

©Borgis

\*Łukasz Piskorz<sup>1</sup>, Witold Olejniczak<sup>1</sup>, Piotr Misiak<sup>2</sup>, Sławomir Jabłoński<sup>2</sup>

## *Solitary fibrous tumor* – samotny guz włóknisty krezki poprzeczniczy jako przyczyna niedrożności przewodu pokarmowego. Analiza przypadku

### Solitary fibrous tumor of the colon transversum as the cause of the gastrointestinal obstruction. The case analysis

<sup>1</sup>Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego, Łódź

Ordynator Oddziału: dr med. Marek Staniaszczyk

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów, Łódź

Kierownik Kliniki: dr hab. med. Sławomir Jabłoński

#### Słowa kluczowe

niedrożność przewodu pokarmowego, *solitary fibrous tumor*, resekcja jelita

#### Keywords

gastrointestinal obstruction, solitary fibrous tumor, bowel resection

#### Streszczenie

Niedrożność mechaniczna jelita grubego w przebiegu samotnego guza włóknistego – ang. *solitary fibrous tumor* (SFT) – jest rzadką jednostką chorobową. SFT należy do grupy nowotworów mezenchymalnych. Najczęściej nowotwór lokalizuje się w obrębie opłucnej. Zmiany te mogą mieć zarówno charakter złośliwy, jak i łagodny. Leczenie zależy od charakteru guza, lokalizacji i powikłań, które powoduje. Niejednokrotnie jest to postępowanie skojarzone chirurgiczno-onkologiczne.

Celem pracy jest opis rzadkiej patologii samotnego guza włóknistego krezki poprzeczniczy jako przyczyny niedrożności przewodu pokarmowego leczonej operacyjnie w oddziale, w którym pracują autorzy.

W pracy przedstawiamy przypadek 25-letniej kobiety operowanej w trybie pilnym z powodu niedrożności mechanicznej przewodu pokarmowego z cechami radiologicznymi przedziurawienia przewodu pokarmowego w przebiegu samotnego guza włóknistego krezki poprzeczniczy naciekającego śledzionę oraz żołądek z przedziurawieniem jelita i ropniem w krezce poprzeczniczy. Wynik badania histopatologicznego: *solitary fibrous tumor* niski Ki67 i nieobecność mitoz świadczyły o łagodnym charakterze guza.

**Wnioski.** 1. Mechaniczna niedrożność jelita grubego w przebiegu guza jelita u ludzi młodych bez predyspozycji genetycznych do rozwoju raka jelita grubego jest rzadką jednostką chorobową. 2. SFT jelita grubego należy do rzadkich guzów przewodu pokarmowego, ale powinien być brany pod uwagę w diagnostyce różnicowej. 3. Symptomatologia SFT w przypadku umiejscowienia w obrębie przewodu pokarmowego może być różna od niespecyficznych dolegliwości bólowych poprzez stany podniedrożności i niedrożności przewodu pokarmowego aż do przedziurawienia jelita. 4. W przypadku guza jelita stwierdzonego śródoperacyjnie (przy braku rozsiewu w jamie otrzewnowej) zasadne jest wykonanie rozszerzonych resekcji (wycięcie jelita wraz z nacieczonymi narządami w jednym bloku) w przypadku zaawansowania miejscowego zmiany.

#### S u m m a r y

The mechanical obstruction of the colon in the course of solitary fibrous tumor (SFT) is a rare medical condition. SFT belongs to the group of mesenchymal tumors. Most frequently the tumor begins within the pleura. The lesions may be of benign or malignant nature. The treatment depends on the character of the tumor, its localization and events it causes.

The aim of this work is to describe the rare pathology of SFT of the colon transversum as the cause of gastrointestinal obstruction, which can be successfully treated.

In this work we are presenting the case of a 25-year-old woman having been operated urgently due to mechanical gastrointestinal obstruction with the radiological symptoms of gastrointestinal perforation in the course of colon tumor infiltrating into spleen and stomach with the colon perforation and the abscess in the colon transversum. The result of the histopathological examination of the solitary fibrous tumor with low expression of Ki67 and the low mitotic rates proved the benign nature of the tumour.

#### Adres/address:

\*Łukasz Piskorz  
Oddział Chirurgii Ogólnej  
Szpital Zakonu Bonifratrów  
im. Św. Jana Bożego w Łodzi  
ul. Kosynierów Gdyńskich 61, 93-357 Łódź  
tel. +48 (42) 685-51-43  
piskorz-l@o2.pl

**Conclusions.** 1. The mechanical colon obstruction in the course of the colon tumor in case of young people without genetic inclinations for the colorectal cancer is a rare medical condition. 2. SFT of the colon belongs to the rare tumors of the gastrointestinal tract. 3. The symptomatology of SFT in the case of occurrence within the gastrointestinal tract may be different. 4. In the case of the colon tumor being found intraoperatively it is justified to perform the extended resection in the case of the locally advanced lesion.

