

Naciekanie kości w przebiegu nowotworu złośliwego jelita cienkiego w scyntygrafii kości

Anita Dyczka, Michał Włodarczyk

Zakład Medycyny Nuklearnej Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi

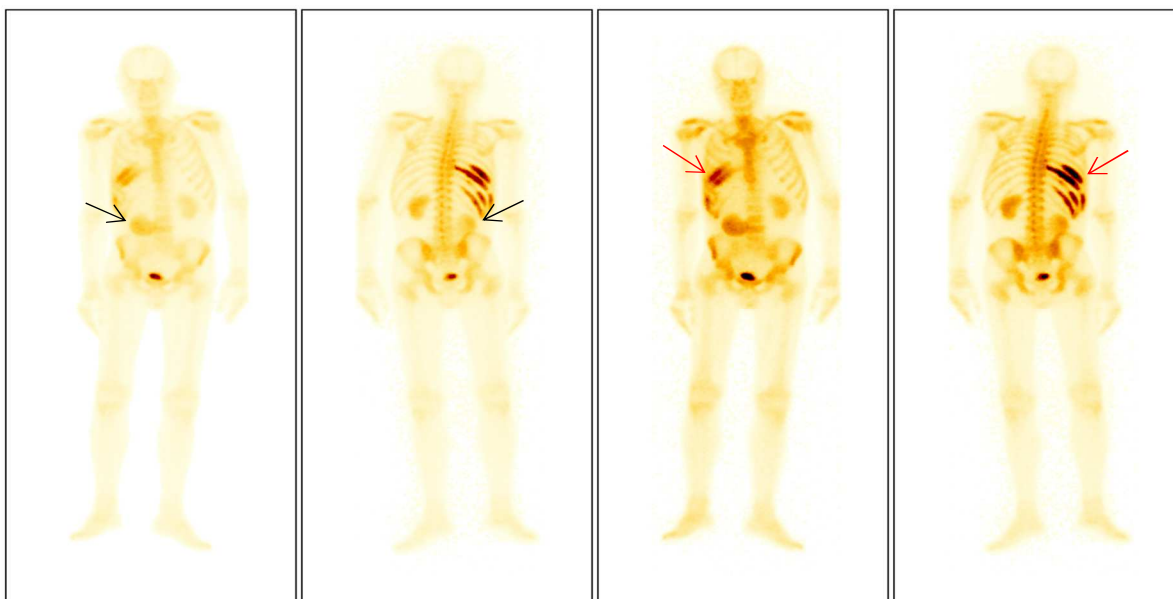
Scyntygrafia kośćca jest obrazową metodą wczesnego wykrywania zmian przerzutowych do kości oraz monitorowania skuteczności leczenia onkologicznego. Badanie umożliwia ocenę całego szkieletu przy niewielkim narażeniu pacjenta na promieniowanie jonizujące. Na scyntygramach można też uwidocznić obszary zwiększonego lub upośledzonego metabolizmu tkanki kostnej w przebiegu innych procesów patologicznych.

Pacjent 46-letni z rozpoznaniem nowotworem złośliwym jelita cienkiego (histopatologicznie gruczolakorak częściowo śluzowy G2), z rozsiewem do otrzewnej i powłok brzucha, po zabiegu resekcji guza wraz z częścią jelita cienkiego oraz kilku cyklach chemioterapii (aktualnie w trakcie dalszej chemioterapii paliatywnej), został skierowany do Zakładu Medycyny Nuklearnej na scyntyografię kości z powodu bólów nasuwających podejrzenie przerzutów do kośćca.

W wykonanej miesiąc wcześniej diagnostycznej tomografii komputerowej (CT) uwidoczniono: warstwę płynu (o grubości 42mm) w prawej jamie opłucnej, wszczepy nowotworowe w międzyżebrych VIII-IX po stronie prawej (z wtórną przebudową przyległych odcinków żeber VIII-IX) i w powłokach brzusznych w rzucie pępka oraz lity naciek przylegający do prawego nadnercza i tylnej części prawego płata wątroby z przemieszczeniem prawej nerki ku dołowi.

