

Metastasi del colon da tumore primitivo del polmone

Caso clinico



Ann. Ital. Chir., 2011 82: 229-232

Andrea Pisani Ceretti, Gloria Goi, Matteo Barabino, Enrico De Nicola, Daniela Strada, Gabriele Bislenghi, Enrico Opocher

Department of General Surgery II, Hospital San Paolo, University of Milan, Milan, Italy

Colonic metastasis from primary carcinoma of the lung. Case report

Lung cancer is the most common cause of cancer-related death in both men and women in Western countries. About one-half of patients with lung cancer have metastatic disease at the time of initial diagnosis. Metastasis to the gastrointestinal tract from primary lung cancer has rarely been described. The most common metastatic site is the small bowel whereas large bowel secondary lesions are very rare. The majority of patients are referred to a surgeon only after the intestinal secondary lesion becomes symptomatic posing a threat to the patient's life. Although the outcome is still unfavourable, the development of chemotherapy and of surgical techniques allows aggressive treatment when facing a single intestinal metastasis from lung cancer.

We report on a case of a patient who came to our observation for a neoplastic stenosis of the descending colon with a single liver secondarism. Histology proved both lesions to be metastases of primitive adenocarcinoma of the lung.

KEY WORDS: Colonic metastasis, Gastrointestinal metastasis, Lung cancer

Introduzione

Il tumore del polmone metastatizza principalmente a livello dei linfonodi mediastinici, del polmone omo o controlaterale, del fegato, delle ghiandole surrenali, del cervello e delle ossa¹. Rare sono invece le metastasi a carico del tratto gastroenterico. In questi casi i sintomi più comuni sono l'occlusione intestinale, il sanguinamento e la perforazione². Le complicanze delle metastasi intestinali da cancro del polmone sono associate a un'elevata mortalità e a una prognosi sfavorevole³. La sede intestinale dove più facilmente metastatizza la neoplasia polmonare è il piccolo intestino, mentre sporadica è la localizzazione colica⁴. Fino all'anno 2000 erano

riportati in letteratura solo 11 casi di metastasi sintomatica del colon da neoplasia primitiva del polmone, di qualsiasi tipo essa fosse⁵.

In questo articolo presentiamo il caso di un paziente giunto alla nostra osservazione per una stenosi neoplastica del colon sinistro con un secondarismo epatico, successivamente risultate entrambe le lesioni trattarsi di metastasi da adenocarcinoma primitivo del polmone.

Case report

Un uomo di 75 anni è giunto alla nostra osservazione per un quadro di subocclusione intestinale. Il paziente, ex-fumatore da circa venti anni, riferiva all'anamnesi ipertensione arteriosa in terapia medica e familiarità positiva per neoplasia colica. Gli esami ematochimici all'ingresso sono risultati nei limiti di norma, ad eccezione di un marcatore tumorale (CEA: 126,6 ng/ml). Durante il ricovero un'ecografia dell'addome ha documentato la presenza di una lesione focale a livello del lobo epatico sinistro, sospetta per secondarismo. In considerazione del quadro clinico di subocclusione intestinale abbiamo ese-

Pervenuto in Redazione: Settembre 2010. Accettato per la pubblicazione Dicembre 2010

Correspondence to: Andrea Pisani Ceretti, "San Paolo" Hospital, Department of General Surgery II, via Di Rudinì 8, 20142 Milan (Italy) (E-mail: andrea.pisaniceretti@fastwebnet.it)

guito una colonscopia che ha evidenziato, a circa 60 cm dalla rima anale, un'eteroformazione stenotomica, le cui biopsie hanno rivelato trattarsi di un adenocarcinoma scarsamente differenziato. La stadiazione della malattia neoplastica è stata completata dall'esecuzione di una TC torace e addome con m.d.c. che, oltre a confermare la lesione focale epatica al 2 segmento, di circa 5 x 4 cm di diametro, sospetta per secondarismo ed infiltrante un ramo subsegmentario della vena sovraepatica sinistra, ha evidenziato a livello toracico, una lesione focale parzialmente necrotica di sospetta natura primitiva, del diametro di 7 x 2 cm, situata in corrispondenza dei segmenti apicale e dorsale del lobo superiore del polmone sinistro, infiltrante la pleura ed associata a plurimi linfonodi ilari bilateralmente. Una successiva broncoscopia è risultata negativa per lesioni intraluminali.