## WSTĘP

Niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego jest jedną z częstszych przyczyn kwalifikacji do leczenia operacyjnego w trybie ostrodyżurowym. Szacuje się, że w Polsce około 20% interwencji chirurgicznych doraźnych podejmowanych jest z powodu niedrożności mechanicznej przewodu pokarmowego. Wśród najczęstszych przyczyn niedrożności mechanicznej jelita cienkiego wymienić należy zrosty pooperacyjne i uwięźnięcie jelita w worku przepuklinowym (~ 82%). W przypadku jelita grubego dominuje niedrożność obturacyjna w przebiegu guza jelita (~ 18%). Niedrożność jelita grubego dotyczy głównie osób starszych, a najczęstszą przyczyną stanowi gruczolakorak. Zmiany powodujące niedrożność jelita grubego zwykle lokalizują się w esicy i lewym zagięciu okrężnicy. Możliwe są również niedrożności strangulacyjne w wyniku skrętu kątnicy lub esicy. Niedrożność mechaniczna o charakterze mieszanym, strangulacyjno-obturacyjnym występuje w następstwie wgłobienia. W tym przypadku poza zamknięciem światła jelita dochodzi również do zamknięcia naczyń krezki. W większości przypadków wgłobienie wiąże się z obecnością zmiany patologicznej w obrębie jelita, która stanowi czoło wgłobienia. Najczęściej są to polipy. Należy podkreślić, że do wgłobienia może dojść bez ewidentnej zmiany morfologicznej w świetle jelita (bez czoła wgłobienia), np. po zespoleniu żołądkowo-jelitowym, kiedy pętla doprowadzająca ulega wgłobieniu do żołądka. W przebiegu niedrożności może dojść do zapalenia otrzewnej w wyniku przedziurawienia (pęknięcia) jelita w odcinku proksymalnym w stosunku do przeszkody (w szczególności kątnicy) lub w następstwie przedziurawienia guza.

Samotny guz włóknisty (ang. *solitary fibrous tumor* – SFT) to rzadki guz nowotworowy należący do grupy nowotworów mezenchymalnych, znany także jako łagodny międzybłoniak włóknisty lub włókniak submesothelial (SFTs). Pierwsze opisy przypadków pochodzą z XVIII wieku (1). Najczęściej wywodzi się z błon surowiczych: opłucnej, mięszu płucnego czy osierdzia, choć w piśmiennictwie znaleźć można opisy przypadków o umiejscowieniu pozaopłucnym, jak np. jama brzuszna, głowa i szyja – zatoka szczękowa, wyrostek sutkowaty, kość skalista (2-4) czy w OUN (5). Lokalizacja brzuszna może dotyczyć zarówno jamy otrzewnej, np. zmiany wywodzącej się z błony surowiczej żołądka (6, 7), jak również przestrzeni zaotrzewnej, np. guzy przestrzeni zaotrzewnej, nowotwory narządów układu moczopłciowego (8, 9).

Celem pracy jest opis rzadkiej patologii *solitary fibrous tumor* krezki poprzeczniczy jako przyczyny niedrożności przewodu pokarmowego, z powodzeniem leczonej operacyjnie w oddziale, w którym pracują autorzy.

## OPIS PRZYPADKU

Chora lat 25 przekazana z Kliniki Endokrynologii w trybie pilnym z powodu bólu brzucha, niedrożności okrężnicy i z podejrzeniem przedziurawienia przewodu pokarmowego.

## Retrospektywna ocena chorego

Z danych zebranych na podstawie wywiadu oraz retrospektywnie przeanalizowanej dokumentacji medycznej wynikało, że chora od kilku lat okresowo uskarżała się na ból brzucha, wzdęcia, zaparcia, które wiązała z błędami dietetycznymi. W ciągu miesiąca poprzedzającego interwencję chirurgiczną doszło do nasilenia dolegliwości, w szczególności wzdęć oraz zaparc. Z powodu wymienionych dolegliwości pacjentka diagnozowana była w warunkach ambulatoryjnych w ramach poradni POZ. Wykonano morfologię krwi obwodowej i badania biochemiczne: aminotransferazy, amylazę, mocznik, kreatyninę oraz badanie ogólne moczu. Wyniki badań mieściły się w granicach normy. W toku diagnostyki przeprowadzono badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej, na podstawie którego wysunięto podejrzenie guza nadnercza lewego. Celem rozszerzenia diagnostyki, chorą skierowano do Kliniki Endokrynologii.

