

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Сергей Семенович Герасимов¹, Михаил Иванович Давыдов²,
Борис Евсеевич Полоцкий³, Ирина Юрьевна Коротких⁴

ИЗОЛИРОВАННОЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

¹ К. м. н., научный сотрудник, торакальное отделение НИИ клинической онкологии
ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² Академик РАН и РАМН, профессор, г. м. н., директор ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ Профессор, г. м. н., ведущий научный сотрудник, торакальное отделение НИИ клинической онкологии
ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁴ К. м. н., старший научный сотрудник, отделение опухолей женской репродуктивной системы НИИ
клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии,
торакальное отделение, Герасимов Сергей Семенович; e-mail: s_gerasimov@list.ru

Опухолевое поражение селезенки встречается крайне редко. При этом метастатическое поражение этого органа в большинстве случаев служит проявлением диссеминации опухолевого процесса. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН располагает опытом лечения 5 пациентов с изолированным метастатическим поражением селезенки в случае гранулезоклеточной опухоли яичников (2), меланомы кожи (1), светлоклеточного рака почки (1) и рака легкого (1). У 4 больных метастатическое поражение селезенки было промежуточным этапом быстрой диссеминации опухолевого процесса. Солитарный метастаз в селезенку выявлен только при раке легкого через 2 года после радикальной операции. После спленэктомии пациент наблюдается без прогрессирования опухолевого процесса 1 год и 5 мес.

Ключевые слова: рак легкого, солитарный метастаз в селезенке.

Опухолевое поражение селезенки в клинической практике встречается крайне редко, и общепринятые статистические данные по этой патологии отсутствуют. Метастатическое поражение селезенки среди всех других органов также занимает последнее место, причем, как правило, метастазы в селезенку выявляются на фоне обширной диссеминации опухолевого процесса. Существуют данные литературы о том, что рак метастазирует в селезенку в 1—3% наблюдений, а саркома — в 4,9% [1—4].

Большинство авторов отмечают отсутствие характерных клинических признаков указанной патологии, при этом возможны крайние варианты от бессимптомного течения заболевания до спонтанного разрыва селезенки: клинические проявления метастатического

поражения селезенки встречаются не более чем у 8% больных [4—8].

Среди инструментальных методов диагностики метастазов в селезенке ведущими являются ультразвуковая томография и компьютерная томография (КТ). Однако эти методы исследования могут давать противоречивую информацию о виде и плотности метастазов в селезенке, при этом отсутствуют как корреляция между гистологическим типом опухоли и полученными данными при ультразвуковой томографии или КТ, так и специфические признаки, позволяющие дифференцировать метастазы и первичное поражение, особенно при злокачественной лимфоме [9; 10].

Так, Н. Imada (1991) сообщил, что в ходе выполнения 641 аутопсии в 34 случаях были выявлены метастазы в селезенке (5,4%) при раке яичников (50%), злокачественной меланоме (33,3%), раке ободочной кишки (16,2%), желудка (8,2%) и печени (0,8%). В то же время при жизни метастазы в селезенке по данным УЗИ или КТ органов брюш-

ной полости были выявлены только в 7 случаях. При этом автор указывает на достаточно высокую информативность этих методов исследования [11].

К. Y. Lam (2000) провел клинко-морфологическое исследование у 92 пациентов с метастатическим поражением селезенки. Чаще первичными были опухоли легких (21%), желудка (16%), поджелудочной железы (12%), печени (9%) и ободочной кишки (9%). Гораздо реже отмечались первичные опухоли пищевода, назофарингеальная карцинома и хориокарцинома. Изолированное метастатическое поражение селезенки выявлено в 5,3% аутопсий. В большинстве случаев метастазы в селезенке были диагностированы достаточно быстро после выявления первичной опухоли (в среднем 6,7 мес). Более чем через 2 года после выявления первичной опухоли обнаружены метастазы в селезенке у 14 пациентов [8].

Изолированное метастатическое поражение селезенки — практически казуистика; по данным литературы, может встречаться у 0—26% всех больных с метастазами в селезенке. Обычно такое поражение обусловлено особенностями иммунной функции этого органа [1; 7; 12—16].

