

em. lekarz wojskowy

Remigiusz Drzewiecki

Ku Słońcu 10/32

71-073 Szczecin-14

Szczecin, dnia 11 czerwca 2013r.

REDAKCJA

„LEKARZ WOJSKOWY”

ul. Szaserów 128

00-909 Warszawa 60

**RZADKI PRZYPADEK LICZNYCH GUZÓW SKÓRY GŁOWY W PRZEBIEGU
NERWIAKO-WŁÓKNIAKA MIĘSAKOWATEGO**

**A rare case of high number of skin tumors of the head in the course of
neurofibroma sarcomatoid**

Z Oddziału Chirurgii Ogólnej 110 Szpitala Wojskowego w Elblągu.

telefon: 55 239 44 02

STRESZCZENIE

Poniżej przedstawiono niezmiernie rzadki przypadek postaci nowotworu

Skóry owłosionej głowy indukowanego urazem, współistniejącego

z niezależnym nowotworem gruczołu piersiowego.

U chorej pomimo wielokrotnego radykalnego leczenia chirurgicznego obserwowano miejscowe wznowy. Okres remisji ulegał skróceniu a progresja guza nasileniu. Poruszono trudności w leczeniu guzów skóry głowy naciekających w dużym obszarze.

SUMMARY

The paper presents an extremely rare case of a head-induced skin cancer, trauma, concomitant with an independent case of the breast cancer. Despite repeated radical surgery interventions, some local recurrence were observed on a patient. The period of remission underwent shortening and tumor progression in severity. The problem of the difficulty in treating tumor, which are results of infiltrating scalp in a large area is shown in the paper

SŁOWA KLUCZOWE:

Nerwiako-włókniak mięsakowy, uraz, leczenie.

CAYS:

neurofibroma sarcomatoid, trauma, treatment.

RZADKI PRZYPADEK LICZNYCH GUZÓW SKÓRY GŁOWY W PRZEBIEGU NERWIAKO- WŁÓKNIAKA MIĘSAKOWEGO

*A rare case of high number of skin tumors of the head in the course of
neurofibroma sarcomatoid*

Guzy skóry owłosionej głowy stanowią najczęściej twory przerzutowe nowotworów: sutka, kości, płuc, jajnika, żołądka /5/. Mięsaki tkanek miękkich to około 1% nowotworów złośliwych wykrywanych u dorosłych obojga płci.

Dotychczas nie udowodniono roli urazów w etiologii mięsaków tkanek miękkich.

Wśród mięsaków nerwiako-włókniak stanowi 10-15% badanego materiału.

Częstymi objawami współistniejącymi są: utrata masy ciała, hipoglikemia, gorączka o nieustalonej etiologii.

U 20% chorych występują objawy przerzutów do narządów odległych, jak:

do płuc, do mózgu, czy kości /4/.

Dominującym objawem choroby jest niebolesny, powoli powiększający się guz, stopniowo niszczący przez naciekanie otoczenie.

W przypadku mięsaków głowy chemioterapia okazuje się nieskuteczna.

Radioterapia stanowi metodę uzupełniającą w skojarzeniu z radykalnym leczeniem chirurgicznym, chociaż w tym przypadku trudno jest mówić o radykalności. Pięcioletnie przeżycie wszystkich chorych wynosi 50% /4/.

Poniżej przedstawiono przypadek.

OPIS PRZYPADKU

64-letnia chora została przyjęta do naszego Oddziału z powodu mnogich guzów skóry głowy.

Z rozpoznaniem wstępnym : kaszaki okolicy ciemieniowo-potylicznej. W roku 1986r. zakwalifikowana do leczenia w poradni chirurgicznej Szpitala Miejskiego w Elblągu.

Podczas rutynowego znieczulenia 1% roztworem Lidokainy chora doznała wstrząsu anafilaktycznego z następczym pełnym zatrzymaniem funkcji życiowych. Po resuscytacji odstąpiono od kontynuacji zabiegu i wypisano chorą do domu. W związku z trudnościami, jakie sprawiał rozpadający się guz widocznej okolicy ciała chora zgłosiła się celem leczenia do Oddziału Chirurgii Ogólnej 110 Szpitala Wojskowego w Elblągu. Zakwalifikowana do leczenia operacyjnego po wykonaniu badań podstawowych i udzieleniu konsultacji anestezyjologicznej.

Klasyfikacja kliniczna guza: T1NoMoGx, dokonano doszczętnego wycięcia guzów okolicy ciemieniowo-potylicznej z dużym marginesem tkanki zdrowej. Wycięte tkanki przekazano w sposób typowy do konsultacji i badania lekarza histopatologa. Przebieg operacji i okres pooperacyjny bez powikłań. W księdze operacyjnej pod numerem 2716-22/86 znajduje się zapis dotyczący wyniku badania histopatologicznego : nerwiako-włókniak mięsakowy.

Z wywiadu: chora z zawodu krawcowa w 1976r. uderzyła się okolicą potyliczną głowy o wystający gwóźdź w ścianie. Powstał rozległy krwiak, który znaczny czas nie absorbował się.

Chora zauważyła paradoksalnie wzrost masy guza, przebieg bezbólowy, miejscowo bez zmian wstecznych.

