

Daganatos betegek akut hasi kórképeinek sajátosságai

Zaránd Attila, ifj. Besznyák István, Mersich Tamás

PRESENTATION OF ACUTE ABDOMINAL SYMPTOMS WITH UNDERLYING MALIGNANT DISORDERS

A daganatos betegeknél előfordul, hogy megbetegedésük első jeleként akut hasi tünetekkel kerülnek orvoshoz. Ezek az esetek nem gyakoriak, ugyanakkor súlyos következménnyel járhatnak. Fontos, hogy kiemelten figyeljünk – a háttérben álló daganatos vagy egyéb betegségtől függetlenül – az akutan jelentkező kórképek felismerésére és időben kezdett kezelésére.

Az akut hasi panaszoktól szenvedő daganatos betegek leggyakrabban obstrukció, perforáció, vérzés, valamint gyulladásos tünetek miatt jelentkeznek orvosnál. Azonnali műtétet igénylő sebészi kórkép a daganatos betegek 3–5%-ánál fordul elő.

Mivel a daganatos betegek gyógyulása stádiumfüggő, fontos a malignus folyamat kellő időben történő felismerése, különböző szűrővizsgálatok bevezetése és végzése, valamint az alapbetegség, illetve a szövődmények – multidiszciplináris együttműködéssel végzett – kezelése.

Patients with different type of undiagnosed malignancy occasionally referred to emergency departments with acute disease-related symptoms as first signs of their underlying process. However, this broad spectrum of clinical signs and symptoms do not occur very often but may result in very poor outcome for these patients. It is therefore essential to establish correct diagnosis in time and provide appropriate care of patients with acute abdominal complaints. Cancer patients are frequently referred to doctor because of gastro-intestinal obstruction, perforation or bleeding and with symptoms of inflammation. In 3–5% of the cases an urgent operation is necessary.

As the cure rate of the cancer patients is largely dependent on the stage of the tumour, it is important to make relevant staging, to set up diagnosis at the earliest phase and start the appropriate therapy in due time in a multidisciplinary way.

daganatos beteg, akut hasi kórképek

cancer patient, acute abdominal symptoms

dr. Zaránd Attila (levelező szerző/correspondent), dr. ifj. Besznyák István, dr. Mersich Tamás:
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Utcai Oktató Kórház, Sebészeti és Érsebészeti Osztály/
Uzsoki Teaching Hospital, Department of Surgery and Vascular Surgery, Budapest;
1145 Budapest, Uzsoki u. 29. E-mail: attila_zarand@hotmail.com

Érkezett: 2003. november 11.

Elfogadva: 2004. március 2.

Az akut hasi tünetekkel orvoshoz kerülő betegek egy része ismertén – esetenként már kezelt – daganatban szenved, míg másik részüknél épp az akut hasi tünetek hátterének kivizsgálása során derül fény malignus folyamatra.

Viszonylag kisszámúban fordul elő akut hasi kórképet mutató daganatos beteg, de a háttérben álló elváltozások igen súlyos következménnyel járhatnak az amúgy is leromlott állapotú betegeknél, ezért kiemelt figyelmet kell szenteljünk ezeknek a betegeknél a kezelésére.

Az azonnali műtétet igénylő sebészi kórképek a daganatos betegek 3–5%-ánál fordulnak elő (1). A Mayo Klinika statisztikai adatai alapján elmondható, hogy a daganatos betegek leggyakrabban obstrukció, perforáció, vérzés, valamint gyulladásos tünetek miatt jelentkeznek orvosnál (2) (1. táblázat).

A daganatos betegeknél kialakuló akut hasi kórké-

pek megelőzése céljából fontos lenne szűrőprogramok kidolgozása és bevezetése, ezáltal a daganatos betegséget korai stádiumban diagnosztizálhatnánk; e programok során a sebészek, a házi orvosok, a belgyógyászok és az onkológusok – akik általában elsőként találkoznak ezekkel a betegekkel – szoros együttműködése szükséges.

E témával kapcsolatos közleményünk, az irodalmi adatok tükrében sebészeti osztályon dolgozó rezidensekként szerzett tapasztalatainkat is tartalmazza.

