

Uporczywa biegunka w przebiegu raka jajnika

Persistent diarrhea associated with ovarian cancer

Marta Wiśniewska, Janusz Rudziński, Paweł Gordon

Oddział Gastroenterologii Kliniki Chorób Wewnętrznych 10. Wojskowego Szpitala z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy; koordynator oddziału: pplk rez. dr n. med. Janusz Rudziński

Streszczenie. Przewlekła biegunka jest częstym powikłaniem choroby nowotworowej lub chemioterapii. Jako jedyny objaw choroby nowotworowej występuje rzadko i zależnie od etiologii i mechanizmu powstawania może mieć charakter biegunki osmotycznej, sekrecyjnej, tłuszczowej, zapalnej oraz związanej z przyspieszonym pasażem jelitowym. W omawianym przypadku wykluczono najczęstsze stany chorobowe prowadzące do destrukcji błony śluzowej jelita cienkiego. Przyczynę biegunki u chorej ustalono dopiero w badaniu sekcyjnym. W różnicowaniu przewlekłej biegunki należy uwzględnić skrycie przebiegającą chorobę nowotworową.

Słowa kluczowe: zanik kosmków jelitowych, biegunka, rak jajnika

Abstract. Chronic diarrhea is a common complication of cancer or chemotherapy. It is rare as the only symptom of neoplastic disease, and depending on its etiology and mechanism of its formation, may be osmotic, secretory, fatty, inflammatory and associated with accelerated intestinal transit. In the discussed case, the most common disease states leading to the destruction of the mucosa of the small intestine were excluded. The cause of diarrhea in the patient was determined only after an autopsy. The secretive neoplastic disease should be taken into account in the differentiation of chronic diarrhea.

Key words: atrophy of the intestinal villi, diarrhea, ovary cancer

Nadesłano: 24.11.2020. Przyjęto do druku: 30.03.2021
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
Lek. Wojsk., 2021; 99 (2): 61–63
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji

dr Marta Wiśniewska
Oddział Gastroenterologii Kliniki Chorób Wewnętrznych
10. Wojskowego Szpitala z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy
ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz
e-mail: martawis83@wp.pl

Opis przypadku

Pacjentka, lat 72, przyjęta na Oddział Gastroenterologii z powodu utrzymujących się od około 6 miesięcy luźnych stolców (do 7–10/dobę) z towarzyszącymi wymiotami z posmakami fekalii, braku łaknienia, postępującego ubytku masy ciała oraz skurczowych bólów brzucha niepoddających się leczeniu zachowawczemu. Z powodu zaburzeń elektrolitowych kilkakrotnie leczona na szpitalnych oddziałach ratunkowych. W wywiadzie 20 lat wcześniej u chorej wykonano hemikolektomię lewostronną z powodu raka esicy z następczą chemio- i radioterapią.

W trakcie obecnego przyjęcia do szpitala, poza odwodnieniem, w radiogramach stwierdzono rozdęte pętle jelitowe do 67 mm średnicy, z poziomami płynu. W badaniu USG jamy brzusznej poza płynem w przestrzeniach międzypętlowych innych zmian nie uwidoczniiono.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono hipokaliemię, małe stężenia białka całkowitego, albumin, żelaza, fosforanów i wapnia oraz zespół niskiego TSH. Wykluczono infekcyjne tło biegunki, wykonując posiewy kału oraz pobierając stolec na obecność toksynotwórczego szczepu *Clostridium difficile*. W gastrokopii uwidoczniiono cechy gastropatii rumieniowo-wysiękowej. Nie stwierdzono zmian endoskopowych w jelicie grubym. W wycinkach z okrężnicy pobranych w trakcie badania kolonoskopowego nie potwierdzono cech mikroskopowego zapalenia jelita grubego ani nieswoistego zapalenia jelita.

Tomografia komputerowa jamy brzusznej wykazała ubogie ufałdowanie jelita cienkiego z odcinkowym pogrubieniem ścian do 5 mm, wyraźny obrzęk warstwy podśluzowej ze wzmacniającą się warstwą śluzową, nieznacznie poszerzone naczynia kręzki oraz niewielką ilość płynu w miednicy mniejszej (ryc. 1.).



Rycina 1. Badanie TK jamy brzusznej: widoczny obrzęk warstwy podśluzowej i wzmacniająca się warstwa śluzowa jelita cienkiego

Figure 1. Abdominal tomography examination: visible swelling of submucosa and strengthening of small intestine mucosa

Obraz MRI potwierdził rozdęcie pętli jelita cienkiego z poziomami płynu z odcinkowym zwężeniem przykątniczym (ryc. 2.). W badaniu ultrasonograficznym transwaginalnym nie stwierdzono zmian w narządzie rodnym. W związku z tym, że obraz tomograficzny i MRI jamy brzusznej sugerowały zmiany zapalne jelita cienkiego, powtórzono badanie panendoskopowe z pobraniem wycinków z jelita czczego. Histopatologicznie stwierdzono całkowity zanik kosmków z indeksem IEL (*intraepithelial lymphocytes*) zmniejszonym do 5/100. W celu wyrównania niedoborów elektrolitowo-białkowych zastosowano żywienie pozajelitowe z początkowo dobrą jego tolerancją.

