

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

И.Р. Аглуллин^{1,2}, М.Ю. Щупак³, И.Р. Сафин^{1,2}, Д.В. Рукавишников¹, А.Ю. Родионова¹

¹ ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», г. Казань

² Приволжский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр» им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Казань

³ Московская городская онкологическая больница № 62

Ключевые слова: первично-множественные опухоли, метастаз рака почки в бедренную кость, комбинированное лечение

Представлен клинический случай наблюдения пациентки с первично-множественными опухолями трех локализаций.

Первым документированным наблюдением первично-множественных опухолей является описанный Абу Али ибн Синой случай двусторонних опухолей молочных желез. Под первичной множественностью опухолей в настоящее время понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. В структуре первично-множественных злокачественных новообразований преобладает сочетание двух опухолей [1]. Случаи тройной локализации встречаются в 5–8% наблюдений. Впервые определение первично-множественным опухолям дал Бильрот (1869 г.). В настоящее время большинство авторов придерживаются определения, сформированного S. Warren, O. Gates (1932 г.) и впоследствии подтвержденного Н.Н. Петровым (1947 г.). Считается, что единственным и обязательным условием отнесения опухолей к первично-множественным является то, чтобы эти опухоли не были метастатическими, занесенными по току лимфы, крови или по серозным полостям, ни отпечатками, развившимися от соприкосновения, то есть были доказанно первичными.

За последние годы показатель роста первично-множественных злокачественных опухолей возрос почти в 10 раз [2]. Факторами, влияющими на рост заболеваемости, являются увеличение средней продолжительности жизни, воздействие значительного количества канцерогенов, накопление мутаций в геноме, улучшение диагностики онкологических заболеваний. Синхронные первично-множественные злокачественные новообразования — опухоли, выявленные одновременно или в сроки до 6 мес включительно.

Метахронными считаются опухоли, обнаруженные через больший период времени. В науке выделяется не менее сотни наследственных синдромов, сопровождающихся повышенным риском возникновения первично-множественных злокачественных новообразований, причем некоторые из них считаются облигатными или факультативными предраковыми состояниями [1]. Особо следует выделить синдромы множественной эндокринной неоплазии I, II, III, для которых характерны опухоли эндокринной системы, синдром Ли–Фраумени (характеризуется возникновением и накоплением в семье мягкотканых и остеогенных сарком, адренокортикального рака, опухолей головного мозга, рака молочной железы) [3, 4].

Пациентка К., 1952 г.р., впервые обратилась в поликлинику по месту жительства в январе 2010 г. с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 38 °С по вечерам. При первичном обследовании заподозрена опухоль левой почки, пациентка направлена в РКОД МЗ РТ, где была поorganно обследована (рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, цистоскопия, фиброгастроскопия). По данным обследования у пациентки подтверждено наличие опухоли левой почки без отдаленных метастазов. 24.02.2010 г. пациентке выполнена нефроадреналоретерэктомия слева с расширенной лимфаденэктомией. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированный переходноклеточный рак лоханки левой почки без выхода в жировую клетчатку. В отдельно присланной фиброзно-жировой клетчатке — метастаз рака, в надпочечнике опухолевого роста нет. В послеоперационном периоде, учитывая распространенность процесса, пациентке было проведено 3 курса адъювантной полихимиотерапии

Адрес для корреспонденции

Сафин И.Р.

E-mail: safin74@bk.ru

(метотрексат + винбластин). Перед проведением третьего курса ПХТ у пациентки однократно появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. При подготовке к проведению 4-го курса ПХТ в ходе обследования у пациентки выявлен рак эндометрия. 06.07.2010 г. пациентке выполнена экстирпация матки с придатками, правосторонняя тазовая лимфаденэктомия, резекция большого сальника. Гистологическое заключение: смешанная аденокарцинома — по 50% умеренно дифференцированной и светлоклеточной, глубина инвазии в миометрий 1 мм, в шейке матки, придатках, сальнике и лимфоузлах роста Ca нет. В дальнейшем пациентка находилась под наблюдением. В августе 2011 г. появились боли в области правого бедра, в покое и при движении. Пациентка обратилась в РКОД. При обследовании выявлен метастаз в правую бедренную кость. При дополнительном обследовании данных за множественные метастазы в кости и висцеральные метастазы, а также локальные рецидивы нет. По данным КТ, имелось поражение костномозгового канала правой бедренной кости мягкотканым компонентом метастаза от большого вертела на протяжении 244 мм (рис. 1). Учитывая отсутствие локальных рецидивов опухолей, висцеральных метастазов, множественного поражения костей, пациентке в декабре 2011 г. выполнена операция экстирпации правой бедренной кости с тотальным протезированием. Гистологически: метастаз пере-

