

Kožní metastázy karcinomu žaludku

MUDr. Veronika Dedková¹, doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.²

¹Dermatovenerologické oddělení, Městská nemocnice Ostrava

²Dermatohistopatologická laboratoř, Praha

Kožní metastázy nádorů vnitřních orgánů jsou relativně neobvyklým nálezem. Jejich průměrná incidence se uvádí mezi 0,7–10,4 % (1). Obvykle jsou zachyceny při již známém primárním tumoru, ale mohou být i prvním projevem malignity a značí disseminaci procesu se špatnou prognózou. Kožní metastázy adenokarcinomu žaludku jsou vzácné, u mužů tvoří asi 6 %, u žen 1 % z celkového počtu kožních metastáz (2). V této práci prezentujeme případ 83leté pacientky s poměrně rozsáhlým nálezem kožních metastáz adenokarcinomu žaludku, které byly prvním příznakem onemocnění.

Klíčová slova: kožní metastázy, adenokarcinom žaludku.

Cutaneous metastases of gastric carcinoma

Cutaneous metastases of internal malignancies are relatively uncommon. Their average incidence is 0,7–10,4% (1). Metastasis generally occurs after an internal malignancy had been discovered and signifies disseminated disease with a poor prognosis. Skin metastases from gastric adenocarcinoma are rare, it has been reported in only 6% in males and 1% in females of all skin metastases (2). We report a case of 83 years old woman with relatively massive eruption of cutaneous metastasis from gastric adenocarcinoma, which was the first sign of this disease.

Key words: cutaneous metastases, gastric adenocarcinoma.

Dermatol. praxi 2014; 8(1): 26–28

Úvod

Kožní metastázy se vyskytují v kterémkoliv věku, nejčastěji po 60. roce. Relativní četnost metastáz koreluje s četností výskytu primárního nádoru s ohledem na pohlaví. U žen jsou zdrojem metastáz nejčastěji nádory prsu, u mužů nádory plic, u obou pohlaví pak nádory tlustého střeva a melanom (1).

Kožní metastázy se do kůže mohou šířit přímým přestupem (sklerodermoidní metastázy), hematogenně (nodulární metastázy), nebo lymfatickými cestami (zánětlivé metastázy) (3). Připouští se i možnost implantace nádorových buněk do kůže během chirurgického zákroku. Bez ohledu na to, jakým způsobem se v kůži metastázy objevily, představuje tento nález velmi špatnou prognózu.

Klinický vzhled metastáz může být velmi pestrý, závislý na primárním nádoru. Většinou jde o různé velké podkožní noduly, mohou být tvořeny stovkami drobných papul nebo jediným nodulem velkým několik centimetrů. Charakteristický je rychlý počáteční růst s následným obdobím stagnace, kdy se vzhled nemění. Barva metastáz se liší, ale většinou kůži prosvítají noduly tmavě červené až červenofialové barvy, jsou palpačně tuhé a nebolestivé, v pozdějším stadiu mohou i ulcerovat.

Adenokarcinom žaludku metastazuje nejčastěji do jater, posléze do plic, do skeletu, popř. do vaječníků (Krukenbergův nádor) (4). Metastázy adenokarcinomu žaludku do kůže

Obrázek 1. Kožní metastázy adenokarcinomu žaludku



mohou být solitární nebo vícečetné. Nález může být podobný inflamatornímu karcinomu, výjimečně napodobují cystu, condylomata accuminata nebo způsobují alopecii. Nacházejí se na hlavě, krku, v axile, hrudníku a často také v pupku. Metastázy lokalizované v pupku a okolí, nejčastěji z orgánů dutiny břišní, se označují podle anglického názvu Sister Mary Joseph's nodule (1).

Terapie závisí na povaze primárního nádoru. Solitární metastázy lze excidovat, v úvahu přichází radioterapie nebo je možné chemoterapii

aplikovat i intralezionálně. Některé metastázy mohou vymizet i spontánně (1).

