
Z Katedry i Zakładu Anatomii Patologicznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej
w Lublinie

Kierownik: prof. dr med. Stanisław Mahrburg

Janusz SZYSZKO

Śródbłoniak otrzewnej z podaniem dwóch własnych przypadków

Эндотелиома брюшины с описанием двух собственных случаев

Endothelioma of Peritoneum. Description of Two Cases

Śródbłoniaki są nowotworami złośliwymi, w których można wykazać zróżnicowanie rodzajowe nabłonkowego charakteru o cechach złośliwości regionalnej (4), powolnej i późnej. Śródbłoniaki otrzewnej są nowotworami rzadkimi (2, 3, 6). Część opublikowanych przypadków nie posiada odpowiedniej dokumentacji, a część jest oparta na błędnym rozpoznaniu (5). Rozwijają się one pod postacią pojedynczego guza lub pod postacią rozszianych guzków. Typ pierwszy może mieć wygląd płaskiego guza szerzającego się przez naciekanie. Typ drugi natomiast dowodzi rozsianego procesu nowotworowego, obejmującego w różnym stopniu otrzewną. Występuje on jako rozsiane, różnej wielkości guzki, od wielkości prosówkowej (ryc. 1) do guzów znacznych rozmiarów. Tkanka nowotworowa barwy szarej, szaroróżowej, krucha. Wygląd większych ognisk zależy od ilościowego stosunku tkanki łącznej i tkanki nowotworowej, ognisk martwicy i wylewów krwawych.

Klinicznie początek procesu jest nieuchwytny. Dopiero w późniejszym okresie zaznacza się postępujące wyniszczenie oraz gromadzenie się krwistego płynu w jamie otrzewnej. Przerzuty występują w 50% przypadków (3) drogą naczyń chłonnych i krwionośnych (ryc. 14, 15) najczęściej do płuc i wątroby.

Obraz mikroskopowy śródbłoniaka jest różnorodny. Miejscami wykazuje utkanie podobne do raka gruczołowego (ryc. 2, 11), miejscami raka litego (ryc. 3, 7, 8, 9) lub też przybiera postać włóknistą (7, 8) (ryc. 4, 5). Fragmenty o utkaniu podobnym do raka gruczołowego zbudowane są z komórek cylindrycznych (ryc. 6), układających się w cewy i tworzą brodawkowate. Jądra tych komórek hiperchromatyczne, ułożone są środkowo. Zaróż kwasochłonna. Zwraca również uwagę dążność do ukła-

dania się tych komórek pasmami (ryc. 6), które przechodzą w lite części guza. Ogniska lite mają charakter raków obfitokomórkowych (ryc. 3, 7, 8). Komórki wielokształtne, często wydłużone. Jądra hiperchromatyczne posiadają jąderka. Zarodek kwasochłonny z ziarnistościami. Liczne komórki zwakuolizowane (ryc. 7, 8, 9). Można wreszcie wykazać fragmenty o utkaniu włóknistym. Komórki wydłużone z małym, ciemnym jądrem ułożonym w środku i kwasochłonną zarodzią. Komórki te układają się w pasma (7) (ryc. 4, 5). Materiał własny obejmuje dwa przypadki śródbłoniaka otrzewnej.

Przypadek pierwszy dotyczy kobiety W. M., lat 50, która zmarła w II Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie (nr hist. chor. 95/50, liczba Księgi Głównej 11216). Sekcję wykonano w Zakładzie Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej w Lublinie w 28 godzin po śmierci (nr protokołu sekcyjnego 989/50). Wyciąg z protokołu sekcyjnego: Układ narządów jamy brzusznej prawidłowy. Otrzewna ścienna i trzewna zgrubiałe, nierówne, zmętniałe w rozległych pasemkowatych zrostach ze sobą. Wątroba wagi 1600 g. Cała powierzchnia wątroby w drobnych, delikatnych i kruchych zrostach z otrzewną ścienną. Wątroba na przekrojach barwy czerwoniśniewej. Z naczyń i z mięszu obficie spływa krew. Pęcherzyk żółciowy wypełniony ciemnozieloną żółcią. Przewody żółciowe drożne. Śledziona wagi 100 g i, podobnie jak wątroba, w licznych, delikatnych, kruchych zrostach z otrzewną. Torebka śledzionowa zgrubiała, nierówna, pomarszczona. Surowicówka żołądka i jelit pokryta licznymi, delikatnymi, kruchymi zrostami zlepiającymi jelita i żołądek w jedną całość. Śluzówka żołądka i jelit barwy szarozółtej, pokryta wydzieliną śluzową. Fałdy śluzówkowe nieznacznie zgrubiałe. Krezka na całej długości zgrubiała, pokryta szarym, kruchym nalotem. Węzły chłonne krezkowe wielkości ziaren fasoli, na przekrojach różowe. Trzustka długości ok. 16 cm i odpowiedniej grubości. Na przekroju budowy zrazikowej i zabarwieniu szaroróżowym. Nadnercza bez widocznych zmian w budowie. Nerki wagi po 150 g każda. Torebka zdejmuje się łatwo. Istota korowa barwy żółtawej, rdzenna czerwonej. Moczowody drożne, elastyczne o prawidłowym przebiegu i wyglądzie na przekrojach. Pęcherz zawiera 100 ml jasnego przejrzystego moczu. Ścianny pęcherza elastyczne. Śluzówka szaroróżowa. Otrzewna pokrywająca narządy miednicy małej pokryta delikatnym, kruchym nalotem barwy szarej. Macica mała, mięsień macicy grubości ok. 2,5 cm różowy. Śluzówka jamy macicy zawiera wydzielinę śluzową. Jajniki małe, ziarniste, zwłókniałe, blade.

