

Vilniaus universitetas  
Medicinos fakultetas

▲

▼

**STUDENTŲ  
MOKSLINĖS VEIKLOS  
LXXV  
KONFERENCIJA**

▲

▲

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.  
**PRANEŠIMŲ TEZĖS**

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė  
dr. Simona KILDIENĖ*

#### Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė  
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė  
Prof. dr. Vaiva Hendrixson  
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė  
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė  
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė  
Dr. Diana Bužinskienė  
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius  
Doc. dr. Saulius Galgauskas  
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas  
Doc. dr. Valdemaras Jotautas  
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė  
Prof. dr. Marius Miglinas  
Doc. dr. Birutė Zablockienė  
Inga Kisielienė  
Prof. dr. Violeta Kvedarienė  
Dr. Žymantas Jagelavičius  
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila  
Doc. dr. Kristina Ryliškienė  
Dr. Gunaras Terbetas  
Prof. dr. Alvydas Navickas  
Doc. dr. Rima Viliūnienė  
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis  
Doc. dr. Vytautas Tutkus  
Dr. Danutė Povilėnaitė  
Doc. dr. Sigita Burokienė  
Dr. Agnė Abraitienė  
Prof. dr. Pranas Šerpytis  
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius  
Prof. dr. Vilma Brukienė  
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė  
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

#### Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė  
Rafal Sinkevič  
Gintarė Zarembaitė  
Alicija Krasavceva  
Karina Mickevičiūtė  
Jogailė Gudaitė  
Emilis Gegeckas  
Auksė Ramaškevičiūtė  
Tautvydas Petkus  
Kristina Marcinkevičiūtė  
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lisauskaitė  
Rosita Reivytytė  
Kamilė Čeponytė  
Šarūnas Raudonis  
Monika Rimdeikaitė  
Inga Česnavičiūtė  
Tadas Abartis  
Rūta Bleifertaitė  
Kristijonas Puteikis  
Saulius Ročka  
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė  
Augustė Lapinskaitė  
Emilis Šostak  
Gratas Šepetyš  
Gediminas Gumbis  
Erika Ališauskienė  
Indrė Urbaitė  
Miglė Vilniškytė  
Urtė Smailytė  
Gabriela Šimkonytė  
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

## 10 AUGLIŲ VIENAM PACIENTUI (LINČO SINDROMAS): KLINIKINIS ATVEJIS IR LITERATŪROS APŽVALGA

**Darbo autorė.** Ugnė ŠILINSKAITĖ (II kursas).

**Darbo vadovas.** Prof. Tomas POŠKUS, VU MF Klinikinės medicinos Institutas; VULSK Pilvo ir onkochirurgijos centras.

**Darbo tikslas.** Pristatyti klinikinį Linčo sindromo atvejį, kai per gyvenimą pacientei buvo išoperuota 10 su Linčo sindromu susijusių auglių, ir apžvelgti mokslinę literatūrą šia tema.

