

Malignus tumor eltávolítását követően a 8. napon fellépő polyarthritise esete – postneoplasias syndroma

Dr. Borsics Éva, dr. Kenyeres Miklós o. alez., az orvostudomány kandidátusa

Érkezett: 1990 07. 08.

Kulcsszavak: bőrtumor, arthritis

A szerzők laphám carcinomához társuló paraneoplasias arthritis esetét ismertetik. Áttekintik a paraneoplasias syndromák jellegzetességeit, pathomechanismusuk lehetséges változatait. Bőr laphám carcinomához társuló paraneoplasias arthritissel a hozzáférhető irodalomban nem találkoztak.

Bevezetés

A paraneoplasias syndroma (továbbiakban: PNS) az irodalomban ma már általánosan ismert fogalom. Több mint 60 betegség tartozik ebbe a csoportba (1, 7, 12, 18, 19, 24, 30, 32). A PNS a rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedőkön figyelhető meg, egyes szerveket vagy szervrendszereket érintő tünetegyüttesek képében. Tünetei megelőzhetik a carcinoma megjelenését, kísérhetik a tumor kifejlődését, a systemás folyamatok mindenképpen jelentős diagnosztikus nehézséget okozhatnak, mert ezeket nehéz megkülönböztetni a sui generis betegségektől.

A reumatológiai megbetegedések közül a hypertropias osteoarthropathia már régóta ismert a tüdő és pleura tumorok kísérőjelenségeként (1, 3, 9, 24, 29). A tüdőrákhoz társulóan polyarthritises esetekről is beszámoltak.

A paraneoplasias arthritis jellemzői:

1. Idősebb korban gyakran fordul elő.
2. A férfi-nő arány közel egyenlő.
3. Jelentős discrepantia van az ízületi és az általános állapot között.

4. Leggyakrabban a nagyízületek betegszenek meg.

5. A betegek többségében hiányzik a reuma-faktor és a destruktív csontelváltozás (1, 2, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 24, 28, 29, 30, 32).

Az alábbiakban olyan esetet szeretnénk ismertetni, ahol az arthritis bőr laphám carcinomához társult.

Esetismertetés

C. F. 76 éves ffi. beteg, évek óta fennálló, több ízben sugárkezelt Bowen-kór talaján kialakult bőr tumor miatt került felvételre. A bal halántéktájéon, a járomív felett kb. 4 cm átmérőjű, kifehélyesedett terület volt látható, körülötte mintegy 1,5 cm-es beszűrt gyűrűvel. A képlet az alapjától nem volt elmozdítható. Bal oldalon a fül előtt mogyorónyi, mobilis, beszűrt nyirokcsomó volt. Az arc egyéb területén számos felületes, kb. 0,5 cm-es átmérőjű pörkös terület, illetve kisebb műtéti metszések hegei voltak találhatóak. Az arcbőr egészében kp. fokban pigmentált, kissé atrophias. A bal halántéktájéon elhelyezkedő tumor a felvétel előtt kb. 3 héttel kezdett erőteljesen növekedni.

A rtg. vizsgálatok szerint a daganat a járomívet nem infiltrálta.

A narcosisban elvégzett műtét során a tapintható metasthasis miatt partialis parotidectomiát végeztünk és a daganatot az épben, a temporalis fasciával együtt kiirtottuk, a bőrhiányt felvastag transzplantátummal fedtük.

Szövettan: mérsékelten differenciált laphámsejt cc., amelyben elszarusodásos tendencia unicelluláris formában sejthető.

A műtétet követő 8. napon 38,5 C fokos lázkiugráshoz társulóan bal bal csuklója és kézfeje duzzattabbá vált (1. ábra), a bőr ezen a területen melegebb tapintatú és a csuklómozgások a kifejezett fájdalom miatt csak minimális mértékben voltak kivihetők. A tünetek két nap múlva, enyhébb formában a másik csuklón is jelentkeztek. A felvételi satushoz képest egyéb eltérést nem tapasztaltunk.