W czasie badania sekcyjnego można było sądzić, że opisane zmiany są wyrazem rozlanego zapalenia otrzewnej z wtórnymi zmianami w innych narządach. Istotę sprawy wyjaśniło dopiero badanie mikroskopowe. Wycinki pobrano z kilku miejsc z otrzewnej ściennej, krezki, trzustki, wątroby i węzłów chłonnych pozaotrzewnowych. Materiał utrwalono w 10% zobojętnionej formalinie. Preparaty krojone z bloczków parafinowych grubości ok. 8—10 μ . barwiono hematoksyliną i eozyną oraz mucikarminem.

We wszystkich preparatach stwierdzono obecność tkanki nowotworowej, charakterystycznej dla śródbłoniaka otrzewnej. W wycinkach z otrzewnej stwierdzono dwa typy utkania śródbłoniaka: ogniska lite i ogniska pseudogruczołowe (ryc. 1, 3, 9, 10, 11). Wycinki z trzustki (ryc. 12) i wątroby (ryc. 13) dawały obrazy naciekania drobnoognisko-

wego. W wycinkach z krezki (ryc. 14) liczne naczynia krwionośne zawierają komórki nowotworowe. W wycinkach z węzłów chłonnych pozaotrzewnowych pojedyncze i skupieniami leżące komórki nowotworowe.

Drugim przypadkiem dotyczy kobiety P. K. lat 20, u której dokonano próbnego otwarcia jamy brzusznej w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Lublinie z powodu nietypowych dolegliwości. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: sieć zrosnięta z otrzewną ścienną zasłania narządy miednicy małej. Stanowi ona przednią ścianę krwiaka powstałego z pęknięcia guza umiejscowionego w miednicy małej wychodzącego z zatoki Douglasa. Guz wielkości cytryny, twardy, kruchy, o sinoczerwonym zabarwieniu. Prócz niego stwierdza się jeszcze o podobnych cechach dwa guzy nieco mniejsze, z których jeden wychodzi z otrzewnej ściennej przedniej ściany powłok brzusznych, a drugi z okolicy prymacicza lewego. Guzy nie pozostawały w żadnym związku z narządem rodym. Narząd rodny nie zmieniony. Węzły chłonne niemacalne. Wątroba bez zmian.

W dniu 5 czerwca 1957 r. otrzymaliśmy do badania wycinki z guzów i sąsiadujących tkanek. Materiał utrwalono w 10% zobojętnionej formalinie. Preparaty mikroskopowe grubości ok. 8—10 μ wykonano z bloczków parafinowych. Barwiono hematoksyliną i eozyną oraz mucikarminem. W badanych wycinkach stwierdzono obecność tkanki nowotworowej o utkaniu charakterystycznym dla nabłonkowca. W utkaniu tego nowotworu obserwowano duży polimorfizm ogniskowy. Miejscami przypominał raka gruczolowego (ryc. 2, 6) lub litego (ryc. 7, 8) a miejscami wykazywał postać włóknistą (ryc. 4, 5). Komórki nowotworowe odpowiadały swoim wyglądem komórkom opisanym na wstępie. Na podstawie powyższych obrazów i danych klinicznych rozpoznano śródbłoniaka otrzewnej (nr badania 22683).

