

Wojewódzki Szpital Onkologiczny w Lublinie
dyrektor: dr med. Mieczysław Kwiatkowski

Mieczysław KWIATKOWSKI

Тлuszczako-миэсак заотрzewny okolicy nerkowej

Забрюшинная липосаркома почечной области

Retroperitoneal Liposarcoma in the Vicinity of the Kidney

Łagodne i złośliwe guzy zaotrzewne jamy brzusznej, pochodzące z tkanki tłuszczowej są zwykle omawiane wspólnie, ponieważ postępowanie lecznicze w obu typach tych guzów jest podobne. Umiejscowienie guzów pochodzących z tkanki tłuszczowej w okolicy okołonerkowej jest dość częste według danych piśmienniczych. W 350 przypadkach guzów pozaotrzewnych wychodzących z tkanki tłuszczowej, $\frac{1}{3}$ z nich dotyczyła okolicy okołonerkowej. Nowotwory tej okolicy są częściej złośliwe niż nowotwory pochodzące z tej samej tkanki, ale o innym umiejscowieniu. Na 19 przypadków operowanych guzów pozaotrzewnych tkanki tłuszczowej w Memorial Hospital, w 17 z nich badanie histopatologiczne wykazało utkanie złośliwe (3). Występowanie tych guzów u kobiet jest trzykrotnie częstsze niż u mężczyzn i najczęściej spotyka się je pomiędzy 40 a 50 rokiem życia.

Rozrastający się guz okolicy nerkowej zwykle nie daje żadnych dolegliwości a jedynym powodem zgłoszenia się chorego do lekarza jest niepokój z powodu powiększenia się wymiarów brzucha. Objawy uciskowe ze strony narządów jamy brzusznej występują wówczas, kiedy guz osiąga duże rozmiary, jednak w dalszym ciągu może być brak bólów. Wzrost guza jest zwykle powolny czasem jednak może osiągnąć duże rozmiary w ciągu kilku miesięcy. W przypadku podanym przez Delamatera w r. 1859 u 36-letniego mężczyzny ciężar tłuszczaka pozaotrzewnego wynosi około 100 kg i dwukrotnie przewyższał wagę chorego (1). Stwierdzenie guza pozaotrzewnego, szczególnie u tęgich osób, może nastęrczać duże trudności i jako jeden z objawów może wystąpić obrzęk kończyny dolnej, będący wynikiem ucisku na naczynia krwionośne. Badanie rentgenowskie układu moczowego pomaga w ustaleniu rozpoznania.

Tłuszczako-миэсaki zaotrzewne leczy się przede wszystkim chirurgicznie, dążąc do całkowitego ich usunięcia. Niektóre formy histologiczne tych guzów jak np. *embryonal myxoliposarcoma* wykazują pewną promienioczułość (3). W przypadkach takich przeprowadzenie leczenia promieniami pozwala na dokonanie zabiegu operacyjnego, który poprzednio był niewykonalny. Śmiertelność pooperacyjna jest

dość duża i wynosi ok. 25%. Przeżycia pięcioletnie bez wznowy wynoszą ok. 20%. W zestawieniu Ackermana i Regato na 17 operowanych, którzy przeżyli zabieg operacyjny tylko 2 chorych bez wznowy i przerzutów żyło przez 5 lat. Nawroty po operacji są dość częste i wynoszą około 70%. Późne nawroty są raczej rzadkie stąd też 5-letni okres przeżycia bez nawrotu należy uważać za wyleczenie.



Ryc. 1. Guz pozaotrzewnowy — preparat pooperacyjny
Retroperitoneal tumour after surgical treatment