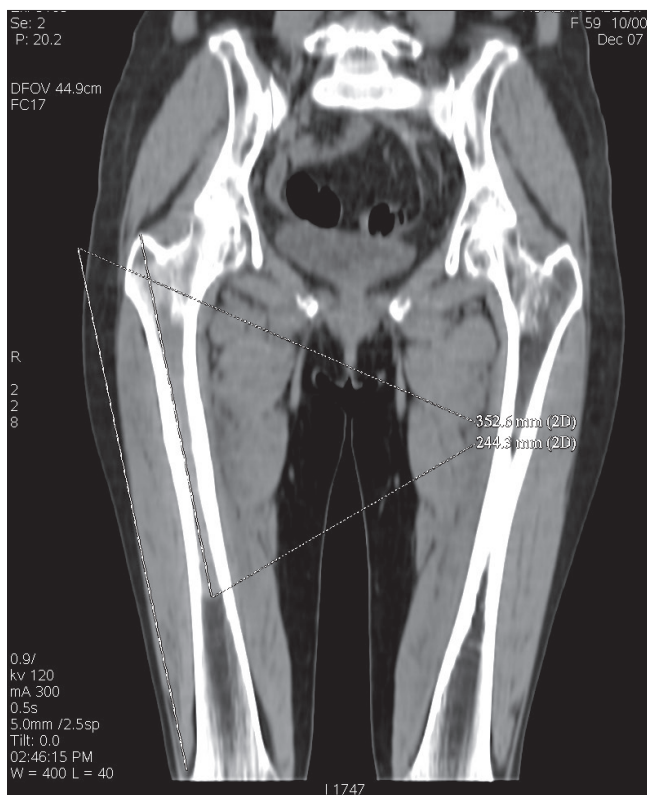


Рис. 1. Компьютерная томограмма до операции

ходноклеточного рака в кость. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка активизирована на 7-е сутки (ходьба с опорой), рана зажила первично (рис. 2). В отдаленном послеоперационном периоде признаков нестабильности эндопротеза, инфекционных осложнений не было. В июле 2012 г. у пациентки выявлен метастаз в мягкие ткани правого бедра размером до 12 см, по поводу чего был проведен курс ДЛТ СОД 54 Гр с хорошим эффектом, что позволило удалить очаг.