In considerazione della sintomaticità della neoplasia colica e della presenza di una metastasi epatica secondaria in prima ipotesi alla lesione colica, nonostante il riscontro di un sospetto tumore polmonare consensuale, si è deciso in accordo con i colleghi oncologi e i chirurghi toracici, di trattare dapprima la neoformazione substenotomica del colon e il secondarismo epatico in un unico tempo e di rinviare ad un secondo tempo il trattamento della lesione polmonare. Alla laparotomia esplorativa è stata confermata la nota neoplasia del terzo medio del colon discendente senza evidenza di carcinosi peritoneale. L'ecografia intraoperatoria ha, inoltre, confermato la presenza di un'unica lesione epatica di circa 5 cm di diametro in corrispondenza del 2 segmento. Si è proceduto, pertanto, ad eseguire una emicolectomia sinistra alta associata ad una lobectomia epatica sinistra. L'esame istologico ha documentato una localizzazione colica transmurale di adenocarcinoma scarsamente differenziato di origine polmonare; tutti i 26 linfonodi periviscerali sono risultati infiltrati dalla malattia neoplastica; anche la lesione epatica è risultata una metastasi da adenocarcinoma polmonare scarsamente differenziato.

Il decorso post-operatorio si è svolto regolarmente con graduale ripresa della canalizzazione intestinale e dell'alimentazione orale. Il paziente è stato dimesso in XI giornata, con un programma di chemioterapia neoadiuvante per la neoplasia polmonare, previa sua biopsia percutanea TC guidata. Un mese dopo la dimissione si è verificato un episodio di tamponamento cardiaco sostenuto dalla neoplasia polmonare, per il quale il paziente è stato sottoposto a pericardiocentesi. La ricerca di cellule tumorali sul liquido drenato è risultata positiva per adenocarcinoma polmonare.

Attualmente il paziente, a 3 mesi dall'intervento chirurgico, è in discrete condizioni generali ed è in attesa di iniziare il trattamento chemioterapico.

Discussione

Le metastasi gastrointestinali da tumore del polmone sono considerate rare. Si riscontrano in circa l'1,7% dei

casi, sebbene la loro prevalenza al tavolo operatorio sia compresa tra il 4,7% al 14%⁶. Questa discordanza tra clinica e studi post-mortem può essere attribuita al fatto che le metastasi al tubo gastro-enterico da neoplasie polmonari molto raramente sono sintomatiche⁷. Altri studi autoptici hanno confermato questa ipotesi, dimostrando che solo lo 0,4-0,5% delle metastasi gastro-enteriche da tumore polmonare sviluppano segni o sintomi, quali calo ponderale, anemia, dolore addominale, nausea e vomito. Molto più frequentemente questo tipo di metastasi si manifesta con una complicità, quale la perforazione, l'emorragia e l'occlusione⁷. Il quadro clinico più comune nel caso di localizzazione secondaria all'intestino tenue è la perforazione, a volte spontanea a volte indotta dalla chemioterapia sul tumore primitivo, che determina dapprima necrosi della metastasi intestinale e successivamente la sua perforazione⁹. Più caratteristico della localizzazione colica è, invece, il quadro di occlusione intestinale¹⁰, benché in letteratura siano stati descritti anche tipici casi di secondarismo colico del tutto simili ad un quadro di appendicite acuta¹¹. Per quanto riguarda la sede, tra le metastasi gastro-enteriche quelle al piccolo intestino sono le più comuni, con una prevalenza maggiore a livello del digiuno¹²⁻¹³. Le metastasi coliche sono, invece, molto rare e generalmente a carico del cieco e del colon ascendente, a differenza di quanto descritto nel caso da noi riportato, in cui la lesione colica si è verificata a sinistra. Del tutto inesistenti sono, invece, le metastasi al retto, anche se è stato descritto in letteratura un unico caso di metastasi anale da adenocarcinoma polmonare¹⁴. Il tipo istologico di neoplasia polmonare che più comunemente metastatizza all'intestino è il carcinoma squamocellulare¹⁵, benché Stenbygaard e Sorensen abbiano segnalato nel loro studio una maggior frequenza alla metastatizzazione intestinale da parte dell'adenocarcinoma polmonare¹⁶. Diversi studi hanno dimostrato che i pazienti che presentano una metastasi intestinale da neoplasia polmonare, solitamente presentano già una lesione sostitutiva a carico di un altro organo addominale come il fegato, il surrene, il rene o i linfonodi¹⁷, evenienza peraltro confermata anche dal nostro caso, in cui il paziente presentava, oltre alla metastasi colica, anche un secondarismo epatico. Rarissimi in letteratura sono, invece, i casi di metastasi colica unica e sintomatica, ma non complicata⁵. In realtà il caso da noi descritto riguarda un paziente con una sintomatologia iniziale tipica per subocclusione intestinale secondaria ad una lesione stenotomica del colon sinistro, interpretata preoperatoriamente come un adenocarcinoma colico complicato da una metastasi sincrona al fegato e da una concomitante lesione primitiva del polmone. Si è, pertanto, deciso di trattare dapprima e in un unico tempo la stenosi colica e la metastasi epatica, rinviando ad un secondo tempo il trattamento del tumore polmonare primitivo. Solo successivamente, con il referto dell'esame istologico definitivo, si è potuto definire sia la lesio-

ne colica che quella epatica come metastasi da adenocarcinoma polmonare.