W wykonanych badaniach oceniających stężenie hormonów produkowanych przez gruczoły nadnerczowe nie odnotowano odchyień od stanu prawidłowego. W kontrolnym badaniu USG jamy brzusznej potwierdzono podejrzenie guza nadnercza lewego. Kolejnym krokiem diagnostycznym była tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej z kontrastem. Celem przygotowania do badania chorej podano doustnie środek osmotycznie czynny, który standardowo wykorzystywany jest przed badaniem kolonoskopowym. W warunkach prawidłowych substancja ta powoduje biegunkę i oczyszczenie jelita ze stolca i resztek pokarmowych. W analizowanym przypadku nie doszło do typowej biegunki osmotycznej, pojawiły się ból brzucha w nadbrzuszu i lewym podżebrzu oraz wzdęcie brzucha. Do chwili przyjęcia do oddziału chirurgii chora oddała jedynie dwukrotnie niewielką ilość stolca, najprawdopodobniej doszło do opróżnienia dystalnego odcinka jelita. U chorej wykonano zaplanowane badanie tomograficzne. W obrazie nie stwierdzono obecności guza nadnercza, natomiast widoczne były:

naciek w okolicy lewego zagięcia jelita grubego, wolny gaz w jamie brzusznej oraz pęcherzyki gazu i zbiornik gęstego płynu w przestrzeni zaotrzewnowej o średnicy 40 mm.

Po przeprowadzonych badaniach diagnostycznych chorobą konsultowano chirurgicznie w ośrodku, w którym prowadzono diagnostykę. W badaniu fizykalnym brzuch był wzdęty bez objawów otrzewnowych z leniwą perystaltyką. W kolejnej dobie, po telefonicznym uzgodnieniu, mimo braku zmiany stanu miejscowego i ogólnego, przekazano chorobą do ośrodka, w którym pracują autorzy, celem dalszego leczenia.

## OBSERWACJE WŁASNE

### Badanie podmiotowe i przedmiotowe

Przy przyjęciu, poza miernego stopnia pobołowaniem brzucha, chora nie zgłaszała innych dolegliwości. W badaniu fizykalnym stan ogólny dobry, chora przytomna, zorientowana, wydolna krążeniowo i oddechowo. Brzuch był miękki, nieco wzdęty, tkliwy w nadbrzuszu bez objawów otrzewnowych, perystaltyka słyszalna, leniwa, bez wysokich metalicznych tonów. Opukowo nad całą jamą brzuszną odgłos opukowy bębnowy, zniesienie stłumienia wątrobowego w linii pachowej środkowej po stronie prawej. W badaniu radiologicznym przeglądowym jamy brzusznej w pozycji stojącej wolny gaz pod kopułą przepony. Po dwóch godzinach hospitalizacji w naszym ośrodku chora zagorączkowała do 38°C. W kontrolnej morfologii nastąpił wzrost liczby krwinek białych do 16 tys. z przesunięciem we wzorze odsetkowym w lewo. Badaniem fizykalnym stwierdzono przyspieszenie czynności serca do 120/min, narastający ból brzucha w nadbrzuszu ze wzmożeniem napięcia mięśniowego i zaznaczonymi objawami otrzewnowymi w podbrzuszu.

### Badania dodatkowe

Wyniki badań laboratoryjnych wykonanych przy przyjęciu przedstawiono w tabeli 1 i 2.

## Kwalifikacja do zabiegu operacyjnego

W świetle powyższych odchyleń chorobą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego.

### Zabieg operacyjny

Z uwagi na fakt, że badania dodatkowe oraz dane kliniczne nie wskazywały jednoznacznie na ewentualny poziom przedziurawienia przewodu pokarmowego, w pierwszym etapie wykonano laparoskopię diagnostyczną. Śródoperacyjnie stwierdzono około 150 ml treści ropnej w podbrzuszu, którą odessano. Stwierdzono ponadto modelowanie okolicy krzywizny większej żołądka i zagięcia śledzionowego okrężnicy na zmianie o charakterze guza. Podjęto decyzję o konieczności wykonania konwersji. Na podstawie kontroli palpacyjnej stwierdzono guz jelita grubego okolicy zagięcia śledzionowego z wyraźnym wrastaniem guza w obręb krezki poprzecznej i naciek na śledzionę oraz żołądek (okolicę krzywizny większej). W przestrzeni zaotrzewnowej obecny był ropień. Ponadto ocena brzoju krezkowego jelita pozwoliła na identyfikację otworu perforacyjnego i opróżnionego ropnia krezki poprzecznej. Podjęto decyzję o konieczności wykonania resekcji jelita grubego – lewostronnej hemikolektomii ze splenektomią oraz resekcją żołądka (mankietowe wycięcie z użyciem staplera GIA) w jednym bloku. Ciągłość przewodu pokarmowego odtworzono wykonując zespolenie koniec do końca szwem ciągłym monofilamentowym 3,0 jednowarstwowo. Przepłukano jamę brzuszną 0,9% NaCl, założono dren asekuracyjny w okolicę łoży po śledzionie i odtworzono ciągłość powłok.

Leczenie pooperacyjne przebiegało bez powikłań. W siódmej dobie po operacji chora w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu.