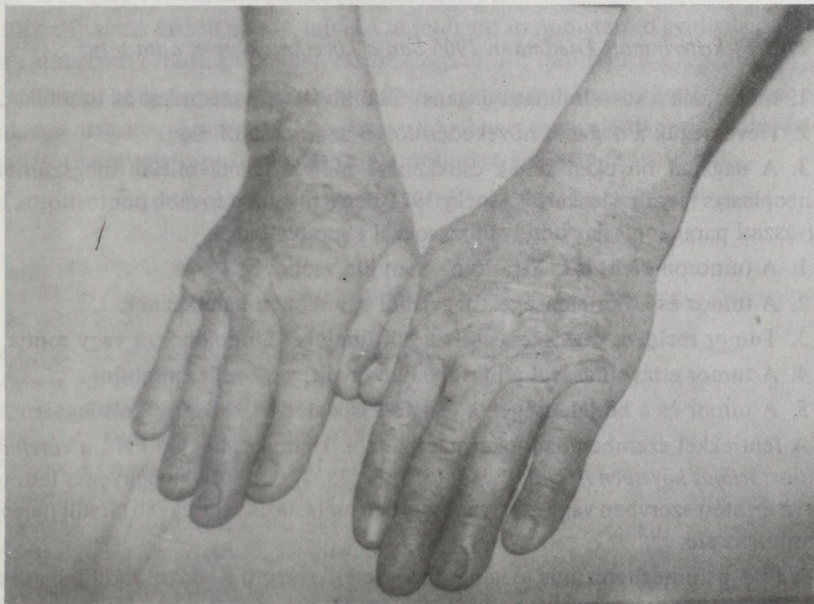


1. ábra Orsószerűen duzzadt bal csukló

Laboratóriumi leletei közül kiemelkedők:

Süllyedés mütét előtt 20 mm/ó, az arthritis kifejlődésekor 99 mm/ó-ra emelkedett. Fvs.: 6200–7300. Latex: negatív. AST titer: 100, Se elfo-ban mérsékelt gamma globulin szaporulat, immun elfóban mérsékeltlen emelkedett IgA, C3 és C4 nor. érték.

Non-steroid gyulladáscsökkentők (Voltaren, Indomatacinum) és lokális antiphlogisticus pakolások, nyugalombahelyezés hatására az ízületi fájdalom, duzzanat és mozgáskorlátozottság fokozatosan csökkent, láza néhány nap alatt megszűnt. WE értéke hetek múlva normalizálódott (2. ábra).



2. ábra Kezelés után a két kéz egyforma

Megbeszélés

Egyes malignus tumorokkal szövődve különböző paraneoplasias reakciókat írtak le, de ugyanezt a PNS-t különböző daganatok is előidézhetik. A leginkább ismert paraneoplasias tünetekhez tartoznak a hypertrophiás osteoarthropathia, tendovaginitisek, myalgiaák, a cardiovascularis PNS-ek közül a thrombophlebitis migrans (1, 2, 3, 9, 11, 27, 30). Az ectopias hormonképzés okozta kórképek közül a brounchus cc-val szövődött esetek 60%-a Cushing-syndromaként jelentkezik (1, 3, 9, 16, 32). A haematologiai PNS-ek alatt a tumorok okozta vérkép, véralvadás és vérfehérje változásokon alapuló betegségeket értjük. Ismertek idegrendszeri és izom PNS-ek (32). A dermatológiában

találkozunk olyan kórképekkel, amelyek tumorhoz való csatlakozása törvényszerű (acanthosis nigricans maligna) és az ún. fakultatív dermatosisok, ahol a tumorhoz társulás valószínűsége statisztikailag stignifikáns (herpes zooster). A véletlenszerűen csatlakozó bőrelváltozásoknál a tumor incidenciája 1% alatti (pruritis, urticaria) (8, 18, 18, 22, 32).

