

Otrzymano: 03.07.2018
Zaakceptowano: 24.08.2018
Opublikowano: 31.12.2018

Czop nowotworowy w żyłę wrotnej w przebiegu raka żołądka

Portal vein tumor thrombus from gastric cancer

Sidney Ching Liang Ong¹, Santha Kumari Batumaly², Suryani Md Jusoh³

¹ Department of Radiology, Clinical Campus, International Medical University Seremban, Negeri Sembilan, Malezja

² Radiology Department, Hospital Tuanku Ja'afar, Jalan Rasah, Negeri Sembilan, Malezja

³ Pathology Department, Hospital Tuanku Ja'afar, Jalan Rasah, Negeri Sembilan, Malezja

Adres do korespondencji: Sidney Ching Liang Ong, Department of Radiology, IMU Clinical Campus, Jalan Dr Muthu, Bukit Rasah, 70300 Seremban, Negeri Sembilan, Malaysia; tel.: +60174022652, fax: +6067677709, e-mail: sidney_ong@yahoo.co.uk

DOI: 10.15557/JoU.2018.0054

Słowa kluczowe

nowotwór żołądka,
żyła wrotna,
zakrzepica,
ultrasonografia

Keywords

stomach neoplasms,
portal vein,
thrombosis,
ultrasonography

Abstract

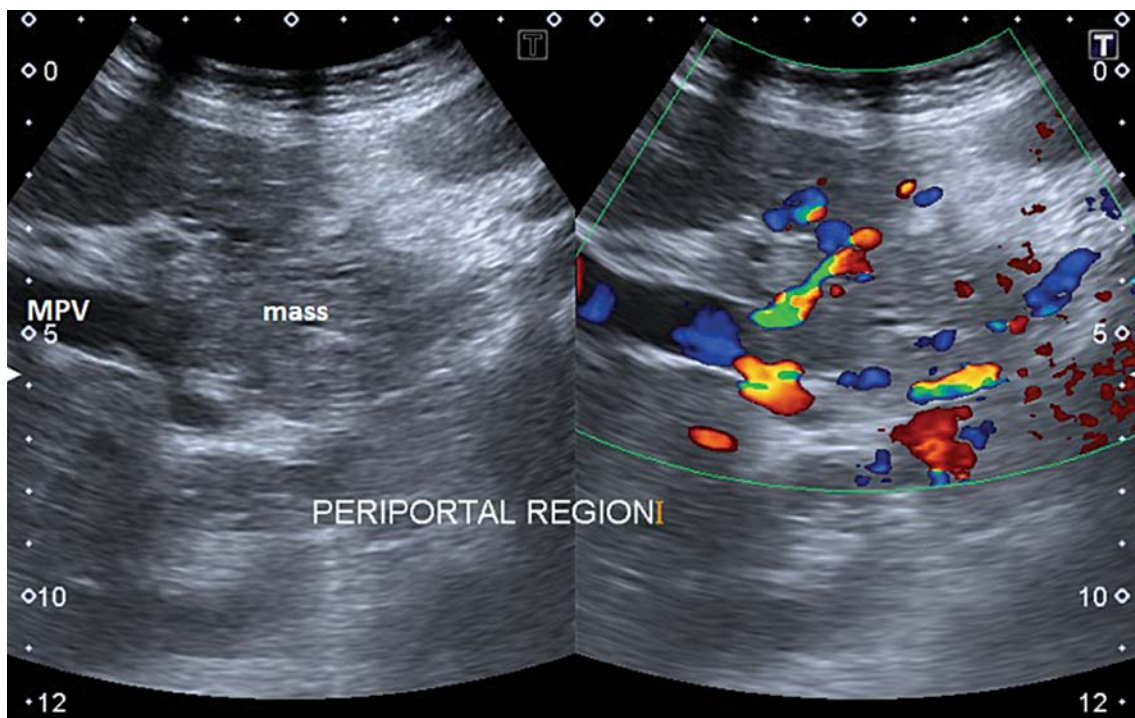
A 53-year-old woman presented with left-sided abdominal pain, nausea and vomiting for the past 3 months with associated loss of appetite and weight. On physical examination, there was a large, ill-defined, firm mass at the epigastrium. Ultrasonography showed heterogeneously hypoechoic filling defect within the dilated main portal vein. The filling defect showed florid signals on Doppler mode and it appeared to be an extension of a larger periportal mass. Contrast enhanced abdominal computed tomography confirmed a large distal gastric mass infiltrating into the periportal structures, including the main portal vein and the splenic vein. Esophagogastroduodenoscopy performed 2 days later showed an irregular, exophytic mass extending from the antrum into the first part of duodenum. The mass was deemed inoperable. Histopathological examination showed gastric adenocarcinoma. She was started on anticoagulant, chemotherapy and pain management. Follow-up computed tomography 4 months later showed liver metastases and formation of collateral blood vessels.

