

СИНХРОННЫЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ: РАК ЯИЧНИКОВ И БЕСПИГМЕНТНАЯ МЕЛАНОМА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Н.Е. Левченко¹, Ю.С. Сидоренко², Э.Р. Мусаев¹

¹ ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

² Южный научный центр Российской академии наук, г. Ростов-на-Дону

В работе представлено редкое наблюдение синхронных первично-множественных опухолей: рака яичников и метастаза беспиgmentной меланомы без первично выявленного очага.

Ключевые слова: *первично-множественные злокачественные опухоли, метастазы беспиgmentной меланомы без первично выявленного очага, рак яичников.*

SYNCHRONOUS MULTIPLE PRIMARY TUMORS: OVARIAN CANCER AND NON-PIGMENTED MELANOMA (A CLINICAL OBSERVATION)

N.E. Levchenko¹, Yu.S. Sidorenko², E.R. Musaev¹

¹ Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

² Southern Scientific Center of the Russian Academy of Sciences, Rostov-on-Don

The work presents a rare case of an observation of synchronous multiple primary tumors: ovarian cancer and metastasis of non-pigmented melanoma of unknown primary site.

Keywords: *multiple primary malignant tumors, metastases of non-pigmented melanoma of unknown primary origin, ovarian cancer.*

Редким проявлением злокачественной меланомы является метастатическое поражение периферических лимфатических узлов и внутренних органов при отсутствии клинически определяемого первичного очага, что составляет 1,6–12,5% всех случаев опухоли [1, 2], а среди всех наблюдений метастазов рака из невыявленного первичного очага на долю меланомы приходится до 12,6% наблюдений [3]. Однако в эту группу включаются разнородные категории больных. Например, пациенты с радикально удаленными пигментными образованиями без верификации диагноза, с некрозом или спонтанной регрессией новообразования; кроме того, пациенты с трудно диагностируемыми случаями, обусловленными отсутствием пигментации первичной меланомы, ее маленькими размерами или локализацией в недоступных визуализации органах (прямая кишка, глаз, твердая мозговая оболочка, влагалище и т.д.). Во всех этих случаях даже при тщательном обследовании пациента не всегда удается выя-

вить первичный очаг. Последние две группы больных следует отнести к категории «не досконально обследованных», так как впоследствии опухоли у них либо проявляют себя клинически, либо при дополнительном обследовании [4, 5]. Необходимо отметить, что в отечественной литературе эта особенность течения меланомы освещена мало. В своей работе на конкретном примере мы бы хотели рассмотреть особенности клинического течения, диагностики и тактики ведения больной с синхронными первично-множественными опухолями: раком яичников и метастазом беспиgmentной меланомы без первично выявленного очага. Напомним, что под первичной множественностью опухолей в настоящее время понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований [6, 7].

Пациентка К., 47 лет, поступила в хирургическое отделение № 2 ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» с диагнозом: опухоль задней поверхности шеи, опухоль яичников.



Рис. 1. Опухоль задней поверхности шеи



Рис. 2. Опухоль яичников

Из анамнеза: в 2010 году отметила появление опухолевого образования на задней поверхности шеи. К врачам не обращалась. В марте 2016 года в связи со значительным увеличением опухолевого образования (рис. 1) и увеличением объема живота (рис. 2) обратилась в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина».

Результаты обследования: РКТ шейного скелета от 22.03.2016 г. — в мягких тканях верхних отделов спины, плечевого пояса и задне-боковой поверхности шеи слева име-

ется массивный опухолевый конгломерат с достаточно четкими контурами размерами 17,0×11,7×10 см. Опухоль инфильтрирует подкожно-жировую клетчатку и прорастает кожу на отдельных участках. Нижний полюс опухоли определяется на уровне II ребра, проксимальнее прилежит к остистому отростку С6, инфильтрирует трапецевидную мышцу на участке 8,5 см, не исключено подрастание к задне-боковой группе мышц. Верхняя граница опухоли определяется на уровне проекции бугра сосцевидного отростка височной кости. Отдельно два узловых образования определяются в подкожно-жировой клетчатке спины на уровне С6 (спереди от трапецевидной мышцы) размером до 1,2 см на уровне С2 (кпереди от ременной мышцы) размером 1,4 см (рис. 3). Заключение: КТ картина массивной опухоли мягких тканей спины и шеи слева.

МРТ головного мозга от 28.03.2016 — в базальных отделах левой височной области — постишемические изменения. Массивное образование в мягких тканях шеи слева.

