

Редкое клиническое наблюдение аденокарциномы толстой кишки с метастазами в легкие у пациентки средних лет

В.А.Ахмедов¹, О.В.Гаус¹, Д.В.Петров²

1 – ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России: 644099, Российская Федерация, Омск, ул. Ленина, 12;

2 – БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 имени Кабанова А.Н.» Минздрава Омской области: 644112, Российская Федерация, Омск, ул. Перелета, 7

Резюме

Представленное клиническое наблюдение является редким казуистическим случаем метастатического поражения легких аденокарциномой ободочной кишки у пациентки 43 лет. Диагностическая сложность данного клинического случая обусловлена практически полным отсутствием у пациентки клинических симптомов со стороны бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта, а также отсутствием каких-либо физикальных проявлений, указывающих на вовлечение данных органов и систем, что не позволяло даже заподозрить наличие патологического процесса. Своевременное плановое проведение флюорографического обследования органов грудной клетки явилось отправным пунктом диагностического процесса, по результатам которого был диагностирован рак толстой кишки с метастазами в легкие.

Ключевые слова: клиническое наблюдение, случай, аденокарцинома ободочной кишки, метастазы в легкие.

DOI: 10.18093/0869-0189-2016-26-1-113-115

A rare case of colonic adenocarcinoma with metastasis to the lung in a middle-aged female patient

V.A.Akhmedov¹, O.V.Gaus¹, D.V.Petrov²

1 – Omsk State Medical University, Healthcare Ministry of Russia: 12, Lenina str., Omsk, 644043, Russia;

2 – City Clinical Hospital No 1: 7, Pereleta str., Omsk, 644112, Russia

Summary

A rare case of colonic adenocarcinoma with metastatic lung lesion in a female patient of 43 years old is reported in the article. The diagnostic difficulty of this case was due to absolute lack of both respiratory and gastrointestinal clinical symptoms and signs. Timely scheduled chest fluorographic examination was the starting point of the diagnostic work-up resulted in diagnosis of colon cancer with metastasis to the lungs.

Key words: clinical case, colon adenocarcinoma, lung metastasis.

Согласно литературным данным, рак толстой кишки занимает 3–4-е место в структуре общей онкологической заболеваемости, а число пациентов с запущенными формами достигает 70 % [1].

В мире ежегодно регистрируется около 600 тыс. новых случаев колоректального рака (КР), у 50 % наступает летальный исход. Данная локализация рака составляет 15 % всех первично диагностированных опухолей всех локализаций [1]. Характерным для КР является тенденция его заметного «постарения». Около 85 % случаев КР приходится на возраст старше 55 лет [2]. Описаны редкие случаи метастазов КР в печень, кости, головной мозг, костный мозг у пациентов пожилого возраста [3, 4]. Метастазирование КР в легкие у пациентов средних лет представляют собой казуистическое наблюдение. Приводится клиническое наблюдение подобного случая.

Пациентка Е. 43 лет обратилась на прием к пульмонологу БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 имени Кабанова А.Н.» Минздрава Омской области (Омск) 20.04.15.

На момент осмотра жалоб не предъявляла. Аппетит сохранен, масса тела стабильная, стул регулярный, кал оформленный, без видимых примесей.

Из данных анамнеза заболевания. Считает себя больной с апреля 2015 г., когда при плановом флюорографическом осмотре были выявлены двусторонние интерстициальные изменения в легких, после чего была выполнена обзорная рентгенография органов

грудной клетки (ОГК) в прямой проекции, где выявлялись двусторонние интерстициальные изменения, единичные очаговые изменения с обеих сторон; увеличения внутригрудных лимфатических узлов не отмечено (рис. 1).

Общеклинические анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ мочи) – в пределах референсных значений. После консультации пульмонолога пациентке рекомендовано проведение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) ОГК, бронхоскопии, плановая консультация фтизиатра.



Рис. 1. Обзорная рентгенография легких пациентки Е.
Figure 1. Chest X-ray of the patient E.

При проведении МСКТ ОГК указанные рентгенологические изменения были подтверждены, в заключении описаны КТ-признаки интерстициального заболевания легких, лимфангоита, саркоидоза? (рис. 2А, В).