Dnia 13 września 1958 r. otrzymaliśmy od tej samej chorej do badania płyn z jamy brzusznej (nr badania 29903) i 14 lipca 1960 r. płyn z jamy opłucnej (nr badania 40761). W obu wypadkach nie stwierdzono obecności komórek nowotworowych w badanych rozmazach, wykonanych z odwirowanego płynu. Chora zmarła w domu w marcu 1961 r. z objawami narastającego wyniszczenia.

Należy zwrócić uwagę na różny przebieg kliniczny obu przypadków śródbłoniaka otrzewnej. Pierwszy trwał około dwa miesiące od chwili wystąpienia pierwszych uchwytnych dolegliwości. Od połowy października chora odczuwała bóle brzucha o charakterze ciągłym z powiększaniem się jego objętości z równoczesną biegunką i okresowymi wymiotami. Objawy chorobowe przybierały z czasem na sile i w chwili przyjęcia jej do kliniki ogólny stan był już ciężki. Ten gwałtowny przebieg kliniczny należy niewątpliwie łączyć z dużym rozsiewem śródbłoniaka oraz jego zdolnościami do tworzenia przerzutów drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych. Komórki zawarte w świetle naczyń i przerzuty w węzłach limfatycznych miały wygląd odmienny od komórek nowotworu szerzącego się na otrzewnej. Świadczyć to może o dużej zmienności biologicznej śródbłoniaka w tym przypadku.

Zupełnie inny i typowy dla danych z piśmiennictwa miał przebieg drugiego przypadku, gdzie stwierdzono kilka dość dużych guzów bez rozsiewu drobnoogniskowego. Okres przeżycia w tym drugim przypadku wynosił prawie cztery lata. Tutaj nigdzie nie stwierdzono naciekania naczyń krwionośnych.

Z powyższych można przypuszczać, że śródbłoniak jest nowotworem o dużej skali złośliwości, a niektóre przypadki cechujące się dużym rozsiewem przebiegają gwałtownie, podobnie jak najbardziej złośliwe nowotwory.

WNIOSKI

1. Śródbłoniak otrzewnej jest nowotworem o dużej skali złośliwości.
2. Wykazuje dużą różnorodność histoformatywną.
3. Budowa mikroskopowa śródbłoniaka otrzewnej nie jest typowa i może nasuwać trudności rozpoznawcze.

PISMIENNICTWO

1. Saphir O.: Systemic Pathology, Vol. II, New York, London 1958, 1020—1022.
2. Saphir O.: Systemic Pathology, Vol. I, New York, London 1958, 355—357.
3. Manteuffelszoeger: Zarys Onkologii, PZWL, Warszawa 1955, 349.
4. Iaskowski J.: Zarys Onkologii, PZWL, Warszawa 1955, 95 i 104.
5. Willis R. A.: Pathology of Tumors, London 1948, 184, 321, 646, 693, 690.
6. Pendergrass E. P., Edeiken J.: Peritoneal Mesotheliomas, Case report. Cancer. 7, 889, 1954.
7. Stout A. P.: Solitary Fibrous Mesothelioma of the Peritoneum. Cancer. 3, 820—829, 1950.
8. Strumpf H. H.: Diffuse Mixed Type Mesothelioma of the Peritoneum. Cancer. 7, 142—143, 1954.

РЕЗЮМЕ

Автором представлена микроскопическая и макроскопическая морфология эндотелиомы брюшины, а также проанализированы её злокачественные особенности. Автор, кроме того, описывает два собственных случая этой опухоли с различным клиническим течением.

Автор приходит к следующим заключениям:

1. Эндотелиома — это опухоль, характеризующаяся большой амплитудой злокачественности.
2. Эндотелиома обнаруживает большое разнообразие в гистологическом строении.
3. Микроскопическое строение эндотелиомы не является типичным и может часто создавать затруднения в распознавании.

Рис. 1. Мелкий очаг опухолевых клеток, инфильтрирующих брюшину.

Рис. 2. Паренхима опухоли напоминает железистого рака.

Рис. 3. Паренхима сплошная с избытком клеток.

Рис. 4. Промежуточная форма между сплошной и волокнистой паренхимой эндотелиомы брюшины.

Рис. 5. Волокнистый фрагмент эндотелиомы брюшины.

Рис. 6. Полосатое расположение цилиндрических клеток, переходящее в сплошной фрагмент опухоли.

Рис. 7. Видны клеточный полиморфизм и признаки вырождения опухолевых клеток.

