

Aleksandra Kisiel¹ [ORCID: 0000-0002-7994-1342]

Agata Wojnarowicz¹ [ORCID: 0000-0002-1772-7308]

Andrzej L. Komorowski² [ORCID: 0000-0002-5763-7921]

1. Klinika Chirurgii Ogólnej, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
2. Zakład Chirurgii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

PIERWOTNY CHŁONIAK WĄTROBY POWIKŁANY PERFORACJĄ PRZEWODU POKARMOWEGO U CHOREJ Z AKTYWNĄ INFEKcją SARS-COV-2

Autor korespondencyjny:
Agata Wojnarowicz
ul. Wysockiego 22B, 37-700 Przemyśl
e-mail: agwojnarowicz@gmail.com

Streszczenie

Pierwotny chłoniak wątroby jest rzadką chorobą nowotworową ustępującą znacznie częstotliwością występowania wtórnym zmianom w przebiegu chorób limfoproliferacyjnych. Rozpoznanie jest zazwyczaj stawiane późno z powodu braku charakterystycznych objawów. W niektórych przypadkach objawy chorób współistniejących mogą pomóc w ustaleniu rozpoznania. W artykule przedstawiono przypadek 70-letniej chorej ze świeżo rozpoznany chłoniakiem wątroby zakwalifikowanej do pilnej operacji ze względu na perforację wrzodu żołądka w przebiegu aktywnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Słowa kluczowe: pierwotny chłoniak wątroby, perforacja przewodu pokarmowego, wrzód żołądka, SARS-CoV-2

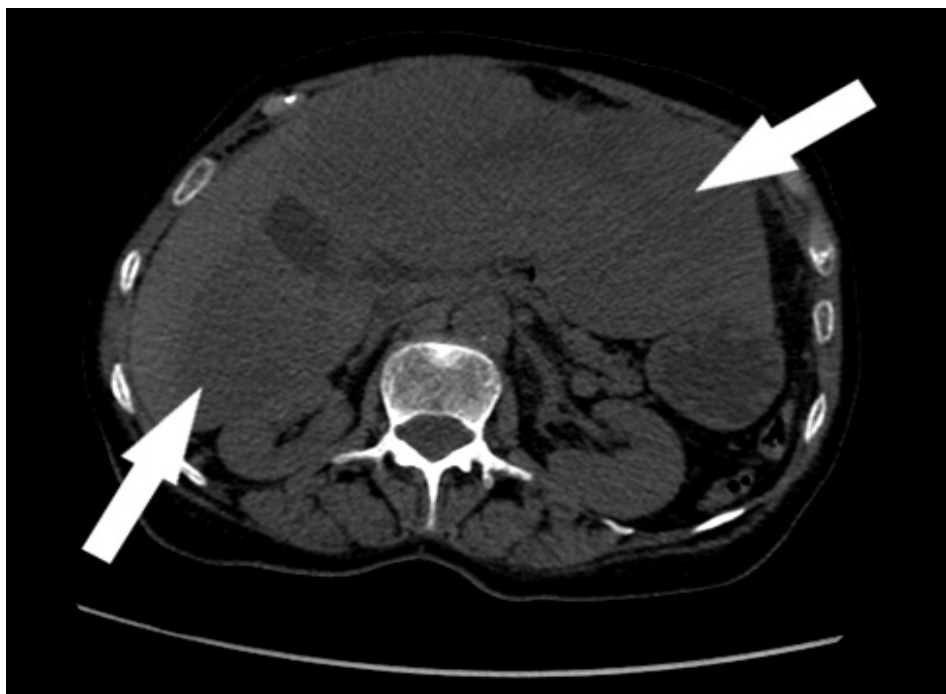
Wprowadzenie

Wątroba zwykle jest miejscem występowania zaawansowanych stadiów chorób limfoproliferacyjnych oraz zmian przerzutowych w przebiegu nowotworów złośliwych. Pierwotne chłoniaki wątroby są rozpoznawane rzadko, a długi bezobjawowy przebieg choroby powoduje, że rozpoznanie stawiane jest najczęściej późno, w momencie znacznego zaawansowania choroby. W opisywanym przypadku podczas operacji wykonanej z powodu perforacji wrzodu żołądka u chorej z aktywną infekcją SARS-CoV-2 napotkano na równocześnie występującego w wątrobie chłoniaka DLBCL (*Diffuse Large B-Cell Lymphoma* – rozlany chłoniak z dużych limfocytów B).