Popis případu

83letá pacientka byla přijata na kožní oddělení v červenci 2012 k došetření erytému s infiltrací v oblasti levého třísla, stehna, podbřišku a mons pubis. Potíže trvaly asi 2 měsíce, ambulantně byla léčena jako kandidomykotická infekce levého třísla. Celkově užívala terbinafin, který byl po týdnu pro zažívací obtíže vysazen. Poté následovala týdenní terapie itraconazolem.

Na projevy byla aplikována antimykotická, anti-septická i kortikosteroidní externa. Lokální nález však na léčbu nereagoval a docházelo k postupné progresi, proto byla odeslána k léčbě na kožní oddělení.

Při přijetí byl patrný mírný otok celé levé dolní končetiny, v oblasti levého třísla, ventrální strany stehna, mons pubis a podbřišku rozsáhlá infiltrovaná erytematózní plošná ložiska s vícečetnými tuhými papulami, macerace v oblasti kožních záhybů (obrázek 1–3). Subjektivně udávala pacientka mírné pálení. V anamnéze uvedla

diabetes mellitus na perorálních antidiabetických a inzulínu, hypertenzi, prodělala cévní mozkovou příhodu.

Vstupně byla provedena probatorní excize z oblasti levé inguiny, zvažováno prorůstání tumoru. Laboratorně zjištěna v krevním obraze mikrocytární anémie a výrazná elevace Ca 19-9. Pro dušnost s elevací D-dimerů a troponinu bylo provedeno CT angio plic k vyloučení plicní embolizace, která nebyla nepotvrzena, ale byly zjištěny osteoplastické difúzní změny skeletu, městnání v malém oběhu, fluidothorax a expan-

ze levého laloku štítné žlázy. Histologicky byla potvrzena diagnóza – intradermální metastázy s disociací karcinomu vnitřních orgánů, s lymfogení propagací (obrázky 4–6). Pacientka byla následně přeložena na interní oddělení k pátrání po primárního tumoru.

Sonografie břicha odhalila cholecystolitiazu, prosáknutí podbřišku a levého třísla, v obou tříslech ojediněle uzlinky, gynekologické vyšetření s norm. nálezem, stp. hysterektomií. Při fibrogastroskopickém vyšetření nalezeny drobné ulcerace antra žaludku Forrest III, vícečetné eroze