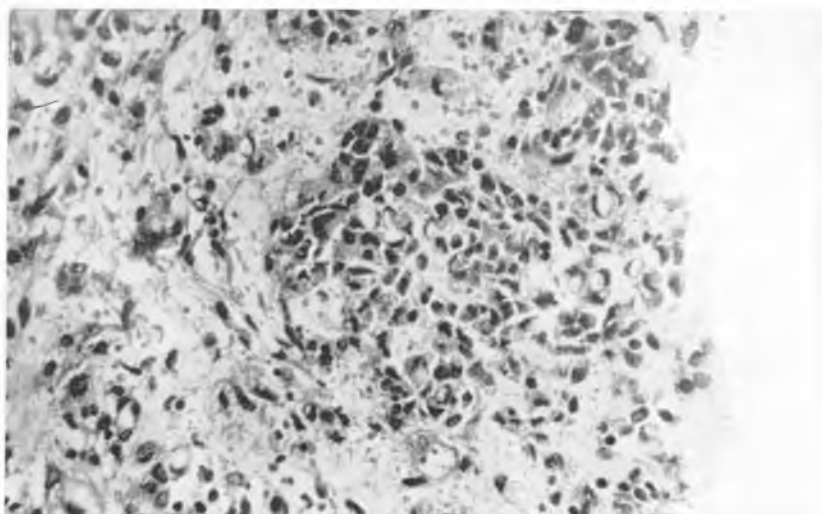
- Рис. 8. Иной характер сплошных очагов эндотелиомы брюшины.
Рис. 9. Видны признаки вырождения опухолевых клеток.
Рис. 10. Мелкие очажки, рассеяные в брыжейке.
Рис. 11. Железистый характер опухолевых очагов.
Рис. 12. Поджелудочная железа — опухолевые клетки.
Рис. 13. Печень — опухолевые клетки.
Рис. 14. Опухолевые клетки в просвете кровеносного сосуда.
Рис. 15. Опухолевые клетки в лимфатическом узле.

S U M M A R Y

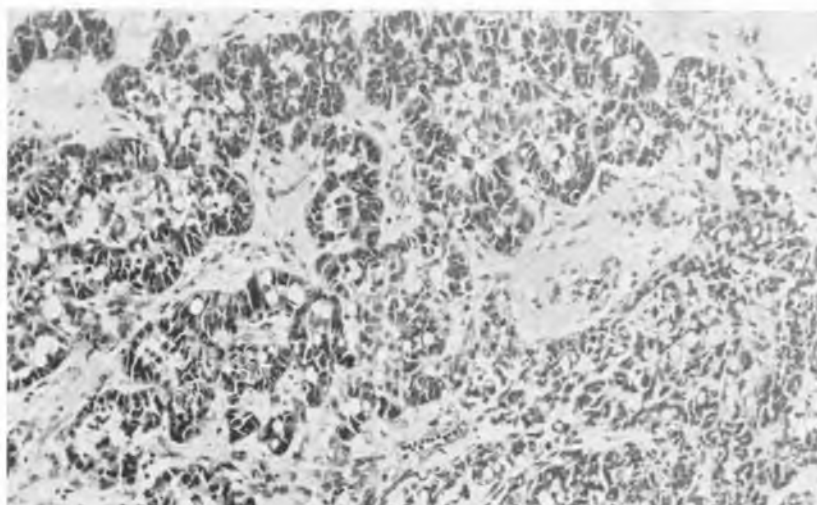
The author discusses the microscopical and macroscopical morphology of the endothelioma of the peritoneum and analyses its malignant characteristics. Two personal cases of this neoplasm, with a different clinical course, are presented.

The paper contains the following conclusions:

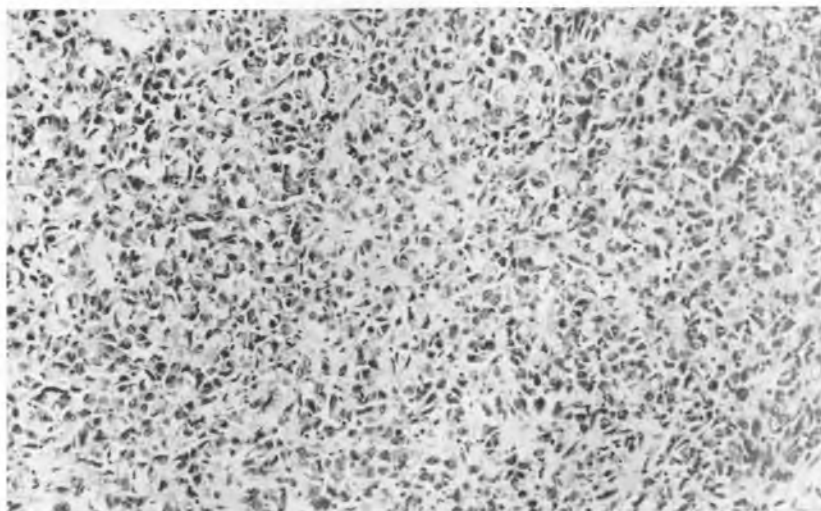
1. Endothelioma is a neoplasm of a broad range of malignancy.
2. It shows a great histofornative diversity.
3. The microscopical structure of the endothelioma of the peritoneum is not typical and can offer diagnostic problems.