Do szpitala zgłosiła się 53-letnia kobieta z lewostronnym bólem brzucha, nudnościami i wymiotami utrzymującymi się od 3 miesięcy, którym towarzyszyły utrata apetytu i spadek masy ciała. Badanie fizykalne wykazało wyniszczenie organizmu przy zachowaniu świadomości i zdolności do utrzymania kontaktu. Podstawowe parametry życiowe w normie. U pacjentki stwierdzono obecność dużej, słabo odgraniczonej, zwartej masy w obrębie nadbrzusza, wykazującej umiarkowaną tkliwość uciskową. Nie stwierdzono hepatosplenomegalii.

Pełne badanie morfologiczne krwi ujawniło mikrocytarną niedokrwistość niedobarwliwą. Przy przyjęciu stwierdzono niskie stężenie hemoglobiny (8,5 $\mu\text{mol/l}$). Poziom żelaza w surowicy w normie. Markery nowotworowe, w tym CA-125, CA19-9, stężenie alfa-fetoproteiny i antygenu rakowo-płodowego w surowicy w normie.

Badanie USG uwidocznilo niejednorodnie hipoechogeniczny ubytek wypełnienia w obrębie poszerzonej głównej żyły wrotnej. Ubytek wypełnienia wykazywał istotnie wzmoczone sygnały w trybie dopplera i wydawał się stanowić część większej masy obejmującej obszar okołowrotny (Ryc. 1). Badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej z kontrastem potwierdziło obecność dużej masy w dystalnej części żołądka, naciekającej struktury okołowrotne, w tym główną żyłę wrotną i żyłę śledzionową (Ryc. 2). Wykryto również liczne powiększone okołowrotne i okołozołądkowe węzły chłonne.

Wykonana dwa dni później panendoskopia ujawniła egzofityczną masę o nieregularnym obrysie, obejmującą antrum i początkową część dwunastnicy. W badaniu histopatologicznym zmiany stwierdzono obecność tkanki



Ryc. 1. Obraz USG regionu okołowrotnego w przekroju poprzecznym uwiadczniający nieregularną, hipoechogeniczną masę naciekającą główną żyłę wrotną (MPV). Istotnie wzmożone sygnały w obrębie masy uwiadczone w badaniu z opcją dopplera

nowotworowej z domieszką błony śluzowej żołądka. Tkanika nowotworowa była nacieczona złośliwymi zmianami gruczołowymi wykazującymi umiarkowany pleomorfizm (Ryc. 3). Ponadto stwierdzono martwicę nowotworu.

Zmianę uznano za nieoperacyjną i rozpoczęto leczenie paliatywne. W celu złagodzenia objawów niedrożności jelitowej dokonano implantacji stentu jelitowego i zalecono spożywanie miękkich pokarmów. Wdrożono leczenie przeciwzakrzepowe (podawana podskórnie enoksaparyna), trzy cykle chemioterapii (epirubicyna, cisplatyna i 5-fluorouracyl dożylnie) oraz leczenie przeciwbólowe. Pacjentka zastosowała się do zaleceń terapeutycznych i z czasem liczba objawów uległa