### Badania dodatkowe w kolejnych dobach pooperacyjnych

Wybrane wyniki badań dodatkowych przedstawiają tabele 3 i 4.

**Tabela 1.** Zmiany parametrów morfotycznych krwi przed interwencją chirurgiczną

|                                | Eryocyty/mm <sup>3</sup> | Hg g/dl | Ht % | MCV fl | MCH pg | MCHC g/dl | Płytki krwi/mm <sup>3</sup> | Krwinki białe/mm <sup>3</sup> | Limfocyty/mm <sup>3</sup> | Neutrofile/mm <sup>3</sup> |
|--------------------------------|--------------------------|---------|------|--------|--------|-----------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 0 doba                         | 4,5                      | 11,4    | 34,2 | 76,9   | 25,6   | 33,3      | 348                         | 12,9                          | 1,354                     | 10                         |
| 0 doba<br>2 godz. od przyjęcia | 3,4                      | 8,7     | 26,2 | 76,4   | 25,4   | 33,2      | 337                         | 18,6                          | 1,02                      | 16,4                       |

**Tabela 2.** Parametry biochemiczne krwi

| CRP mg/l | APTT | PT INR | D-dimery mg/l | Mocznik mmol/l | Kreatynina umol/l | Sód mmol/l | Potas mmol/l |
|----------|------|--------|---------------|----------------|-------------------|------------|--------------|
| 78       | 33   | 1,21   | 560           | 55             | 0,78              | 133        | 3,8          |

**Tabela 3.** Zmiany parametrów morfotycznych w kolejnych dobach pooperacyjnych

|         | Eryocyty/mm <sup>3</sup> | Hg g/dl | Ht % | MCV fl | MCH pg | MCHC g/dl | Płytki krwi/mm <sup>3</sup> | Krwinki białe/mm <sup>3</sup> | Limfocyty/mm <sup>3</sup> | Neutrofile/mm <sup>3</sup> |
|---------|--------------------------|---------|------|--------|--------|-----------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| I doba  | 3,7                      | 9,4     | 27,8 | 75,2   | 25,5   | 33,8      | 354                         | 18,8                          | 1,35                      | 16                         |
| II doba | 3,2                      | 8,2     | 24,8 | 76,3   | 25,2   | 33,1      | 385                         | 19,4                          | 1,78                      | 15,46                      |
| IV doba | 3,2                      | 8       | 24,2 | 76,6   | 25,3   | 33,1      | 599                         | 12                            | 1,98                      | 8,12                       |

**Tabela 4.** Wyniki wybranych badań kontrolnych w okresie około- i pooperacyjnym

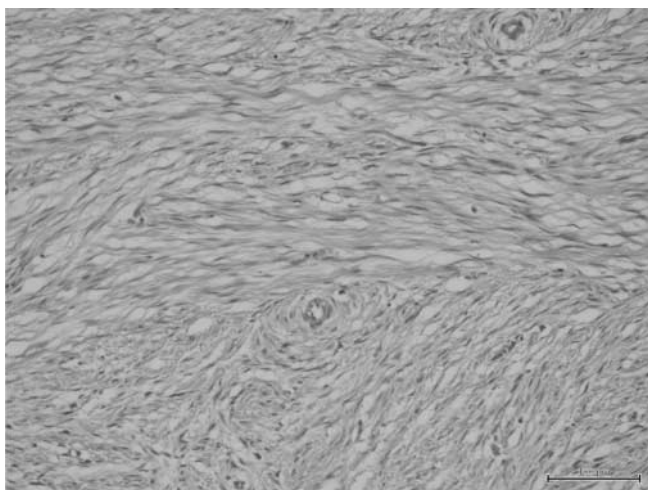
|         | Krwinki białe/mm <sup>3</sup> | Neutrofile/mm <sup>3</sup> | Limfocyty/mm <sup>3</sup> | CRP mg/l | Albuminy g/l |
|---------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|--------------|
| 0 doba  | 12,9                          | 10                         | 1,35                      | 78       | 3,52         |
| 0 doba  | 18,6                          | 16,4                       | 1,02                      | 101,2    | 3,41         |
| I doba  | 18,8                          | 16                         | 1,35                      | 80       | 3,05         |
| II doba | 19,4                          | 15,46                      | 1,78                      | 73       | 33,2         |
| IV doba | 12                            | 8,12                       | 1,98                      | 40,2     | 34           |

Po 4 tygodniach otrzymaliśmy wynik badania histopatologicznego: *solitary fibrous tumor*, zmiana o charakterze łagodnym. Obrazy mikroskopowe badanego materiału przedstawiają ryciny 1-6.

