

## Metastatizzazione al colon discendente da carcinoma lobulare della mammella misconosciuto condizionante occlusione intestinale

R. DELFANTI, M. ZAGHIS, P. CAPELLI, F. BANCHINI

U.O. di Chirurgia Generale, Vascolare e Senologica, Ospedale "G. da Saliceto", ASL Piacenza

**SUMMARY:** Left colon obstruction from local metastasis in misdiagnosed lobular breast cancer.

R. DELFANTI, M. ZAGHIS, P. CAPELLI, F. BANCHINI

*Distant spread from lobular breast cancer is common, but metastatic bowel involvement is unusual. We report a case of a 83 year old woman admitted with abdominal pain, ascites and fever. Her history present only a right breast nodule yet biopsied with negative result for malignancy. Blood samples showed leucocytosis and radiological study with abdominal CT revealed only ascites. The paracentesis with cultural and cytological exam were negative. Support and antimicrobial therapy were started. After ten days the patient get worst, so explorative laparoscopy was performed. The retro-peritoneum and the left colon were find involved in a neoplastic mass. Laparotomical resection of involved bowel and definitive colostomy was performed in order to allow canalisation.*

*Intraoperative histological examination revealed retroperitoneal and bowel involvement from lobular breast cancer.*

*Than a surgical biopsy of r the right breast lesion was performed in operating theatre. To our knowledge this is one of few cases reported in literature of colon metastasis from lobular breast cancer. As like as others, metastatic involvement began in perastromal tissue and than infiltration gained sub-mucosal and mucosal tissue. So patient didn't develops signs or symptoms of endoluminal masses or bowel occlusion.*

*No therapy could be started for severe pronstration and the patient died after 39 days from hospital admittance.*

**KEY WORDS:** breast cancer, metastasis, bowel obstruction.

### Caso clinico

Paziente donna di 83 anni, anamnesi di ipertensione arteriosa essenziale e pregressa ulcera gastrica sanguinante, a domicilio in terapia con ace-inibitore e lansoprazolo. Da circa 10 giorni lamenta febbre persistente oltre i 38° C e dolori addominali diffusi; trattata a

domicilio con Cirpofloxacina senza beneficio, esegue pertanto Rx torace ed eco-addome con evidenza di ascite e versamento pleurico bilaterale.

All'ingresso paziente autonoma nelle necessità vitali, parametri vitali nella norma; obiettivamente addome globoso, trattabile, moderatamente dolente alla palpazione profonda prevalentemente in ipocondrio destro e Blumberg negativo. Eseguito prelievo di 20 cc di liquido ascitico chiaro per batteriologia. Esami emochimici pressoché normali, modica ipoalbuminemia (2,5 gr/dl).

Alla visita si segnala inoltre evidenza di area addensata e dura non dolente al QSE mammella destra, la paziente riferisce che tale lesione presente dal anni è stata studiata circa 5 anni prima in ambito senologico e sottoposta ad agoaspirati per citologia, con evidenza unicamente di patologia fibroso-flogistica. Da allora la paziente non ha notato variazioni della lesione e non ha più eseguito controlli.

Eseguita Tc torace-addome: imponente versamento pleurico bilaterale con atelettasia polmonare, imponente versamento ascitico, non lesioni sostitutive non dilatazione delle vie biliari, non adenomegalie, non espansi pelvici. Si procede pertanto lo stesso giorno a posizionamento di drenaggio peritoneale 28 Ch con fuoriuscita di 4.000 cc di ascite.

Nei giorni seguenti peggioramento del quadro generale con comparsa di alvo chiuso e vomito persistente, leucocitosi neutrofila. Negativa per neoplasia la citologia sull'ascite e sul versamento pleurico; eseguite toracentesi evacuative bilaterali, negativa la batteriologia su questi campioni.

Dosaggi di CEA, alfa-fetoproteina e CA 19-9 nella norma. Iniziata all'ingresso terapia con Piperacillina/Tazobactam 4.5 gr ogni 8 ore e Ciprofloxacina 400 mg ogni 12 ore ev.

Visto il costante peggioramento obiettivo ed un quadro clinico di tipo occlusivo, nel sospetto di perforazione intestinale tamponata la paziente è stata sottoposta dopo 10 giorni dal ricovero a laparoscopia esplora-

Corrispondenza Autore:  
Dott. Rocco Delfanti  
Via Taverna, 39 - 29100 Piacenza  
E-mail: rocco.delfanti@libero.it

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

rativa: introdotto il primo Trocar a livello ombelicale si aspira abbondante ascite emorragica, introdotta la telecamera e si reperta quadro di peritonite. Si introducono altri due Trocar da 5 mm e si aspira ancora liquido ascitico emorragico e si inizia l'adesiolisi. Vista l'impossibilità di completare l'adesiolisi si converte in laparotomia xifo-pubica. All'esplorazione dell'addome colon sinistro che dalla flessura splenica al retto alto appare rigido come una corda, duro in particolare a livello della flessura dove viene eseguito esame bioptico estemporaneo, metastasi mesocolica di carcinoma poco differenziato. Resezione con GIA del colon sinistro ed affondamento con sutura continua del moncone distale. Biopsia del tessuto retroperitoneale a livello della piccola curva gastrica. Sutura temporanea della ferite a tutto spessore a punti staccati. Biopsia della nota lesione della mammella destra.

La paziente viste le scadute condizioni viene trasferita in Rianimazione e rivista chirurgicamente il giorno successivo con confezionamento di colostomia terminale.