**Darbo metodika.** Gavus pacientės sutikimą atlikta klinikinio atvejo analizė ir mokslinės literatūros apžvalga.

**Atvejo aprašymas.** 1993 metais 40 metų pacientei buvo diagnozuotas pirmasis vėžys tuščiojoje žarnoje. Jam pašalinti atlikta 40 cm jejunum rezekcija. Operacijos metu pastebėti padidėję limfmazgiai vidurinėje skersinės gaubtinės žarnos dalyje, todėl ši žarnos dalis taip pat buvo pašalinta. Biopsijos duomenys parodė, kad karcinoma buvo blogai diferencijuota (G3; pT3N0). Po 8 metų, 2001 metais pacientei buvo atlikta tiesiosios žarnos rezekcija su totaline mezorektaline ekscizija ir suformuota sigmorektinė anastomozė dėl tiesiosios žarnos blogai diferencijuotos adenokarcinomos (G3; pT3N0M0). 2003 metais pašalinta skrandžio adenokarcinoma (G3; pT2N1M0) atlikus subtotalią skrandžio rezekciją (Billroth II). 2008 metais profilaktinės kolonoskopijos metu buvo rasta dešiniojo gaubtinės žarnos linkio adenokarcinoma (G2; pT3N0M0) ir atlikta jos rezekcija. 2013 metais atlikta klubinės žarnos rezekcija. Kartu buvo pašalinta po 15 cm plonosios žarnos iš abiejų auglio pusių. Biopsija parodė, kad auglys buvo blogai diferencijuota klubinės žarnos adenokarcinoma (G3; pT4N0M0). 2014 metais kolonoskopijos ir biopsijos metu diagnozuota adenokarcinoma aklojoje žarnoje (G2; pT2N0M0) ir adenokarcinoma kylančiojoje gaubtinėje žarnoje (G3; pT3N1M0). Buvo atlikta dešinė hemikolektomija. Imunohistocheminio tyrimo metu nustatytas MSH2 ir MSH6 genų koduojamų baltymų trūkumas. Molekulinis genetinis ištyrimas atskleidė, jog pacientei yra MSH2 patologinė mutacija dvilyktame egzone. Šis tyrimas patvirtino II tipo Linčo sindromo diagnozę. Pacientei buvo atliktos dvi relaparatomijos dėl anastomozės nesandarumo. To pasekoje susiformavo enterokutaninė fistulė bei išsivystė trumpos žarnos sindromas – pacientei liko apie 70 cm plonosios žarnos. Pacientei pradėtas parenterinis maitinimas. 2017 metais rasta aukštos displazijos tubulinė adenoma plonajame žarnyne, kuri buvo pašalinta atlikus klubinės žarnos rezekciją. Taip pat operacijos metu atlikta ileotransversinės anastomozės rekonstrukcija ir to pasekoje pavyko nutraukti parenterinę mitybą. 2020 metais atlikta kairė nefroureterektomija dėl auglių apatiniame ir viduriniame kairiojo šlapimtakio trečdalyje. Biopsija parodė šlapimtakio urotelio karcinomą (G3, pT2N0M0) ir inksto geldelės urotelio karcinomą

(G3; pT1N0M0). Tais pačias metais pacientė taip pat operuota dėl dvylikapirštės žarnos karcinomos (G2; pT1N0M0) atliekant vietinę dvylikapirštės žarnos sienos eksciziją. 2023 metais pacientei atlikta histerektomija su bilateroline salpingektomija dėl gimdos kūno endometrioidinės adenokarcinomos (G1, pT1N0M0).

**Literatūros aptarimas.** Linčo sindromas (LS) sukelia 2–3 procentus visų kolorektalinių vėžių. Kaip sinonimas Linčo sindromui naudojamas terminas paveldimas nepolipozinis kolorektalinis vėžys (*angl. hereditary nonpolyposis colorectal cancer*). Žinoma, kad jam būdingas autosominis dominantinis paveldėjimas ir sindromas pasireiškia, kai įvyksta mutacijos MMR (*angl. mismatch repair*) genuose: MLH1, MSH2, MSH6 arba PMS2. Linčo sindromas skirstomas į I ir II tipus. I-am tipui būdingas ankstyvas kolorektalinio vėžio pasireiškimas, o II-am tipui būdingas kitų lokalizacijų vėžių pasireiškimas (endometriumo, skrandžio, plonojo žarnyno, kasos, tulžies pūslės, kiaušidžių, šlapimo takų, smegenų, odos) šalia kolorektalinio vėžio. Literatūros duomenimis mutacijų MLH1, MSH2 ar MSH6 nešiotojams esant 70 metų, jų rizika turėti su Linčo sindromu susijusį vėžį yra 71% (MLH1), 77% (MSH2) ir 75% (MSH6). Taip pat nustatyta, kad su LS susijusiam vėžiui išsivystyti yra didesnė tikimybė turint MLH1 ir MSH2 mutacijas nei MSH6. Amsterdamo II kriterijai (*angl. Amsterdam II criteria*) ir Betesda gairės (*angl. Bethesda guidelines*) padeda nustatyti pacientus potencialiai kenčiančius nuo Linčo sindromos, bet Linčo sindromui diagnozuoti privalu atlikti genetinį tyrimą. Pastarasis yra brangus ir ne visada gydytojų skiriamas, tad dažnai Linčo sindromas lieka nenustatytas.

**Išvados.** Linčo sindromas yra retas paveldimas sutrikimas dėl MMR genų mutacijų, kuris skatina ne tik kolorektalinio, bet ir kitų sričių vėžio vystymąsi. Literatūra rodo, kad dažniausiai mutacijos yra MLH1, MSH2 ir MSH6 genuose. Linčo sindromui pasireiškus asmenys kenčia ne tik nuo tiesiogiai vėžio sukeltų padarinių, bet ir daugelio operacijų sukeltų pasekmių.

**Raktažodžiai.** Linčo sindromas; paveldimas nepolipozinis kolorektalinis vėžys; daugybiniai navikai.