

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Евгений Вячеславович Глухов¹, Гагжи Ахмадулаевич Рохоев²,
Валерия Васильевна Мочальникова³, Иван Сократович Стилиди⁴

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

¹ Аспирант, хирургическое отделение абдоминальной онкологии НИИ клинической онкологии
ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² Аспирант, хирургическое отделение абдоминальной онкологии НИИ клинической онкологии
ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ Врач-патологоанатом, отделение патологической анатомии и опухолей человека
НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁴ Член-корреспондент РАМН, профессор, г. м. н., заведующий, хирургическое отделение
абдоминальной онкологии НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН
(115478, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24).

Адрес для переписки: 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии
ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН, хирургическое отделение абдоминальной онкологии,
Глухов Евгений Вячеславович; e-mail: drgluhov@mail.ru

Представлено сообщение об одном из редких случаев метастатического поражения селезенки при раке желудка. В сентябре 1994 г. в отделении абдоминальной онкологии РОНЦ больной 78 лет по поводу рака проксимального отдела желудка выполнена операция в объеме гастрэктомии, спленэктомии, лимфодиссекции D2. При гистологическом исследовании операционного материала диагностирована умереннодифференцированная аденокарцинома желудка, представленная преимущественно папиллярными структурами с глубиной инвазии до мышечного слоя; в паренхиме селезенки определялись множественные мелкоочаговые метастазы аденокарциномы указанного выше строения. Метастатическое поражение лимфатических узлов не выявлено. Стадия опухолевого процесса по TNM классификации UICC (1997) — T2N0M1. Больная скончалась через 9 мес после операции от прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: гастрэктомия, спленэктомия, метастатическое поражение селезенки.

Метастазы в паренхиме селезенки при раке желудка (РЖ) встречаются очень редко. По данным вскрытий, метастазирование в паренхиму селезенки наблюдалось в 0,6—7,1% случаев и, как правило, сопровождалось наличием метастазов в других органах. На РЖ приходится почти 4,1% от всех случаев метастазирования в селезенку [1—4]. Имеются лишь немногочисленные сообщения о прижизненной диагностике метастазов РЖ в селезенке, при этом у всех больных был распространенный опухолевый процесс с неблагоприятным прогнозом, даже в случае выполнения радикальной операции [2; 5—7]. Мы представляем случай множественных мелкоочаговых метастазов РЖ в селезенке у больной, которая была радикально оперирована в сентябре 1994 г.

Пациентка, 78 лет, считает себя больной с февраля 1994 г., когда впервые отметила появление болей в эпигастрии. В мае 1994 г. обратилась к гастроэнтерологу по месту жительства, диагностирован РЖ. При обращении в ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН госпитализирована в хирургическое отделение абдоминальной онкологии, где проведено комплексное обследование. По его итогам установлено, что на задней стенке проксимального отдела желудка имеется блюдцеобразная опухоль. При УЗИ органов брюшной полости данных, подтверждающих распространенный опухолевый процесс, не выявлено, однако обратило на себя внимание наличие в паренхиме селезенки мелких фиброзных очагов. При пересмотре гистологических препаратов от 26.07.94 констатирована низкодифференцированная аденокарцинома с наличием перстневидных клеток. Операция в объеме гастрэктомии, спленэктомии, лимфодиссекции D2 выполнена 30.08.94. Гистологическое исследование

операционного материала от 30.08.94: в проксимальном отделе желудка на задней стенке определяется бляшкообразной формы опухоль (Вогтманн II) диаметром 9 см, на разрезе с выраженными очагами распада. Селезенка, размерами 14 × 9 × 7 см, на разрезе выявлены рассеянные по всей поверхности очаги распада диаметром до 1,5 см, vyplненные серовато-желтого цвета рыхлыми массами. При микроскопическом исследовании опухоль в желудке имеет строение умеренно дифференцированной аденокарциномы, представленной преимущественно папиллярными структурами, прорастающая стенку желудка до мышечного слоя (рис. 1). По краям резекции и в удаленных лимфатических узлах опухолевый рост не выявлен. В селезенке определяются множественные мелкоочаговые метастазы аденокарциномы вышеуказанного строения (рис. 2). Таким образом, у больной по классификации TNM UICC (1997) стадия T2N0M1, ст. IV.