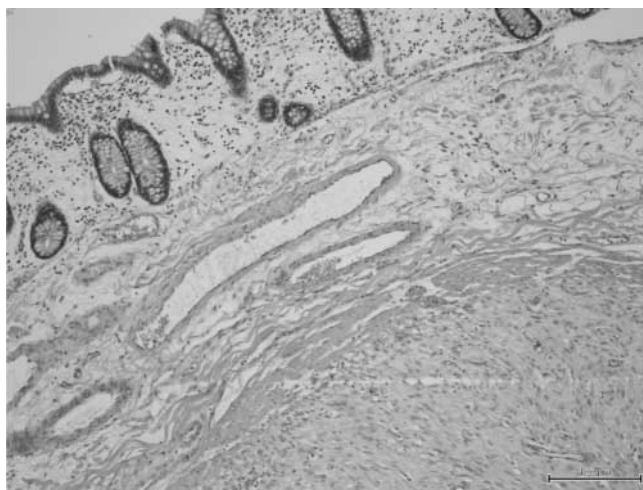
### OMÓWIENIE

Niedrożność przewodu pokarmowego jest jedną z najczęstszych przyczyn interwencji chirurgicznych w trybie pilnym. Śmiertelność pooperacyjna po zabiegach z powodu niedrożności jelita cienkiego zmniejszyła się do 5-8%. W grupie chorych w starszym wieku (zwłaszcza po 80. r.ż.) obciążonych innymi cho-

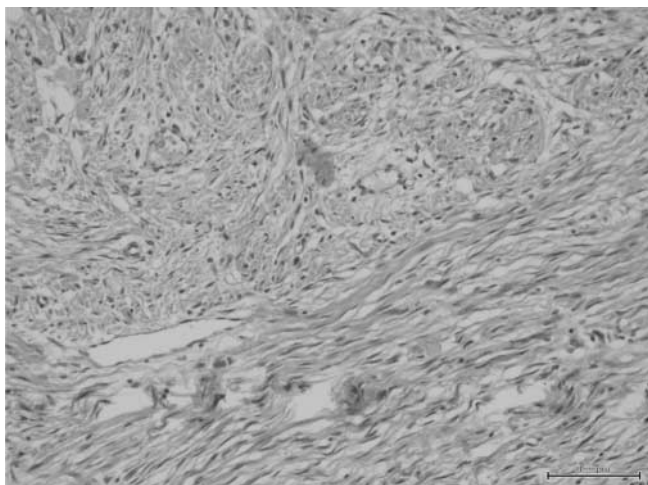
robami, w ciężkim stanie ogólnym (ASA 4 i 5), oraz wśród chorych, w przypadku których leczenie operacyjne zostało wdrożone z opóźnieniem, odsetki te są wyższe (10). Obserwacje kliniczne dowodzą, że ryzyko martwicy jelita, a tym samym konieczności resekcji są proporcjonalne do opóźnienia interwencji chirurgicznej. W grupie pacjentów, u których obserwacja i próba leczenia zachowawczego były krótsze niż 24 godziny, wycięcia jelita wymagało 4% chorych. Wydłużenie czasu leczenia zachowawczego do 48-72 godzin skutkowało zwiększeniem tego odsetka do 14% (11). Sposób zaopatrzenia niedrożności zależy od specyfiki choroby.



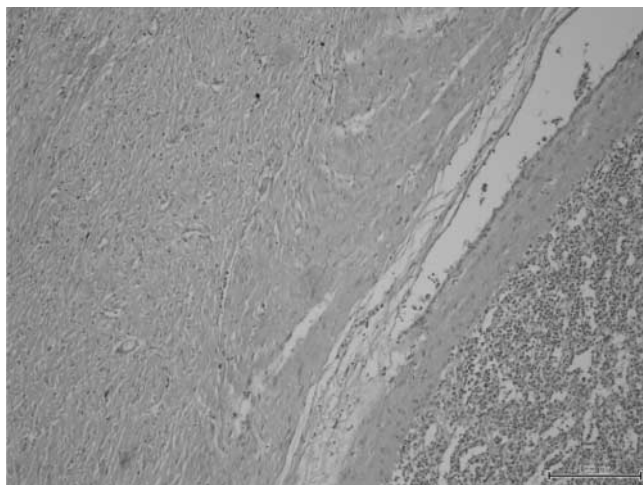
**Ryc. 1.** Guz w barwieniu hematoksylina + eozyna; włóknista struktura z komórek wrzecionowatych o kwasochłonnej cytoplazmie. Komórki o niewielkich jądrach tworzą włóknową, plecionkową tkankę



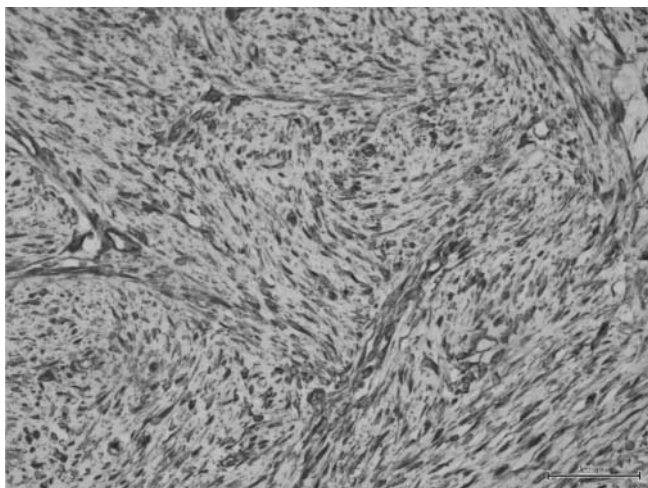
**Ryc. 3.** Guz przylegający do ściany jelita grubego, bez agresywnego naciekania



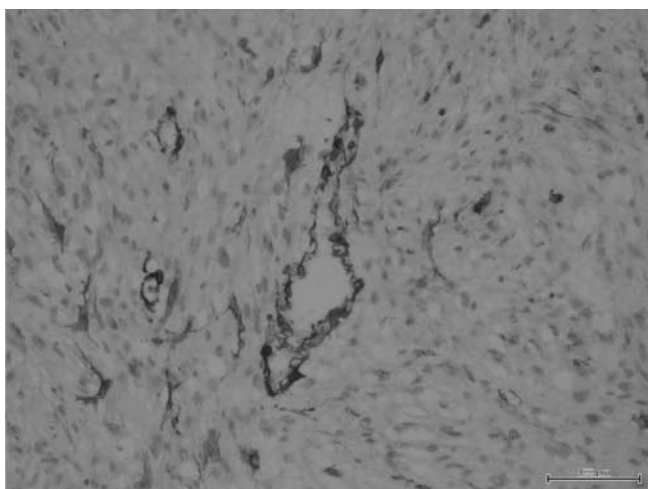
**Ryc. 2.** Guz w barwieniu hematoksylina + eozyna; wiązki komórek tworzą przeplatające się pasma



**Ryc. 4.** Guz wklonowany do wnętrza śledziony



**Ryc. 5.** Guz w barwieniu immunohistochemicznym – wimentyna (brązowe zabarwienie komórek guza oglądane w mikroskopie potwierdza obecność białka typowego dla tkanek mezenchymalnych)



**Ryc. 6.** Guz w barwieniu immunohistochemicznym – SMA (aktyna mięśni gładkich); komórki guza nie wykazują obecności aktyny. Wybarwione mięśnie gładkie występujące w ścianach naczyń

W przypadku niedrożności jelita grubego w przebiegu raka gruczołowego dominują niedrożności obturacyjne. Postępowanie polega wówczas na resekcji jelita wraz z adekwatną limfadenektomią. W przypadku nacieku na sąsiednie narządy zaleca się rozszerzone resekcje bez rozdzielania zrostów i odpreparowywania nacieczonych narządów. U operowanej przez nas chorej śródoperacyjnie stwierdzono guz jelita grubego naciekający śledzionę oraz żołądek. Dlatego też dokonano rozszerzonej resekcji jelita w jednym bloku z nacieczonymi narządami.

Wynik badania histopatologicznego: do badania przesłano fragment jelita grubego długości 28 cm z przedziurawieniem, lity guz krezki średnicy 12 cm uciskający od zewnątrz ścianę jelita, zrośnięty ze śledzioną (wymiary narządu 12 x 7 x 4 cm) i fragmentem ściany żołądka 8 x 3 cm. Materiał poddano analizie, preparat wykonano i diagnozę postawiono w ZOZ Olympus Consilio. Nowotwór był zrośnięty od zewnątrz ze ścianą żołądka bez naciekania, płytko

wrastał również w więzadło żołądkowo-śledzionowe i wnękę śledziony. Linie cięcia chirurgicznego wolne od nacieku nowotworowego. Ocenę histopatologiczną guza poszerzono o badania immunologiczne. Wyniki były zaskakujące: *solitary fibrous tumor*, wimentyna + + +, desmina mięśni gładkich dodatnia tylko w obrębie naczyń krwionośnych, CD 117 białko patognomiczne dla GIST negatywne. Barwienie Ki67 białka komórek aktywnych mitotycznie dodatnie w 2% komórek guza. Aktywność mitotyczna liczona w mikroskopie świetlnym na 10 HPF (dużych pól widzenia) wyniosła 0 (zero) – IM = 0/10HPF, co pozwala na rozpoznanie zmiany o charakterze łagodnym. Znalezione 14 węzłów chłonnych, w tym 3 węzły więzadła żołądkowo-śledzionowego ze zmianami odczynowymi. Ponadto stwierdzono rozrost miazgi czerwonej i zanik utkania limfatycznego w śledzionie oraz wysięk włóknikowo-ropny ogniskowo w krezce poprzecznicy i surowicowce jelita.