A PNS leggyakrabban a tüdő rosszindulatú daganataihoz társul, kb. 30–35% az előfordulási gyakorisága. Az osteoarthropathia hypertrophica is legtöbbször brondhus cc. szövödménye. Kormos adatai szerint 417 bronchus carcinomas beteg közül 25-nek fejlődött ki osteoarthropathiája (11). Vértes közleményében bronchus cc. szövödményeként reumatoid arthritis-szerű polyarthritist kialakulásáról számol be (29).

PNS-ek kritériumait Friedmann 1966-ban a következőképpen adta meg:

1. megelőzik a rosszindulatú daganat által kiváltott panaszokat és tüneteket.
2. Hevességük a daganat növekedésétől és szóródásától függ.
3. A daganat növekedésének csökkenése mérsékli, eltávolítása megszünteti a paraneoplasias távolhatásokat. Wysocky 1971-ben a fogalmat tovább pontosította, bőrgyógyászati paraneoplasias bőrelváltozásokkal kapcsolatban:

1. A tumoron kívül más kiváltó ok nem jön szóba.
2. A tumor és a bőrjelenségek nagyjából egy időben keletkeznek.
3. Tumor recidiva vagy metastasis a bőrtüneteket újra előhözza vagy rontja.
4. A tumor eltávolításával a bőrfolyamat javult, vagy teljesen eltűnt.
5. A tumor és a bőrjelenségek koexistenciája statisztikailag igazolt legyen.

A fentiekkel szemben azonban más szerzők kiemelik, hogy a PNS *a carcinoma menifesztációját követően is kialakulhat* (6, 7, 12, 25, 27). A kórisme lényeges feltétele, hogy az érintett szervben vagy szervrendszerben metastasis vagy egyéb társult betegség ne forduljon elő.

A PNS patomechanizmus még nem teljesen tisztázott. Kialakulását több elmélet magyarázza:

1. *Immundeficit*: elsősorban a T-lymphocytá funkció károsodása következtében jönne létre (1, 5, 10, 21). A kóros lymphocytá klónok kiszorítanak az ép sejteket. Más elképzelés szerint a fellépő immunológiai elváltozások oka a carcinoembrionális antigének megjelenése (1).

2. *Immunkomplexek által kiváltott reakció*: a tumor eltávolítása során a keringésbe került tumorsejtek immunológiai folyamatokat aktiválnak és a képződött immunkomplexek felelősek a kísérő ízületi tünetekért. (21).

3. *Hyperergias reakció*: lényegében a szervezetnek a tumortranszplantációs antigének által kiváltott felfokozott védekezési reakciója (18, 19).

4. *Hormonális hyperfunkció*: endocrin aktivitású tumoroknál lehet felelős a tünetek megjelenéséért. Lényeges azonban, hogy a hormonszintézis bizonyítottan a fizioló-

giás képzés helyével semmilyen kapcsolatban ne legyen. A hormontermelő mirigy atrophisalt. A tumorszövetben folyó hormunképzést igazolni kell (7, 15, 23, 24, 29, 31).

5. *Felszívódási zavarok*: ennek lehetősége gyomor-bélrendszeri tumorokhoz társuló PNS-ek kapcsán merültek fel (18, 19).

6. *Vírusok*: szerepét hangsúlyozzák egyes szerzők a PNS létrejöttében (1, 18, 29).

7. *Autonóm neuromuscularis reflex útján* magyarázza néhány szerző a hypertrophias osteoarthropathiában az új csontképződés megindulását (1, 3, 9, 13, 25, 30).

8. Bizonyítottan egyes tumorok *prostagladin E2-t* termelnek. Köztudomású, hogy a prostagladin E2 általános gyulladások, de különösen ízületi gyulladások létrejöttében aktív szerepet játszik. Ez utóbbi elmélet látszik alátámasztani az irodalmi közléseken túl az általunk közölt eset is, mivel a tünetek olyan non-steroid gyulladáscsökkentők alkalmazására múltak el, amelyek prostagladin-E inhibitorok (1, 5, 10).

