

Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej w diagnostyce guzów jelita grubego – opis przypadku

Andrzej Prystupa¹, Bogusław Makaruk¹, Sylwia Milaniuk¹, Jerzy Baraniak¹, Ewa Kurys-Denis², Tzu-Yi Chan³, Tomasz Prystupa³, Witold Krupski², Jerzy Mosiewicz¹

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie

² II Zakład Radiologii Lekarskiej UM Lublin

³ Studenckie Towarzystwo Naukowe UM w Lublinie

Prystupa A, Makaruk B, Milaniuk S, Baraniak J, Kurys-Denis E, Chan TY, Prystupa T, Krupski W, Mosiewicz J. Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej w diagnostyce guzów jelita grubego – opis przypadku. Med Og Nauk Zdr. 2014; 20(4): 430–432. doi: 10.5604/20834543.1132050

Streszczenie

Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej jest badaniem nieinwazyjnym, łatwo dostępnym i tanim. Stanowi pierwszy etap diagnostyki chorób przewodu pokarmowego, w tym również guzów jelita. Poniżej przedstawiamy opis przypadku pacjenta przyjętego do Kliniki Chorób Wewnętrznych z powodu niedokrwistości i utraty masy ciała. U chorego w wykonanym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono powiększony węzeł chłonny w obrębie śródbrzusza oraz pogrubienie ściany jelita grubego. Nieprawidłowości w badaniu ultrasonograficznym zostały potwierdzone w badaniu kolonoskopowym, a następnie w badaniu histopatologicznym, na podstawie którego rozpoznano adenocarcynoma jelita grubego. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na przydatność badania ultrasonograficznego w diagnostyce guzów jelita grubego.

Słowa kluczowe

ultrasonografia, rak jelita grubego

WSTĘP

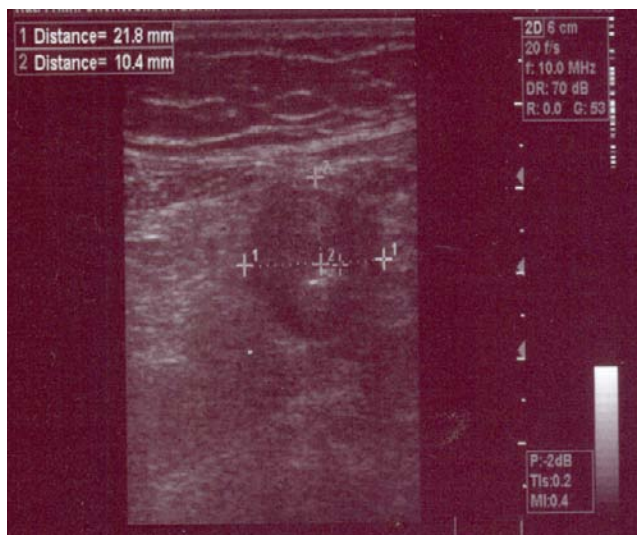
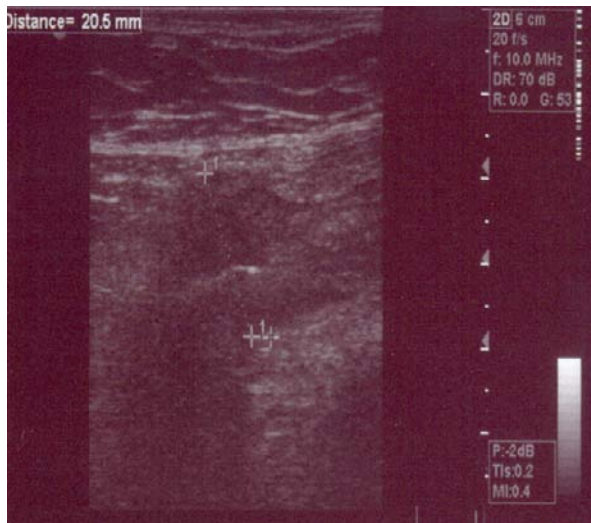
Ultrasonografia przewodu pokarmowego zajmuje często pierwsze miejsce w grupie metod obrazujących przewód pokarmowy. Jest to badanie łatwo dostępne i nieinwazyjne. Brak przeciwwskazań daje możliwość wykonania badania u każdego pacjenta, niezależnie od chorób współistniejących czy innych obciążeń. Dla osób rozpoczynających specjalizację ultrasonograficzną, po poznanu diagnostyki narządów mięsnych, przewód pokarmowy może wydać się obszarem amorficznym, ze względu na różnorodny kształt i niewielką grubość narządów rurowych. Rak jelita grubego zajmuje na świecie drugie miejsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Obraz ultrasonograficzny raka okrężnicy zależy od wielkości guza. We wczesnym stadium zmiany są ograniczone i charakteryzują się ubogochowym pogrubieniem ściany jelita. Typowy obraz raka jelita grubego w badaniu ultrasonograficznym to okrągłe, symetryczne lub asymetryczne, ubogochowe pogrubienie ściany z bogatoechowym centrum (treść pokarmowa i błona śluzowa) [1]. Ocena ultrasonograficzna guzów jelita jest trudna i zależy od doświadczenia badającego. Niemniej jednak nie należy pomijać oceny jelit w dostępnym badaniu zakresie. Poniżej przedstawiamy opis przypadku pacjenta, u którego nieprawidłowości w badaniu ultrasonograficznym w postaci pogrubienia ściany jelita oraz powiększonego węzła chłonnego w zakresie śródbrzusza pozwoliły na wstępne rozpoznanie guza jelita grubego.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent 63-letni, z wywiadem nadużywania alkoholu i marskością wątroby został przyjęty do Kliniki Chorób Wewnętrznych z powodu niedokrwistości, duszności, braku apetytu, osłabienia, zmęczenia i utraty masy ciała (10 kg w ciągu 6 miesięcy). Według relacji chorego, okres objawów marskości wątroby był ok. 3-letni, wcześniej chory nie leczył się przewlekle, nie przyjmował leków na stałe. Chory podał, że nie pije alkoholu od 8 lat. W badaniu fizykalnym zwracały uwagę liczne pajęczki naczyniowe w obrębie skóry górnej połowy klatki piersiowej. Ponadto skóra i spojówki były blade. Ciśnienie tętnicze krwi przez cały okres hospitalizacji pozostawało w granicach normy. Osłuchowo nad polami płucnymi stwierdzono szmer pęcherzykowy prawidłowy, bez dodatkowych fenomenów osłuchowych. Akcja serca była miarowa, prawidłowo częsta. Tętno serca było czyste, głośnie. W badaniu palpacyjnym jamy brzusznej stwierdzono powiększoną wątrobę. Brzeg wątroby wystawał 3 cm poniżej łuku żebrowego w linii środkowo-obojęzkowej prawej. Nie stwierdzono bolesności ani oporów patologicznych w zakresie jamy brzusznej. Nie stwierdzono również odchyleń od normy w rutynowym badaniu neurologicznym. W trakcie hospitalizacji wykonano badania dodatkowe laboratoryjne i obrazowe celem ustalenia przyczyny niedokrwistości oraz złego samopoczucia pacjenta. W morfologii krwi obserwowano anemię, leukopenię i małopłytkowość wtórną do marskości wątroby. Parametry funkcji nerek były prawidłowe. Badanie kału w kierunku krwi utajonej było negatywne. Z odchylenia od normy zwracał uwagę podwyższony poziom białka C-reaktywnego do wartości 29,8 mg/l. Następnie wykonano badania obrazowe jamy brzusznej. Począwszy od badań najmniej inwazyjnych, wykonano badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, w którym stwierdzono pogrubienie ściany jelita grubego do szerokości ok. 9 mm oraz