Послеоперационный период протекал без особенностей, больная выписана на 12-е сутки. В дальнейшем наблюдалась по месту жительства и скончалась 13.06.95 от прогрессирования заболевания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Хотя селезенка является гиперваскулярным органом, метастазы в ней встречаются очень редко. Около $\frac{2}{3}$ всех случаев метастазирования в селезенку приходится на злокачественные заболевания кроветворной системы, такие, как лимфома и лейкоз [8]. Метастазирование РЖ в селезенку является казуистическим, несмотря на анатомическую близость этих органов. Более того, сообщается, что метастатическое поражение селезенки при РЖ на аутопсии встречается при довольно распространенном опухолевом процессе, когда имеется метастатическое поражение других органов [1]. Причина столь редкого метастазирования в селезенку остается неясной, несмотря на наличие нескольких гипотез. Так, согласно анатомической гипотезе недостаточное развитие лимфатического аппарата селезенки, особенно афферентных

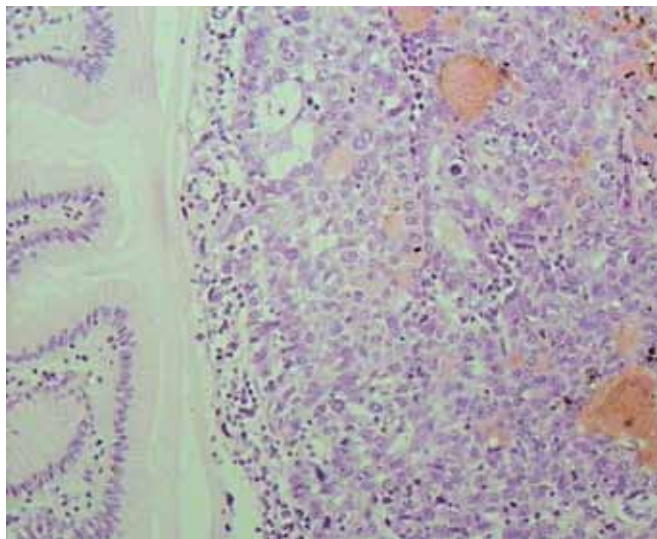


Рисунок 1. Первичная опухоль желудка (окраска гематоксилином и эозином, ×200).

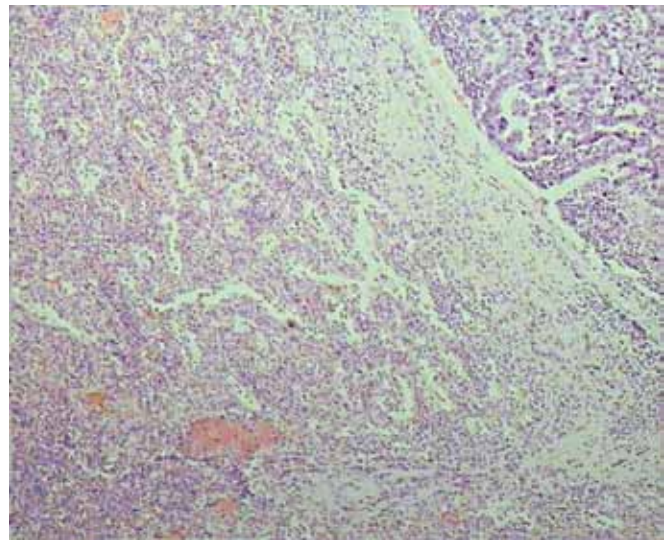


Рисунок 2. Метастатическое поражение селезенки (окраска гематоксилином и эозином, ×100).