Jóllehet a bőrgyógyászatban számos PNS-t leírtak, de *bőrtumorhoz csatlakozó* paraneoplasias arthritisről, amelyek a *daganat eltávolítása után* jelentkezett, az irodalomban adatot nem találtunk, ezért tartottuk esetünket közlésre érdemesnek.

Szerző címe: Dr. Borsics Éva, Pécs, Pf.: 1. 7608

IRODALOMJEGYZÉK

1. *Ajkaj Z.*: Az orvostudomány aktuális problémái. Medicina 33, 5, 1979.
2. *Asamer, H.*: Dtsch. Med. Wschr., 99, 573, 1974.
3. *Blasi A.*: Tuberk. és tüdőbetegségek 25, 200, 1972.
4. *Vlitzer, A.*: Dich. Otolaryngol. 109, 719, 1983.
5. *Denaro, A.*: Arch. Otolaryngol. 111, 719, 1985.
6. *Dvoretzky, L. I.*: Ter. arkh., 6, 82, 1979.
7. *Erdmann, H.*: Onkológia, 1, 46, 1984.
8. *Gussva, N. G.*: Ter. Arkh., 5, 53, 1984.
9. *Firooznia, H.*: Radiology, 115, 269, 1975.
10. *Guthrie, T. H.*: Arch. Otolaryngol. 110, 552, 1984.
11. *Kormos M.*: Orvosi Hetilap 112, 19, 1971.
12. *Libera, I.*: Reumatológia, 19, 305, 1981.
13. *Mich Aels, R. M.*: Arthritis Rheum., 27, 1183, 1984.
14. *Moroz, N. G.*: Ter. Arkh., 57, 130, 1985.
15. *Mukhin, N. A.*: Ter. Arkh., 4, 95, 1980.
16. *Nyikolajev, A. U.*: Ter. Arkh., 7, 85, 1984.
17. *Pines, A.*: Eur. J. Rheumatol. Inflamm., 7, 51, 1984.
18. *Rác I.*: Bőrgyógy. és Venerolo. Szle., 52, 241, 1976.
19. *Schmidt K. L.*: Dtsch. Med. Wschr., 107, 1506, 1982.
20. *Rác I.*: Orvosi Hetilap, 12, 114, 1973.
21. *Shiel W. C. Jr.*: Am. J. Med., 78, 640, 1985.

22. *Asolojova, A. P.*: ter. Arkh., 10, 65, 1979.
23. *Studer, H.*: Schweiz. Med. Wschr., 101, 446, 1971.
24. *Studer, H.*: Schweiz. Med. Wschr., 103, 1429, 1973.
25. *Szántó D.*: Orvosi Hetilap, 124,2245, 1983.
26. *Tareev, E. M.*: Klin. Med., 4, 14, 1984.
27. *Irofimova I. M.*: Ter. Arkh., 8, 29, 1977.
28. *Irubnikov G. V.*: Klin. Med. (Mosk.) 61, 96, 1983.
29. *Vértes P.*: Rheumat. Balneol. Allergol, 1, 13, 1977.
30. *Vinogradova D. M.*: Rheumatologia, 2, 8, 1985.
31. *Wysocki, R.*: Schweiz. Med. Wschr., 101, 475, 1971.
32. *Zsámbéky P.*: Orvosi Hetilap, 119, 709, 1978.

Éva Börsics M. D., Col. M. Kenyeres M. D. M. C.:

A CASE OF PARANEOPLASTIC ARTHRITIS

The authors report a case of paraneoplastic arthritis seen in epithelial carcinoma. They review characteristic features of paraneoplastic syndroms and possible changes in their pathomechanism. In the available literature no cases of skin epithelial carcinoma with neoplastic arthritis is reported.

Ева Боршич, полковник м/с М. Кенереш

СЛУЧАЙ ОКОЛОПУХОЛЕВОГО АРТРИТА

Авторы описывают случай околоопухолевого артрита при эпителиальной злокачественной опухоли. Рассматривают характеристики околоопухолевых синдромов и возможные изменения их патомеханизма. В доступной специальной литературе сообщения об околоопухолевом артрите при кожной эпителиоме не найдено.