena v jejunum (2). Jeho symptomatologie je velmi rozmanitá, od asymptomatického průběhu přes nespecifické dyspeptické obtíže až po náhlou příhodu břišní ileózního typu nebo krvácení do gastrointestinálního traktu.

Vlastní pozorování

Základní anamnéza

Pacientka: 52letá žena.

Rodinná anamnéza: matka – diabetes mellitus II. typu, otec zemřel v 54 letech na tumor tlustého střeva, jinak bezvýznamná.

Osobní anamnéza: v dětství opakovaně angíny, arteriální hypertenze od r. 1986. V roce 1989 a 1997 – parciální thyreoidektomie s následnou substituční léčbou, v roce 1997 – vaginální hysterektomie. V říjnu 1999 hospitalizována na spádovém chirurgickém oddělení pro dyspeptický syndrom, stav uzavírán jako susp. pankreatitida.

Alergická anamnéza: ajatin a náplast.

Farmakologická anamnéza: Euthyrox tbl à 100 mg 1x1, Isoptin SR 240 mg tbl 1x1/2, Trimepranol tbl à 10 mg 2x1, Deprazolin tbl 2x1.

Gynekologická anamnéza: 2 porody, 1 abortus, poslední gynekolog. kontrola byla 01/2001 – nález v normě.

Návyky: nekuřák, alkohol nepožívá, abúzus léků neudává.

Pracovní a sociální anamnéza: dělnice, vdova.

Nynější onemocnění

Pacientka hospitalizována na spádovém chirurgickém oddělení pro 3 týdny trvající intermitentní bolesti v pravé polovině břicha s propagací do bederní krajiny vpravo. Dyspeptické obtíže neměla, bez úbytku na váze, převládá celková slabost a únava.

Vstupní UZ vyšetření břicha bylo s normálním nálezem, při gastroscopickém vyšetření a následně enteroklyze prokázána v oblasti duodenojejunálního přechodu stenóza maligního vzhledu. Pacientka přeložena k dovyšetření a zvážení další léčby.

Objektivní nález při přijetí

Hmotnost 89 kg, výška 168 cm, krevní tlak 125/80, puls 57/min, dechová frekvence 15/min, axilární teplota 36,5 °C.

Lucidní, orientovaná všemi kvalitami správně, spolupracující, eupnoická, obézní, bez ikteru a cyanózy, normální kožní turgor, na kůži vnitřní plochy pravého bérce pigmentový névus neprominující nad povrch, hlava s normálním nálezem, na krku jizvy po parciální thyreoidektomii – klidné, pevné, dýchání čisté, akce srdeční pravidelná, ozvy 2, ohraničené, bez šelestů, mammae bez hmatné rezistence, břicho nad úrovní hrudníku, měkké, prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, palpační citlivost v nadbřišku, játra k oblouku, slezina nenaráží, tapotement bilaterálně negativní, horní končetiny normální konfigurace, citlivosti a hybnosti, dolní končetiny normální konfigurace, citlivosti a hybnosti, bez otoků a známek tromboflebitidy, beze změn kožní trofiky, pulsace na končetinových tepnách hmatné do periférie bilaterálně, četné flebektázie na obou bércích, páteř bez deformit, poklepové a palpačně nebolestivé, bez paravertebrálních kontraktur, sakroiliakální skloubení palpačně nebolestivé, bez známek meningeálního dráždění, bez ložiskového neurologického nálezu. Per rectum: normální nález.

Vyšetření

Laboratorní a pomocná vyšetření:

Výsledky biochemického vyšetření séra – vše v normě.

Výsledky biochemického vyšetření moči – vše v normě.

Močový sediment – patologické výsledky: erytrocyty 48, leukocyty 467, bakterie 477.

Vyšetření na okultní krvácení – opakovaně negativní.

Výsledky hematologického vyšetření – vše v normě.

Koagulační profil – v normě.