Adres do korespondencji: Andrzej Prystupa, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie, ul. Staszica 16
E-mail: aprystupa@mp.pl

Nadesłano: 21 października 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 5 września 2014 roku



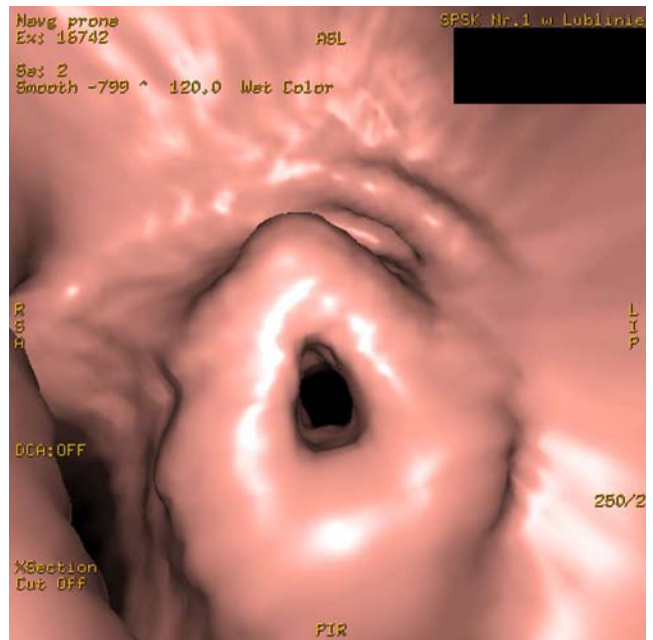
Rycina 1. Obrazy nacieku nowotworowego jelita grubego w badaniu ultrasonograficznym

powiększony węzeł chłonny o dł. ok. 36 mm w lewym śródbrzuchu (ryc. 1). Ponadto stwierdzono powiększoną wątrobę i śledzionę, bez uchwytanych w badaniu zmian ogniskowych. Nieprawidłowości ultrasonograficzne w obrębie ściany jelita grubego ukierunkowały dalsze postępowanie w kierunku diagnostyki przewodu pokarmowego. U chorego wykonano wirtualną kolonoskopię TK (ryc. 2) i klasyczną kolonoskopię (ryc. 3), w której stwierdzono nacieki nowotworowe zwężający światło jelita w okolicy zagięcia śledzionowego okrężnicy.