In letteratura ancor oggi è aperto il dibattito sulla gestione terapeutica di una lesione primitiva del polmone e delle sue metastasi intestinali. Alcuni autori consigliano un trattamento medico conservativo in considerazione della pessima prognosi, altri raccomandano una terapia chirurgica aggressiva¹⁸⁻¹⁹. Ma qual è il corretto timing? Deve essere trattata prima la lesione polmonare o quella intestinale? A causa della rarità di neoplasie polmonari che metastatizzano al tratto gastroenterico, non esistono studi scientifici in grado di determinare linee guida di trattamento. Numerosi lavori hanno dimostrato che il tumore polmonare con metastasi intestinali ha una prognosi sfavorevole, minore delle sedici settimane, ma che la sopravvivenza può essere aumentata di circa 6 mesi con la chemioterapia²⁰⁻²¹. Nonostante la prognosi sia infausta, per i pazienti con tumore polmonare metastatizzato all'intestino, un intervento d'urgenza sulla complicanza della localizzazione intestinale è ovviamente una scelta obbligata²². Diverso è invece l'atteggiamento nel caso in cui la diagnosi di singola metastasi intestinale venga posta prima della comparsa delle complicanze. Alcune casistiche riportano che nei pazienti in cui viene trattata la sola metastasi intestinale la sopravvivenza a distanza del tumore primitivo polmonare torna sovrapponibile a quella dei pazienti con una lesione primitiva del polmone non metastatica^{23,12}. Ciò significa che i pazienti con un secondarismo intestinale unico da tumore polmonare devono essere sottoposti a terapia chirurgica⁵. Recentemente è stato, inoltre, documentato che la sopravvivenza può essere aumentata sottoponendo il paziente ad un trattamento chirurgico aggressivo sia della lesione primitiva del polmone che delle metastasi intestinali²⁴.

In conclusione le metastasi intestinali, specie quelle coliche, da tumore polmonare sono rare, anche se la loro incidenza al tavolo autoptico non è trascurabile. La maggior parte dei pazienti giunge all'osservazione del chirurgo solo quando i secondarismi intestinali causano delle complicanze che minano la vita del paziente stesso. Benché la prognosi sia ancora sfavorevole, lo sviluppo della chemioterapia e delle tecniche chirurgiche consente, solo per le metastasi intestinali singole, un trattamento aggressivo.

Riassunto

Il tumore del polmone è la più frequente causa di morte cancro-correlata sia nell'uomo che nella donna nei paesi occidentali. Circa la metà dei pazienti si presentano con una malattia metastatica al momento della diagnosi iniziale. Le metastasi del tumore primitivo polmonare al tratto gastroenterico sono state descritte molto raramente. Le sedi più comuni di queste rare metastasi è il piccolo intestino, mentre le lesioni secondarie del colon

sono eccezionali. Generalmente la maggior parte di questi pazienti giunge all'osservazione del chirurgo solo dopo che le lesioni secondarie dell'intestino sono diventate sintomatiche, esponendo il malato a un concreto pericolo di vita. Sebbene l'esito finale sia spesso sfavorevole, il recente sviluppo di nuovi farmaci chemioterapici e di sofisticate tecniche chirurgiche permette un trattamento aggressivo, almeno nei casi in cui la metastasi intestinale da tumore polmonare sia singola.

In questo lavoro presentiamo il caso di un paziente giunto alla nostra osservazione per una stenosi neoplastica del colon discendente con un secondarismo epatico unico. L'esame istologico di entrambe le lesioni ha rivelato trattarsi di un adenocarcinoma primitivo del polmone.