Nowotwory jelita cienkiego stanowią mniej niż 0,5% wszystkich nowotworów złośliwych i około 1–3% złośliwych nowotworów przewodu pokarmowego. Początkowo przebiegają bezobjawowo, pojawiające się dolegliwości zwykle są niespecyficzne, dlatego diagnoza stawiana jest najczęściej w zaawansowanym stadium choroby. W algorytmie diagnostycznym w tej grupie chorych stosuje się m.in.: badanie kontrastowe jelita cienkiego, TK, rezonans magnetyczny, endoskopię. Badanie scyntygraficzne kośćca jest rzadko wykorzystywane do oceny zaawansowania choroby

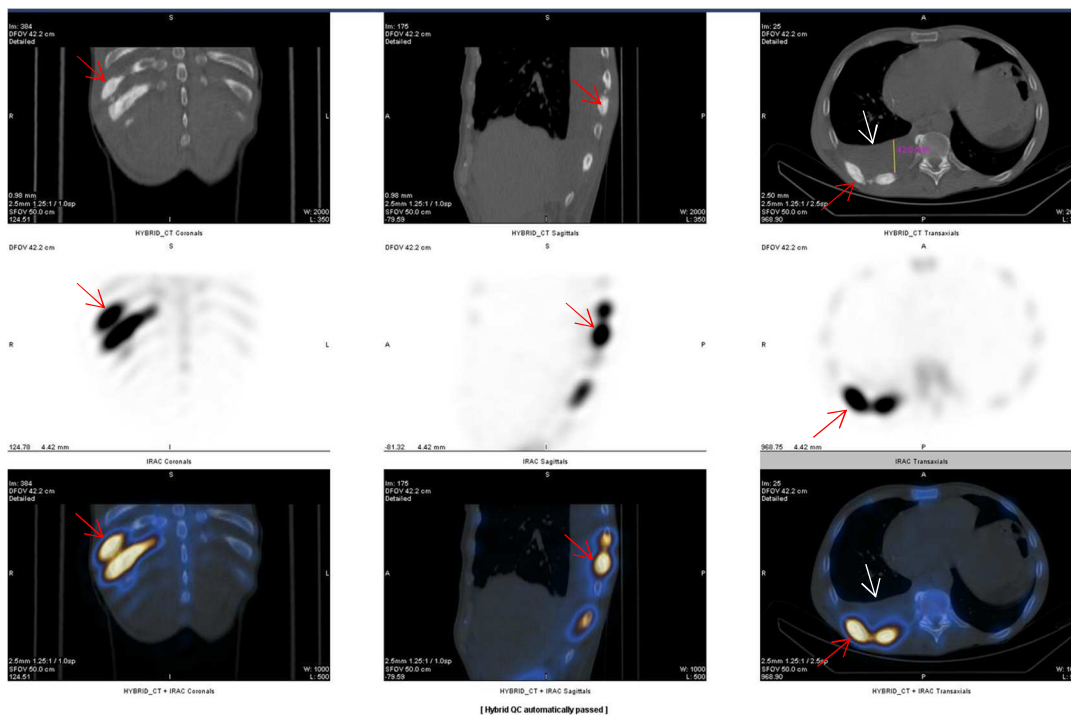
Na scyntygramach planarnych całego ciała z wykorzystaniem ^{99m}Tc -MDP (550mBq) wykryto zwiększone gromadzenie radiofarmaceutyku wzdłuż bocznych i tylnych odcinków żeber VIII-XI po stronie prawej [Rys. 1, czerwone strzałki], poza tym nie wykryto zmian ogniskowych typowych dla przerzutów nowotworowych. Dodatkowo uwagę zwracało znaczne przemieszczenie prawej nerki ku dołowi [Rys. 1, czarne strzałki].