Érdekes külön csoportba sorolni azokat az akut hasi tünetekkel jelentkező betegeket, akiknek daganatos betegségére a tünetek hátterének kivizsgálása során derül fény, valamint az ismert daganatos betegeket, akik a betegség előrehaladása, daganatos áttét vagy a kezelés következményeként kialakult akut hasi tünetekkel fordulnak orvoshoz.

Akut hasi tünetekkel jelentkező betegek

Mechanikus ileus

A 2000-ben Heidelbergben készült összehasonlító tanulmány alapján daganatos betegeknél a bélelzáródás kétszer-négyszer gyakrabban fordul elő a recidív, mint a jóindulatú daganatok következtében (3) (2. táblázat).

Osztályunkon a bélelzáródás miatt felvett betegek 50%-ánál a kivizsgálás vagy kezelés során a tünetek hátterében daganatos betegségre derül fény.

Bélelzáródásra a körelőzményben szereplő adatok (például korábbi műtét) mellett a típusos tünetek utalnak: hasi fájdalom, hányinger-hányás, a széklet-szelek ürítésének hiánya. Az abdomen feletti hallgatási lelet: fokozott bélhang, loccsanás vagy néma has. A laboratóriumi vizsgálatnál a gyulladásos paraméterek is emelkedettek lehetnek. A képalkotó eljárások közül leggyakrabban natív hasi röntgenvizsgálatot végzünk; a röntgenfilmen bélnívók, gázos belek láthatók. A tünetek felismerése a magas morbiditás (44%) és mortalitás (10–24%) miatt kiemelkedő jelentőségű (4, 5).

A kezelés során rövid előkészítés után minél korábban műtétet kell végezni. A daganat elhelyezkedése, stádiuma, valamint az áttétek jelenléte határozza meg a beavatkozás módját. Osztályunkon a műtétek során legtöbbször bal oldali vastagbél-daganattal találkozunk. A stádiumnak megfelelően az egyik lehetőség az egy lépésben végzett reszekció és primer anasztomózis képzése. Szubtotális colectomia is végezhető ileocolicus vagy ileorectalis anasztomózis kialakításával.

A jobb colonefélben található daganatok esetén például jobb oldali hemicolectomia és egyidejűleg ileocolicus anasztomózis jöhet szóba.

Ritkán a vékonybélben is előfordul szűkületet okozó daganatos betegség. Ekkor a lokalizációnak megfelelően a jejunum, az ileum, az ileum és a jobb colonefél távolítható el.

Előrehaladott esetekben belső megkerülő anasztomózissal, sztomaképzéssel próbálkozhatunk.

Gastrointestinalis perforáció

A spontán kialakuló gastrointestinalis perforáció (6, 7) hátterében sokszor tumoros betegség húzódik meg. Daganat miatt kialakult gyomorperforáció a tumoros betegek kevesebb mint 10%-ánál alakul ki, a daganatos betegséget legtöbbször csupán a műtét során ismerjük fel. A vastagbelek lumenét szűkítő daganattól proximálisan a belek distensiója következtében leggyakrabban a coecumban található bélperforációt (8). Érdekességként említjük, hogy a fent említett distensio – ritkán – perforált vakbélgyulladásához is vezethet.

A betegek igen erős, szűrő jellegű, általában diffúz hasi fájdalomról panaszkodnak. Jellemző a veritékezés, a hasi distensio. Natív hasi röntgenvizsgálattal a subphreniumban egyik vagy mindkét oldalon szabad levegő ábrázolódik.