References

- 1) Stenbygard LE, Sorensen JB, Larsen H, Dombernowsky P: *Metastatic pattern in non-resectable non-small cell lung cancer*. Acta Oncol, 1999; 38:993-98.
- 2) Garwood RA, Sawyer MD, Ledesma EJ, Foley E, Claridge JA: *A case and review of bowel perforation secondary to metastatic lung cancer*. Am Surg, 2005; 71(2): 110-16.
- 3) Lau CP, Leung WK: *Caecal metastasis from a primary small-cell lung carcinoma*. Hong Kong MMed J, 2008; 14:152.
- 4) Chih-Jen Yang, Jhi-Jhu Hwang, et al: *Gastro-intestinal metastasis of primary lung carcinoma: clinical presentations and outcome*. J Lung Cancer, 2006; 54(3): 319-23.
- 5) Carroll D, Rajesh PB: *Colonic metastases from primary squamous cell carcinoma of the lung*. Europ J of Cardio-Thoracic Surg, 2001; 19: 719-20.
- 6) Rossi G, Marchionni A, Romagnani E, Bertolini F, Longo L, Cavazza A, Barbieri F: *Primari lung cancer presentino with gastrointestinal tract involvement: Clinicopathologic and immunohistochemical features in a series of 18 consecutive cases*. J Thorac Oncol, 2007; 2:115-20.
- 7) Goh BK, Teo MC, Chang SP, Tan HW, Koong HN: *Upper gastrointestinal bleed secondary to duodenal metastasis. A rare complication of primary lung cancer*. J Gastroenterol Hepatol, 2006; 21:486-87.
- 8) John AK, Kotru A, Pearson HJ: *Colonic metastasis from bronchogenic carcinoma presenting as pancolitis*. J Postgrad Med, 2002; 48:199-200.
- 9) Yuen JS, Chow PK, Ahmed Q: *Metastatic lung cancer causing bowel perforations: Spontaneous or chemotherapy-related?* ANZ J Surg, 2002; 72:2454-456.
- 10) Habesoglu MA, Oguzulgrn KI, Ozturk C, Akyurek N, Memis L: *A case of bronchogenic carcinoma presenting with acute abdomen*. Tuberk Toraks, 2005; 53:280-83.
- 11) Miyazaki K, Satoh H, Sekizawa K: *Metastasi sto appendix from lung adenocarcinoma*. Int J Gastrointestinal Cancer, 2005; 36:59-60.
- 12) Garwood RA, Sawyer MD, Ledesma EJ, Foley E, Cladge JA: *A case and review of bowel perforation secondary to metastatic lung cancer*. Am Surg, 2005; 71:110-16.

- 13) Cremon C, Barbara G, De GR, Salvioli B, Epifanio G, Gizzi G, et al: *Upper gastrointestinal bleeding due to duodenal metastasis from primary lung carcinoma*. Dig Liver Dis, 2002; 34:141-43.
- 14) Kawahara K, Akamine S, Takahashi T, Nakamura A, Kusano H, Nakagoe T, et al: *Anal metastasis from carcinoma of the lung: report of a case*. Surg Today, 1994; 24:1101-103.
- 15) Ryo H, Sakai H, Ikeda T, Hibino S, Goto I, Yoneda S, Noguchi Y: *Gastrointestinal metastasis from lung cancer*. Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi, 1996; 34:968-72.
- 16) Stenbygaard LE, Sorensen JB: *Small bowel metastases in non small cell lung cancer*. Lung Cancer, 26(2):95-101.
- 17) Yoshimoto A, Kasahara K, Kawashima A: *Gastrointestinal metastases from primary lung cancer*. Eur J Cancer, 2006; 42(18):3157-160.
- 18) Brian K.P, Allen WY et al: *Laparotomy for acute complications of gastroenterology metastases from lung cancer: Is it a worthwhile or futile effort?* Surg Today, 2007; 37:370-74.
- 19) Sakorafas GH, Pavlakis G, Grigoriadis KD: *Small bowel perforation secondary to metastatic lung cancer: A case report and review of the literature*. Mt Sinai J Med, 2003; 70:130-32.
- 20) Rouhanimesh Y, Vanderstinghelen Y, Vanderputte S, Cools P, Wassenaar H, Vallaey J: *Intra-abdominal metastases from primary carcinoma of the lung*. Acta Chir Belg, 2001; 101:300-03.
- 21) Yang CJ, Hwang JJ, Kang WY, Chong IW, Wang TH, Sheu CC, Tsai JR, Huang MS: *Gastrointestinal metastasis of primary lung carcinoma: Clinical presentations and outcome*. Lung Cancer, 2006; 54: 319-23.
- 22) Gitt SM, Flint P, Fredell H, Schmitz GL: *Bowel perforation due to metastatic lung cancer*. J Surg Oncol, 1992; 51:287-91.
- 23) Gately CA, Lewis WG, Sturdy DE: *Massive lower gastrointestinal haemorrhage secondary to metastatic squamous cell carcinoma of the lung*. Br J Clin Pract, 1993; 47:276-77.
- 24) Min Soo Kim, Eun Hee Kook, Se Han Ahn, et al: *Gastrointestinal metastasis of lung cancer with special emphasis on a long-term survivor after operation*. J Cancer Res Clin Oncol, 2009; 135:297-301.