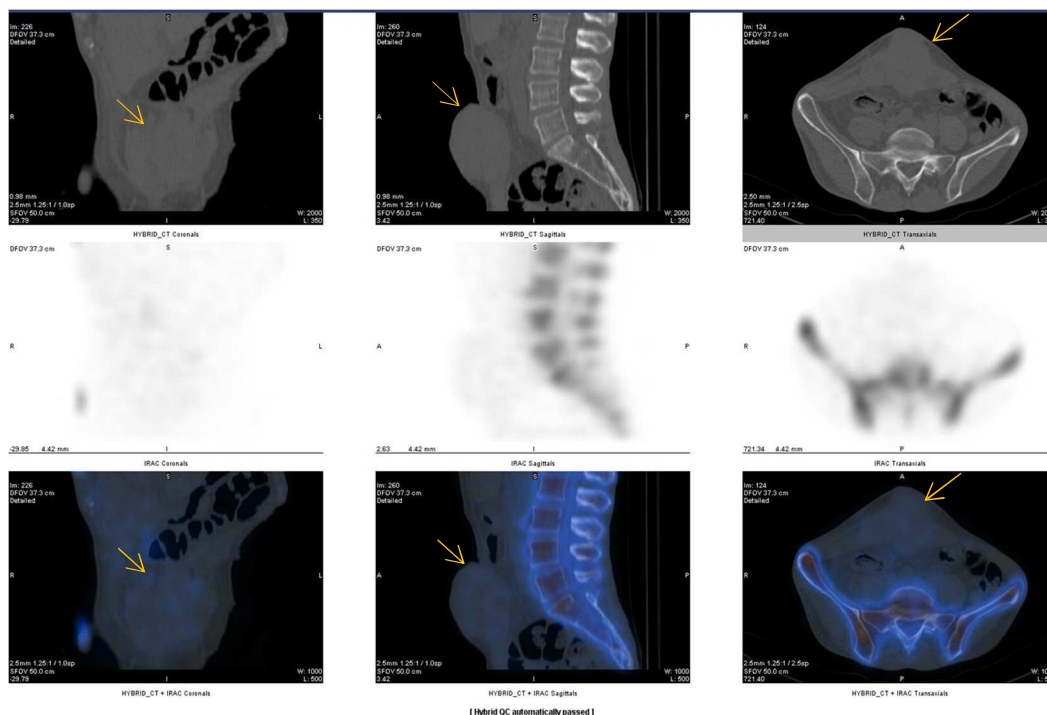
Rys 1. Scyntygramy planarne całego ciała

Zmiany scyntygraficzne w żebrach mogłyby w pierwszej kolejności nasuwać podejrzenie urazu - pacjent negował jednak jego przebyte. W takich sytuacjach, u osób z chorobą nowotworową, należy zawsze brać pod uwagę możliwą obecność rozsiewu drogą krwipochodną. Nie wolno zapominać też o innych możliwych formach szerzenia się procesu nowotworowego jak np. przez bezpośrednie naciekanie otaczających tkanek przez guz.

Diagnostykę poszerzono o badanie SPECT/CT (lokalizacyjne), obejmujące obszar od Th6 do S5. Na obrazach uwidoczniono: warstwę płynu w prawej jamie opłucnej (o grubości około 4cm) [Rys.2, białe strzałki] oraz przebudowę sklerotyczną i odcinkowe pogrubienie żeber VIII-XI (CT) z towarzyszącym wzmożonym gromadzeniem radioznacznika (SPECT) [Rys.2, czerwone strzałki], sugerujące naciek nowotworowy szerzący się wzdłuż żeber. Ponadto w obrazie TK widoczna była rozległa lita masa w okolicy pępka [Rys. 3, żółte strzałki].



Rys. 2. Kolejno: lokalizacyjne TK, SPECT, fuzja obu obrazów



Rys. 3 Kolejno: lokalizacyjne TK, SPECT, fuzja obu obrazów

Podsumowanie

Pomimo, że wybiórcza ocena jedynie obrazu scyntygraficznego kośćca w badaniu całego ciała mogłaby nasuwać podejrzenie urazu żeber, poszerzenie badania o akwizycję SPECT/CT oraz zestawienie naszych wyników z historią choroby pacjenta oraz innymi obrazowymi badaniami dodatkowymi wskazuje, iż ujawnione w badaniu scyntygraficznym nieprawidłowości należy wiązać z szerzeniem się procesu nowotworowego wzdłuż żeber. Przypadek ten dowodzi, że właściwa interpretacja obrazów scyntygraficznych możliwa jest dzięki przeprowadzeniu rzetelnego wywiadu dotyczącego choroby pacjenta oraz wglądu w dotychczasowy proces diagnostyczny, w tym przy użyciu technik obrazowych.

Piśmiennictwo:

Polczyk J. Small bowel adenocarcinoma (SBA) — a case report. *NOWOTWORY J Oncol* 2017; 67: 137–141.

Herman R, Pałucki J, Potemski P. Nowotwory jelita cienkiego. W: Krzakowski M, Warzocha K (red.). *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013*. Gdańsk: Via-Medica, 2013: 135–139.

Herman J, Szmeja J, Borejsza-Wysocki M i wsp. Rak jelita cienkiego — wyzwanie diagnostyczne. *Now Lek* 2010; 79: 317–319