1. TÁBLÁZAT

A daganatos betegek akut ellátásának legfőbb okai a Mayo Klinika statisztikai vizsgálatának eredménye alapján (1)

| Műtéti lelet | Betegszám (fő) |
|-------------------------------|----------------|
| Bélelzáródás | 83 |
| Gastrointestinalis perforáció | 47 |
| Vérzés | 31 |
| Gyulladásos kórképek | 22 |
| Egyéb | 27 |

2. TÁBLÁZAT

A recidív daganatok és a benignus tumorok esetén előforduló bélelzáródás gyakorisága, a heidelbergi összehasonlító tanulmány eredményei szerint (3)

| Szerzők (évszám) | Ileus előfordulása daganatos betegeknél | | |
|-----------------------|---|----------------------|---------------------|
| | Betegszám | Benignus daganat (%) | Recidív daganat (%) |
| <i>Ketcham</i> (1970) | 117 | 21 (18) | 86 (73) |
| <i>Osteen</i> (1980) | 53 | 21 (40) | 32 (60) |
| <i>Walsh</i> (1984) | 53 | 17 (32) | 36 (68) |
| <i>Weiss</i> (1984) | 57 | 13 (23) | 42 (73) |
| <i>Gallick</i> (1986) | 39 | 13 (23) | 26 (67) |
| <i>Butler</i> (1991) | 37 | 12 (32) | 25 (68) |
| <i>Tang</i> (1995) | 43 | 33 (73) | 33 (73) |

A szabad levegő jelenléte a hasüregben azonnali műtéti indikációt jelent az akut sebészeti ellátásban. Osztályunkon leggyakrabban gyomorperforációval találkozunk. Az esetek többségében öltéssel zárjuk és cseplezfolttal fedjük a perforációs nyílást, ritkán szubtotális gyomorreszekciót végzünk (9). Előrehaladott daganat esetén totális gastrectomia vagy bypassképzés lehetősége is felmerül.

A vékonybél daganat miatti perforációja igen ritka. A műtét során legtöbbször lehetséges reszekció, primer anasztomózis képzése. A vastagbél-műtétek során a stádiumnak megfelelően reszekció és primer anasztomózis, a bal oldali colonefél esetében sok esetben a kialakult peritonitis miatt Hartmann-műtét, vagy más lehetőség hiányában végleges sztoma felhelyezése jön szóba (6).

Noha perforáció esetén az elsődleges műtétre kényszerítő tényező a kialakult peritonitis, sokszor már csak palliatív jellegű beavatkozás végezhető.

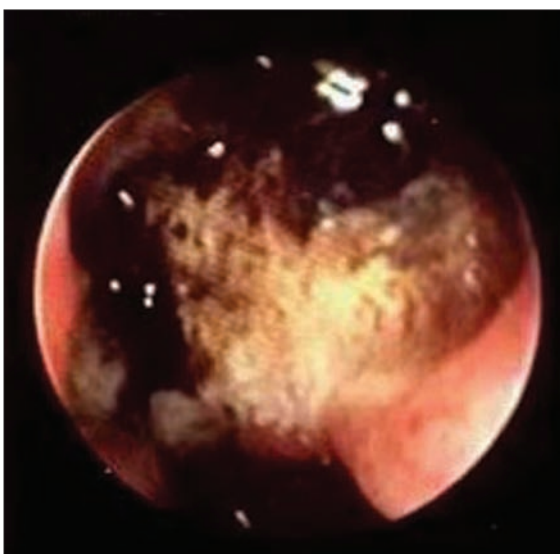
Akut gastrointestinalis vérzés

A daganatos betegeknél – kisszámban – tápcsatornavérzés is okozhat akut klinikai képet. Nagyobb összefoglaló tanulmányok szerint kórokként mindenekelőtt a tumor necrosis szerepel (10, 11) (1. ábra).

A betegek legtöbbször rövid idő alatt kialakuló hasi fájdalomról, szédülésről, gyengeségről panaszkodnak,

1. ÁBRA

Endoszkópvizsgálati kép: széteső, vérző tumormassza.



esetleg említést tesznek régóta tartó testsúlycsökkenésről, étvágytalanságról. Előfordul vérhányás, véres vagy szurokszeklet. Vizsgálattal sápadt bőrszín, szapora pulzust, súlyosabb esetekben hideg, nyirkos bőrt, nyugtalanságot, légszomjat észlelünk.