W badaniu histopatologicznym stwierdzono obecność adenocarcinoma. W wykonanej gastroscopii stwierdzono żylaki dna żołądka oraz żylaki przełyku II stopnia, jak również cechy gastropatii wrotnej. W wykonanych badaniach obrazowych klatki piersiowej, jak i jamy brzusznej nie stwierdzono zmian o charakterze metastatycznym. Chory został zakwalifikowany do planowego leczenia operacyjnego.

OMÓWIENIE

Ultrasonografia stanowi czułą metodę diagnozowania raka żołądka i jelita grubego, dlatego też może być stosowana jako pierwszy test w badaniach u tych pacjentów [1, 2]. Typowy



Rycina 2. Obraz nacieku nowotworowego jelita grubego w kolonoskopii wirtualnej TK



Rycina 3. Obraz nacieku nowotworowego jelita grubego w badaniu kolonoskopowym

obraz rozległego raka żołądka został opisany w 1973 r. przez Lutz i Rettenmaiera jako „objaw kokardy”. W nomenklaturze angloamerykańskiej określany jako „target-sign” lub „pseudo-kidney-sign”. Obraz raka jelita grubego w ultrasonografii to ubogochowowe pogrubienie ściany jelita z bogatoechowym centrum [3, 4]. Guzy stromalne z reguły są hipoechogeniczne w badaniu ultrasonograficznym [5]. Ponadto obecność nawet niewielkiej ilości płynu w zakresie jamy otrzewnowej sugeruje konieczność pogłębienia diagnostyki w kierunku chorób nowotworowych przewodu pokarmowego [6]. Głównymi ograniczeniami w diagnostyce przewodu pokarmowego są nieodmiennie – gaz w jelitach, struktury kostne, a jakość badania zależy od doświadczenia badającego i klasy aparatu USG.

W opisywanym przypadku do wnikliwej oceny jelita skłonił badającego pojedynczy, powiększony węzeł chłonny w lewym śródbrzuszu. W celu potwierdzenia obecności raka jelita grubego u chorego wykonano wirtualną i klasyczną kolonoskopię. W czasie kolonoskopii pobrano wycinki do badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność raka. Badanie ultrasonograficzne może być pomocne w diagnostyce guzów jelita grubego. W czasie badania ultrasonograficznego jamy brzusznej wskazana jest szczegółowa ocena żołądka i jelita grubego. W razie wykrycia zmian patologicznych następnym badaniem powinna być kolonoskopia lub gastroskopia.

PIŚMIENNICTWO

1. Kremer H, Dobrinski W. Diagnostyka ultrasonograficzna. Wrocław: Urban & Partner; 1996 r.
2. Ares DM, Aguirre A, Barrenechea MG, Gomez LC, Peral AP. Usefulness of ultrasonography in diagnosing patients suspect for digestive tract neoplasms. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008; 100: 545–551.
3. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: scientific review. *JAMA;* 2003 Mar 12; 289(10): 1288–96.
4. Chen SC, Yen ZS, Wang HP, Lee CC, Hsu CY, Chen WJ, Hsu CY, Lai HS, Lin FY, Chen WJ. Ultrasonography in diagnosing colorectal cancers in patients presenting with abdominal distension. *MJA* 2006; 184: 614–616.
5. Wroński M, Cebulski W, Pawłowski W, Krasnodębski I. Trudności diagnostyczne u chorych z guzem stromalnym przewodu pokarmowego. *Przeegl Gastroent.* 2006; 1(3): 115–120.
6. Mariani J P, Selta JA. Palliative ultarsound for home care hospice patients. *Acad Emerg Med.* 2010; 17: 293–296.

Ultrasonography of abdominal cavity in the diagnostics of tumours of the large intestine – Case report

■ Abstract

Ultrasonography is a noninvasive, available and cheap test. It is the first step in diagnostics of the gastrointestinal tract, including tumours of the colon. The following article presents the history of a patient admitted to the Internal Clinic because of anaemia and unexplained weight loss. In ultrasonography, thickened wall of large intestine and pathological lymphatical nodule were found. These abnormalities were verify by colonoscopy. In the histopathological examination adenocarcinoma was recognize. The aim of this article is to draw attention to the usefulness of the ultrasound test in diagnostic tumours of the colon.

■ Key words

ultrasonography, adenocarcinoma of colon