Chora M. F. lat 58 (nr 396/62) została skierowana do Szpitala Onkologicznego w Lublinie po 6-tygodniowym pobycie na oddziale ginekologicznym z rozpoznaniem *tumores abdominales*. Kilkakrotnie wykonywane nakłucia jamy brzusznej nie wykazały obecności płynu. W wywiadzie podała, że przed 6 miesiącami zauważyła powiększenie się wymiarów brzucha oraz ogólny spadek siły. Badaniem przedmiotowym stwierdzono brzuch wysklepiony ponad poziom klatki piersiowej, skóra napięta z licznymi rozstępami skórnymi. Ciastowaty obrzęk obu kończyn dolnych przy braku obrzęku okolicy łądźwiowej. Duży obrzęk warg sromowych większych. Obmacywaniem wyczuwa się olbrzymi guz, dość gładki, elastyczny, wypełniający całą jamę brzuszną. W okolicy rękoności mostka widoczny drugi guz o wymiarach 20×10 cm, nie budzący wątpliwości co do rozpoznania tłuszczaka. Guz ten, jak podaje chora, istnieje około 8 lat, powoli powiększa się i nie sprawia dolegliwości. Stwierdzenie tego nasunęło nam przypuszczenie rozpoznania również drugiego tłuszczaka w jamie brzusznej. Z badań pomocniczych, poza anemią niewielkiego stopnia, inne badania w normie. Po przygotowaniu chorej do zabiegu operacyjnego otwarto jamę brzuszną z cięcia środkowego od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego i stwierdzono guz o konsystencji tłuszczaka, wychodzący z przestrzeni zaotrzewnej, obejmujący nerkę prawą i wypełniający całą jamę brzuszną. Guz usunięto w całości wraz z nerką. W przestrzeni zaotrzewnej pozostawiono dreny, które podłączono do pompy wodnej. Po 3 tygodniach chora opuściła szpital

z doraźnie wyleczoną raną pooperacyjną .Waga guza 13,60 kg (ryc. 1).
Badanie hist. pat. guza: *lipo-myxoma sarcomatodes. Malignitas localis*
(differentiated liposarcoma Stoud.) *Ren pyelonephritis.*



Ryc. 2. Tłuszczak okolicy mostkowej u tej samej chorej
Lipoma in the area of the sternum in the same patient

Po 9 miesiącach chora zgłosiła się z prośbą o usunięcie jej guza okolicy mostka (ryc. 2). Dolegliwości nie zgłasza, czuje się dobrze. Guz usunięto. Badanie hist. pat. guza: *lipoma*. Podczas okresowych kontroli chora nie zgłasza dolegliwości, pracuje na roli, badania pomocnicze w normie. Ostatnie badanie po 3 latach od operacji nie wykazało nawrotu guza.

Przypadek powyższy przedstawiam z dwóch powodów.

1. Stwierdzenie tłuszczaków podskórnych przy istniejącym guzie w jamie brzusznej winno być brane pod uwagę w rozpoznaniu guza jamy brzusznej. W dostępnej mi literaturze nie znalazłem doniesienia o jednoczesnym występowaniu guzów tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej i w tkance podskórnej. Wielu natomiast autorów podkreśla pojedyncze występowanie guzów jamy brzusznej, bez istniejących guzów tkanki podskórnej.

2. Istniejąca dyskusja na temat powstawania tłuszczako-mięsaków doprowadziła do sformułowania dwóch teorii: a) w tłuszczaku istnieją drzemiące komórki złośliwe, które w pewnym okresie rozrastają się i dominują w obrazie histologicznym i klinicznym, b) metaplastja komórkowa długo istniejącego tłuszczaka w złośliwą formę tłuszczako-mięsaka.

Być może, moje spostrzeżenia oparte na przedstawionym przypadku, mogą być przyczynkiem do rozważań słuszności podanych teorii. Osobiste przeświadczenie skłania mnie do przyłączenia się do zwolenników drugiej teorii.

PIŚMIENNICTWO

1. Ackerman del Regato: Cancer. Saint Louis, Mosby, 1962.
2. Nahodil V.: Rozhl. hirurg. 41, 91—97, 1962.
3. Murray R., Stout R.: Am. J. Path., 751, 19, 1943.
4. Pack, Ariel J.: Tumor of the Soft Somatic Tissues, A. Hoeber, New York 1958, ss. 343—382.
5. W a r z y ń s k i E. i inni: Pol. Tyg. Lek., 17, 1641—1643, 1962.

Pracę otrzymano 12 IV 1965.

Р Е З Ю М Е

Автор, рассматривая забрюшинные опухоли, происходящие из жировой ткани, приходит к заключению, что обнаруживание подкожных липом при существующей опухоли в брюшной полости помогает установить распознавание тканевого типа опухоли брюшной полости. По мнению автора, злокачественные формы опухолей, выходящих из жировой забрюшинной ткани, возникают вследствие клеточной метаплазмы долго существующей липомы.

SUMMARY

Discussing retroperitoneal adipose tumours, the author concludes that the detection of subcutaneous lipomae concurrent with a tumour in the abdominal cavity helps to estimate the type of the adipose tumour of the abdominal cavity.

The author is of the opinion that malignant, retroperitoneal adipose tumours develop as a result of cellular metaplasia of a long-existing lipoma.