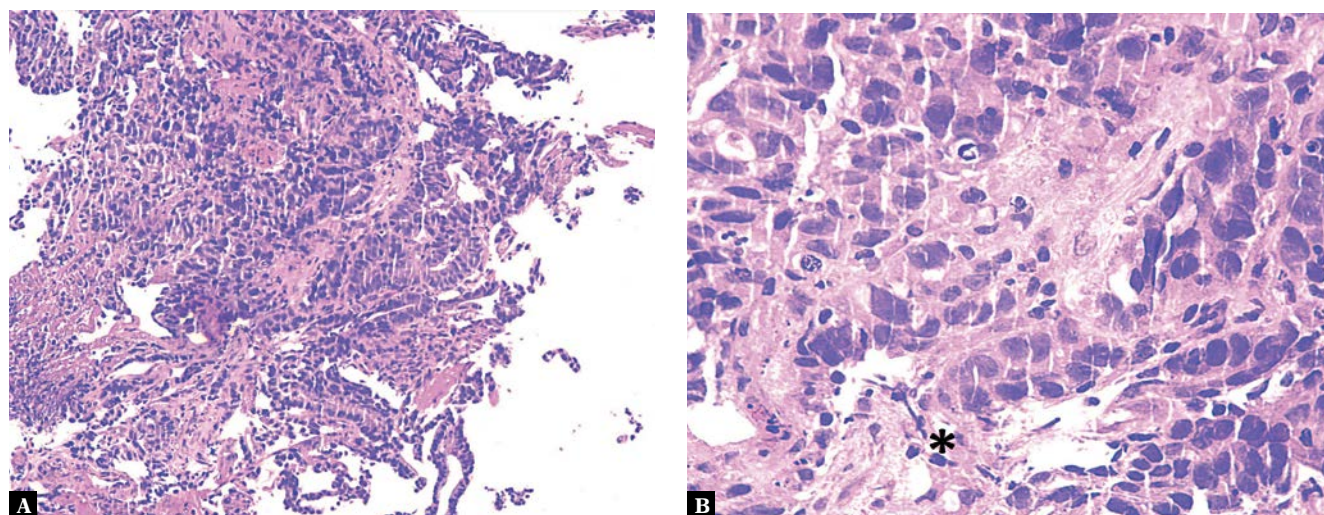
zmniejszeniu. W kontrolnym badaniu TK wykonanym po upływie czterech miesięcy stwierdzono przerzuty do wątroby oraz wytworzenie krążenia obocznego do wątroby (Ryc. 4). Pacjentkę przekazano do referencyjnego szpitala onkologicznego w celu dalszego leczenia i obserwacji.

Dyskusja

Rak żołądka to czwarty najczęściej występujący nowotwór złośliwy i druga najczęstsza przyczyna zgonów u pacjentów nowotworowych. Dwie trzecie przypadków dotyczy krajów rozwijających się, przy czym najwięcej zachorowań odnoto-



Ryc. 2. Badanie TK ze wzmocnieniem kontrastowym w przekroju czołowym uwiadczyło nieregularną masę ulegającą niejednorodnemu wzmocnieniu (strzałka), powstałą w wyniku naciekania dwunastnicy (D) oraz głównej żyły wrotnej (MPV) przez antrum żołądka



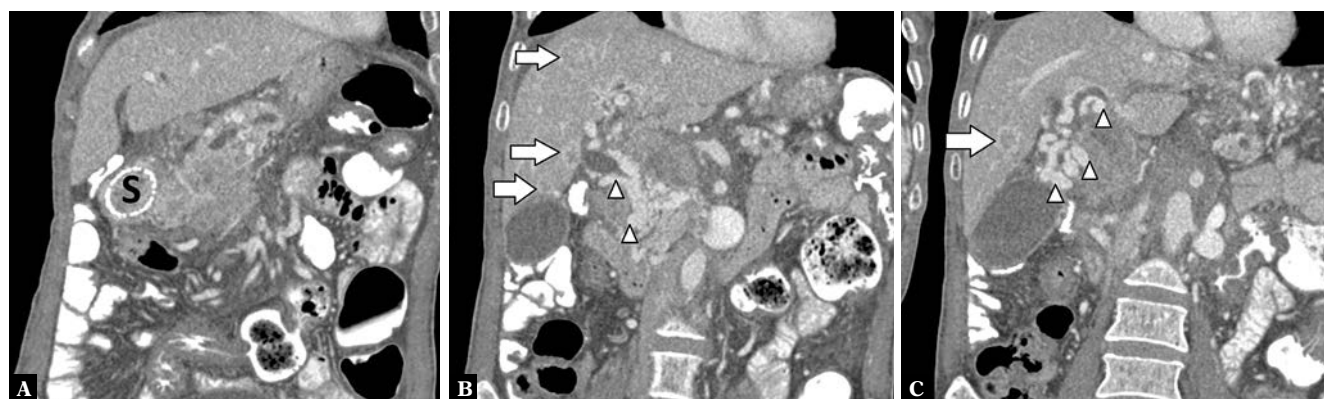
Ryc. 3. A. Badanie histopatologiczne (10-krotne powiększenie) potwierdzające nieregularne złośliwe zmiany gruczołowe naciekające podścielisko włókniste. B. Badanie histopatologiczne (40-krotne powiększenie) potwierdzające złośliwe zmiany gruczołowe (gwiazdka)

wuje się w Japonii i Korei Południowej. Szczyt zachorowalności obserwuje się u osób w wieku 50–70 lat, przy stosunku mężczyzn do kobiet wynoszącym 2 : 1⁽¹⁾. Istnieje wiele czynników ryzyka wystąpienia raka żołądka, w tym dziedziczne i środowiskowe, takie jak dieta (duże spożycie czerwonego mięsa, pokarmów słonych i wędzonych), palenie tytoniu i zakażenie *Helicobacter pylori*⁽²⁾. Pod względem histopatologicznym 90% przypadków raka żołądka to gruczolakoraki⁽¹⁾.