УЗИ брюшной полости от 10.03.2016 — матка с признаками аденомиоза, шейка матки не гипертрофирована, цервикальный канал расширен на всем протяжении до 0,4 см, в просвете — гиперэхогенное образование размером 0,8–0,3 см — полип. В задней губе шейки матки — киста с густым содержимым до 1,6 см в диаметре, единичные кисты до 0,5 см. Вся область малого таза и брюшная полость запол-



Рис. 3. КТ картина массивной опухоли мягких тканей спины и шеи слева

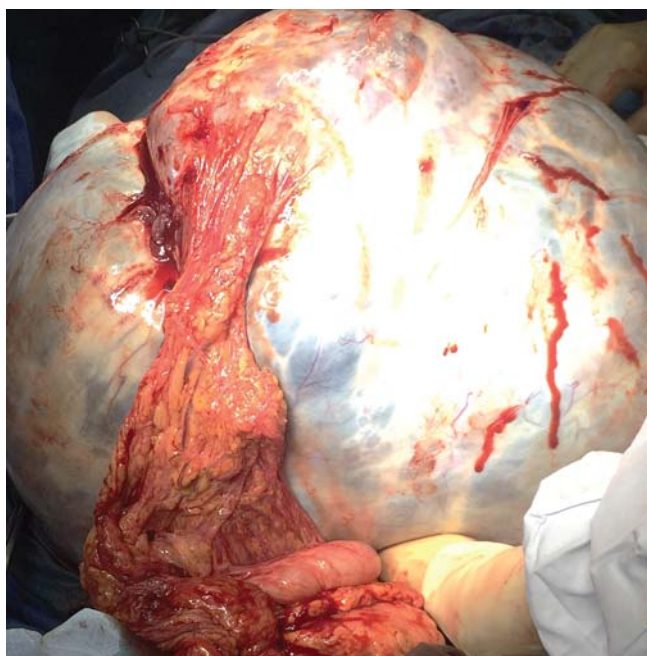


Рис. 4. Опухоль яичника



Рис. 5. Метастаз беспигментной меланомы в мягких тканях задней поверхности шеи и спины

нена многокамерным кистозным образованием с папиллярными разрастаниями. Размер оценить невозможно. Заключение: опухоль яичников. Подозрение на полип цервикального канала. Аденомиоз.

Гистологическое заключение биопсийного материала опухоли задней поверхности шеи № 14907 от 15.04.2016 — в дерме диффузные инфильтрации опухолевыми клетками (эпителиальные либо лимфоидные). Для уточнения диагноза необходимо ИГХ-исследование.

ИГХ-исследование № 20219 от 24.05.2016 — признаков специфической иммуногистохимической реакции в неопластических клетках не выявлено. Ki-67 — 57%. Заключение: профиль опухолевой ткани в наибольшей степени соответствует беспигментной десмопластической меланоме преимущественно веретенклеточного строения.

27.10.2016 произведена лапаротомия, экстирпация матки с правым придатком, резекция большого сальника. Удаление меланомы кожи задней поверхности шеи. (Левые придатки матки были удалены ранее в связи с трубной беременностью).

При ревизии: в брюшной полости около 5 литров асцитической жидкости (отправлена на цитологическое исследование), всю брюшную полость занимает гигантская опухоль,

исходящая из правого яичника и достигающая диафрагмы, кистозно-солидной структуры, размерами до 60 см (весом более 8 кг) (рис. 4). Печень не увеличена. Матка не увеличена. Левый яичник — ранее удален. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены.

Опухоль мобилизована, удалена и отправлена на срочное гистологическое исследование, № 2016/8019 — пограничная муцинозная опухоль с участками подозрительными на муцинозный рак.

Вторым этапом выполнен разрез кожи, подкожной жировой клетчатки, окаймляющий опухоль на задней поверхности шеи. Задняя стенка опухоли плотно прилежала к подлежащей мышце, выполнена резекция трапецевидной мышцы. Тупым и острым способом выделена и удалена опухоль (рис. 5). При срочном гистологическом исследовании: в яичнике — пограничная муцинозная опухоль с участками подозрительными на муцинозный рак. При плановом гистологическом исследовании: в яичнике — разрастание умеренно-дифференцированной муцинозной аденокарциномы (рис. 6). Стенка маточной трубы имеет обычное строения. Эндометрий секреторного типа. В миометрии фокусы аденомиоза, опухолевый узел, имеющий строение лейомиомы. В дерме кожи имеются разрастания опухоли из эпителиоидных

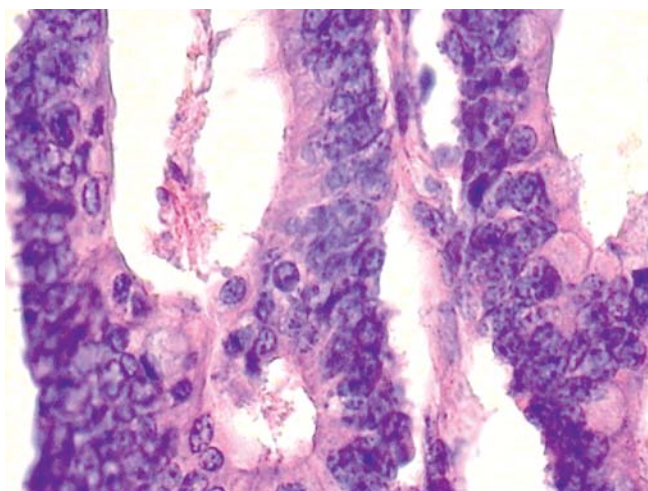


Рис. 6. Муцинозная аденокарцинома яичника, окраска гематоксилин-эозином, увеличение 40x10