Zaskakujący był nie tylko wynik badania histopatologicznego, ale również nietypowy przebieg kliniczny. Dlaczego po zastosowaniu środka przygotowującego jelito do badania pojawił się ból brzucha? Chora została przyjęta do naszego ośrodka z radiologicznymi cechami przedziurawienia przewodu pokarmowego bez jednoznacznych objawów klinicznych. Dlaczego mimo perforacji nie doszło do wycieku treści jelitowej do jamy brzusznej? Dlaczego mimo perforacji nie doszło do podwyższenia temperatury ciała i zmian w obrazie białokrwinkowym? Żadna z odpowiedzi na te pytania nie jest pewna. Analizując przypadek, wydaje się, że odpowiedź na pierwsze pytanie może być następująca: uczucie pełności w nadbrzuszu i ból brzucha oraz wzdęcie po przyjęciu środka osmotycznie czynnego były najprawdopodobniej wynikiem zgromadzenia treści płynnej oraz gazów proksymalnie w stosunku do guza. Większość treści początkowo nie przedostała się do dalszego odcinka przewodu pokarmowego, o czym może świadczyć fakt, że pacjentka oddała niewielki płynny stolec dopiero w godzinach wieczorno-nocnych. W godzinach porannych (dobę po przyjęciu pierwszej porcji Fortransu) ponownie pojawił się ból brzucha, tym razem silniejszy, i narosło wzdęcie. Być może wówczas doszło do przedziurawienia jelita z powodu ucisku bądź w wyniku pęknięcia nadmiernie rozciągniętej ściany w odcinku bliższym w stosunku do guza? Wydaje się, że pierwszy scenariusz jest bardziej prawdopodobny, co potwierdziły obraz śródoperacyjny i badanie histopatologiczne. Poza tym w drugiej sytuacji najprawdopodobniej doszłoby do ewakuacji treści jelitowej do jamy otrzewnowej i zapalenia otrzewnej z manifestacją kliniczną – zespołem ostrego brzucha. I jeszcze pozostaje pytanie trzecie, o pojawienie się bólu brzucha po dwugodzinnej hospitalizacji, gdy badanie kliniczne przesądziło o konieczności leczenia operacyjnego – możliwe, że dopiero wówczas doszło do opróż-

nienia opisywanego ropnia krezki jelita i ewakuacji treści do jamy otrzewnowej.

*Solitary fibrous tumor* (SFT) najczęściej lokalizuje się w obrębie opłucnej. Jest to rzadki guz należący do grupy nowotworów mezenchymalnych. Z uwagi na niewielką częstość występowania SFT o umiejscowieniu pozaopłucnowym brak jest jakichkolwiek danych szacunkowych mówiących o częstości występowania guza. W piśmiennictwie znaleźć można opisy przypadków SFT krezki jelita, w tym również w krezce wyrostka robaczkowego (1, 12-14). Autorom niniejszej pracy nie udało się odszukać w dostępnym piśmiennictwie opisu przypadku niedrożności mechanicznej w przebiegu SFT krezki lub jelita grubego z jednoczasowym przedziurawieniem narządu, wymagającego pilnej interwencji chirurgicznej. Rozpoznanie stawiane jest zwykle na podstawie oceny histopatologicznej materiału pooperacyjnego. W przypadkach gdy umiejscowienie guza pozwala na wykonanie biopsji, możliwe jest postawienie przedoperacyjnego rozpoznania na podstawie biopsji aspiracyjnej celowanej (BAC) (7). Leczenie SFT musi być indywidualizowane i zależy od: charakteru guza, umiejscowienia zmiany, jego wielkości i ewentualnego naciekania struktur sąsiednich. Zmiany lokalizujące się w powłokach ciała leczy się zgodnie z kanonami chirurgii – doszczętne wycięcie w zakresie tkanek zdrowych. W niektórych przypadkach chorzy wymagają powtórnego wycięcia w sytuacji wznowy procesu (15). Opisywane są również przypadki leczenia z zastosowaniem innych metod, jak na przykład krioblacji (16). W przypadku guzów wywodzących się z opłucnej płucnej bądź mięszu płucnego, w zależności od wielkości zmiany i wyników badań dodatkowych wykonywane są resekcje nieanatomiczne (resekcja klinowa) lub anatomiczne (segmentektomia, bisegmentektomia, lobektomia). Posłużyć można się wówczas zabiegami małoinwazyjnymi (ang. *video-assisted thoracoscopic surgery* – VATS) lub metodami klasycznymi z dostępu przez torakotomię. Gdy guz zlokalizowa-

ny jest w jamie brzusznej, rozległość i charakter zabiegu zależą od narządu, którego dotyczy choroba. W piśmiennictwie znaleźć można opis przypadku klinowej resekcji żołądka wykonanej z powodu zmiany wywodzącej się z błony surowiczej tego narządu (6) czy nefrektomii w przypadku zmiany w układzie moczowo-płciowym (9). Przy lokalizacji guza w obrębie jelita lub jego krezki niejednokrotnie śródoperacyjnie nie można jednoznacznie stwierdzić, czy mamy do czynienia z guzem jelita i odczynem w krezce, czy jest to guz krezki uciskający jelito. Dlatego też w większości przypadków zabieg polega na resekcji jelita zgodnie z zasadami onkologii (adekwatna limfadenektomia). Z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w analizowanym przypadku. Opisano również przypadek SFT w obrębie miednicy, z powodzeniem leczony operacyjnie z dojścia przezkrzyżowego (17). W wybranych przypadkach wymagane jest leczenie uzupełniające – radioterapia (2).