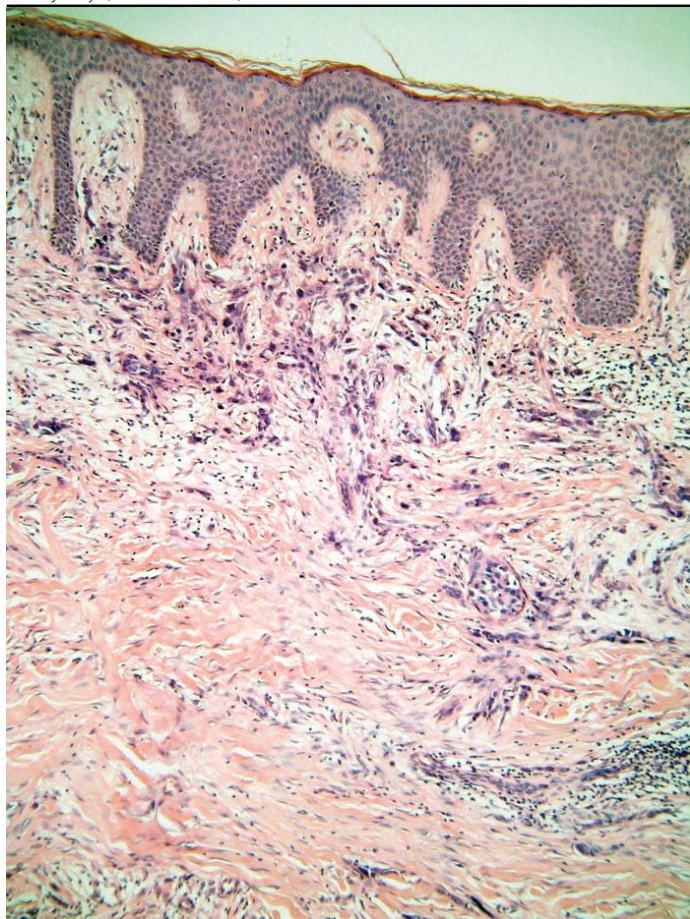
Obrázek 2. Detail – levé třísla



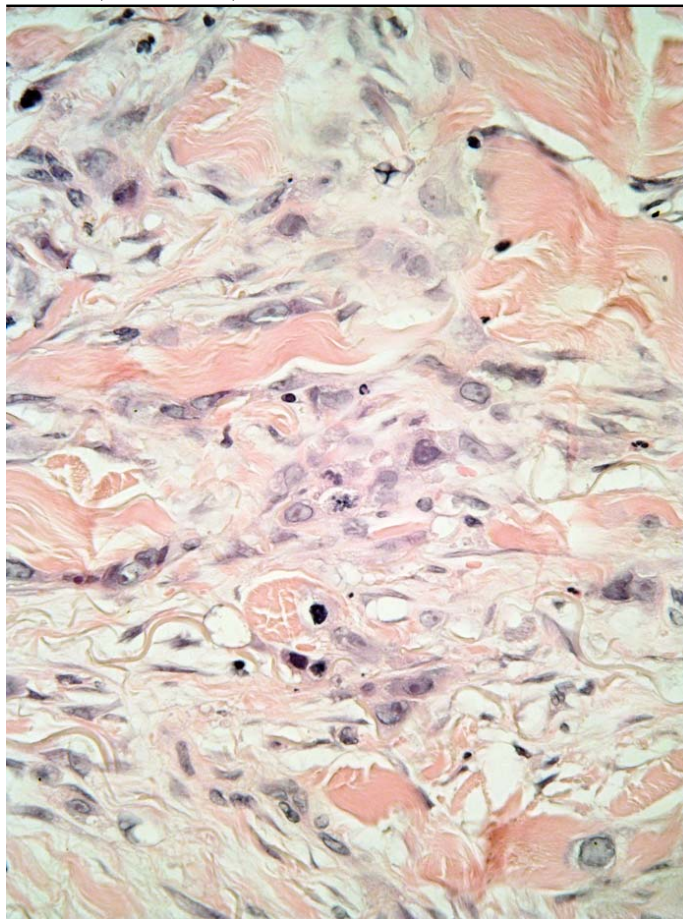
Obrázek 3. Detail – podbříšek



Obrázek 4. Horní část koria s ostrůvky buněk s pleomorfními hyperchromními jádry (zvětšení 100x)



Obrázek 5. Nádorové buňky s hyperchromními pleomorfními jádry a dvěma mitózami (zvětšení 400x)



antra, prepylorického kanálu, gastritida antra a těla, bělavá ložiska prepyloricky. Bylo provedeno ultrazvukové vyšetření štítné žlázy s nálezem uzlové strumy, cytologicky hodnoceno jako folikulární uzlová léze (spíše benigní) s regresivními změnami. Ultrazvukové a mamografické vyšetření prsou neprokázala malignitu. Scintigrafii skeletu potvrzena generalizace procesu v oblasti žeber, páteře a pánve.

V dalším průběhu byla pacientka přeložena na svou žádost do nemocnice v místě svého bydliště, kde byla doplněna kolonoskopie se zcela normálním nálezem. Na CT vyšetření břicha byly popsány známky difuzního metastatického poškození skeletu, zmnožené, ale nezvětšené lymfatické uzliny mezenteriálně, retroperitoneálně a inguinálně.

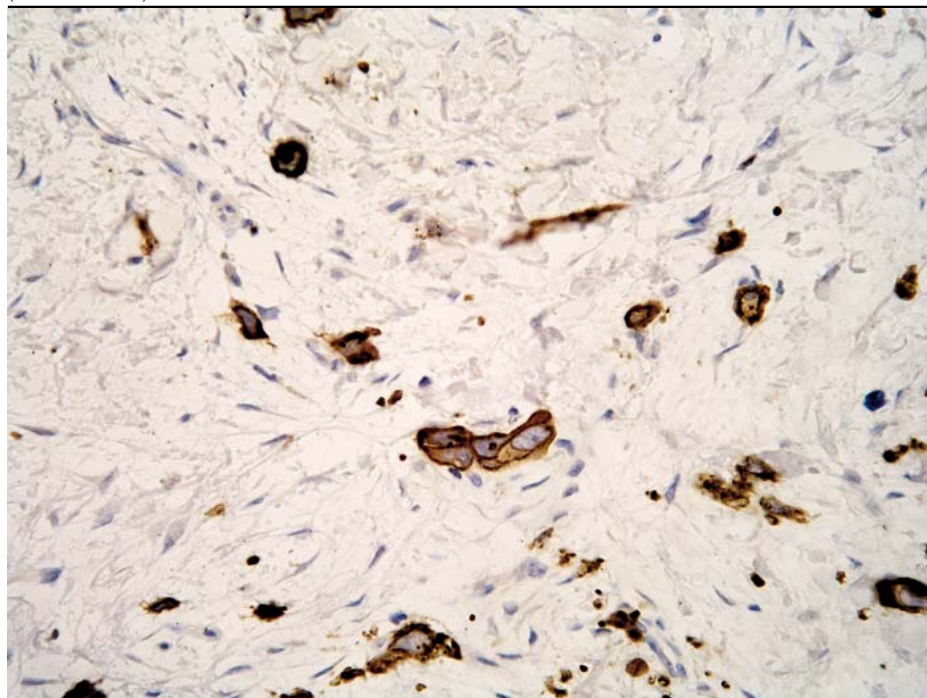
Ve výsledku histologického vyšetření vzorků odebraných při fibroskopii byl popsán ostrůvkový nízký diferencovaný adenokarcinom difuzního typu, pozitivita *Helicobacter pylori*. Bylo realizováno onkologické konziliární vyšetření, kdy po zohlednění komorbidit, celkového stavu pacientky a charakteru onemocnění nebyla indikována chirurgická intervence ani systémová terapie. Byla doporučena radioterapie pouze při klinických potížích, v medikaci indikována terapie p.o. bisfosphonáty. V polovině srpna byla pacientka propuštěna do ambulantní péče.

O jedenáct dní později byla pacientka opět přijata pro zhoršení stavu s dušností, diagnostikován akutní infarkt myokardu. Vzhledem k základní diagnóze a velmi nepříznivé prognóze byla залечена konzervativně. Následujícího dne pacientka umírá pod obrazem srdečního selhání.

Závěr

Kožní metastázy karcinomu žaludku jsou vzácným nálezem a jsou zpravidla projevem pokročilosti základního onemocnění. Kazuistika upozorňuje na možnost, že se na dermatolo-

Obrázek 6. Imunohistologické vyšetření zaměřené na cytokeratiny – pozitivita nádorových buněk (zvětšení 400x)



gické ambulanci můžeme setkat s pacienty s metastatickým kožním poškozením bez dosud zjištěného primárního nádoru. V tomto a ve většině případů je prognóza pacientů s kožními metastázami nepříznivá, a to bez ohledu na primární nádor.

Literatura

1. Pizinger K. Metastázy do kůže. Čes.-slov. Derm 2008; 83: 5–15.
2. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. J Am Acad Dermatol. 1993; 29(2 Pt1): 228–236.
3. Štork J, et al. Kožní nádory. Dermatovenerologie, Praha: Galén Karolinum, 2008: 377.
4. Klener P. Klinická onkologie. Praha: Galén Karolinum, 2002: 402.
5. Cetkovská P, Pizinger K, Štork J. Kožní metastázy. Kožní změny u interních onemocnění, Praha: Grada, 2010: 190–195.
6. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH. Dermatologie a venerologie, Martin: Osveta, 2001: 1230–1231.

7. Alcaraz I, Cerroni L, Rütten A, Kutzner H, Requena L. Cutaneous metastases from internal malignancies: a clinicopathologic and immunohistochemical review. Am J Dermatopathol. 2012; 34(4): 347–393.
8. Pizinger K. Kožní metastázy. Onkologie 2010; 4(4): 237–240.

Článek přijat redakcí: 20. 6. 2013

Článek přijat k publikaci: 23. 11. 2013

MUDr. Veronika Dedková

Dermatovenerologické oddělení
Městská nemocnice Ostrava, p. o.
Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
verded@email.cz