Opis przypadku

70-letnia pacjentka została przywieziona na SOR z powodu silnego bólu brzucha i fusowatych wymiotów występujących od 3 dni. Chora poinformowała o uczuciu dyskomfortu w prawym podżebrzu występującym od około miesiąca. Na podstawie materiału z biopsji gruboigłowej wykonanej tydzień wcześniej rozpoznano pierwotnego chłoniaka DLBCL w wątrobie. U chorej przy przyjęciu stwierdzono aktywne zakażenie wirusem SARS-Cov-2, a w badaniu fizykalnym – typowy obraz ostrego brzucha. Zlecono badania obrazowe, w których stwierdzono cechy wolnego powietrza pod przeponą, wskazujące na perforację przewodu pokarmowego. Tomografia komputerowa wykazała także znaczne powiększenie wątroby sięgającej do poziomu prawego talerza biodrowego i do śledziony. Dodatkowo w mięszu wątroby wykryto niejednorodne obszary o obniżonej gęstości, wzmacniające się po kontraście w obrębie prawego (83 x 47 mm) i lewego (170 x 87 mm) płata, odpowiadające procesowi rozrostowemu (ryc. 1).

U pacjentki przeprowadzono zabieg chirurgiczny na sali operacyjnej dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2. Śródoperacyjnie stwierdzono olbrzymią, guzową wątrobę sięgającą do poziomu talerzy biodrowych oraz dużą ilość powietrza, treści jelitowej i włóknika w otrzewnej. Dalsza kontrola wykazała perforację wrzodu trawiennego żołądka w okolicy przedodźwiernikowej na ścianie przedniej. Miejsce perforacji zaopatrzono szwami i uszypułowanym płatem sieci większej. Po operacji utrzymywał się duży drenaż płynu przesiękowego do 700 ml na dobę. Pacjentkę po 16 dniach pobytu na oddziale wypisano do domu w stanie ogólnym średnim, z pozostawionym w jamie otrzewnej drenem i skierowaniem do rozpoczęcia leczenia chłoniaka w ośrodku onkologicznym.



Rycina 1. Obraz KT z widocznymi ogniskami pierwotnego chłoniaka wątroby. Strzałką oznaczono nacieki chłoniaka DLBCL. Źródło: Klinika Chirurgii Ogólnej 2KSW w Rzeszowie.

Dyskusja

Pierwotny chłoniak wątroby to rzadki nowotwór złośliwy, stanowiący 0,016% chłoniaków niezziarnicznych i 0,4% chłoniaków pozawęzłowych. Najczęściej dotyczy mężczyzn (M:K=2: 1) w wieku od 50 do 62 lat [1]. Czynnikiem ryzyka są wcześniejsze infekcje wirusowe (HCV, HBV, EBV, HIV), choroby autoimmunologiczne, immunosupresja [2] i narażenie na substancje chemiczne [1]. Ponadto ryzyko chłoniaka narządów litych jest wyższe u biorców przeszczepów niż w populacji ogólnej [3].

Objawy kliniczne pierwotnego chłoniaka wątroby są niecharakterystyczne. U większości chorych występuje dyskomfort w jamie brzusznej spowodowany powiększeniem wątroby [4]. W opisywanym przypadku dolegliwości bólowe w obrębie prawego podżebrza były pierwszym objawem, który spowodował zgłoszenie się chorej do lekarza.

W badaniach biochemicznych krwi oceniających funkcję wątroby często obserwuje się odchylenia od normy, zwłaszcza cholestazę na skutek nacieku przez nowotwór dróg żółciowych wewnątrzwątrobowych (u około 70% pacjentów) [5]. U przedstawianej chorej w badaniach laboratoryjnych zaobserwowano

podwyższony poziom AST, ALT, GGTP i bilirubiny. Markery nowotworowe (AFP, CEA) pozostają w większości przypadków w zakresie wartości referencyjnych [6], tak jak u naszej pacjentki.

W badaniach obrazowych pierwotny chłoniak wątroby może objawiać się jako pojedyncza zmiana, zmiany mnogie lub rozlane nacieki w wątrobie. Najczęściej opisywaną postacią jest pojedyncza zmiana, która występuje u 55–60% pacjentów. [7] Rozpoznanie opiera się na wyniku badania histopatologicznego bioptatu. Badania immunofenotypowe, cytogenetyczne i molekularne pomagają w określeniu podtypu chłoniaka. Pod względem histologicznym najczęściej występuje rozlany chłoniak z dużych komórek B (DLBCL) [7]. W ocenie zaawansowania nowotworu wykorzystywane są badania obrazowe: TK lub PET-TK [1,6]. U naszej pacjentki wykonano rezonans magnetyczny jamy brzusznej w celu oceny nacieku w wątrobie oraz TK klatki piersiowej, wykluczając obecność przerzutów w płucach.