При проведении бронхоскопии выявлены признаки эндоbronхита I степени интенсивности воспаления, взяты смывы на кислотоустойчивые микобактерии и атипичные клетки, которые при цитологическом исследовании не были обнаружены. Пациентка была консультирована фтизиатром, данных за туберкулез органов дыхания не получено.

Далее больная была осмотрена торакальным хирургом, которым было рекомендовано проведение биопсии легкого.

Выполнена видеоторакоскопия справа, биопсия верхней и нижней долей правого легкого и прилежащей плевры. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 7-е сутки получены результаты гистологического исследования биоптатов: в ткани легких обнаружены признаки метастатического поражения опухолью толстой кишки – аденокарцинома умеренной степени дифференцировки (рис. 3). Для поиска возможной причины первичного источника опухоли рекомендовано выполнение фиброколоноскопии и консультация онколога.

По результатам фиброколоноскопии в нисходящей ободочной кишке визуализировалось образование размерами 4–5 см, на широком основании, без изъязвлений и признаков кровоточивости, не обтурирующее просвет кишки (рис. 4). По результатам морфологического исследования биоптата – признаки умеренно дифференцированной аденокарциномы (рис. 5).

Из данных анамнеза жизни: туберкулез, вирусный гепатит, венерические инфекции отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Операции, гемотрансфузии отрицает. У отца рак – полипоз толстой кишки.

На момент осмотра: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые оболочки не изменены. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

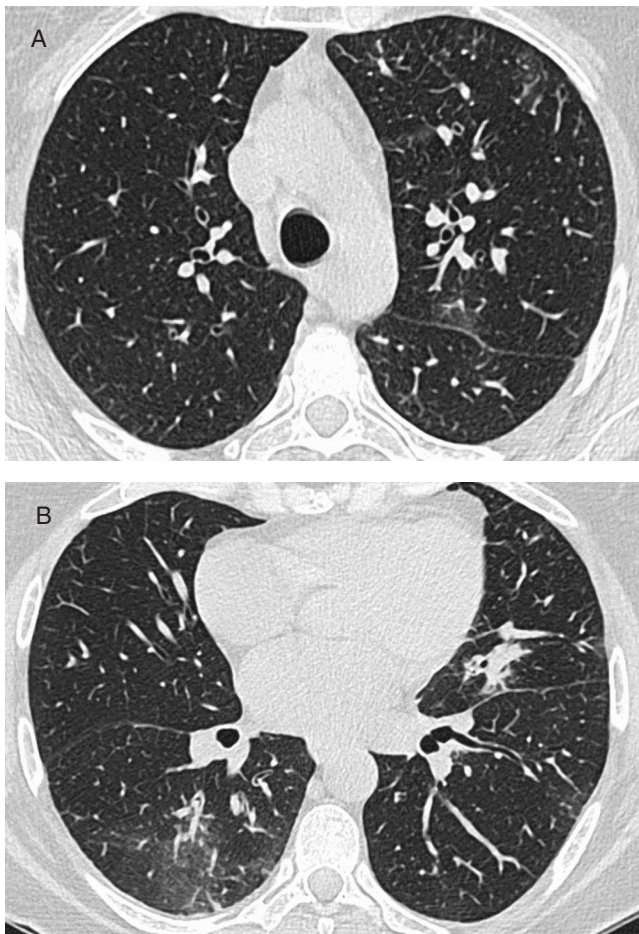


Рис. 2. МСКТ ОГК пациентки Е.
Figure 2. Multispiral computed tomography of the lung of the patient E.

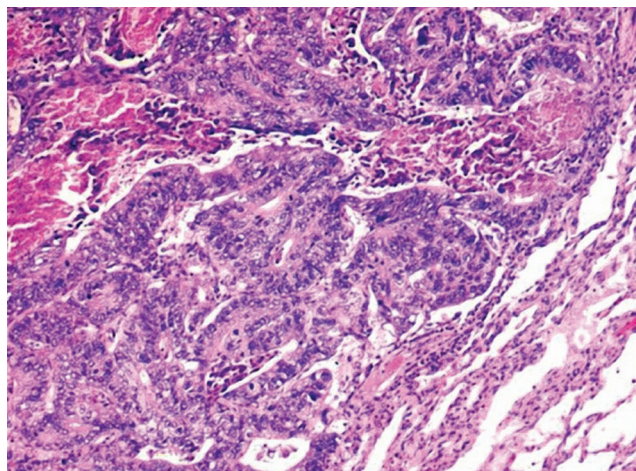


Рис. 3. Биоптат ткани легкого: признаки метастатического поражения опухолью толстой кишки – аденокарцинома умеренной степени дифференцировки. Окраска гематоксилином и эозином
Figure 3. Lung tissue biopsy: metastatic lesion from moderately differentiated colon adenocarcinoma. Hematoxylin and eosin staining

Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника сохранена. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Отеков нет.