По данным англоязычной литературы, к 2004 г. описаны только 8 случаев выявления изолированного метастатического поражения селезенки при раке легкого, тогда как, например, при раке яичников некоторые авторы описывают до 5 собственных наблюдений [12; 17].

Изолированное метастатическое поражение селезенки может быть выявлено как одновременно с первичной опухолью в легком, так и в отдаленные сроки после радикальной операции. При этом в обеих ситуациях не существует единого мнения о тактике лечения. Так, A. Edelman (1990), информируя о том, что обнаружил у 63-летней пациентки раком легкого солитарный метастаз в селезенке, полагает, что наверняка существуют метастазы и в другие органы, и подверг сомнению необходимость в хирургическом лечении этих больных. В то же время D. Tomaszewski при одновременном выявлении первичной опухоли легкого и метастаза в селезенке в 2003 г. сообщил о выполнении одномоментной операции в объеме верхней лобэктомии слева и спленэктомии через заднебоковую торакотомию с диафрагмотомией. В аналогичной ситуации A. A. Sanchez-Romero (2006) первым этапом выполнил спленэктомию для подтверждения метастатической природы опухоли в селезенке и только вторым этапом — резекцию легкого [14; 18; 19].

По данным литературы, метастатическое поражение селезенки может быть диагностировано после выявления первичной опухоли легкого в течение 8 лет. Так, B. J. Schmidt (2004) представил редкое клиническое наблюдение у 72-летнего мужчины, у которого был выявлен бессимптомный изолированный метастаз в селезенке через 25 мес после резекции легкого по поводу аденокарциномы. A. P. Assouline (2006) описал изолированный метастаз в селезенке недифференцированного крупноклеточного рака легкого pT3N1M0, который был выявлен через 21 мес после пневмонэктомии слева. Пациент наблюдается в полной ремиссии в течение 2 лет после спленэктомии без адъювантной терапии. Автор полагает, что при наличии солитарного метастаза рака легкого в селезенке при локальном контроле первичной опухоли спленэктомия увеличивает выживаемость [16; 17].

С 1975 по 2007 г. в клиниках ГУРОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН находились на лечении 5 пациентов, у которых выявлено изолированное метастатическое поражение селезенки при гранулезоклеточной опухоли яичника (2), светлоклеточном раке почки (1), меланоме кожи (1) и аденокарциноме легкого (1). У всех поражения селезенки были бессимптомными и случайно обнаруживались при очередном плановом обследовании. Во всех случаях, кроме рака легкого, в селезенке выявлены 2 метастатических узла и более. При этом метастатическое поражение селезенки было промежуточным звеном быстрой диссеминации опухолевого процесса в течение нескольких месяцев. В то же время в случае аденокарциномы легкого обнаружен солитарный метастаз в селезенке после радикального хирургического лечения через 2 года. При этом после спленэктомии больной наблюдается по настоящее время без признаков прогрессирования опухолевого процесса 1 год и 5 мес.

Приводим этот клинический пример.