A vérzések ellátása során törekednünk kell a stabil hemodinamikai állapot biztosítására. Elsősorban a coagulopathia rendezése szükséges, célzottan a hiány – vörsvértest, friss fagyasztott plazma, alvadási faktorok – pótlása. Fontos a megfelelő volumenpótlás (krisztalloid-, kolloidoldattal). Sokat segít a diagnózis felállításában – és olykor a kezelésben is – az urgens endoszkópia. Endoszkóppal végezhető például koaguláció, lézeres koaguláció, infiltráció. A

vérzés pontos lokalizációjának megállapításában hasznos segítségként szolgálhat az angiográfia is. A masszív vérzés – bár kevés helyen végzik – embolisációval is megszüntethetjük. Mindezek eredménytelensége esetén szükségessé válhat a sebészeti beavatkozás, ennek során szóba jöhet az erek alálátása, az adott bélszakasz reszekciója,

olykor gyomorvérzések esetén szubtotális gastrectomia. Igen fontos az időfaktor kérdése, mert a túl későn felállított sebészi indikáció miatt a beteg a műtét szempontjából (is) igen nagy kockázatú csoportba kerülhet.

Ismerten daganatos betegek

A tudottan daganatos betegségben szenvedők leggyakrabban a betegség előrehaladása, az áttétek okozta panaszok, valamint a kezelés mellékhatásai miatt fordulnak orvoshoz.

A tumor lokális növekedése esetén szintén kialakulhat bélelzáródás, perforáció, vérzés. Ezek akut kezelése során a vitális paraméterek – keringés, légzés – stabilan tartása mellett általában már csak palliatív beavatkozás lehetséges (gyomorreszekció, megkerülő anasztomózis kialakítása, sztomaképzés). Osztályunkon legtöbb esetben ilyen betegekkel találkozunk.

Metasztázisok szintén okozhatnak bélelzáródást, perforációt, vérzést. A kezelés során elsődleges cél az áttétek eltávolítása, a tünetek mérséklése.

Az alkalmazott kezelés mellékhatásaként előfordulhat irradiáció által okozott perforáció, ileus (12). A fájdalomcsillapításra adott narkotikumok, valamint a szteroidok hatására csökkennek a gyulladásos tünetek, tünetszegény perforáció, pszeudoobstrukció keletkezhet (13). A belek – kemoterápiás kezelés következményeként létrejövő – necrosis szintén vezethet perforációhoz (14). A kezelés során az előző részben említett műtéti megoldások lehetségesek.

Nagyobb összefoglaló tanulmányok szerint a gastrointestinalis vérzés hátterében kórokként mindenekelőtt gastritis, pepticus fekély, stresszulus és tumornecrosis szerepelnek (10, 11, 15–17) (1. ábra).

Akut kórképek formájában – a daganatos betegek rendszerint rossz egészségi állapota és az elégtelen fehérjebevitel miatt gyengült immunrendszerük következményeként – igen elenyésző számban gyulladásos tünetek is jelentkezhetnek. Osztályunkon a daganatos betegeknek leggyakrabban perianalis, perirectalis infekciók, valamint posztoperatív gennyedések, sipolyok fordulnak elő. Az irodalmi adatok alapján például az appendicitis 0,2–2%-ban tumoros betegség következtében alakul ki (18), de előfordulhat 0,1%-ban pancreatitis (19) és neutropenias enterocolitis (20). A klinikai kép és a laboratóriumi paraméterek monitorozása jelentős támogatást nyújt a gyulladásos kórállapotok felismeréséhez. Ezekben az esetekben mindenekelőtt az olykor életveszélyes állapotot okozó gyulladás hátterében rejlő folyamatot kell megszüntetnünk, és ezt követően megfelelő előkészítés után a daganat stádiumtól függő eltávolítása, megkerülő anasztomózis képzése, sztoma kialakítása jön szóba.

