



Эндоскопическое выявление метастатического поражения желудка при меланоме кожи

М.Ю. Кабанов^{1,2}, К.В. Семенцов^{1,2}, Д.Б. Дегтерев², М.Я. Беликова^{1,2}, Д.К. Савченков^{1,2,*}, Т.Е. Кошелев¹, А.К. Стечишина¹

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербург, Российская Федерация

² СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель представления клинического наблюдения: продемонстрировать вариант течения диссеминированной меланомы кожи и эндоскопическую картину патогномичных пигментированных метастазов меланомы в желудок.

Основное содержание. Пациентка 66 лет госпитализирована с жалобами на одышку, общую слабость, кашель и подозрением на внебольничную пневмонию. Пациентке выполнено комплексное обследование, включившее компьютерную томографию, согласно результатам которой заподозрено новообразование правого легкого с вторичными изменениями в органах груди и живота. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в кардии и теле желудка визуализированы множественные пигментированные пятна и выступающие в просвет бляшки черного цвета, что расценено как метастазы меланомы в желудок. Эндоскопическая верификация метастазов способствовала правильной постановке диагноза и выявлению первичной меланомы кожи.

Заключение. Симптомы метастазирования меланомы в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) неспецифичны, чаще всего выявление метастазов происходит при диссеминации процесса. При эндоскопии необходимо не только правильно верифицировать пигментированные поражения слизистой оболочки, но и помнить о вероятности развития непигментированных метастазов желудочно-кишечного тракта у пациентов с меланомой кожи в анамнезе.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Кабанов М.Ю., Семенцов К.В., Дегтерев Д.Б., Беликова М.Я., Савченков Д.К., Кошелев Т.Е., Стечишина А.К. Эндоскопическое выявление метастатического поражения желудка при меланоме кожи. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(6):63–68. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-6-63-68>.

Endoscopic Detection of Gastric Metastases in Skin Melanoma

Maksim Yu. Kabanov^{1,2}, Konstantin V. Sementsov^{1,2}, Denis B. Degterev², Maria Ya. Belikova^{1,2}, Dmitry K. Savchenkov^{1,2,*}, Taras E. Koshelev¹, Arina K. Stechishin¹

¹ Mechnikov North-Western State Medical University
St. Petersburg, Russian Federation

² War Veterans' Hospital
St. Petersburg, Russian Federation

Aim. A clinical description of disseminated skin melanoma with endoscopic observation of its pathognomonic pigmented metastases into the stomach.

Key points. A 66-yr patient was hospitalised with dyspnoea, general weakness, cough and suspected community-acquired pneumonia. The patient had a complex examination, including computed tomography, which revealed a presumed malignancy of the right lung with secondary changes in the chest and abdominal organs. Esophago-gastroduodenoscopy (EGDS) visualised multiple pigmented spots and raised black plaques in cardia and the gastric body diagnosed as a metastasising melanoma in stomach. Endoscopic verification of the metastases confirmed the correct diagnosis of primary skin melanoma.

Conclusion. Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract has non-specific symptoms and most often occurs during the dissemination process. Endoscopy should be used to correctly verify pigmented mucosal lesions, necessarily allowing for non-pigmented gastric neoplasms in patients with skin melanoma in history.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Kabanov M. Yu., Sementsov K.V., Degterev D.B., Belikova M.Ya., Savchenkov D.K., Koshelev T.E., Stechishin A.K. Endoscopic Detection of Gastric Metastases in Skin Melanoma. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30(6):63–68. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-6-63-68>.

Меланома составляет около 1–3% в структуре всех онкологических заболеваний. Заболеваемость в Европе варьирует от (3–5):100 000 в средиземноморских странах до (12–35):100 000 в скандинавских странах, в Австралии и Новой Зеландии составляя более 50:100 000 [1]. Показатели заболеваемости повышаются на протяжении последних 40 лет. Меланома кожи является одной из наиболее частых причин метастатического поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при этом наиболее распространены поражения тонкой и толстой кишки. Согласно наиболее крупному клинико-патоморфологическому анализу, включившему 652 пациентов с диссеминированной меланомой, при вскрытии у 58% пациентов были обнаружены метастазы в тонкой кишке, у 26% – метастазы в желудке, однако только у 1,5% пациентов из всей группы метастазы в ЖКТ были выявлены прижизненно [2]. Совершенствование инструментальных методов исследования повышает частоту выявления отдаленных метастазов меланомы. Увеличение количества проводимых эндоскопических исследований происходит одновременно с повышением их высокотехнологических диагностических возможностей [3]. В доступных нам русскоязычных публикациях мы не встретили случаев демонстрации эндоскопической картины патогномичных пигментированных метастазов меланомы в желудок.