Больному Э., 79 лет, 18.03.05 по поводу периферического рака верхней доли правого легкого (pT1N0M0 Ia стадии) и тяжелой сопутствующей ишемической болезни сердца (стенокардии напряжения III функционального класса) была выполнена симультанная операция: коронарное шунтирование и верхняя лобэктомия справа. В течение 2 лет он наблюдался в поликлинике РОНЦ без признаков прогрессирования опухолевого процесса. При очередном обращении в марте 2007 г. по данным УЗИ и КТ органов брюшной полости выявлена опухоль селезенки диаметром до 4 см (метастаз?). По данным позитронно-эмиссионной томографии 05.04.07 выявлена активная специфическая ткань в верхнем полюсе селезенки. 18.04.07 пациент госпитализирован. При поступлении жалоб не предъявлял, общее состояние расценено как удовлетворительное. Пальпаторно увеличения селезенки не отмечено. Показатели общего и биохимического анализов крови в пределах нормы, коагулограмма без патологии. По данным электрокардиографии, эхокардиографии и спирометрии отмечены стабильность гемодинамики и отсутствие выраженных нарушений функции внешнего дыхания. 24.04.07 выполнена повторная КТ с внутривенным контрастированием органов грудной клетки и брюшной полости. В селезенке выявлен округлой формы опухолевый узел диаметром менее 4,3 см (рис. 1). Другой патологии не обнаружено. С учетом единственного проявления опухолевого процесса в селезенке 07.05.07 выполнена спленэктомия. Удалена селезенка размером 14 · 13 · 4,5 см, в которой на разрезе обнаружен опухолевый узел с фестончатыми контурами размерами 4,5 · 3,5 · 4 см (рис. 2). При гистологическом исследовании узла выявлен метастаз аденокарциномы легкого. В удовлетворительном состоянии пациент выписан. Больной наблюдается в течение 3 лет 5 мес после операции по поводу первичного рака легкого (pT1N0M0, Ia стадии) и в течение 1 года 5 мес после спленэктомии без признаков прогрессирования опухолевого процесса.

Таким образом, выявление солитарного метастаза аденокарциномы легкого в селезенке при динамическом наблюдении после радикальной операции может служить показанием к спленэктомии в расчете на улучшение отдаленных результатов лечения.

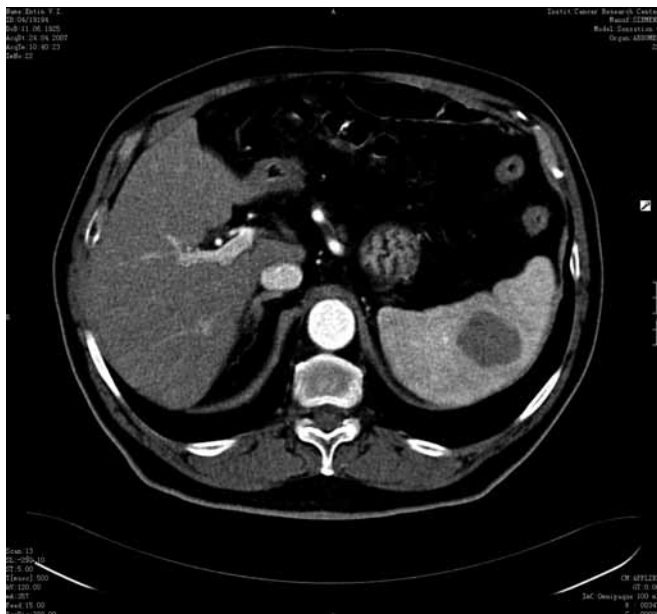


Рисунок 1. Солитарный метастаз рака легкого в селезенке (КТ-ангиография).

ЛИТЕРАТУРА

1. Барта И. Селезенка: анатомия, физиология, патология и клиника. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1976.
2. Варшавский А. Г. О метастазах злокачественных опухолей в селезенку // Актуальные вопр. современ. мед. — 1970. — № 1. — С. 102—103.
3. Народицкая О. Я. К вопросу об опухолях селезенки // Вопросы клинической хирургии и анестезиологии. Труды Донецкого медицинского института. — М., Госмедиздат, 1963. — Т. 24. — С. 158—167.
4. Опухоли селезенки / Коротких И. Ю., Комов Д. В., Долгушин Б. И., Терентьев И. Г. — Н. Новгород: Нижегородская ярмарка, 1996. — 143 с.
5. Чачава М. К., Махороблишвили В. Н. К вопросу о метастазах опухоли в селезенке / Некоторые вопросы современной онкологии. — Тбилиси, 1974. — С. 129—131.
6. Al-Obaidi S. M. Spontaneous rupture of the spleen due to metastatic carcinoma // Br. J. Clin. Pract. — 1989. — Vol. 43, N 10. — P. 385—386.
7. Huge splenic metastasis from hepatocellular carcinoma: a case report / Fujimoto H., Murakami K., Ozawa K., Jino M., Kimura M. // Rinsho Hoshastn. — 1990. — Vol. 35, N 11. — P. 1439—1446.
8. Lam K. Y., Tang V. Metastatic tumors to the spleen: a 25-year clinicopathologic study // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2000. — Vol. 124, N 4. — P. 526—530.
9. Echoreiche milzprozess — häufigkeit und differential-diagnose / Borner N., Blank W., Bonhof F., Frank K., Frohlich E., Gerken G. // Ultraschall. Med. — 1990. — Vol. 11, N 3. — P. 112—118.
10. Sinilito T., Paivansalo M., Lahde S. Ultrasonography of splenic metastases // Acta. Radiol. — 1989. — Vol. 30, N 5. — P. 463—466.
11. Imada H., Nakata H., Horie A. Radiological diagnosis of splenic