Brak wczesnych objawów patognomonicznych często opóźnia rozpoznanie choroby. W konsekwencji u 80% do 90% chorych z rakiem żołądka stwierdza się miejscowo zaawansowany nowotwór lub nowotwór z przerzutami, charakteryzujący się niskimi wskaźnikami resekcyjności. W przypadku dużych guzów powodujących niedrożność światła przewodu pokarmowego lub nacieków upośledzających rozciągliwość żołądka, tak jak w opisanym przypadku, mogą wystąpić nudności, wymioty i przedwczesne uczucie sytości. Guzy wrzodziejące mogą powodować krwawienie, które może się objawiać w postaci krwawych wymiotów,

smolistych stolców lub masywnego krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego⁽³⁾. Ultrasonografia, tomografia komputerowa i panendoskopia to ważne metody stosowane w diagnostyce raka żołądka. Nie ma określonego markera nowotworowego dla raka żołądka.

W celu oceny wyczuwalnych mas umiejscowionych w obrębie jamy brzusznej w pierwszej kolejności często stosuje się ultrasonografię. Poza samym rozpoznaniem zakrzepicy żyły wrotnej opcja dopplera jest również pomocna w określeniu charakteru skrzepliny. Obecność istotnie wzmożonych sygnałów dopplera w obrębie ubytku wypełnienia potwierdza, że składa się ona raczej z tkanki miękkiej niż skrzepu krwi. Ma to szczególne znaczenie w mniejszych ośrodkach, gdzie bezpośredni dostęp do badania TK w celu dalszej charakterystyki skrzepliny może być ograniczony. Określenie charakteru skrzepliny ułatwia dalszą diagnostykę i leczenie okołowrotnego inwazyjnego nowotworu złośliwego, nie wpływa zaś znacząco na leczenie medycznych przyczyn zakrzepicy żyły wrotnej.



Ryc. 4. Badanie TK ze wzmocnieniem kontrastowym w przekroju czołowym 4 miesiące później uwidoczniło metalowy stent (S) w obrębie większego guza. Zwiększony naciek żyły wrotnej powodujący powstanie krążenia obocznego (groty strzałek) do wątroby. Obecność licznych nowych przerzutów do wątroby (strzałki)

Trafne rozpoznanie różnicowe zakrzepicy nowotworowej żyły wrotnej względem zakrzepicy niezwiązanej z nowotworem ma szczególne znaczenie w przypadku zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego, gdyż jej obecność wiąże się ze znacznie gorszym rokowaniem. Z drugiej strony brak jest danych dotyczących zakrzepicy nowotworowej żyły wrotnej związanej z innymi nowotworami. Z danych autopsyjnych pochodzących z Japonii wynika, że zakrzepica nowotworowa żyły wrotnej związana z rakiem żołądka występuje rzadko, stanowiąc zaledwie 1,2% przypadków⁽⁴⁾.

Wiąże się ona również ze złym rokowaniem – mediana przeżycia wynosi 5,4 miesiąca. Czynniki ryzyka związane z krótką medianą przeżycia to zaawansowany wiek, płeć żeńska oraz skrzeplina nowotworowa żyły wrotnej typu masy wątrobowej. Ostateczny wybór metody leczenia budzi kontrowersje, gdyż wydaje się, że resekcja chirurgiczna

guza pierwotnego, z trombektomią skrzepliny nowotworowej żyły wrotnej lub bez niej, nie przyczynia się do poprawy przeżywalności⁽⁴⁾.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść niniejszej publikacji oraz rościć sobie do niej prawo.

Zgoda

Pacjentka wyraziła zgodę na publikację szczegółów dotyczących jej przypadku.

Piśmiennictwo

1. Crew KD, Neugut AI: Epidemiology of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 354–262.
2. Giordano A, Cito L: Advances in gastric cancer prevention. *World J Clin Oncol* 2012; 3: 128–136.
3. Belli L, Romani F, Riolo F, Rondinara G, Aseni P, Di Stefano M *et al.*: Thrombosis of portal vein in absence of hepatic disease. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 46–49.
4. Eom BW, Lee JH, Lee JS, Kim MJ, Ryu KW, Choi IJ *et al.*: Survival analysis of gastric cancer patients with tumor thrombus in the portal vein. *J Surg Oncol* 2012; 105: 310–315.