Цель представления клинического наблюдения: продемонстрировать вариант течения диссеминированной меланомы кожи и эндоскопическую картину патогномичных пигментированных метастазов меланомы в желудок.

Клиническое наблюдение

Пациентка 66 лет в марте 2020 г. госпитализирована в терапевтическое отделение СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в связи нарастанием дыхательной недостаточности с диагнозом: Внебольничная правосторонняя пневмония средней степени тяжести. ДН 2 ст. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2-й стадии, артериальная гипертензия 3 ст., риск сердечно-сосудистых осложнений 4. ЦВБ, ДЭ 2 ст. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, вне пароксизма. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Распространенный остеохондроз позвоночника. Трофическая язва 4-го и 5-го пальцев левой стопы.

Пациентке была выполнена компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием. Выявлено новообразование средней доли правого легкого с вторичными изменениями в обоих легких, в лимфатических узлах средостения, в пе-

чени, в почках, возможно, единичный вторичный очаг или киста селезенки; канцероматоз брюшины; умеренно выраженный асцит. Визуализированы подкожные лимфатические узлы грудной и брюшной стенки, инфильтрация жировой клетчатки груди и живота справа. Описаны гидрперикард, двусторонний гидроторакс, дисковидные ателектазы над диафрагмой слева. Заподозрена пневмония S8 и S9 справа.

После стабилизации состояния пациентки в связи с выявленной анемией средней степени тяжести была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Использован видеогастроскоп Olympus GIF-N185 (Olympus Medical Systems Corporation, Япония), обладающий HDTV-визуализацией и близким фокусом (Close Focus). Эндоскопическая картина пищевода и кардиоэзофагеального перехода была без значимых изменений. В кардии и теле желудка визуализированы множественные пигментированные пятна и выступающие в просвет бляшки черного цвета (рис. 1) максимальным размером около 15 мм, верхушки бляшек бугристые, черного цвета; визуализированы субэпителиальные шаровидные новообразования до 15 мм в диаметре, выступающие в просвет, темно-бурого цвета, с эрозивной верхушкой, покрытой плотным несмываемым налетом (рис. 2 и 3). При узкоспектральном эндоскопическом осмотре с близким фокусом (режим NBI) слизистая оболочка вокруг пигментированных новообразований с регулярным ямочным рисунком, микрокапилляры не изменены; слизистая оболочка, покрывающая субэпителиальные новообразования, также без признаков атипии, верхушки покрыты плотным налетом (рис. 4). Была выполнена тотальная щипцовая биопсия пигментированной бляшки большой кривизны тела желудка размером около 5 мм. Луковица двенадцатиперстной кишки и выход из луковицы были деформированы, с трудом проходимы, слизистая оболочка бархатистая. Слизистая оболочка постбульбарных отделов двенадцатиперстной кишки розовая, бархатистая, без изменений микрорисунка, просвет сужен, не расправлялся, содержал прозрачную желчь.

По эндоскопической картине выявленные новообразования были интерпретированы как метастазы меланомы. Пациентка была повторно осмотрена онкологом: язву 4-го и 5-го пальцев левой стопы ранее обрабатывали красящими антисептиками, что затрудняло верификацию причины язвы, была выполнена биопсия.

При ревизии анамнеза пациентки установлено, что несколько месяцев назад обратила внимание на пигментированное пятно на стопе, на месте которого сформировался язвенный дефект.



Рис. 1. Эндофото дна желудка, осмотр в белом свете, визуализируются множественные пигментированные новообразования

Fig. 1. Gastric fundus, white light, multiple pigmented neoplasms, endophotograph



Рис. 2. Эндофото малой кривизны тела желудка, осмотр в белом свете

Fig. 2. Lesser gastric curvature, white light, endophotograph



Рис. 3. Эндофото большой кривизны тела желудка, осмотр в белом свете

Fig. 3. Greater gastric curvature, white light, endophotograph



Рис. 4. Эндофото большой кривизны тела желудка, осмотр в режиме NBI

Fig. 4. Greater gastric curvature, NBI examination, endophotograph

За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно применяла мази и растворы антисептиков без значимого эффекта. Слабость и быстрая утомляемость появились около недели назад. Со слов пациентки, ЭГДС была выполнена несколько лет назад, значимых изменений на тот момент выявлено не было.

При гистологическом исследовании биоптата желудка подтвержден метастаз пигментной меланомы. Колоноскопия и бронхоскопия не были проведены в связи с тяжестью состояния пациентки.

Несмотря на проводимую многокомпонентную терапию, наступил летальный исход. Исследование аутопсийного материала подтвердило наличие

пигментной меланомы кожи левой стопы с метастазами в органы грудной и брюшной полости, в том числе в желудок, серозную оболочку тонкой и толстой кишки.

Обсуждение

В абсолютном большинстве случаев выявленные в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) меланомы являются метастазами новообразований кожи или сетчатки глаза, однако в литературе имеются описания единичных случаев выявления первичной меланомы желудка [4]. D. Vlecker и соавт. предложили критерии первичной меланомы слизистой

оболочки желудочно-кишечного тракта, которые включают: отсутствие признаков меланомы кожи и внекишечного метастатического распространения меланомы, а также наличие поражений слизистой оболочки в смежных отделах ЖКТ [5]. В представленном нами случае установление диагноза меланомы кожи позволяет нам трактовать изменения в желудке как вторичные.

Метастатическое поражение желудка и других отделов ЖКТ при меланоме кожи — довольно редкое явление, скудная клиническая картина с неспецифическими симптомами обуславливает низкую прижизненную верификацию, которая составляет лишь 1–4% [5]. В качестве симптомов описаны снижение массы тела, тошнота, диарея, умеренно выраженная абдоминальная боль, анемия, хотя часто процесс протекает бессимптомно [6–9]. Клиническими проявлениями метастатического поражения меланомой ЖКТ могут быть и неотложные состояния, такие как кишечная непроходимость, инвагинация, кровотечения или перфорация.

Согласно существующим стандартам диагностики и лечения кожной меланомы инструментальные методы исследования при pT1b–pT4b включают выполнение КТ, позитронно-эмиссионной томографии или магнитно-резонансной томографии [1]. При выявлении изменений в ЖКТ при ЭГДС и/или колоноскопии показано также эндоскопическое исследование тонкой кишки. Имеется успешный опыт выявления метастаза меланомы в тонкую кишку при помощи капсульной эндоскопии, которая обеспечивает визуализацию всей тонкой кишки при минимальном риске развития осложнений и хорошей переносимости [7].

Обобщение клинических случаев позволяет выделить несколько основных типов метастазов меланомы в желудок, выявляемых при эндоскопии [8]. Наиболее часто встречаются меланотические узлы, поверхность которых может быть с изъязвлением. Могут быть обнаружены субэпителиальные новообразования, приподнятые над поверхностью, пигментированные или нет, с изъязвлением на вершине, или множественные поражения с некрозом. Иногда метастазы меланомы в желудок выглядят как изъязвление. По расположению метастазы в большинстве случаев обнаруживают в теле и в дне желудка, чаще всего на большей кривизне, реже — на малой. В представленном клиническом наблюдении ЭГДС выявила распространенный процесс в теле и дне желудка по всем стенкам, включивший как субэпителиальные пигментные новообразования с изъязвлениями на верхушке (рис. 2 и 3), так и меланотические пятна и бляшки разных размеров (рис. 1). Поражение пищевода и двенадцатиперстной кишки выявлено не было.

При эндоскопическом исследовании желудка и других отделов ЖКТ картина метастазов меланомы не всегда представлена пигментированными новообразованиями, довольно часто встречаются новообразования, схожие с первичными опухоля-

ми желудка [9], в ряде случаев необходимо проводить дифференциальную диагностику с эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки [3].

Следует отметить важность выполнения при эндоскопии биопсии с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием в том числе и потому, что метастатические поражения могут быть непигментированными и количество меланина в метастазах может варьировать у одного и того же пациента [10]. По этой причине у пациентов с меланомой в анамнезе при эндоскопическом исследовании наличие непигментированного новообразования следует дифференцировать с возможным метастатическим поражением.

Выявление метастатического поражения ЖКТ при меланоме, как правило, происходит в течение одного года с момента первичного выявления злокачественного процесса. Однако анализ литературы показывает возможность отсроченного метастазирования — более 8 [7] и даже 15 лет [9]. При наблюдении за пациентами следует помнить о такой вероятности, особенно учитывая позднее появление неспецифических симптомов (например, боль в животе и анемия).

Лечение меланомы кожи с отдаленными метастазами комплексное, может включать как хирургическое удаление, так и адъювантную системную терапию, иммунотерапию, таргетную терапию и региональную лучевую терапию. При лечении метастазов меланомы в ЖКТ в настоящее время наиболее распространен подход с выполнением хирургического лечения при условии хорошего функционального состояния пациента, так как это может повысить выживаемость на фоне меньшего количества побочных эффектов по сравнению с системной терапией; при планировании резекции желудка или гастрэктомии необходимо полное обследование исследования [9]. К сожалению, функциональное состояние нашей пациентки не позволяло рассматривать ее в качестве кандидата на операцию.

Заключение

В представленном клиническом наблюдении выявление метастатического поражения желудка при меланоме, к сожалению, значимо не повлияло на лечебную тактику, что было обусловлено распространенностью злокачественного процесса прежде всего и коморбидностью. Однако эндоскопическая верификация метастазов способствовала правильной постановке диагноза и выявлению первичной меланомы кожи.

Симптомы метастазирования меланомы в ЖКТ неспецифичны, чаще всего выявление метастазов происходит при значимой диссеминации процесса. Даже на фоне успешного лечебного эффекта первичного кожного очага необходимо настороженно относиться к «абдоминальным» жалобам пациента, проводить тщательное инструментальное до-

обследование. Врачам-эндоскопистам необходимо не только правильно верифицировать пигментированные поражения слизистой, но и помнить о вероятности развития непигментированных метастазов в ЖКТ у пациентов с меланомой кожи в анамнезе.

Литература / References

1. *Michielin O., van Akkooi A.C.J., Ascierto P.A., Dummer R., Keilholz U.*; ESMO Guidelines Committee. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019;30(12):1884–901. DOI: 10.1093/annonc/mdz411
2. *Dasgupta T., Brasfield R.* Metastatic melanoma. A clinicopathologic study. *Cancer.* 1964;17:1323–39. DOI: 10.1002/1097-0142(196410)17:10<1323::aid-cncr2820171015>3.0.co;2-n
3. *Пирогов С.С., Соколов В.В., Каприн А.Д., Соколов Д.В., Волченко Н.Н., Карова Е.С. и др.* Метастатическое поражение желудка при меланоме кожи: возможности мультимодальной эндоскопической диагностики. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017;144(8):79–86. [*Pirogov S.S., Sokolov V.V., Kaprin A.D., Sokolov D.V., Volchenko N.N., Karova E.S. et al.* Metastatic gastric lesion in skin melanoma: multimodal endoscopic diagnosis. *Experimental and Clinical Gastroenterology.* 2017;144(8):79–86 (In Russ.)].
4. *Augustyn A., de Leon E.D., Yopp A.C.* Primary gastric melanoma: case report of a rare malignancy. *Rare tumors.* 2015;7(1):5683. DOI: 10.4081/rt.2015.5683
5. *Blecker D., Abraham S., Furth E.E., Kochman M.L.* Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol.* 1999;94(12):3427–33. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.01604.x
6. *Genova P., Sorce M., Cabibi D., Genova G., Gebbia V., Galanti D., et al.* Gastric and Rectal Metastases from Malignant Melanoma Presenting with Hypochromic Anemia and Treated with Immunotherapy. *Case Rep Oncol Med.* 2017;2017:2079068. DOI: 10.1155/2017/2079068. Erratum in: *Case Rep Oncol Med.* 2018;2018:3142394.
7. *Issa H., Poovathumkadavil A.M., Almousa F., Al-Salem A.H.* Metastatic Malignant Melanoma of the Small Intestines Diagnosed by Capsule Endoscopy. *Gastroenterology Res.* 2011;4(5):236–9. DOI: 10.4021/gr342w
8. *Goral V., Ucmak F., Yildirim S., Barutcu S, Ileri S., Aslan I., Buyukbayram H.* Malignant melanoma of the stomach presenting in a woman: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:94. DOI: 10.1186/1752-1947-5-94
9. *Farshad S., Keeney S., Halalau A., Ghaith G.* A Case of Gastric Metastatic Melanoma 15 Years after the Initial Diagnosis of Cutaneous Melanoma. *Case Rep Gastrointest Med.* 2018;2018:7684964. DOI: 10.1155/2018/7684964
10. *Sacks B.A., Joffe N., Antonioli D.A.* Metastatic melanoma presenting clinically as multiple colonic polyps. *Am J Roentgenol.* 1977;129(3):511–3. DOI: 10.2214/ajr.129.3.511