Рисунок 2. Солитарный метастаз аденокарциномы легкого в селезенке (макропрепарат).

metastasis and its prevalence at autopsy // Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi. — 1991. — Vol. 51, N 5. — P. 498—503.

12. Carrington B. M., Tomas N. B., Johnson R. J. Intrasplenic metastases from cartinoma of the ovary // Clin. Radiol. — 1990. — Vol. 41, N 6. — P. 418—420.

13. Cleophas J. P., Pujade-Lauraine E. Metastases spleniques isolees d'un cancer de l'ovare // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). — 1990. — Vol. 19, N 8. — P. 995—998.

14. Edelman A. S., Rotterdam H. Solitary splenic metastasis of an adenocarcinoma of the lung // Am. J. Clin. Pathol. — 1990. — Vol. 94, N 3. — P. 326—328.

15. Goerg C., Schwerek W. B., Goerg K. Sonography of focal lesions of the spleen // Am. J. Roentgenol. — 1991. — Vol. 156, N 5. — P. 949—953.

16. Schmidt B. J., Smith S. L. Isolated splenic metastasis from primary lung adenocarcinoma // South Med. J. — 2004. — Vol. 97, N 3. — P. 298—300.

17. Splenic metastasis from a bronchial carcinoma / Assouline P., Leger-Ravet M. B., Paquet J. C., Kardache M., Decoux L., Kettaneh L., Faucher J. N., Oliviero G. // Rev. Mal. Respir. — 2006. — Vol. 23. — P. 265—268.

18. Giant splenic metastasis due to lung adenocarcinoma / Sanchez-Romero A., Oliver I., Costa D., Orduna A., Lacueva J., Perez-Vicente F., Arroyo A., Calpena R. // Clin. Transl. Oncol. — 2006. — Vol. 8, N 4. — P. 294—295.

19. Tomaszewski D., Bereza S., Sternau A. Solitary splenic metastases from lung cancer — one-time surgical procedure // Pneumonol. Alergol. Pol. — 2003. — Vol. 71, N 11—12. — P. 533—537.

Поступила 06.10.2008

*Sergey Semenovitch Gerasimov¹, Mikhail Ivanovich Davydov²,
Boris Evseyevich Polotsky³, Irina Yurievna Korotkih⁴*

ISOLATED SPLENIC METASTASIS IN PATIENTS WITH LUNG CANCER

¹ MD, PhD, Researcher, Thoracic Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

² MD, PhD, DSc, Professor, Academician of RAS and RAMS, Director, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

³ MD, PhD, DSc, Professor, Leading Researcher, Thoracic Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

⁴ MD, PhD, Senior Researcher, Department of Female Reproductive System Tumors, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

Address for correspondence: Gerasimov Sergey Semenovitch, Thoracic Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: s_gerasimov@list.ru

Splenic tumors are very rare. Splenic metastases are a manifestation of tumor disease advance. The N. N. Blokhin RCRC RAMS has the experience of treatment of 5 patients with isolated splenic metastases from granulose-cell ovarian tumor (2), cutaneous melanoma (1), clear-cell renal cancer (1) and lung cancer (1). The splenic metastasis was an intermediate stage of rapid disease advance in 4 patients. A solitary splenic metastasis was discovered only in the lung cancer case at 2 years following radical surgery. This patient is progression-free after 1 year and 5 months of follow-up.

Key words: lung cancer, solitary splenic metastasis.