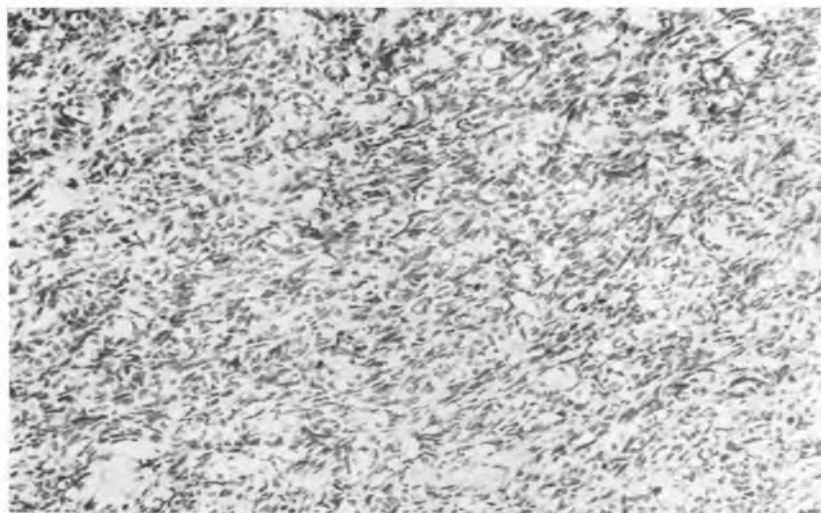
Ryc. 1. Drobne ognisko komórek nowotworowych naciekających otrzewnę
Small focus of neoplastic cells infiltrating the peritoneum



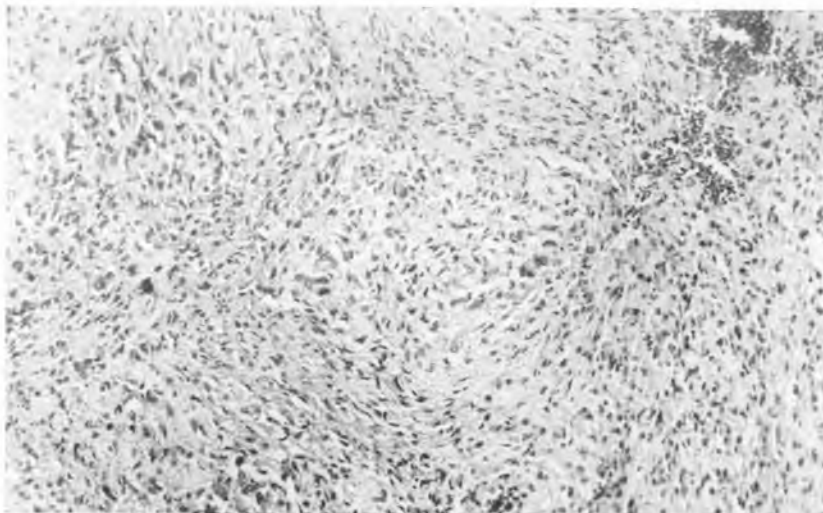
Ryc. 2. Utkanie nowotworu przypominające raka gruczołowego
The structure of the neoplasm resembles that of an adenocarcinoma