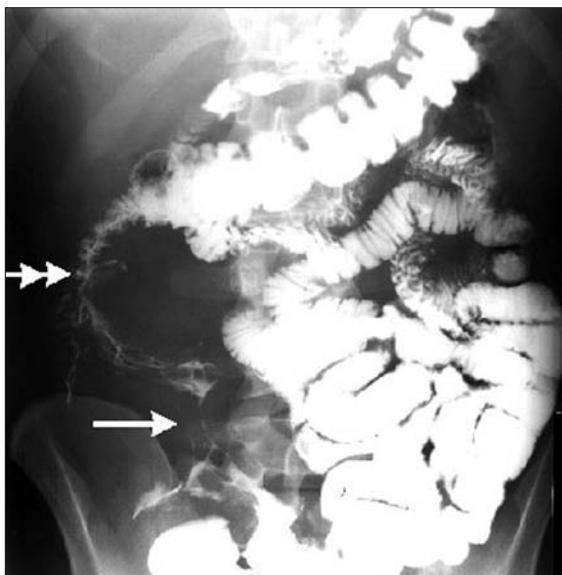
Esetismertetés

Az 53 éves férfi beteget két napja fokozódó, az ileocecalis területre lokalizálódó, görcsös hasi fájdalom miatt, akutan vettük fel sebészeti osztályunkra. A coecumtájékon fizikális vizsgálattal körülbelül 10 cm átmérőjű, spontán és nyomásra kifejezetten fájdalmas rezisztenciát tapintottunk. A fehérvérsejtszám 15 G/l volt. Rövid előkészítést követően thrombosis- és antibiotikum-profilaxisban – kis molekulatömegű heparin és metronidazol adása mellett – sürgősséggel elvégzendő műtétet indikáltunk. A műtét során periappendicularis abscessust találtunk; oncotomiát végeztünk, drenázssal kiegészítve. A beteg kezdetben szövődmenymentesen és gyorsan gyógyult. Mivel nem tudtuk kielégítően rendezni a passzázst, illetve a beteg hasi fáj-

Banálisnak tűnő sebészi kórkép hátterében is állhat daganatos betegség.

2. ÁBRA

Irrigoszkópiával igazolt tumor képe a coecum-colon ascendens határon. Az egyszeres nyíl az ileocoecalis szája-dékra, a kettős nyíl a tumor felső végére mutat



dalma és a hasi distensio nem csökkent, a panaszok háttérben gastrointestinalis tumor gyanúja merült fel. Irrigoszkópia és kolonoszkópia végzését javasoltuk: a coecum-colon ascendens határon stenotizáló adenocarcinoma igazolódott (2. ábra). A második műtét során eltávolítottuk a jobb oldali colonfelet (hemicolecotomia dextra), ezzel a beteg gyógyulását tudtuk elérni.

Ebből az esetből is kitűnik, hogy banálisnak tűnő sebészi kórkép háttérben is állhat daganatos betegség, s azt éppen az akut hasi kórkép háttérének kivizsgálása vagy kezelése során ismerjük fel.