Výsledky RIA vyšetření – TSH 1,62, fT4 19,69, fT3 3,41, antigen Ca-72-4, CEA a CA-15-3 – vše v referenčním rozmezí, antigen CA-19-9 152,47.

EKG vyšetření – nespecifické změny repolarizační fáze, jinak normální křivka.

Imunofenotypizační vyšetření – závěr: abnormální nález.

Zobrazovací vyšetření:

Gastroscopické vyšetření (19. 3. 2001)

Závěr: stenózující neprostupná tumorózní infiltrace duodenojejunálního přechodu (diferenciálně diagnosticky lymfom X adenokarcinom).

Biopsické vyšetření

Závěr: sliznice tenkého střeva infiltrovaná čepy středně až málo diferencovaného tubulárního adenokarcinomu.

RTG vyšetření hrudníku (22. 3. 2001)

Závěr: atypická konfigurace dolního okraje pravého plicního hilu – nelze vyloučit ložisko (spíše se jedná o sumaci cévních struktur, bude vhodné zvážit CT hrudníku), srdce v normě.

UZ vyšetření břicha (22. 3. 2001)

Závěr: játra homogenní bez ložiskových změn, není dilatace intrahepatických žlučových cest, jaterní hilus překryt plynem ze střev – nelze hodnotit ductus hepatocholedochus; slinivka břišní částečně překryta, bez větší expanze, retroperitoneum bez lymfadenopatie, slezina a ledviny – normální nález.

CT vyšetření břicha nativně s bolusem k. l. (26. 3. 2001)

Závěr: v dorzálním segmentu pravého laloku jater je patrné hypodenzní ložisko o velikosti 15 mm – diferenciální diagnostice meta, hemangiom. Doporučuji ještě cílené UZ vyšetření. Jaterní parenchym jinak homogenní, normální biliární systém. Pankreas ohraničený, bez expanze, zjevnou tumorózní expanzi na přechodu duodena a jejuna neprokazují – klíčky jsou nestejně vyplněny kontrastem. Retroperitoneální lymfadenopatie není zřejmá. Hypodenzní ložisko o velikosti 40x25 mm (denzita -6,5 HU) v oblasti pravé nadledviny odpovídá myelolipomu.

UZ vyšetření břicha (28. 3. 2001)

Závěr: v dorzálním segmentu pravého laloku jaterního je hyperechogenní ložisko v průměru 11 mm – velmi suspektní hemangiom (meta-ložisko velmi málo pravděpodobné). Suprarenálně vpravo hypoechogenní ložisko v průměru cca 3 cm – podle CT již známé ložisko – myelolipom. Jaterní parenchym vyšší echogenity, biliární systém bez dilatace, pankreas bez zřejmé expanze, slezina homogenní, nezvětšena, obě ledviny přiměřené velikosti, tvaru a echostruktury, bez dilatace dutých systémů a prokazné nefrolitiázy, retroperitoneum bez průkazné lymfadenopatie.

CT vyšetření hrudníku (30. 3. 2001)

Závěr: plicě rozepjaty, bez infiltrace, bez ložiskových změn, minimální pachypleurální změny v obou hemithoraxech dorzálně. Za atypicky konfigurovaný pravý hilus na prostých snímcích může být zodpovědný výraznější spondylofyt Th páteře v dané výši plicního hilu vpravo. Jinak je nález negativní.

UZ vyšetření štítné žlázy (3. 4. 2001)

Závěr: stav po totální resekci štítné žlázy, bez přesvědčivých reziduí, vpravo bez zvětšených uzlin, vlevo nahoře laterálně uzlina 4x9x10 mm (0,2 ml).

UZ vyšetření horního břicha (6. 4. 2001)

Závěr: subkapsulární ložisko v dorzálním kaudálním subsegmentu o velikosti do 17 mm je hyperecho-gení, nemá lem, velmi suspektně jde o typický hemangiom. Ventrokranálně od tohoto ložiska ve stejném subsegmentu je další velmi drobné ložisko o velikosti do 7 mm, struktura shodná s předešlým ložiskem. Doplníme ještě MR k podpoře diagnózy jaterního hemangiomu.