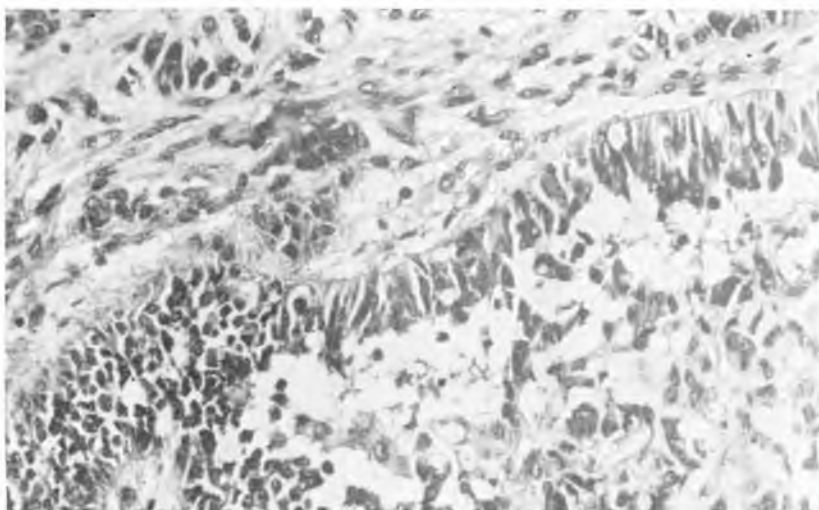
Ryc. 3. Utkanie lite, obfitokomórkowe
Compact structure abounding in cells



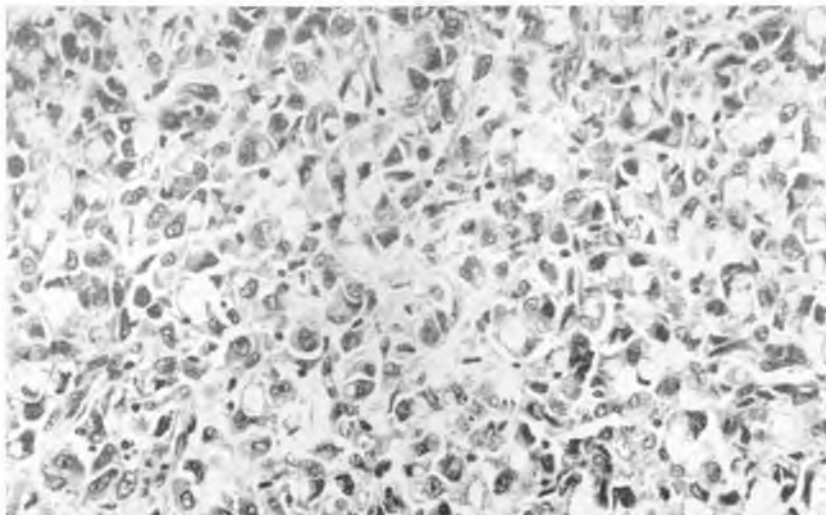
Ryc. 4. Postać przejściowa między utkaniem litym i włóknistym śródbłoniała
otrzewnej
Transitory form from a compact to fibrous structure of endothelioma of peritoneum



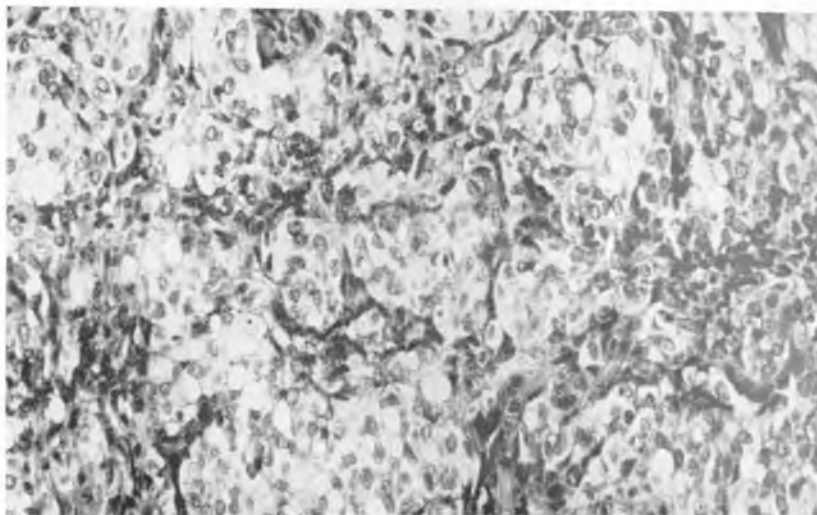
Ryc. 5. Włóknisty fragment śródbłoniaka otrzewnej
Fibrous fragment of endothelioma of peritoneum