IRODALOM

- Swenson KK, Rose MA, Ritz L, Murray CL, Adlis SA. Recognition and evaluation of oncology-related symptoms in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1995;26(1):12-7.
- Turnbull ADM. Surgical emergencies in the cancer patients. *Chicago: Year Book Medical*; 1997.
- Norton JA, Bollinger RR, et al. Surgery. Basic Science and Clinical Evidence. *Berlin: Springer Verlag*; 2000.
- Andriushchenko VP, Makar DA, Nakonechnyi RB. Treatment of patients with malignant tumours of organs in the pancreaticobiliary zone complicated by the development of emergency situations. *Klin Khir* 1989;5:38-40.
- Gebhardt C, Schultheis KH, Ott R. Differential surgical treatment of ileus of the large intestine. *Zentralbl Chir* 1990;115(2):77-88.
- Smothers L, Hynan L, Fleming J, Turnage R, Simmang C, Anthony L. Emergency surgery for colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 2003;46(1):24-30.
- Yokota T, Yamada Y, Murakami Y, Yasuda M, Kunii Y, Yamauchi N, et al. Abdominal crisis caused by perforation of ileal lymphoma. *Am J Emerg Med* 2002;20(2):136-7.
- Chen HS, Sheen-Chen SM. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends. *Surgery* 2000;127(4):370-6.
- Kasakura Y, Ajani JA, Mochizuki F, Morishita Y, Fujii M, Takayama T. Outcomes after emergency surgery for gastric perforation or severe bleeding in patients with gastric cancer. *J Surg Oncol* 2002;80(4):181-5.
- Schnoll-Sussman F, Kurtz RC. Gastrointestinal emergencies in the critically ill cancer patient. *Semin Oncol* 2000;27(3):270-83.
- Shivshanker K, Chu DZ, Stroehlein JR, Nelson RS. Gastrointestinal hemorrhage in the cancer patient. *Gastrointest Endosc* 1983;29(4):273-5.
- Bosset JF, Meneveau N, Pavy JJ. Late intestinal complications of adjuvant radiotherapy of rectal cancers. *Cancer Radiother* 1997;1(6):770-4.
- Pandey M, Mathew A, Geetha N, Sebastian P, Ahamed IM, Nair MK. Acute abdomen in patients receiving chemotherapy. *Indian J Cancer* 2001;38(2-4):68-71.
- Murthy BV, Ion F, Winstanley JR. Intestinal pseudo-obstruction associated with oral morphine. *Eur J Anaesthesiol* 1998;15(3):370-1.
- Kemeny N, Daly J, Reichman B, Geller N, Botet J, Oderman P. Intrahepatic or systemic infusion of fluorodeoxyuridine in patients with liver metastases from colorectal carcinoma. A randomised trial. *Ann Intern Med* 1987;107(4):459-65.
- Flobert C, Cellier C, Landi B, Berger A, Durdax C, Palazzo L, et al. Severe hemorrhagic gastritis of radiation origin. *Gastroenterol Clin Biol* 1998;22(2):232-4.
- Chait MM, Turnbull AD, Winawer SJ. Risk factors and mortality in patients with cancer and hemorrhage from stress ulcer. *Am J Gastroenterol* 1979;72(3):227-33.
- Peck JJ. Management of carcinoma discovered unexpectedly at operation for acute appendicitis. *Am J Surg* 1988;155(5):683-5.
- Karitzky D. Acute pancreatitis as an initial manifestation of hypercalcemia in primary hyperparathyroidism in childhood. *Monatsschr Kinderheilkd* 1989;137(4):225-7.
- Kronawitter U, Kemeny NE, Blumgart L. Neutropenic enterocolitis in a patient with colorectal carcinoma: unusual course after treatment with 5-fluorouracil and leucovorin – a case report. *Cancer* 1997;80(4):656-660.

Következtetés

Az orvoshoz forduló betegek akut hasi katasztrófáinak azonnali helyes megítélése, diagnózisa és kezelése mind a mai napig az egyik legnagyobb kihívás a sebészetben. A klinikai megjelenési formákat színezi a daganat fajtája, ezenfelül a kezelések, illetve azok szövődményei. Ezek a betegek még enyhébb (szubakut) tünetek esetén is fokozott figyelmet igényelnek, indokoltá válhat az ismételt konzultáció is, amelyben a sebészen kívül a társszakmák képviselőinek is részt kell venniük. Ma-napság agresszívan és eredményesebben kezelik a daganatos betegeket, ennek hatására várhatóan növekszik az akut hasi kórképek előfordulása. Nehézzé válhat a differenciáldiagnosztika, ezért indokoltak a nem invazív vizsgálatok. Minden betegnél – de daganatos alapbetegség esetén különösen – kötelező a rectalis digitális vizsgálat; annak révén nem csupán a rectumtáji daganatról, hanem tápcsatornai vérzésről, a Douglas-üreg érzékenységről is információt kaphatunk.

A sebészetben sajátos megítélést igényel a csecsemők, a terhes nők és az idősek tüneteinek értelmezése, mivel a válaszreakcióik jelentősen eltérnek az átlagpopulációba tartozó betegektől. Emellett egyre inkább mérlegelendő, hogy a tumoros betegek is külön sebészeti entitásnak tekintendők, mivel immunrendszerük – az alkalmazott terápia következtében – gyengült, tápláltsági állapotuk rossz, ennek megfelelően a szervezet válaszreakciója is más. Nyomatékosan hangsúlyozni kell, hogy a daganatos betegek gyógyulása stádiumfüggő, tehát fontos a betegség kellő időben történő felismerése hatékony szűrővizsgálatok segítségével.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak prof. dr. Jakab Ferencnek a dolgozat elkészítéséhez nyújtott segítségért, az ábrák közléséhez adott támogatásért.