W styczniu 1987r. chora ponownie przyjęta do Oddziału Chirurgicznego z powodu wznowy w miejscu blizny po zabiegu radykalnym. Udzielono konsultacji onkologicznej w Szpitalu Wojewódzkim w Elblągu i ponownie zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego z wycięciem 2cm marginesu tkanek wokół guza.

Proces nowotworowy dawał aż dziewięciokrotnie wznowy na skórze głowy. Każdorazowo chora leczona operacyjnie.

Chora we wrześniu 1995r. przebyła mastektomię lewostronną, jak ustalono w badaniu histopatologicznym z powodu guza nie będącym tworem przerzutowym / opis hist-pat: lekarz Dudek /Pracownia Patomorfologii Szpitala Wojewódzkiego w Elblągu / , księga operacyjna 1703-05-95 – carcinoma ductale infiltrans partim planoepithelialae mammae. Z powodu występujących niepokojących okoliczności ponownie pobrano materiał z guza pierwotnego głowy i wysłano do konsultacji Pana Prof. patomorfologa Juliana Stolarczyka – z Katedry Patomorfologii Akademii Medycznej w Gdańsku.

Ostatni pobyt chorej w szpitalu przypadł na maj 1999r. W badaniu fizykalnym stwierdzono dwugarbny guz wielkości męskiej pięści okolicy ciemieniowo-potylicznej głowy, z cechami rozkładu tkanek, centralnie ogniska krwawienia i martwicy. Guz miękki, niebolesny, ruchomy względem podłoża z kraterowatym owrzodzeniem pośrodku o wym. 80 na 75 mm.

Badania podstawowe, biochemiczne – bez odchyłeń od stanu prawidłowego.

Węzły chłonne szyjne i pachowe niemacalne. Klasyfikacja kliniczna guza: T3NoMo, stopień zaawansowania klinicznego: IVa. W badaniu śródoperacyjnym / operator Ordynator Cioła / guz na dużym obszarze naciekał czepiec ścięgnisty, okostną i kości pokrywy czaszki. Nie stosowano paliatywnej radioterapii ani chemioterapii. Chorą wypisano kilka dni później do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem zmiany opatrunków i kontroli w Poradni Chirurgicznej przyszpitalnej. W czerwcu 1999r. chora zmarła w domu.

OMÓWIENIE

Powstanie nowotworu jest bezsprzecznie związane u chorej z urazem głowy, jaki doznała 23 lata wcześniej. Bez bólowy przebieg choroby, niska świadomość zagrożenia, jaki niesie za sobą proces nowotworowy doprowadziły do rozwoju guza o monstrualnych rozmiarach.

Chora zgłosiła się do lekarza ze względów kosmetycznych – w dziesiątym roku trwania choroby. Podjęte leczenie chirurgiczne nie przyniosło trwałego wyleczenia. Okresy remisji między pobytami w Oddziale Chirurgicznym ulegały wyraźnemu skróceniu a guz przybierał na sile. W trakcie leczenia chorej nie znaleziono przerzutów odległych, choć znane są przypadki rozsiewu komórek nowotworowych drogą krwi rzadziej poprzez układ limfatyczny. Guzy takie rzadko przekraczają swoją wielkością pięść dorosłego, posiadają rzekomą torebkę /2/.

Nie obserwowano u chorej spadku masy ciała, czy też hipoglikemii, nie gorączkowała.

Z badań onkologów wynika, iż ten typ nowotworu i podobne mu budową podwyższają aktywność stabilizatora włókniaka co może doskonale służyć do opracowania metod scriningowych , lub do monitorowania postępów terapii /1/.

Leczenie chirurgiczne stanowi wielkie wyzwanie dla współczesnej chirurgii onkologicznej, szczególnie do tych to nowotworów skóry głowy naciekających miejscowo na dużym obszarze.

Przyjęcie się autoprzeszczepu na nagim podłożu kostnym sklepienia czaszki uzyskali w swej nowatorskim rozwiązaniu polscy lekarze z Instytutu Onkologii pod kierownictwem Pana Profesora Kułakowskiego.

Dokonali przeszczepu dużych fragmentów sieci większej u chorego pobranej jednocześnie i pokryli ów przeszczep siatkowatym przeszczepem zespalającym z naczyniami krwionośnymi głowy metodami mikrochirurgii /3/.

W dostępnym światowym piśmiennictwie nie znaleziono podobnych przypadków.

PIŚMIENICTWO

1. **Biernacka I. wsp.** „Fibrin stabilizing factor activity of the skin carcinoma” *Annały Medyczne Uniwersytetu w Białymstoku* str. 3-7,37. Rok 1992.
2. **Kruś S. i wsp.** „Patomorfologia kliniczna” *PZWL* str. 204, Rok 1996.
3. **Kułakowski A. i wsp.** „Rekonstrukcja rozległego obszaru powłok czaszki wolnym płatem sieci większej” *Nowotwory* wyd. 47 , str.767-774 Rok 1997.
4. **Scherman D. Charles i pozostali** członkowie Komitetu Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej „*Onkologia Kliniczna*” – *PZWL* str. 342-348 rok 1992r.
5. **Osuch- Wójcikiewicz E. i wsp.** „Mnogie pierwotne nowotwory złośliwe głowy i szyi”-
6. „*Otolaryngologia Polska*” **50(6)** str. 587-591 rok. 1996.