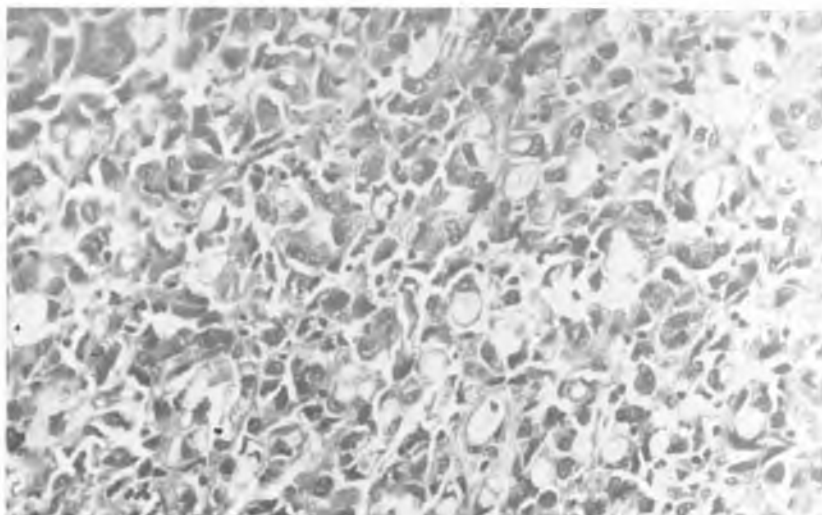
Ryc. 6. Pasmowaty układ komórek cylindrowych, który przechodzi w lity fragment
guza
Band arrangement of columnar cells passing into compact neoplastic structure



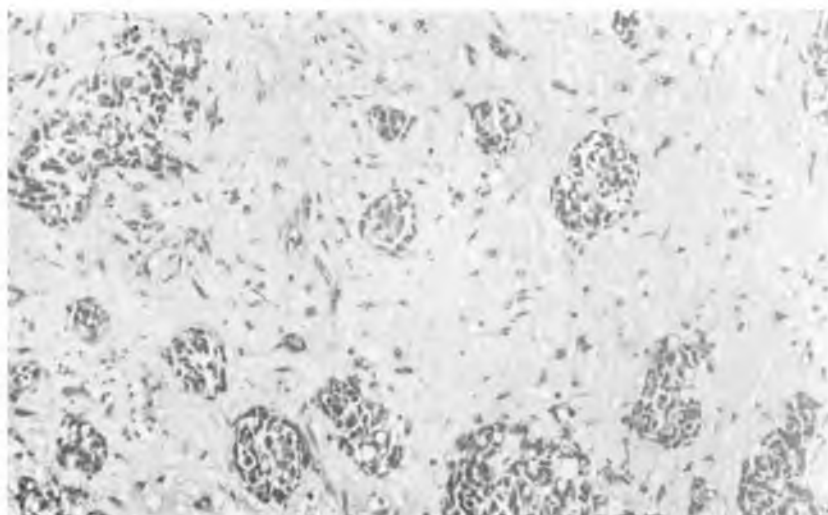
Ryc. 7. Widoczny polimorfizm komórkowy i cechy wyrodnienia komórek nowotworowych
Cellular polymorphism and signs of degeneration of cells



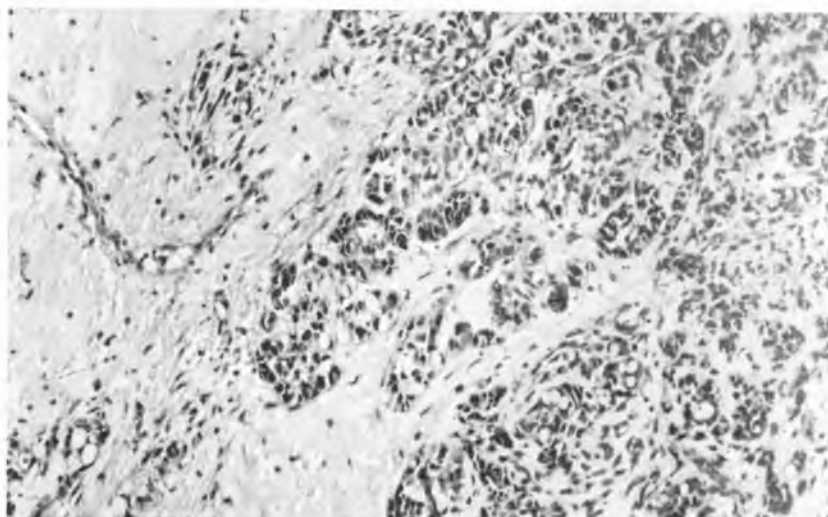
Ryc. 8. Inny charakter litych ognisk śródbłoniaka otrzewnej
Another type of compact foci of endothelioma of peritoneum



