

СЛУЧАЙ ОТДАЛЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Лунин М. А.

Отделение лучевой диагностики ГБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ», г. Москва

CLINICAL CASE OF REMOTE METASTATIC LESIONS OF ANAL CANAL CANCER

Lunin M. A.

Radiology department of State Clinical Hospital № 24, Department of Healthcare, City of Moscow

Рак анального канала (АК) — новообразования, возникающие в области заднего прохода между верхним краем анального канала и местом его перехода в перианальную кожу, покрытую волосами. Достаточно редкое заболевание, составляет не более 6% от общего числа злокачественных новообразований аноректальной зоны. Частота встречаемости в индустриально развитых странах приближается 1/100 000. Среди большого разнообразия гистологических форм злокачественных новообразований этой области ведущее место (50–75%) занимает плоскоклеточный (эпидермоидный) рак. Опухоль чаще выявляется среди лиц старше 50 лет. Среди больных раком АК преобладают женщины. Соотношение мужчины: женщины колеблется по разным источникам от 1:2 до 1:7.

В настоящее время терапией выбора при плоскоклеточном раке АК является лучевая или химиолучевая терапия. Эффективность консервативных методов лечения при плоскоклеточном раке АК достигает 50–70%.

При неполной регрессии опухоли после консервативной терапии применяют брюшно-промежностную экстирпацию (БПЭ) прямой кишки. При выявлении метастазов рака в паховых лимфатических узлах оперативное вмешательство дополняют лимфаденэктомией.

Рак АК редко метастазирует в отдаленные части тела. Гематогенное метастазирование рака АК происходит как через систему воротной вены (метастазы в печень), так и через нижние ректальные вены в систему нижней полой вены (метастазы в легкие, головной мозг, надпочечники, кости и другие органы и ткани).

Больной Л. 71 года была выполнена лучевая терапия, а затем БПЭ прямой кишки в 2011г по поводу плоскоклеточного рака АК. Далее, в 2012г, больная перенесла правостороннюю паховую лимфаденэктомию.

В неврологическое отделение нашей больницы Л. обратилась с жалобами на головные боли, головокружение, шаткость, общую слабость (симптомы резко выросли после очередного курса лучевой терапии).

При проведении МРТ головного мозга с в/в струйным контрастированием («Омнискан», 20мл — гадолиамид 0,5ммоль/мл) в задней доле левой гемисферы мозжечка определяется овальное образование неоднородной структуры (с кистозным компонентом), с подозрением на прилегание широким основанием к твердой мозговой оболочке, интенсивно накапливающее контрастный препарат. Помимо этого, была выявлена обширная диффузная зона структурных изменений левой гемисферы мозжечка с латеральной дислокацией, не накапливающая контрастное вещество, на фоне выраженного мозжечково-тенториального вклинения. Учитывая резкое нарастание клиники на фоне высоких цифр артериального давления около 20 часов назад, а также отсутствие видимой связи с выявленным образованием, данная зона была расценена как проявление интрапаренхиматозного кровоизлияния в острой стадии. В связи с чем, через 7 суток было проведено контрольное МР исследование, по результатам которого, диффузная зона несколько уменьшилась в размерах, её структура и сигнальные характеристики остались прежними, накопления контрастного препарата также не определялось, образование в задних отделах мозжечка так же осталось без динамики. На основании полученных данных суждение о генезе этой зоны изменилось — вероятнее всего участок обширного отека вещества головного мозга на фоне объёмного процесса и выраженного мозжечково-тенториального вклинения. За время нахождения в стационаре, состояние больной объективно ухудшается, нарастает церебральная симптоматика, больная не может самостоятельно передвигаться.

Таким образом, развитие у больной соответствующей клиники в данном случае, скорее всего было вызвано совокупным действием вклинения передних долей и червя мозжечка в вырезку намёта, вызвавшим обширный отек мозгового вещества и окклюзионную гидроцефалию (компрессия водопровода мозга и IV желудочка за счёт дислокации) на фоне резкого повышения артериального давления и слабо выраженным объёмным воздействием образования задней доли мозжечка (вероятнее отдаленный метастаз, фиксированный на оболочке).

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 111 (11):78

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 111 (11):78