Podstawową metodą leczenia pierwotnych chłoniaków wątroby jest chemioterapia. Najczęściej stosowanym schematem leczenia jest R-CHOP (składa się z leków: rytuksymab, doksorubicyna, winkrystyna, cyklofosfamid, prednizon) [8]. Możliwe jest także stosowanie połączenia chemioterapii, zabiegu chirurgicznego i radioterapii [7], przy czym leczenie chirurgiczne jest stosowane rzadko i dopuszczalne tylko u wybranych pacjentów [3].

Pierwotne chłoniaki wątroby są nowotworami o stosunkowo dobrym rokowaniu. Odsetek przeżyć 5-letnich wynosi 69%, 10-letnich – 56%, a mediana przeżycia to ponad 13 lat [1].

Leczeniem z wyboru perforacji przewodu pokarmowego jest zabieg operacyjny. Współistnienie chłoniaka wątroby z perforacją wpłynęło w omawianym przypadku na utrzymywanie się nasilonego drenażu płynu przesiękowego po operacji. Dodatkowym obciążeniem chorych poddawanych operacjom brzuszным zwiększającym ryzyko powikłań jest aktywna infekcja SARS-CoV-2 [9]. U przedstawianej chorej operacja została przeprowadzona w warunkach sali operacyjnej dla chorych COVID-dodatnich z pełnym zabezpieczeniem personelu. W okresie okołoperacyjnym nie stwierdzono zaburzeń oddechowych typowych dla infekcji SARS-CoV-2.

Podsumowanie

Pierwotny chłoniak wątroby jest rzadką chorobą nowotworową. Współwystępowanie infekcji SARS-CoV-2 z chłoniakiem w przebiegu perforacji przewodu pokarmowego stanowi obciążenie dla chorych, którzy muszą być poddani zabiegowi operacyjnemu w trybie pilnym.

Bibliografia

1. Ugurluer G, Miller RC, Li Y, Thariat J, Ghadjar P, Schick U, Ozsahin M. *Primary hepatic lymphoma: A retrospective, multicenter rare cancer network study*. Rare Tumors. 2016; 8(3): 6502.
2. Choi WT, Gill RM. *Hepatic Lymphoma Diagnosis*. Surg Pathol Clin. 2018; 11(2): 389–402.
3. Muttillio EM, Dégot T, Canuet M, Riou M, Renaud-Picard B, Hirschi S, Guffroy B, Kessler R, Olland A, Falcoz PE, Pessaux P, Felli E. *Primary hepatic lymphoma after lung transplantation: a report of 2 cases*. Transplant Proc. 2021; 53(2): 692–695.
4. Lei KI, Chow JH, Johnson PJ. *Aggressive primary hepatic lymphoma in Chinese patients. Presentation, pathologic features, and outcome*. Cancer. 1995; 76(8): 1336–1343
5. Abe H, Kamimura K, Kawai H, Kamimura H, Domori K, Kobayashi Y, Nomoto M, Aoyagi Y. *Diagnostic imaging of hepatic lymphoma*. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2015; 39(4): 435–442.
6. Agmon-Levin N, Berger I, Shtalrid M, Schlanger H, Sthoeger ZM. *Primary hepatic lymphoma: a case report and review of the literature*. Age Ageing. 2004; 33(6): 637–460.
7. Noronha V, Shafi NQ, Obando JA, Kummar S. *Primary non-Hodgkin's lymphoma of the liver*. Crit Rev Oncol Hematol. 2005; 53(3): 199–207.
8. Laroia ST, Rastogi A, Panda D, Sarin SK. *Primary Hepatic Non-Hodgkin's Lymphoma: An Enigma Beyond the Liver, a Case Report*. World J Oncol. 2015; 6(2): 338–344.
9. Gupta R, Gupta J, Ammar H. *Impact of COVID-19 on the outcomes of gastrointestinal surgery*. Clin J Gastroenterol. 2021: 1–15, doi: 10.1007/s12328-021-01424-4.

Gastric perforation in a patient with primary hepatic lymphoma and an active SARS CoV-2 infection

Abstract

Primary hepatic lymphoma is a rare occurrence as the liver is typically the location of lymphoproliferative diseases in their advanced stages. Usually the diagnosis is made late due to the lack of characteristic symptoms, but in some cases co-existing diseases may guide us to the diagnosis. We report the case of a 70-year-old patient in whom primary hepatic lymphoma was recently diagnosed and surgery for gastric ulcer perforation had to be performed in the presence of a concurrent active SARS-CoV-2 infection.

Key words: primary hepatic lymphoma, gastrointestinal perforation, gastric ulcer, SARS-CoV-2