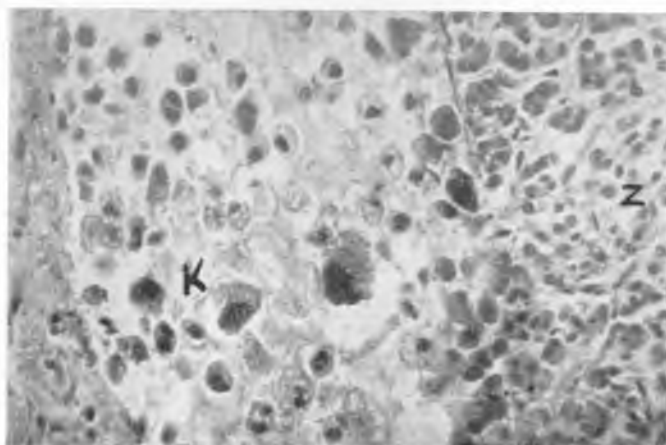
Ryc. 9. Widoczne cechy wyrodnienia komórek nowotworowych
Signs of cellular degeneration.



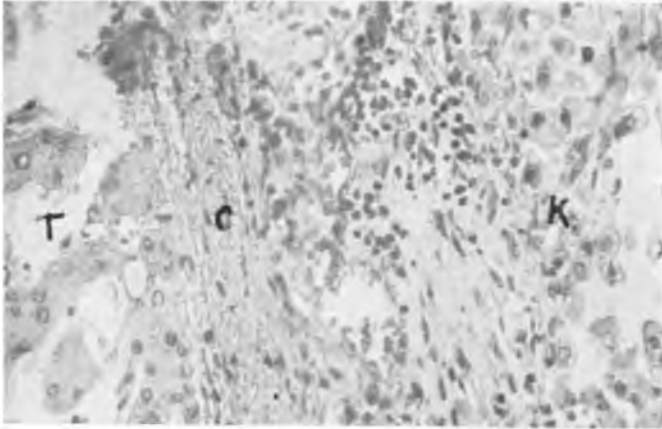
Ryc. 10. Droбноogniskowy rozsiew w krezce
Small foci disseminated in the mesentery



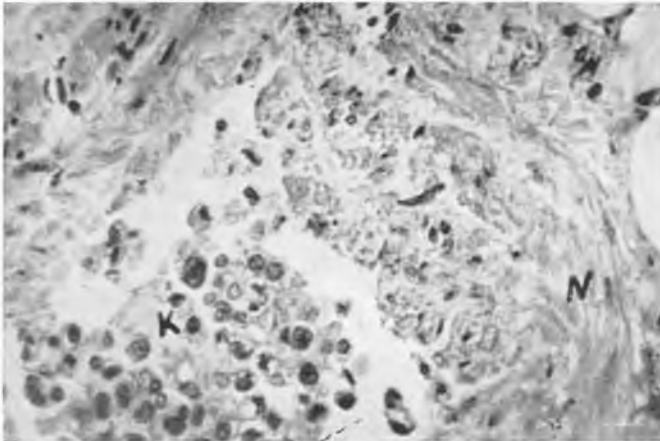
Ryc. 11. Gruczolowy charakter ognisk nowotworowych
Glandular character of neoplastic foci



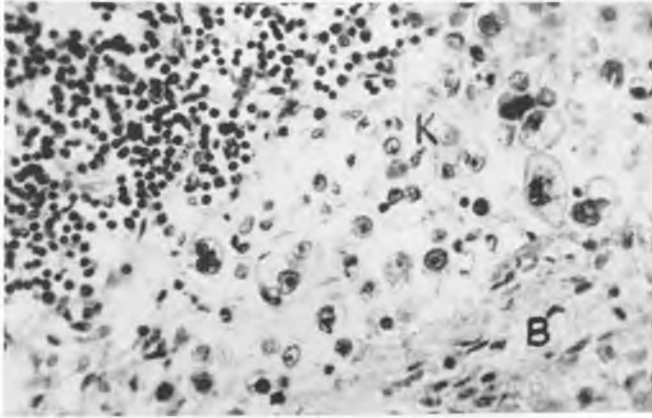
Ryc. 12. Trzustka — komórki nowotworowe
Pancreas — neoplastic cells



Ryc. 13. Wątroba — komórki nowotworowe
Liver — neoplastic cells



Ryc. 14. Komórki nowotworowe w świetle naczynia krwionośnego
Neoplastic cells in the lumen of a blood vessel



Ryc. 15. Komórki nowotworowe w węźle chłonnym
Neoplastic cells in a lymphatic node