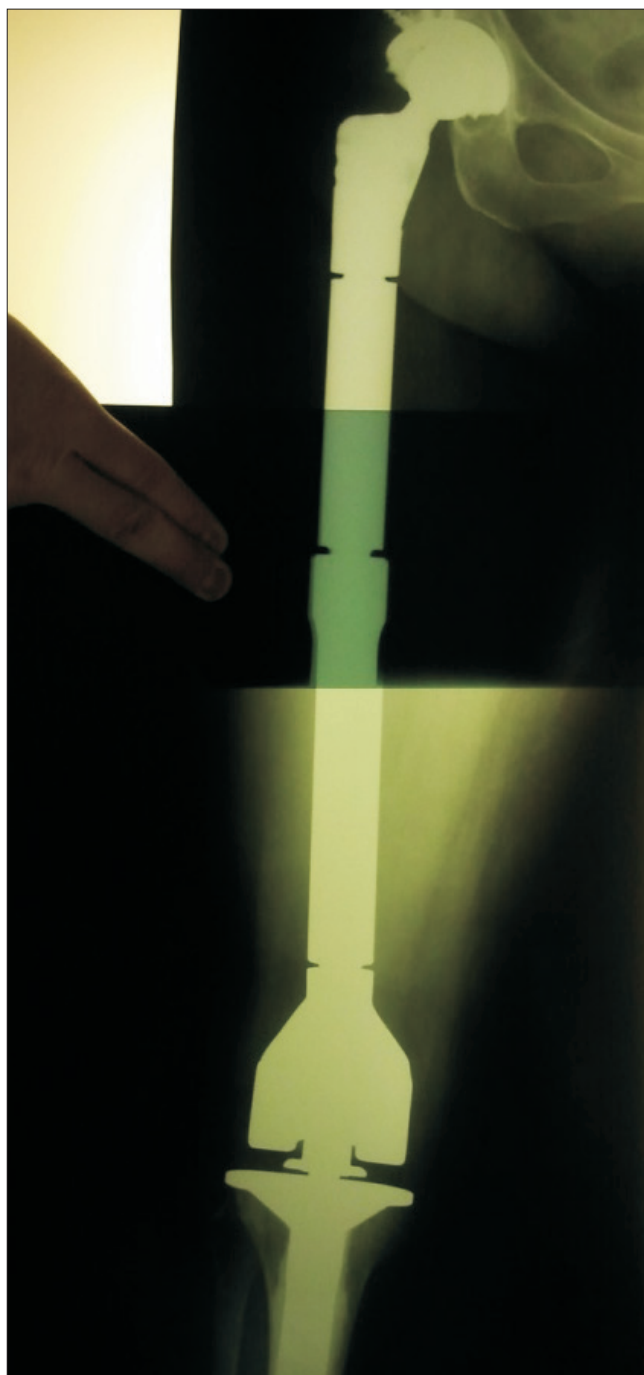


Рис. 2. Ro-грамма правого бедра после оперативного вмешательства

В октябре 2012 г. пациентка обследована — данных за местные рецидивы опухолей нет, по данным остеосцинтиграфии — метастатического поражения костей нет. По данным Ro ОГК и РКТ ОГК имеются очаговые образования в S3 и S9 правого легкого. Пациентке было проведено 6 курсов лечебной ПХТ по схеме CMV. По завершении ПХТ имелся регресс очагов в легких, по данным обследования, данных за прогрессирование рака почки и рака эндометрия нет. Пациентка находилась под наблюдением онколога РКОД. В феврале 2015 г. при плановом осмотре онколога пациентка предъявила жалобы на наличие крови в стуле в течение нескольких месяцев. По данным колоноскопии, на 22 см от анального жома имеется обтурирующая просвет кишки опухоль. В марте 2015 г. пациентке выполнена резекция ректосигмоидного отдела ободочной кишки аппаратным способом. Гистологическое заключение: высокодифференцированная муцинозная аденокарцинома с прорастанием в мышечный слой. По резекционным линиям и в л/у роста рака нет.

Таким образом, на основании клинико-анамнестических данных пациентке выставлен диагноз: синхронный Са лоханки левой почки T2N2M0. G2. 4-й ст. Состояние после комбинированного лечения нефроаденоуретерэктомии слева с расширенной лимфаденэктомией (02.2010), ПХТ. Са эндометрия T1bN0M0. Состояние после экстирпации матки с придатками, правосторонней тазовой лимфаденэктомии, резекции большого сальника (07.2010). Метастаз в правую бедренную кость. Состояние после экстирпации правой бедренной кости с эндопротезированием коленного и тазобедренного суставов (12.2011). Метастаз в мягкие ткани правого бедра. Состояние после иссечения метастаза, ДЛТ (07.2012). Метакронный Са ректосигмоидного отдела толстой кишки T2N0M0, 1-я ст. Состояние после резекции ректосигмоидного отдела ободочной кишки аппаратным способом (03.2015). Период наблюдения за пациенткой со времени последнего оперативного вмешательства — 7 мес. По данным обследования — данных за прогрессирование опухолей нет. Пациентка активна, передвигается с опорой на трость, нарушения питания и трофики тканей (атрофии мышц) нет.

Выводы

1. При наблюдении за пациентами со злокачественными опухолями следует помнить о возможном возникновении 2 и более злокачественных опухолей у одного и того же больного, причем как синхронно (одновременно), так и метакронно (с интервалом 6 мес и более), и при возникновении жалоб, которые могут указывать на развитие опухолевого процесса, проводить им комплексное обследование.

2. Метастазы в кости у пациентов с первично-множественными злокачественными опухолями с различным гистологическим строением требуют обязательной морфологической верификации.

3. Пациентам с первично-множественными опухолями с метастазами в кости, в том числе и осложненными патологическим переломом, показано ортопедическое пособие в различных его вариантах в зависимости от соматического статуса и прогнозируемой продолжительности жизни пациента.

4. При благоприятном течении метастатического процесса (солитарный метастаз рака почки, молочной железы, предстательной железы и пр.) показана сегментарная резекция кости с замещением дефекта модульным эндопротезом.

5. Лечение пациентов с первично-множественными злокачественными новообразованиями возможно лишь в рамках мультидисциплинарного подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казубская Т.П. и соавт. Клинико-генетический анализ первично-множественных злокачественных новообразований. Российский онкологический журнал. 2007, № 2, с. 4-9.
2. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2010 г. Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. М., 2012, 307 с.
3. Алиев М.Д. Становление и современное состояние отечественной онкологической ортопедии. Вопросы онкологии. 2005, № 3, с. 283-287.
4. Malkin D., Li F.P., Strong L.C. et al. Germ line p53 mutations in a familial syndrome of breast cancer, sarcomas, and other neoplasms. Science. 1990, v. 250, p. 1233-1238.

Статья поступила 07.12.2015 г., принята к печати 14.12.2015 г.
Рекомендована к публикации Е.А. Сушенцовым

CLINICAL CASE OF THE PATIENT WITH MULTIPLE PRIMARY MALIGNANCIES

Aglullin I.R.^{1,2}, Safin I.R.^{1,2}, Schupac M.Yu.³, Rukavishnikov D.V.¹, Rodionova A.Yu.¹

¹Tatarstan Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia

²Russian Cancer Research Center, Kazan branch

³Moscow oncology hospital No. 62

Key words: multiple primary tumors, metastasis of kidney cancer in the femur, a combined treatment

Presents a clinical case of observation of the patient with multiple primary tumors of the three localizations.