



NERWIAK OSŁONKOWY (SCHWANNOMA) KREZKI JELITA CIENKIEGO U 38-LETNIEJ KOBIETY

Schwannoma of the small intestinal mesentery
in a 38-year-old woman



Krzysztof Stanisław Winiarz

Poradnia Onkologiczna, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie, Polska

Krzysztof Stanisław Winiarz –  0009-0009-6588-1738

Streszczenie

Guzy o typie nerwiaka osłonkowego (*schwannoma*, *neurinoma*, *neurilemmoma*) to powoli rosnące nowotwory wydające się z osłonek nerwów obwodowych. Bardzo rzadko rozwijają się w krezce jelita cienkiego. W pracy opisano przypadek 38-letniej kobiety przyjętej do szpitalnego oddziału ratunkowego z powodu napadu drgawek z możliwym urazem głowy oraz podwyższonymi parametrami wątrobowymi, u której wykryto przypadkowo guz krezki jelita cienkiego, który po wycięciu okazał się łagodnym nowotworem – *schwannoma*.

Abstract

Schwannomas (also known as neurinomas or neurilemmomas) are generally benign, slow-growing tumours arising from the sheath of peripheral nerves. They occur very rarely within the mesentery of the small intestine. This study presents the case of a 38-year-old woman who was admitted to hospital following an epileptic seizure and was found to have elevated liver enzymes. An incidental tumour of the small-intestinal mesentery was identified and, after surgical excision, was histopathologically confirmed to be a benign schwannoma.

Słowa kluczowe: nerwiak osłonkowy; *neurinoma*; nieznany guz wewnątrzotrzewnowy; nieznany guz krezki jelita; *schwannoma* krezki jelita

Keywords: neurilemmoma; neurinoma; unknown intraperitoneal tumour; unknown mesenteric tumour; mesenteric schwannoma

DOI 10.53301/lw/214142

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.01.2025

Zaakceptowano do druku: 12.11.2025

Opublikowano: 31.03.2026

Autor do korespondencji:

Krzysztof Stanisław Winiarz
Poradnia Onkologiczna,
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Chełmie
e-mail: lek.k.winiarz@gmail.com

Wprowadzenie

Nerwiak osłonkowy (*schwannoma*, *neurinoma*, *neurilemmoma*) należy do najczęstszych nowotworów osłonek nerwów obwodowych. Oprócz *schwannoma* do tej grupy należą również nerwiakowłókniaki, *perineurinoma*, guzy z komórek ziarnistych oraz złośliwe guzy osłonek nerwów obwodowych [1, 2]. *Schwannoma* to łagodne, dobrze odgraniczone guzy powstałe z klonalnej populacji komórek Schwanna. Nowotwory te cechują się zwykle powolnym wzrostem oraz często ulegają zmianom torbielowatym i zwyrodnieniowym [1]. Mogą przybierać różnorodny wygląd morfologiczny. Bardzo rzadko ulegają transformacji złośliwej. Występują spontanicznie lub w przebiegu zespołów, takich jak nerwiakowłókniakowatość typu 2 (NF2), zespół Carneya, oraz w schwannomatozach, a tak-

że sporadycznie w obszarach poddanych wcześniej radioterapii (nawet do 50 lat po leczeniu). Kluczowym elementem patogenezы nerwiaka osłonkowego jest utrata funkcji merliny w wyniku zmian genetycznych genu *NF2* na chromosomie 22 lub wtórnie do inaktywacji merliny [2].

Schwannoma rzadko występuje w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) (6,7% wszystkich guzów OUN), narządach trzewnych oraz w przewodzie pokarmowym (głównie w żołądku – 0,2% wszystkich guzów tego narządu) [1–3]. Badania autopsyjne wskazują, że częstość występowania sporadycznego centralnego nerwiaka osłonkowego wynosi około 4,5% w populacji osób starszych. Pierwotne zajęcie korzeni ruchowych oraz układu współczulnego jest natomiast rzadkie. Głęboko osadzone guzy zaotrzewnowe i śródpiersiowe mogą

osiągnąć znaczne rozmiary, zanim wywołają pierwsze objawy w mechanizmie miejscowego ucisku lub erozji kostnej – przykładem może być olbrzymi nerwiak ośłonkowy okolicy krzyżowej [2]. Bardzo rzadka lokalizacja w krezce jelita cienkiego może również przysparzać znacznych trudności diagnostycznych [4].

Cel pracy

Celem pracy było opisanie przypadku 38-letniej kobiety z wykrytym przypadkowo nerwiakiem ośłonkowym zlokalizowanym w krezce jelita cienkiego, która została przyjęta do szpitala w trybie nagłym z powodu napadu padaczkowego z możliwym urazem głowy oraz podwyższonymi parametrami wątrobowymi.

Opis przypadku

38-letnia kobieta została przyjęta do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) szpitala wojewódzkiego z powodu napadu padaczkowego z możliwym urazem głowy. Pacjentka kilka dni wcześniej odstawiła samowolnie alprazolam, który przyjmowała od wielu lat.

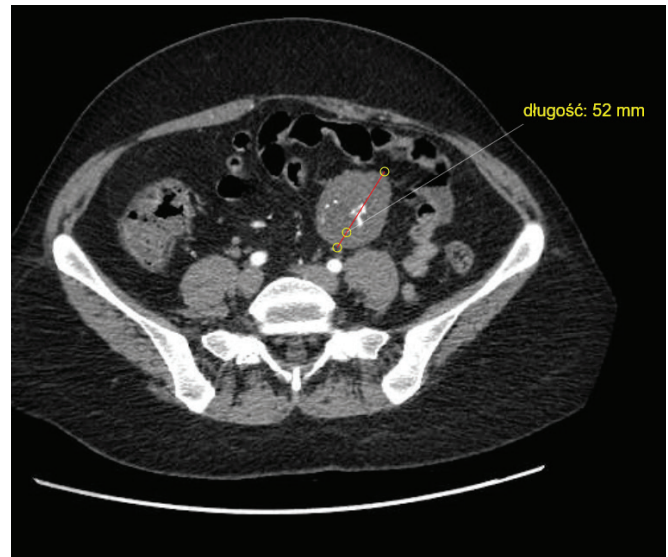
Wykonane w SOR badanie tomografii komputerowej (TK) głowy nie wykazało zmian ogniskowych, cech krwawienia wewnątrzczaszkowego ani kostnych zmian porazowych. Stwierdzono natomiast cechy niewielkiego zaniku kory mózgowej.

Badania laboratoryjne ujawniły umiarkowanie podwyższoną aktywność aminotransferaz wątrobowych przy prawidłowym stężeniu bilirubiny. W wywiadzie chora podała, iż w trakcie przyjmowania alprazolamu nie kontrolowała parametrów wątrobowych. Zaprzęczała występowaniu ostrych i przewlekłych chorób wątroby oraz przyjmowaniu hormonalnych środków antykoncepcyjnych.

W badaniu ultrasonograficznym (USG) jamy brzusznej stwierdzono cechy uogólnionego stłuszczenia płamistego wątroby, bez patologii pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. W prawym jajniku wykryto zmianę torbielowatą o wymiarach 41 × 36 mm oraz guz wielkości 52 × 37 × 39 mm, zlokalizowany prawdopodobnie w krezce jelita cienkiego. Zalecono wykonanie TK, pacjentka została skonsultowana internistycznie i neurologicznie, a następnie przyjęta do oddziału chirurgicznego. W trójfazowej TK jamy brzusznej i miednicy opisano obecność dobrze odgraniczonego, hipodensyjnego guza w krezce jelita cienkiego, umiejscowionego na poziomie śródbrzusza/podbrzusza, o wymiarach 52 × 42 × 55 mm. Zmiana była częściowo torbielowata, z dyskretnym kontrastowaniem oraz zwapnieniami w dolnej jej części (ryc. 1). Zaproponowano różnicowanie zmiany z bąblowicą oraz weryfikację histopatologiczną po całkowitej resekcji guza.

Ponadto w miejscu prawych przydatków opisano torbiel o średnicy 42 mm, sugerując jej weryfikację w przezpochwowym badaniu USG.

Konsultacja ginekologiczna wskazała na konieczność jedynie okresowej kontroli torbieli jajnika prawego w warunkach ambulatoryjnych.



Rycina 1. Widok guza w tomografii komputerowej jamy brzusznej

Chorą zakwalifikowano do przyspieszonej laparoskopowej resekcji guza krezki jelita cienkiego. W trakcie zabiegu nastąpiła konwersja do laparotomii z powodu trudności w wypreparowaniu zmiany, którą ostatecznie usunięto w całości. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Zaobserwowano również normalizację aktywności transaminaz. Pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym.

W raporcie histopatologicznym postawiono rozpoznanie *schwannoma*. Granicą wycięcia zmiany była pseudotorebka guza.

Podczas wizyty kontrolnej w poradni onkologicznej stwierdzono dobry stan ogólny chorej i prawidłowe gojenie ran. Pacjentka nie wykazywała objawów sugerujących chorobę von Recklinghausena. Została zakwalifikowana do okresowej kontroli onkologicznej i pozostaje również pod opieką poradni neurologicznej oraz ginekologicznej.

Dyskusja

Incydentalne znaleziska są dość często stwierdzane u chorych diagnozowanych w stanach nagłych. Około 16% raportów z tomografii komputerowej oraz innych badań obrazowych wykonywanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Stanach Zjednoczonych zawiera opis przypadkowych znalezisk. Najczęściej wymienianym narządem jest jajnik ($n = 214, 42\%$ [5]), co potwierdziło się również w opisywanym przypadku (jedno z dwóch znalezisk). Inne badania wskazują na łączną częstość występowania wszelkich przypadkowych znalezisk w badaniach TK wykonywanych u pacjentów oddziałów ratunkowych na poziomie 31% [6].

