

Colorectalis carcinoma ritka manifesztációjú lágyrész-metasztázisa

Markó László¹, Sárkány Jenő², Tóth Kálmán², Szűcs Miklós¹

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza ¹Onkoradiológiai Központ, ²Ortopédiai Osztály, Kecskemét

A szerzők colorectalis carcinoma ritka elhelyezkedésű lágyrész-metasztázisáról számolnak be. Az eset érdekessége, hogy közel 2 évvel a primer reszekció után, lágyrész-metasztázist észleltek, extrém magas tumormarker (CEA, CA 19.9) érték mellett, mely közel fél évvel megelőzte a metasztázis kimutathatóságát. A metasztazektomia után röviddel a malignus folyamat progresszióját észlelték. Az esetbemutatás mellett röviden érintik a colorectalis rákok epidemiológiáját, a komplex kezelést. *Magyar Onkológia* 46:177-178, 2002

The authors report on a rare manifestation of soft tissue metastasis of operated colorectal cancer. Interestingly, two years after the resection a metastasis with extremely high tumor marker level (CEA, CA 19.9) was detected. Marker elevation preceded the manifestation of metastasis by nearly half a year. After the metastasectomy the disease progressed. The authors briefly refer to the epidemiology of colorectal cancer, the complex therapy and the follow up. *Markó L, Sárkány J, Tóth K, Szűcs M. The rare manifestation of soft tissue metastasis of colorectal cancer. Hungarian Oncology* 46:177-178, 2002



Bevezetés

A colorectalis carcinomák (CRC) előfordulása a daganatos megbetegedések között az USA-ban a 3-4. helyen áll, Európában a 2-3. helyen (3, 6, 8, 14). Magyarországon mindkét nemnél a 2. helyet foglalja el mind a morbiditást, mind a mortalitást illetően (6, 8). A CRC primer műtétei során 10-25%-os a májmetasztázisok előfordulása, 8-12%-os a pulmonális metasztázisok aránya (1, 11). A lágyrészmetasztázisok 1% alatti gyakoriságban alakulnak ki 1-3 évvel a reszekció után (12).

Esetismertetés

69 éves férfi beteg anamnézisében appendectomia, jobb oldali inguinalis sérv miatti hernioplastika, kétoldali alsó végtagi varicositas miatti műtét szerepeltek. Ischaemiás szívbetegség, hypertonia miatt kardiológiai gondozás alatt állt. 1997-ben vashiányos anaemia miatt vizsgálták belgyógyászati osztályon, melynek háttérben coecumtumor igazolódott. Staging vizsgálatok kapcsán távoli áttét nem volt kimutatható. 1997 decemberében jobboldali hemicolecctomia tör-

tént. A részletes hisztológiai lelet: adenocarcinoma intestini crassi. G1 (jól differenciált). Metastasis ca. lymphonodorum (3/5). Dukes C, Astler-Coller C2. Stádium pT3pN1M0.

Az Onkológiai Bizottság véleménye alapján adjuváns kemoterápia következett (6): 6 ciklus 5-fluorouracil-leucovorin (5FU+LEV) kezelés történt (5, 7), ciklusonként 3750 mg 5FU+ 250 mg LEV dózisban (Mayo protokoll szerint). A kezelés során jelentősebb mellékhatást nem észleltünk, dózisredukcióra nem kényszerültünk (4). Az aktív kezelés befejezése után onkológiai gondozásban ellenőriztük. 1999 augusztusától 3 havonta fizikális vizsgálat, CEA, CA 19.9 tumormarkervizsgálatok történtek (9, 10). Az Onkoterápiás protokoll ajánlása szerint (8) MRTG, hasi UH, hasi CT, csontszcintigráfia és kolonoszkópia történt.

2000 márciusáig klinikailag remisszióban volt, amikor a CA 19.9 400 U/ml feletti extrém magas értékre emelkedett, a CEA 1 ng/ml volt. Az ekkor elvégzett staging vizsgálatok kórosat nem mutattak. 2000. júniusban a bal comb proximalis harmadában a m. quadricepsben bizonytalanul tapintható terime alakult ki. Lágyrész UH benignomának véleményezte. Vékonytű aspirációs citológiai vizsgálat készült: malignus folyamat igazolódott. Core biopsia eredménye: adenocarcinoma metastaticum. Mivel a folyamat jól körülhatárolt volt és izolált metasztázisnak tekintettük (ami CRC ugyancsak szokatlan előfordulású manifesztációjának minősíthető), így a metasztazektomia mellett döntöttünk (8, 12).

Közlésre érkezett: 2001. december 13.

Elfogadva: 2002. április 17.

Levélcím: dr. Markó László,
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza,
6001. Kecskemét, Nyíri u. 38.
Tel: 76/516-700. Fax: 76/481-840