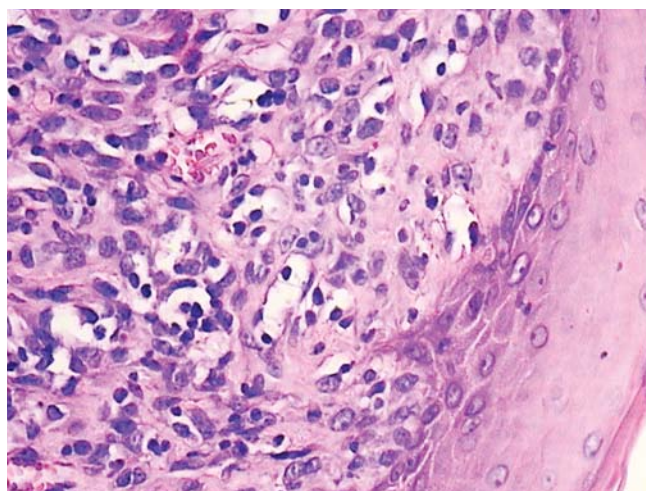


Рис. 7. Меланома, окраска гематоксилин-эозином, увеличение 20x10

мономорфных округлых клеток, что, учитывая данные ИГХ-исследования № 20219/16, можно расценивать как внутридермальный метастаз десмопластической меланомы (рис. 7). Фиброзно-жировая ткань с лимфоузлом с реактивными изменениями без элементов опухолевого роста. Цитологическое исследование асцитической жидкости № 40999/2016 — элементов опухоли не найдено.

Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Консультирована химио-

терапевтом, рекомендовано проведение 6 курсов химиотерапии в монорежиме по месту жительства по схеме цисплатин — 75 мг/м² через 21 день.

Данный клинический пример демонстрирует достаточно редкое сочетание первично-множественных злокачественных опухолей. Учитывая наличие метастаза беспигментной меланомы без первично выявленного очага и злокачественной опухоли яичника, прогноз у пациентки неблагоприятный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фрадкин С.З., Залуцкий И.В. Меланома кожи. — Минск: Беларусь, 2000. — С. 221.
2. Baldi A., Dragonetti E., Battista T. et al. Detection of circulating malignant cells by RT-PCR in long-term clinically disease — free I stage melanoma patients // *Anticancer Res.* — 2000. — Vol. 20. — № 5. — P. 3923–3928.
3. Brogelli L., Reali U.M., Moretti S. et al. The prognostic significance of histologic regression in cutaneous melanoma // *Melanoma Res.* — 1992. — Vol. 2. — № 2. — P. 87–91.
4. Марочко А.Ю., Косых Н.Э. Метастазы меланомы без первично выявленного очага // *Дальневосточный медицинский журнал.* — 2009. — № 1. — С. 47–49.
5. Taran J.M., Heenan P.J. Clinical and histologic features of level 2 cutaneous malignant melanoma with metastasis // *Cancer.* — 2001. — Vol. 91. — № 9. — P. 1822–1825.
6. Паяниди Ю.Г., Сельчук В.Ю., Жордания К.И. и др. Первично-множественные злокачественные новообразования половых органов у женщин: пути профилактики // *Опухоли женской репродуктивной системы.* — 2010. — № 1. — С. 51–54.
7. Шелепова В.М., Паяниди Ю.Г., Огай Д.С. и др. Использование опухолевых маркеров в диагностике первично-множественных злокачественных новообразований яичников и молочной железы // *Онкогинекология.* — 2012. — № 4. — С. 58–61.

АВТОРЫ

Левченко Наталья Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая гинекологическим отделением ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Москва, 115478, Каширское шоссе 24, e-mail: n.levchenko@ronc.ru

Levchenko Natalia Evgenievna, Prof., Ph.D., a head of gynecological department, Blokhin Cancer Research Center, Moscow, 115478 Kashirskoye shosse, 24 e-mail: n.levchenko@ronc.ru

Сидоренко Юрий Сергеевич, академик РАН, профессор, Российская академия медицинских наук, член президиума Южного научного центра РАН, Москва, ул. Солянка, 14

Sidorenko Yurii Sergeevich, Prof., Ph.D., The Russian Academy of Sciences, Moscow, Solianka street, 14

Мусаев Эльмар Расимович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением общей онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Москва, 115478, Каширское шоссе 24

Musaev Elmar Rasimovich, Prof., Ph.D., surgery department, Blokhin Cancer Research Center, Moscow, 115478 Kashirskoye shosse, 24