Mimo leczenia empiryczno-substytucyjnego stan chorej się pogarszał. Po dwóch tygodniach od początku hospitalizacji wystąpiły objawy zapalenia płuc z zastojem w krążeniu płucnym. Po włączonej antybiotykoterapii i wstępnej poprawie parametrów stanu zapalnego u chorej rozwinęła się pełnoobjawowa niedrożność porażenna. W 30. dobie pobytu na oddziale wystąpiło krwawienie z błon śluzowych dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, w wyniku czego rozwinął



Rycina 2. Badanie MR jamy brzusznej: uwidocznione rozdęte pętli jelita cienkiego z poziomami płynów

Figure 2. Magnetic resonance imaging of abdominal cavity: distended small intestine loops with fluid levels

się niewyrównany wstrząs hipowolemiczny zakończony zgonem.

W badaniu sekcyjnym nie ustalono pierwotnej przyczyny zgonu. Ocena histopatologiczna wycinków pobranych z różnych narządów potwierdziła rozsiałą chorobę nowotworową wychodzącą z prawego jajnika (stadium G3).

Omówienie

Podstawowym problemem chorej zgłaszającej się o pomoc była uporczywa, niepoddająca się leczeniu biegunka z zaburzeniami elektrolitowymi. Przyczyny biegunki nie wyjaśniono badaniami obrazowymi, tj. USG jamy brzusznej, USG transwaginalnym, TK i MR. W badaniu histopatologicznym wycinków jelita cienkiego nie stwierdzono cech celiakii, choroby Whipple'a czy choroby Crohna. Nieinfekcyjny charakter biegunki mógł być wynikiem przebytej lewostronnej hemikolektomii z chemio- i radioterapią z powodu raka esicy jako odległe powikłanie [1-3].

Analizując przebieg kliniczny i wyniki badań, można przypuszczać, że przyczyną zaburzeń wchłaniania i wzdzielania wody oraz elektrolitów do przewodu pokarmowego był uogólniony zanik kosmków jelitowych.

W przebiegu chorób nowotworowych obserwuje się tzw. zespoły paranowotworowe, które definiuje się jako zespół objawów z różnych tkanek i narządów,

niezwiązanych z narządem pierwotnie zajęтым przez nowotwór [4-5]. Przyjmuje się, że w mechanizmie powstania tego zespołu dużą rolę odgrywają nieprawidłowości w układzie endokrynnym lub autoimmunologicznym. Powstały u chorej zanik kosmków jelitowych mógł być wynikiem nakładania się wielu niekorzystnych zaburzeń. W piśmiennictwie opisywano zanikową błonę śluzową jelita cienkiego jako późny odczyn popromienny po radioterapii jelita grubego lub po chemioterapii [5-6]. Zaburzenia te występują najczęściej w trakcie leczenia. Obserwuje się wówczas powierzchowne owrzodzenia, teleangiektazje błony śluzowej, zwężenia i zwłóknienia jelita aż do martwicy ściany narządu. Zmiany są widoczne w badaniach endoskopowych i nie budzą wątpliwości co do przyczyny ich powstania, zwłaszcza jeśli wystąpiły w krótkim czasie po napromienieniu [4]. W piśmiennictwie opisywano przypadki odległych powikłań jelitowych rozwijających się dopiero po kilkunastu latach od zakończenia cykli radioterapii [6]. Zmiany powstałe po 8–12 miesiącach określa się jako przewlekłe i mogą być one bardziej nasilone niż w postaci ostrej [4].

W opisanym przypadku całkowity zanik kosmków jelitowych odpowiedzialny za wystąpienie uporczywej biegunki był objawem towarzyszącym skrycie rozwijającej się chorobie nowotworowej. W trakcie obserwacji klinicznej nie byliśmy w stanie określić, czy był to objaw tzw. zespołu paranowotworowego, czy też możliwe późne powikłanie przebytej radioterapii jamy brzusznej z powodu nowotworu jelita grubego.

W różnicowaniu długotrwałej, nieinfekcyjnej, niepodającej się leczeniu biegunki należy uwzględnić skryty przebieg choroby nowotworowej.

Piśmiennictwo

- Schiller LR. Definitions, pathophysiology and evaluation of chronic diarrhea. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2012; 26 (5): 551–562
- Głogowska I. Biegunka. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. In: Krzakowski M, Warzocha K, eds. *Medycyna paliatywna. Tom I. ViaMedica, Gdańsk 2013: 598–602*
- Kalinka-Warzocha E. Zaburzenia układu pokarmowego. In: Krzakowski M, Potemski P, Warzocha K, Wysocki P, eds. *Onkologia kliniczna. Tom I. Via Medica, Gdańsk 2014: 251–266*
- Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowki T. *Medycyna paliatywna. Termedia, Poznań 2019: 246–248*
- Markowska A, Roźnowski K, Grzeškowiak-Fischbach K. Zespoły paranowotworowe w nowotworach ginekologicznych. *Curr Gynecol Oncol.* 2013; 11 (4): 295–301
- Harb A, Abou Fadel C, Sharara AI. Radiation enteritis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2014; 16 (5): 383