MR vyšetření horního břicha (6. 4. 2001)

Závěr: stenóza přechodu D3 a D4 duodena, trojice drobných ložisek v pravém laloku jaterním dobře kompatibilních s diagnózou hemangiomů, nefunkční adenom pravé nadledvinky.

Konziliární vyšetření*Gynekologické vyšetření (28. 3. 2001)*

Závěr: nález přiměřený věku.

Gastrochirurgický seminář (2. 4. 2001)

Závěr: maligní stenóza duodena, u pacientky indikován radikální chirurgický výkon, pacientka objednána k přijetí na 13. 4. 2001.

Onkologické konzilium (10. 4. 2001)

Závěr: v úvahu připadá paliativní systémová chemoterapie (ftorafur + calciumfolinát). Zahájení již zmíněné chemoterapie po obnovení perorálního příjmu.

Průběh hospitalizace

52letá nemocná s 3týdenní anamnézou intermitentních bolestí v pravé polovině břicha se stenózou duodenojejunálního přechodu maligního vzhledu podle RTG vyšetření tenkého střeva byla přeložena ze spádového chirurgického oddělení k dovyšetření a léčbě. Z tumorózních markerů byla zaznamenána elevace pouze antigenu CA-19-9, proto pomýšleno zejména na prorůstající karcinom pankreatu. U pacientky na počátku hospitalizace provedeno UZ a

CT vyšetření břicha neprokazující tumorózní infiltraci pankreatu, v dorzálním segmentu pravého jaterního laloku verifikováno jedno hypodenzní ložisko o velikosti 15 mm, diferenciatně diagnosticky zvažováno metastatické ložisko. Následovalo enteroskopické vyšetření prokazující stenózu duodenojejunálního přechodu D3 maligního vzhledu, neprostupnou pro přístroj, odebrána histologie. Pro přesnější verifikaci již zmíněného hypodenzního ložiska na játrech bylo provedeno kontrolní UZ vyšetření břicha včetně magnetické rezonance horního břicha. Ta vyloučila metastatické postižení jater a ložisko verifikovala jako hemangiom, vedlejším nálezem byl adenom pravé nadledviny. Histopatologicky byl verifikován primární středně až málo diferencovaný adenokarcinom duodena bez metastatického postižení. Tento nález u naší pacientky byl prezentován na gastrochirurgickém semináři, kde bylo doporučeno radikální chirurgické řešení. Peroperačně nález na duodenojejunálním přechodu hodnocen jako radikálně neřešitelný, proto provedena paliativní antekolická gastroenteroanastomóza s Braunovou spojkou, odebrán vzorek na histopatologické vyšetření. To rovněž prokázalo primární adenokarcinom duodena s karcinózou peritonea, bez jiného metastatického postižení. Po operaci probíhala u pacientky dlouhodobá parenterální nutriční podpora s pozvolným přechodem na plnou perorální stravu. Kontrolní RTG pasáž gastrointestinálním traktem prokázala průchodnou gastroenteroanastomózu. Po obnovení perorálního příjmu potravy byla pacientce aplikována paliativní systémová chemoterapie (ftorafur + calciumfolinát). Vzhledem k intoleranci 1. cyklu chemoterapie byla provedena redukce dávek cytostatik. Tyto snížené dávky již pacientka tolerovala bez větších obtíží. Asi 5 měsíců od vzniku obtíží se objevují bolesti břicha se zvracením. Proto byla paliativní systémová chemoterapie přerušena a byla provedena kontrolní pasáž gastrointestinálním traktem, která prokázala velmi suspektní vysoký ileus za gastroenteroanastomózou. Pro zvracení byla zavedena nazogastriká sonda a byla zahájena hydratace s minerální substitucí a antiemetická terapie. Stav pacientky byl konzultován s chirurgy, kteří vyloučili ileózní stav a u pacientky neindikovali chirurgickou intervenci vzhledem k pokročilosti onemocnění. V dalším průběhu hospitalizace se zvracení opakovalo, nešlo jej tlumit antiemetiky. Celkový stav postupně progredoval a asi po měsíci tohoto zhoršeného stavu bylo nutno zahájit kontinuální léčbu opiáty. Po několikadenním podávání opiátů pacientka umírá na kardiopulmonální selhání. Celková doba trvání onemocnění od počátečních obtíží byla zhruba 6 měsíců. K definitivnímu určení diagnózy byla nařízena patologickoanatomická pitva, která potvrdila diagnózu primárního adenokarcino-