Диагноз: рак нисходящей ободочной кишки. Метастазы рака в легких. Раковый лимфангоит T2N0M1.

Рекомендовано: срочная госпитализация и лечение в условиях онкологического стационара.

Как видно из представленного наблюдения, отмечается указание на наличие в анамнезе у отца пациентки полипоза толстой кишки. Из всех онкологических заболеваний наиболее часто случаи наследственных форм встречаются именно при КР, достигая 20–30 % [5]. При этом 5 % этих случаев ассоциированы с полиморфизмом генов. За развитие семейного аденоматозного полипоза кишечника – состояния, предрасполагающего к развитию КР – наиболее часто несет ответственность ген *mut Y Homolog (MUTYH)* [6]. Развитие в будущем генетических методов исследования позволит проводить у таких пациентов ранний скрининг выявления риска КР.

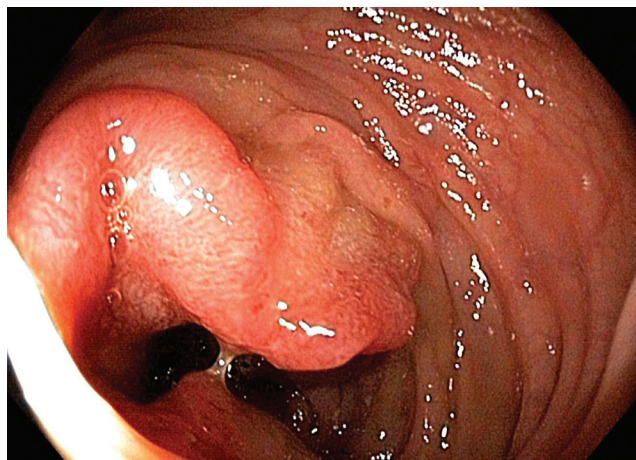


Рис. 4. Образование на широком основании, размерами 4–5 см, без изъязвлений и признаков кровоточивости, не обтурирующее просвет кишки по результатам фиброколоноскопии
Figure 4. A sessile tumor of 4–5 cm in size without ulceration and bleeding, not obstructing the colon lumen according to fibrocolonoscopy

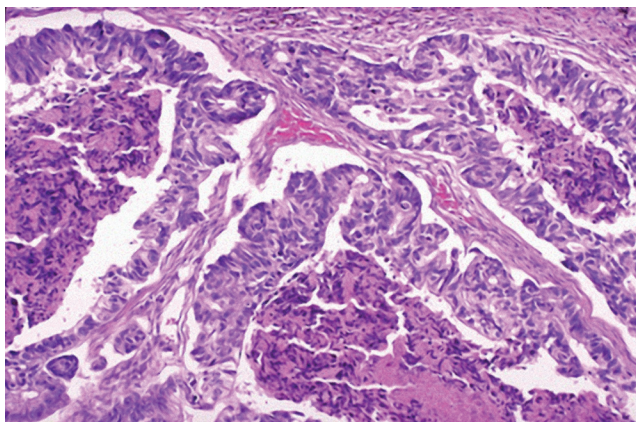


Рис. 5. Биоптат ткани кишечника: признаки аденокарциномы толстой кишки умеренной степени дифференцировки. Окраска гематоксилином и эозином

Figure 5. Colon biopsy: moderately differentiated colon adenocarcinoma. Hematoxylin and eosin staining

Заключение

Представленное клиническое наблюдение является редким казуистическим случаем метастатического поражения легких аденокарциномой ободочной кишки у пациентки средних лет. Диагностическая сложность данного клинического случая обусловлена практически полным отсутствием у пациентки клинических симптомов со стороны бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта, а также отсутствием каких-либо физикальных проявлений, указывающих на вовлечение данных органов и систем, что не позволяло даже заподозрить наличие патологического процесса.