La paziente successivamente ri-trasferita in reparto ha sviluppato progressivo peggioramento delle condizioni generali ed è deceduta dopo 39 giorni dal ricovero.

Il dato istologico sui pezzi operatori depone per:

- mammella, carcinoma poco differenziato di probabile istotipo lobulare (ER-1D5 60%, PgR-636 60%);
- biopsia mesocolon sinistro, metastasi da carcinoma mammario di istotipo lobulare;
- colon discendente, localizzazione di carcinoma ad istotipo lobulare (neoplasia costituita da cellule singole di piccola taglia talora "a sigillo", che dai tessuti molli periviscerali infiltra ab estrinseco la parete intestinale fino alla superficie mucosa);
- legamento gastrocolico, metastasi da carcinoma mammario di istotipo lobulare.

## Discussione

La metastatzizzazione al tratto gastrointestinale è eventualità rara e riguarda principalmente i tumori del seno, melanoma, ovaio e vescica. Nota è la differenza di trofismo d'organo per metastasi tra carcinoma lobulare e carcinoma duttale. In particolare nella larga casistica retrospettiva di Borst et al per quanto riguarda la localizzazione a peritoneo/retroperitoneo (3.1% vs 0.6%) e al tratto gastrointestinale (4.5% vs 0.2%).

Organi più frequentemente coinvolti sono lo stomaco ed il piccolo intestino, anedotticamente il colon.

Nella letteratura pur dall'esiguo numero di casi si evince come nel nostro caso la difficoltà a differenziare con i normali esami clinici e radiologici la patologia

metastatica dalla patologia neoplastica primitiva dell'intestino, mancando dati caratteristici. Difficile è anche la diagnostica endoscopica in quanto la patologia metastatica è a carico dei tessuti periviscerali ed infiltra ab-estrinseco la parete del viscere raggiungendo solo alla fine la mucosa.

La diagnosi in letteratura, come nel nostro caso, è pertanto successiva ad interventi chirurgici eseguiti per sospetta patologia primitiva dell'intestino.

La terapia chirurgica, spesso in assenza del sospetto diagnostico, mira a mantenere la vitalità e canalizzazione intestinale, ma come si evince dalla letteratura è necessario iniziare chemio ed ormonoterapia prontamente, anche se non sono noti pazienti lungo-sopravvivenenti.

## Bibliografia

1. Washington K, McDonagh D. Secondary tumors of the gastrointestinal tract: surgical pathologic findings and comparison with autopsy survey. *Mod Pathol* 1995;8:427-33.
2. McLemore EC, Pockaj BA, Reynolds C, Gray RJ, Hernandez JL, Grant CS, Donohue JH. Breast Cancer: Presentation and Intervention in Women With Gastrointestinal Metastasis and Carcinomatosis *Ann Surg Oncol* 2005;12:11.
3. Winer EP, Morrow M, Osborne CK, Harris JR. Malignant tumors of the breast, in DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (eds): *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001;2(6):1651-1716.
4. Efraim Idelevich, Hanoch Kashtanb, Eli Mavorc, Baruch Brennerd. Small bowel obstruction caused by secondary tumors *Surgical Oncology* 2006;(15):29-32.
5. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery* 1993; 114:637-41.
6. Doval DC, Bhatia K, Pavitran K, Bhagwan Sharma J, Vaid AK, Hazarika D. Breast carcinoma with metastases to the gallbladder: an unusual case with a short review of literature. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2006;5(2):305-307.
7. Crawford DL, Yeh IT, Moore JT. Metastatic breast carcinoma presenting as cholecystitis. *Am Surg* 1996 Sep;62(9):745-7.
8. Balibrea JM, Cantero R, García-Calvo M, García-Pérez JC, Furió-Bacete V, Blanco J, Balibrea JL. Perianal metastases from lobular breast carcinoma. *Clin Transl Oncol* 2007 Sep;9(9): 606-9.
9. Haberstick R, Tuech JJ, Wilt M, Rodier JF. Anal localization as first manifestation of metastatic ductal breast carcinoma. *Tech Coloproctol*. 2005 Dec;9(3):237-8. Epub 2005 Nov 21.
10. Lottini M, Neri A, Vuolo G, Testa M, Pergola L, Cintorino M, Guarnieri A. Duodenal obstruction from isolated breast cancer metastasis: a case report. *Tumori*. 2002 Sep-Oct;88(5):427-9.
11. Cornu-Labat G, Ghani A, Smith DJ, McDonald AD, Kasirajan K. Small-bowel perforation secondary to metastatic carcinoma of the breast. *Am Surg* 1998 Apr;64(4):312.
12. Easter DW, Jamshidipour R, McQuaid K. Laparoscopy to correctly diagnose and stage metastatic breast cancer mimicking Crohn's disease. *Surg Endosc* 1995 Jul;9(7):820-3.

13. Soon PS, Lynch W, Schwartz P. Breast cancer presenting initially with urinary incontinence: a case of bladder metastasis from breast cancer. *Breast* 2004 Feb;13(1):69-71.
  14. Feldman PA, Madeb R, Naroditsky I, Halachmi S, Nativ O. Metastatic breast cancer to the bladder: a diagnostic challenge and review of the literature. *Urology* 2002 Jan;59(1):138.
  15. Bresci G, Parisi G, Bertoni M, Tumino E, Capria A. The role of video capsule endoscopy for evaluating obscure gastrointestinal bleeding: usefulness of early use. *J Gastroenterol* 2005 Mar; 40(3):322-323.
  16. Hermanek P, Wittekind C. The pathologist and the residual tumor, R, classification. *Path Res Pract* 1994;190:115-123.
- 

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI