

Nowotwór żołądka u chorego z nietypowymi dolegliwościami *Gastric cancer in patient with atypical symptoms*

Agnieszka Kasprzak

Poradnia Geriatryczna, Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej "Hospicjum Domowe" w Poznaniu

Streszczenie

Chory 87-letni skierowany do Poradni Geriatrycznej po dwóch zawałach serca, po udarze mózgu skarżył się początkowo na bezsenność i „problemy z nerwami”, potem zgłaszał również osłabienie. W wykonanej morfologii krwi stwierdzono głęboką niedokrwistość wymagającą pilnej hospitalizacji i przetoczenia masy erythrocytarnej. W trakcie pobytu w Szpitalu na podstawie wykonanej gastroskopii wraz z pobraniem wycinka i badania histopatologicznego rozpoznano u chorego raka żołądka. *Geriatrics 2008; 2: 194-196.*

Słowa kluczowe: rak żołądka, anemia

Summary

87 years old patient was admitted to geriatric outpatient clinic. He referred to have insomnia and “nerves-related problems”, thereafter also weakness. Previous medical history included two episodes of myocardial infarction and stroke. In blood morphology severe anemia was found due to which urgent hospitalization with blood transfusion was necessary. During hospitalization based on gastroscopy with specimen biopsy and histopathological examination the gastric cancer was diagnosed. *Geriatrics 2008; 2: 194-196.*

Keywords: gastric cancer, anemia

Pacjent, lat 87, został skierowany do Poradni Geriatrycznej przez Lekarza Rodzinnego z rozpoznaniem stanu po zawale mięśnia sercowego i po udarze niedokrwinnym mózgu w październiku 2006 roku.

W wywiadzie: dwukrotnie przeżyty zawał serca (1999 r. i 2004 r.) i udar niedokrwiny mózgu (2003 r.).

Podczas pierwszej wizyty w Poradni chory skarżył się na bezsenność i „problemy z nerwami”.

Przedmiotowo: chory chodzący, z dobrym logicznym kontaktem, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, czynność serca miarowa 76/min, ciśnienie tętnicze krwi 140/80 mmHg, brzuch miękki niebolesny, śledziona niepowiększona, objaw Goldflama obustronnie ujemny.

Pobierane leki: Prestarium 10 mg 1/2 tabl., Vivacor 6,25 mg 1/2 tabl., Acard 1 tabl. co 2-gi dzień, Apo-Doxar 1x1 tabl.

Ze względu na wzmożoną pobudliwość nerwową i bezsenność zalecono Hydroxyzynę 1-2 tabl./noc z poprawą.

Od grudnia 2006 r. do maja 2007 r. chory nie zgłaszał dolegliwości.

W czerwcu 2007 r. pacjent zgłosił osłabienie. W oznaczonej morfologii krwi stwierdzono głęboką niedokrwistość (Hb: 9,9 g/dl) i skierowano chorego do szpitala celem przetoczenia masy erythrocytarnej.

Hospitalizowany w dniach 01-08.06.2007 r.

W badaniach dodatkowych wykonanych w czasie hospitalizacji: Hb-8,5g/dl, L-4,3G/l, Pł-188G/l, w gastroskopii - dolny brzeg wpustu w nacieku nowotworowym od strony tylnej ściany i krzywizny mniejszej okolicy podwpustowej żołądka, dolnej części trzonu, w rymnie krzywizny większej wyniosłe ognisko średnicy ok. 2cm mogące odpowiadać wczesnej

zmianie rozrostowej, okolicy przedodźwiernikowej rozległe, płaskie owrzodzenia, okolicy podwustowej - od strony krzywizny mniejszej naciek nowotworowy dochodzący do wpustu. Rozpoznanie: dwuogniskowy proces nowotworowy żołądka. Owrzodzenia okolicy przedodźwiernikowej.

W badaniu histopatologicznym wycinków pobranych z:

- wpustu - *Adenocarcinoma tubulare partim papillare partim solidum et mucocellulare in ulcere. Malignitas III ordinis (G3)*,
- trzonu - *Adenocarcinoma tubulare partim papillare. Typus intestinalis. Malignitas I ordinis (G1)*,
- okolicy przedodźwiernikowej - *gastritis chronica profunda. Metaplasia intestinalis. Emboliae carcinomatosae venarum tunice muscularis ventriculi.*

Na podstawie wykonanych badań rozpoznano: nowotwór żołądka, niedokrwistość w przebiegu choroby podstawowej, stan po zawale serca i udarze mózgu.

W leczeniu stosowano: przetoczenie masy erytrocytarnej, Acard, Vivacor, Prestarium, Apo-Doxar, Fraxiparynę, Helicid.

Pacjent został wypisany ze szpitala z Hb-9,2 g/dl oraz następującymi zaleceniami: dalsze leczenie w Poradni Lekarza Rodzinnego, wskazana konsultacja chirurga onkologa, dalszą opiekę w Hospicjum, okresowa kontrola morfologii, pobieranie leków: Helicid 20 mg 2x1 tabl., Apo-Doxar 1 mg/wieczorem, Vivacor 6,25 mg 2x1/2 tabl., Prestarium 5 mg 1/2 tabl. rano.

Chory nie wyraził zgody na leczenie operacyjne ani onkologiczne.

Aktualnie pozostaje pod opieką Poradni Geriatrycznej, gdzie są wykonywane regularne kontrole morfologii krwi celem oceny ewentualnej konieczności ponownego przetoczenia masy erytrocytarnej. Stosowane leczenie: Tramal - 3-5 kropli doraźnie, No-spa 1x1 tabl., Metoclopramid 2x1 tabl. oraz pozostałe leki jak dotychczas.

Chory zgłasza okresowo występujące nudności i wymioty śluzem, osłabienie apetytu.

Przedmiotowo: nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, RR: 137/76 mmHg, czynność serca miarowa 91/min., brzuch miękki, nieco tkliwy w środkowym śródbrzuszu, w tej okolicy wyczuwalny opór o średnicy ok. 2,0 cm, perystaltyka osłuchowo prawidłowa.

Dyskusja

Rak żołądka należy do częstszych nowotworów złośliwych. Na świecie notuje się ok. 800 tys. zachorowań rocznie. W Polsce jest 4, co do częstości występowania, rakiem u mężczyzn, w których występuje 2-krotnie częściej niż u kobiet. Większość zachorowań występuje po 60 roku życia [1].

U osób z wczesnym rakiem przebieg bezobjawowy dotyczy najwyżej 20% pacjentów. Objawy raka wczesnego są zbliżone do objawów choroby wrzodowej o łagodnym przebiegu, co znacznie utrudnia diagnostykę i opóźnia rozpoznanie. Ból w nadbrzuszu i dyspepsja dotyczą 67-80% chorych, utrata masy ciała sięga 40% przypadków. W co czwartym występują objawy krwawienia z przewodu pokarmowego. Żaden z powyższych objawów nie występował u prezentowanego chorego.

W raku zaawansowanym najczęstszymi objawami są dyskomfort lub ból w nadbrzuszu i dyspepsja, brak apetytu, jadłowstręt, szybkie chudnięcie z utratą ponad 10% masy ciała, postępujące osłabienie, dysfagia [2].

U analizowanego pacjenta na podkreślenie zasługuje fakt, że rak został wykryty w stadium zaawansowanym przy stosunkowo niewielkich i niecharakterystycznych objawach przedmiotowych. Osłabienie u osób starszych jest niestety często zrzucane na karb wieku [3], choć oczywistym jest może być objawem wielu zaburzeń, w tym niedokrwistości [4]. Nie można zatem bagatelizować tego objawu i należy, w przypadku jego wystąpienia, wdrożyć niezbędne procedury diagnostyczne [5].

Adres do korespondencji:

Agnieszka Kasprzak

WSWOP Hospicjum Domowe

Poradnia Geriatryczna

Poznań, ul. 27 Grudnia 3

E-mail: agnieszka-kasprzak@o2.pl

Piśmiennictwo

1. Greenwald DA, Brandt LJ. The upper gastrointestinal tract. W: Tallis RC, Fillit HM (red). Geriatric medicine and gerontology. Elsevier Science Limited 2003: 965-86.
2. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne - tom I, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2005.
3. Wieczorowska-Tobis K. Specyfika medycyny geriatrycznej. Pol Med Rodz 2004; 6: 560-2.
4. Chmielewski Z, Józwiak A, Rajska-Neumann A, Wieczorowska-Tobis K. Przewlekłe stosowanie niesterydowego leku przeciwzapalnego. Geriatr Pol 2006; 2: 171-4.
5. Evaluation of elderly subjects. W: Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essential of clinical geriatrics. McGraw Hill, Inc. 1994: 44-79.