Сведения об авторах

Кабанов Максим Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; начальник СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

Контактная информация: gvv@zdrav.spb.ru;
193079, Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 21, корп. 2.

Семенов Константин Валерьевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заместитель начальника госпиталя по хирургии, СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

Контактная информация: konstantinsementsov@gmail.com;
193079, г. Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 21, корп. 2.

Дегтерев Денис Борисович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением эндоскопии СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

Контактная информация: ddb@gvv-spб.ru;
193079, г. Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 21, корп. 2.

Беликова Мария Яковлевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заведующая отделением компьютерной томографии СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

Контактная информация: belikova.mariya@mail.ru;
193079, г. Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 21, корп. 2.

Information about the authors

Maksim Yu. Kabanov — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of General Surgery, Mechnikov North-Western State Medical University; Head of the War Veterans' Hospital.

Contact information: gvv@zdrav.spb.ru;
193079, St. Petersburg, Narodnaya str., 21, 2.

Konstantin V. Sementsov — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Chair of General Surgery, Mechnikov North-Western State Medical University; Deputy Head of the War Veterans' Hospital.

Contact information: konstantinsementsov@gmail.com;
193079, St. Petersburg, Narodnaya str., 21, 2.

Denis B. Degterev — Cand. Sci. (Med.), Head of the Endoscopy Unit, War Veterans' Hospital.

Contact information: ddb@gvv-spб.ru;
193079, St. Petersburg, Narodnaya str., 21, 2.

Maria Ya. Belikova — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Chair of Radiation Diagnostics and Therapy, Mechnikov North-Western State Medical University; Head of the Computed Tomography Unit, War Veterans' Hospital.

Contact information: belikova.mariya@mail.ru;
193079, St. Petersburg, Narodnaya str., 21, 2.

Савченков Дмитрий Константинович* — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; врач-эндоскопист отделения эндоскопии СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». Контактная информация: savchenkov.dmitrij@gmail.com; 193079, г. Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 21, корп. 2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4626-1639>

Коселев Тарас Евгеньевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: kte@yandex.ru; 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кировная, д. 41. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6399-6963>

Стечишина Арина Константиновна — студентка ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: stechishinaa@mail.ru; 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кировная, д. 41. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1761-3036>

Dmitriy K. Savchenkov* — Cand. Sci. (Med.), Research Assistant, Chair of General Surgery, Mechnikov North-Western State Medical University; Physician (endoscopy), Endoscopy Unit, War Veterans' Hospital. Contact information: savchenkov.dmitrij@gmail.com; 193079, St. Petersburg, Narodnaya str., 21, 2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4626-1639>

Taras E. Koshelev — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Chair of General Surgery, Mechnikov North-Western State Medical University. Contact information: kte@yandex.ru; 191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6399-6963>

Arina K. Stechishina — Graduate Student, Mechnikov North-Western State Medical University. Contact information: stechishinaa@mail.ru; 191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1761-3036>

Поступила: 27.05.2020 Принята: 20.10.2020 Опубликована: 25.12.2020
Submitted: 27.05.2020 Accepted: 20.10.2020 Published: 25.12.2020

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author