A preoperatív belgyógyászati vizsgálat műtéti kontraindikációt nem talált. A műtétet lumbál-anesztéziában végeztük. Részlet a műtéti leírásból: „a bal comb kp. harmadában anterolaterálisan 15 cm-es bőr incísió, a fascia latát hosszában incindaljuk. A m. rectus femorisban, a m. quadriceps femoris vastus laterálisában és részben a vastus intermediusban beágyazódott, környezetétől részben elhatárolódó 9x6x5 cm-es, tömött tapintatú tumort a körülvevő izomrostokkal együtt az épben, környezetétől élesen leválasztva eltávolítjuk. A műtéti területet átvizsgálva, az előbbi tumortól proximalisan kb. 5 cm-re elhelyezkedő 3x2x2 cm-es, a fentivel megegyező küllemű tumort találunk, melyet szintén az épben eltávolítottunk. Gondos vérzéscsillapítás, subfascialis drain behelyezése után a fasciát, illetve a bőrt csomós öltésekkel zárjuk”. Sebe pp. gyógyult. Kórszövettani diagnózis: ca. sigillocellulare partim anaplasticum histologice valde malignum metastaticum. A szövettani lelet kiemeli a daganatban igen nagy kiterjedésű nekrozisok jelenlétét. Étvágytalanság, fokozódó gyengeség alakult ki a posztoperatív időszakban. Belgyógyászati osztályon történt MRTG, natív és kontrasztanyag mellkasi és hasi CT-vizsgálatok kétoldali pulmonalis metasztázist és hilaris lymphadenomegaliát valószínűsítettek. A hasban metasztázis nem volt kimutatható. Csontszcintigráfia csak a metasztazektomia területén, a bal femur proximalis harmada vetületében nagy valószínűséggel lágyrész-lokalizációjú, mérsékelt intenzitású radiofarmakon-halmozódást mutatott. Anaemiája miatt transzfúzióra szorult. Az Onkoradiológiai Központban második vonalas kemoterápiát indítottunk (5, 7). A Tomudexet kardiális státusa miatt 25%-os dózisredukcióban adtuk (4), valamint a bal combon történt metasztazektomia területének irradiációját terveztük (15). Az első ciklus kemoterápiát követő napon kontaktusképtelenné vált és cardiorespiratoricus elégtelenség tünetei között exitált.

Megbeszélés

Hazánkban a CRC a daganatos halálokok között az utóbbi 5 évben évi 4200 feletti számmal a második helyen áll (1, 8). Leggyakrabban 50-70 év közötti életkorban fordul elő (13, 14), amikor is 10 évenként megkettőződik az előfordulási gyakorisága. A CRC tulajdonsága a körkörös növekedés, a lokális nyirok- vagy hematogén transperitonealis invázió, valamint a peritonealis terjedésre való hajlam (11, 16). Az esetek 50%-ában a primer tumor környezetében és a mesentericus nyirokcsomóláncban keletkeznek áttétek. Távoli

metasztázisként a májban, a tüdőben okoz áttéteket, de hematogén szóródás más szervekben (csont, vese, mellékvese, agy) is előfordul (6, 12). A CRC kuratív kezelése a sebészi terápia, ami a daganatos bélszakasz és a lokoregionális nyirokcsomók eltávolítására korlátozódik. A magas resekabilitási ráta ellenére azonban a betegek fele metasztatikus CRC-ben hal meg (2). T3-4 és/vagy N1-3 stádiumú betegeknél nagyobb a kockázat távoli áttétek kialakulására, e betegeknél tehát indokolt a lokális vagy szisztémás adjuváns kezelés (5, 7, 15). A szakma szabályainak megfelelően végzett kezelés mellett is 1%-ban előfordulnak lágyrészmetsztázisok.

Esetünket a CRC ritka előfordulása lágyrészmanszfúziójú metasztázisa miatt tartottuk közlésre érdemesnek.

Irodalom

1. Besznay I (Szerk.). Sebészi Onkológia, Medicina, 1997
2. Bokey EL, Chapuis PH, Fung C, et al. Postoperative morbidity and mortality following resection of the colon and rectum cancer. *Col Rect* 38:480-487, 1995
3. Boring CC, Squires TS, Tong T, Montgomery S. *Cancer Statistics CA* 44:7-26, 1994.
4. Cunningham D, Zalberg JR, Rath U, et al. Tomudex (ZD 1964): Results of a randomized trial in advanced colorectal cancer demonstrate efficacy and reduced mucositis and leukopenia. *Eur J Cancer* 30A:1945-1954, 1995
5. De Gramont A, Figer A, Seymour M. A randomized trial of leucovorin (LV) and 5-fluorouracil (5 FU) with or without oxaliplatin in advanced colorectal cancer (CRC). *Proc Am Soc Clin Oncol* 17:257, 1998
6. Eckhardt S. (Szerk.) A felnőttkori daganatos betegségek gyógyszeres kezelése. Medicina, 1998 pp.1-490
7. International Multicentre Pooled Analysis of Colon Cancer Trials (IMPACT) investigators. Efficacy of adjuvant fluorouracil and folinic acid in colon cancer. *Lancet* 345:939-944, 1995
8. Kásler M. Onkoterápiás protokoll 149-164, 1994. * Az onkoterápia irányelvei B+V (medical & technical) Lap és Könyvkiadó Kft, 2001.
9. Kralovánszky JA. Colorectalis daganatok prognosztikai markerei. *Magy Onkol* 38:151-159, 1994
10. Lindmark G, Bergström R, Pahlman L, Glimelius B. The association of preoperative serum tumor markers with Dukes stage and survival in colorectal cancer. *Br J Cancer* 71:1090-1094, 1995
11. Love RR. UICC International Union Against Cancer: Manual of Clinical Oncology, Sixth Edition 22:349-361, 1994
12. Midgley R, Kerr D. Colorectal cancer. *Lancet* 353:391-399, 1999
13. Moortel CG, Fleming TR, Mac Donald J. Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma. *N Engl J Med* 322:352-358, 1990
14. Potter JD. Colon cancer - Reconciling the epidemiology, physiology and molecular biology. *J Am Med Assoc* 268:1573-77, 1992
15. Steele GD, Augenlicht LH, Begg CB. NIH Consensus Conference. Adjuvant therapy for patients with colon and rectal cancer. *J Am Med Assoc* 264:1444-1450, 1990