Łagodne nowotwory, jakimi są nerwiaki ośłonkowe (*schwannoma*, *neurinoma*, *neurilemmoma*), rzadko lokalizują się w przestrzeni zaotrzewnowej lub śródtrzewnowej i przeważnie są wykrywane przypadkowo. Bardzo rzadko występują w krezce jelita, gdzie mogą wykazywać długi, powolny, bezobjawowy wzrost. Na etapie diagnostyki zmiany te często wzbudzają podejrzenie procesu złośliwego [4].

Ramboer i wsp. opisali w 1998 r. przypadek łagodnego nerwiaka osłonkowego, wykrytego incydentalnie w krezce jelita cienkiego. Autorzy podkreślili, że obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI) ma dodatkową wartość w stosunku do tomografii komputerowej, umożliwiając bardziej precyzyjną ocenę umiejscowienia guza [7].

Z kolei Murakami i wsp. opisali przypadek chorego z dobrze odgraniczoną masą zawierającą składnik torbielowaty, położoną w pobliżu dwunastnicy. W diagnostyce zastosowano TK z kontrastem a następnie MRI ze środkiem kontrastowym na bazie gadolinu. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie *schwannoma* [4].

Inny opisany w literaturze przypadek dotyczył 56-letniej kobiety z przewlekłymi bólami brzucha, u której w badaniu USG, a następnie TK wykryto ogromny guz zaotrzewnowy w okolicy prawego nadnercza. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono jego aktywności hormonalnej. Początkowo podejrzewano raka nadnercza, jednak po przeprowadzeniu adrenalektomii połączonej z resekcją guza, badanie histologiczne potwierdziło obecność łagodnego nerwiaka osłonkowego [8].

Maezawa i wsp. opisali przypadek 32-letniej kobiety z guzem zaotrzewnowym, wykrytym przypadkowo podczas badania USG. Tomografia komputerowa oraz MRI wykazały obecność masy o wielkości 95 mm z komponentem torbielowatym. Po resekcji guza badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie *schwannoma* [9].

Chociaż benzodiazepiny (BZD) są stosunkowo bezpieczniejszymi lekami, ich potencjalny wpływ na indukowanie nowotworów nie jest jeszcze jasny. Klonazepam, lorazepam, alprazolam, bromazepam, zolpidem i zopiklon wiążą się z wyższym ryzykiem zachorowania na nowotwory złośliwe. Narażenie na BZD zwiększa ogólne ryzyko zachorowania na raka do 21%. W szczególności mogą to być nowotwory mózgu (98%), przełyku (59%), trzustki (41%), pęcherza moczowego (39%), gruczołu krokowego (36%), jelita grubego (25%), wątroby (18%), płuca (10%) oraz inne nowotwory (27%) [10].

Czy pojawienie się nerwiaka osłonkowego w opisanym przypadku było związane z długotrwałym stosowaniem alprazolamu? Nie posiadając do porównania badań obrazowych z wcześniejszego okresu leczenia oraz sprzed jego rozpoczęcia, nie sposób wykazać takiego związku.

Piśmiennictwo

1. Yoon HY, Kim CB, Lee YH, Kim HG. Gastric schwannoma. *Yonsei Med J*, 2008 Dec 31; 49(6): 1052–1054. doi: 10.3349/ymj.2008.49.6.1052
2. Hilton DA, Hanemann CO. Schwannomas and their pathogenesis. *Brain Pathol*, 2014 Apr; 24(3): 205–220. doi: 10.1111/bpa.12125
3. Salari N, Ghasemi H, Fatahian R, et al. The global prevalence of primary central nervous system tumors: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res*, 2023 Jan 20; 28(1): 39. doi: 10.1186/s40001-023-01011-y
4. Murakami R, Tajima H, Kobayashi Y, et al. Mesenteric schwannoma. *Eur Radiol*, 1998; 8(2): 277–279. doi: 10.1007/s003300050379
5. Hanna TN, Shekhani H, Zygmunt ME, et al. Incidental findings in emergency imaging: frequency, recommendations, and compliance with consensus guidelines. *Emerg Radiol*, 2016 Apr; 23(2): 169–174. doi: 10.1007/s10140-016-1378-1
6. Evans CS, Arthur R, Kane M, et al. Incidental radiology findings on computed tomography studies in emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med*, 2022 Sep; 80(3): 243–256. doi: 10.1016/j.annemergmed.2022.03.027
7. Ramboer K, Moons P, De Breuck Y, et al. Benign mesenteric schwannoma: MRI findings. *J Belge Radiol*, 1998 Feb; 81(1): 3–4.
8. Pittasch D, Klose S, Schmitt J, et al. Retroperitoneal schwannoma presenting as an adrenal tumor. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 2000; 108(4): 318–321. doi: 10.1055/s-2000-7760
9. Maezawa T, Narita M, Sano T, et al. [A case of retroperitoneal schwannoma treated by laparoscopic resection]. *Hinyokika Kyo*, 2009 Mar; 55(3): 129–131
10. Iqbal, U, Nguyen P-A, Syed-Abdul S, et al. Is long-term use of benzodiazepine a risk for cancer? *Medicine (Baltimore)*, 2015 Feb; 94(6): e483. doi: 10.1097/MD.0000000000000483