Своевременное плановое проведение флюорографического обследования ОГК явилось отправным пунктом диагностического процесса, по результатам которого был диагностирован рак толстой кишки с метастазами в легкие и формированием ракового лимфангоита.

Представленное клиническое наблюдение позволит врачам-пульмонологам иметь в виду возможность возникновения подобных ситуаций в клинической практике и более тщательно обследовать пациентов на предмет раннего выявления КР при наличии неидентифицированных признаков интерстициального заболевания легких по результатам лучевых методов диагностики.

Конфликт интересов. Конфликт интересов авторами не заявлен.

Прозрачность исследования. Спонсорская поддержка исследования отсутствовала. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

The authors do not have conflict of interest. This study was not sponsored. The investigators are fully responsible for preparing the final version of the manuscript for publication. All authors participated in development of the concept and the design of the study and in writing the

manuscript. The final version of the manuscript was approved by all the authors. The authors did not received fee for the study.

Литература

1. Аксель Е.М., Барулина Н.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб). *Российский онкологический журнал*. 1999; 6: 40–46.
2. Dunlop M. Colorectal cancer. *Br. Med. J.* 1997; 314: 1882–1885.
3. Денисенко В.Л., Гаин Ю.М. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы. *Новости хирургии*. 2011; 19 (1): 103–111.
4. Тимофеев Ю.М., Марфутов В.В. Редкое наблюдение метастазирования рака ободочной кишки в костный мозг. *Онкологическая колопроктология*. 2011; 1: 52–53.
5. Jaspersen K.W., Tuohy T.M., Neklason D.W., Burt R.W. Hereditary and familial colon cancer. *Gastroenterology*. 2010; 138: 2044–2058.
6. Torre L.A., Bray F., Siegel R.L. et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J. Clin.* 2015; 65: 87–108.

Поступила 13.10.15

УДК 616.345-006.65-033.2:611.24

References

1. Aksel' E.M., Barulina N.M. Colorectal cancer: morbidity, mortality and social burden. *Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal*. 1999; 6: 40–46 (in Russian).
2. Dunlop M. Colorectal cancer. *Br. Med. J.* 1997; 314: 1882–1885.
3. Denisenko V.L., Gain Yu.M. Complications of colorectal cancer: problems and perspectives. *Novosti khirurgii*. 2011; 19 (1): 103–111 (in Russian).
4. Timofeev Yu.M., Marfutov V.V. A rare case of transverse colonic metastasis to the bone marrow. *Onkologicheskaya koloproktologiya*. 2011; 1: 52–53 (in Russian).
5. Jaspersen K.W., Tuohy T.M., Neklason D.W., Burt R.W. Hereditary and familial colon cancer. *Gastroenterology*. 2010; 138: 2044–2058.
6. Torre L.A., Bray F., Siegel R.L. et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J. Clin.* 2015; 65: 87–108.

Received October 13, 2015

UDC 616.345-006.65-033.2:611.24

Информация об авторах

Ахмедов Вадим Адильевич – д. м. н., профессор кафедры факультетской терапии с курсом профессиональных болезней ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: (3812) 56-14-42; e-mail: v_akhmedov@mail.ru

Гаус Ольга Владимировна – ассистент кафедры факультетской терапии с курсом профессиональных болезней ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (3812) 56-14-42; e-mail: gaus_olga@bk.ru

Петров Дмитрий Владимирович – врач-пульмонолог пульмонологического отделения БУЗ ОО «Городская клиническая больница № 1»; тел.: (3812) 73-13-09; e-mail: dmitrpetrov@bk.ru

Author information

Akhmedov Vadim Adil'evich, MD, Professor at Department of General Internal Medicine and Occupational Diseases, Omsk State Medical University, Healthcare Ministry of Russia; tel.: (3812) 56-14-42; e-mail: v_akhmedov@mail.ru

Gaus Olga Vladimirovna, Assistant Lecturer at Department of General Internal Medicine and Occupational Diseases, Omsk State Medical University, Healthcare Ministry of Russia; tel.: (3812) 56-14-42; e-mail: gaus_olga@bk.r

Petrov Dmitriy Vladimirovich, Pulmonologist of Pulmonology Department, City Clinical Hospital No. 1; tel.: (3812) 73-13-09; e-mail: dmitrpetrov@bk.ru