mu duodena a prokázala jeho četná metastatická ložiska v játrech, v pravé nadledvině, v ováriích a na nástěnném peritoneu.

Diskuse a závěr

V případě naší pacientky jsme v diferenciální diagnostice maligní stenózy duodenojejunálního přechodu zvažovali zejména prorůstající karcinom pankreatu a generalizovaný maligní lymfom. Vzhledem k vzácnému výskytu primárních maligních tumorů tenkého střeva (1, 2, 3) jsme zpočátku na tuto klinickou diagnózu nepomýšleli. Pro prorůstající karcinom pankreatu nasvědčovala zvýšená hodnota antigenu CA-19-9. Následnými zobrazovacími vyšetřeními (UZ a CT vyšetření břicha, magnetická rezonance horního břicha) nebyla prokázána tumorózní infiltrace pankreatu. Pro dále zvažovaný generalizovaný maligní lymfom nesvědčily žádné abnormality v krevním obraze včetně negativního imunofenotypizačního vyšetření a bez průkazné abdominální lymfadenopatie. Na klinickou diagnózu primárního adenokarcinomu duodena nás přivedlo gastrokopické vyšetření s biopsií. Histopatologicky byl verifikován středně až málo diferencovaný adenokarcinom duodena. Tato diagnóza byla potvrzena i histopatologickým vyšetřením materiálu z duodena odebraného peroperačně. Klinická diagnóza primárního adenokarcinomu duodena byla definitivně potvrzena patologickoanatomickou pitvou. Za zmínku v našem případě stojí selhání dostupných zobrazovacích vyšetření, z nichž ani jedno neverifikovalo metastatické postižení (UZ a CT vyšetření břicha včetně magnetické rezonance neprokázalo rozsáhlé

metastatické postižení jater, pravé nadleviny a peritonea, vaginální UZ vyšetření neprokázalo metastatické postižení ovárií).

Dále je tento případ maligního onemocnění duodena zajímavý i způsobem metastázování. Rakovina dvanáctníku se šíří buď přímou invazí do okolí, nebo lymfogenně do sousedních orgánů, anebo hematogenní cestou zejména do plic, jater, ledvin a nadledvin (2). V případě naší pacientky byly prokázány post mortem metastázy v játrech, pravé nadledvině a zejména pak v ováriích a na peritoneu.

Na našem pracovišti jsme zaznamenali vůbec první případ primárního adenokarcinomu duodena.

Literatura

1. ANDĚL, M., aj. *Vnitřní lékařství* IV. Praha, Univerzita Karlova, 1995. 72 s.
2. BEDNÁŘ, B., aj. *Patologie II*. Praha, Avicenum, 1983. 1029 s.
3. BRAUN, J. - DORMANN, A. *Vademecum lékaře*. Praha. Galén, 2000, s. 254-268.
4. KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 1999, s. 480.

Korespondence: MUDr. Ladislav Slováček
Vojenská lékařská akademie. J. E. Purkyně
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové
e-mail: Ladislav.Slovacek@seznam.cz

Do redakce došlo 22. 11. 2001