## WNIOSKI

1. Mechaniczna niedrożność jelita grubego w przebiegu guza jelita u ludzi młodych bez predyspozycji genetycznych do rozwoju raka jelita grubego jest rzadką jednostką chorobową.
2. *Solitary fibrous tumor* krezki jelita grubego należy do rzadkich guzów przewodu pokarmowego, ale należy brać go pod uwagę w diagnostyce różnicowej guzów jamy brzusznej.
3. Symptomatologia SFT w przypadku umiejscowienia w obrębie przewodu pokarmowego może być różna od niespecyficznymi dolegliwości bólowych poprzez stany podniedrożności i niedrożności przewodu pokarmowego do przedziurawienia jelita.
4. W przypadku guza jelita stwierdzanego śródoperacyjnie (interwencja ze wskazań pilnych przy braku rozsiewu w jamie otrzewnowej) zasadne jest wykonanie rozszerzonych resekcji w przypadku zaawansowania miejscowego zmiany.

## PIŚMIENNICTWO

1. Medina-Franco H, Cabrera-Medoza F, Almaguere-Rosales S et al.: Mesenteric solitary fibrous tumor: a case report and literature review. *Rev Gastroenterol Mex* 2011; 76: 186-189 [in Spanish].
2. Coca-Pelaz A, Llorente-Pendas JL, Vivanco-Allende B et al.: Solitary fibrous tumor of the petrous bone: A successful treatment option. *Acta Otolaryngol* 2011; 131: 1349-1352.
3. Gou W, Xiao HL, Jiang YG et al.: Retrospective analysis for thirty-nine patients with solitary fibrous tumor of pleura and review of the literature. *World J Surg Oncol* 2011; 9: 134.
4. Papadakis I, Koudounarakis E, Haniotis H et al.: Atypical solitary fibrous tumor of the nose and maxillary sinus. *Haed Neck* 2011 Oct 24. doi: 10.1002/hed.21909 [Epub ahead of print].
5. Bouvier C, Metellus P, de Paul AM et al.: Solitary fibrous tumors and hemangiopericytomas of the meninges: overlapping pathological features and common prognostic factors suggest the same spectrum of tumors. *Brain Pathol* 2012 Jul; 22(4): 511-521.
6. Lee Wa, Lee MK, Jeon YK et al.: Solitary fibrous tumor arising in gastric serosa. *Pathol Int* 2004; 54: 436-439.
7. Shidham VB, Weiss JP, Quin TJ et al.: Fine needle aspiration cytology of gastric solitary fibrous tumor: a case report. *Acta Cytol* 1998; 42: 1159-1166.
8. Naveen HN, Nelivigi GN, Venkatesh K et al.: A case of solitary fibrous tumor of the kidney. *Urol Ann* 2011; 3: 158-160.
9. Yamashita S, Tochigi K, Kawamura S et al.: Case of retroperitoneal solitary fibrous tumor. *Hinuokika Kyo* 2007; 53: 477-480.
10. Margenthaler JA, Longo WE, Virgo KS et al.: Risk factor for adverse outcomes following surgery for small bowel obstruction. *Ann Surg* 2006; 243: 456-464.
11. Bickell NA, Federman AD, Aufses AH Jr: Influence of time on risk of bowel resection in complete small bowel obstruction. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 847-854.
12. Hardisson D, Limeres Am, Jimenez-Heffeman JA et al.: Solitary fibrous tumor of the mesentery. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 810-811.
13. Lau MI, Foo FJ, Sissons MC, Kiruparan P: Solitary fibrous tumor of small bowel mesentery: a case report and review of the literature. *Tumori* 2010; 96: 1035-1039.

14. Wang H, Shen D, Hou Y: Malignant solitary tumor in a child: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2011; 46: 5-9.
15. Erdag G, Qureshi HS, Patterson JW, Wick MR: Solitary fibrous tumors of the skin: a clinicopathologic study of 10 cases and review of the literature. *J Cutan Pathol* 2007; 34: 844-850.
16. Schirmang TC, Davis LM, Nigri PT, Dupuy DE: Solitary fibrous tumor of the buccal space: treatment with percutaneous cryoablation. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007; 28: 1728-1730.
17. Katsuno H, Maeda K, Hanai T et al.: Trans-sacral resection of a solitary fibrous tumor in the pelvis: report of a case. *Surg Today* 2011; 41: 1548-1551.

otrzymano/received: 27.11.2015  
zaakceptowano/accepted: 21.12.2015