лимфатических сосудов [8], и отхождение селезеночной артерии от чревного ствола под острым углом препятствует прохождению скоплений опухолевых клеток [9]. Кроме того, селезенка в силу своих иммунологических особенностей ингибирует индукцию и рост опухолевых клеток [10—12]. К. Mainprize и соавт. [13] выделили 3 пути метастазирования в селезенку: через селезеночную артерию, ретроградно по селезеночной вене и по лимфатическим сосудам.

В литературе имеется немного публикаций о метастазах РЖ в селезенку [5—7]. В большинстве случаев поражение селезенки наблюдалось при запущенной форме опухолевого процесса и часто сочеталось с метастатическим поражением лимфатического аппарата и диссеминацией по брюшине, что обуславливало очень неблагоприятный прогноз у таких больных.

В нашем случае при гистологическом исследовании операционного материала выявлены множественные мелкоочаговые метастазы в паренхиме селезенки умереннодифференцированной аденокарциномы папиллярного строения, идентичной по строению опухоли в желудке. В лимфатических узлах, в том числе 10-й группы (по классификации JGCA, 1998), метастазы не выявлены, что предполагает гематогенный путь метастазирования РЖ в паренхиму селезенки.

Таким образом, наличие метастаза РЖ в селезенке является неблагоприятным фактором прогноза у таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Berge T. Splenic metastases. Frequencies and patterns // Acta. Pathol. Microbiol. Scand. — 1974. — Vol. 82, N 4. — P. 499—506.
2. 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.
3. Splenic metastases in a large unselected autopsy series / Schon C. A., Gorg C., Ramaswamy A., Barth P. J. // Pathol. Res. Pract. — 2006. — Vol. 202, N 5. — P. 351—356.
4. Solitary splenic metastasis of ovarian carcinoma: report of two

cases / Alloni R., Garberini A., Caputo D., Coppola R. // Surg. Today. — 2008. — Vol. 38, N 12. — P. 1144—1147.

5. Williams L., Kumar A., Aggarwal S. Calcified splenic metastasis from gastric carcinoma // Abdom. Imaging. — 1995. — Vol. 20, N 4. — P. 312—314.

6. Isolated splenic metastasis from gastric carcinoma: value of CEA and CA 19—9 in early diagnosis: report of two cases / Opocher E., Santambrogio R., Bianchi P., Cioffi U., De Simone M., Vellini S., Montorsi M. // Am. J. Clin. Oncol. — 2000. — Vol. 23, N 6. — P. 579—580.

7. Solitary splenic metastasis from gastric cancer: report of a case / Yamanouchi K., Ikematsu Y., Waki S., Kida H., Nishiwaki Y., Gotoh K., Ozawa T., Uchimura M. // Surg. Today. — 2002. — Vol. 32, N 12. — P. 1081—1084.

8. Metastasis of gastric cancer to the spleen — a case report / Takebayashi M., Yurugi E., Okamoto T., Nishidoi H., Tamura H., Kaihara N. // Jpn. J. Cancer. Clin. — 1983. — Vol. 29. — P. 1703—1705.

9. A resected case of gastric cancer with splenic metastasis (in

Japanese) / Ishida H., Tatsuta M., Kawasaki T., Masutani S., Miya A., Baba M. // Gastroenterol. Surg. — 1998. — Vol. 21. — P. 361—365.

10. Miller J. N., Milton G. W. An experimental comparison between tumour growth in the spleen and liver // J. Pathol. Bacteriol. — 1965. — Vol. 90, N 2. — P. 515—521.

11. Antimetastatic effects and tumor proteinase inhibition by spleen intracellular inhibitors of neutral proteinases / Giraldo T., Sava G., Koptar M., Brzin J., Suhar A., Turk V. // Eur. J. Cancer. Clin. Oncol. — 1981. — Vol. 17, N 12. — P. 1301—1306.

12. Gabison A., Small M., Trainin N. Kinetic of the response of spleen cells from tumor-bearing animals in an in vivo tumor neutralization assay // Int. J. Cancer. — 1976. — Vol. 18. — P. 813—819.

13. Mainprize K. S., Berry A. R. Solitary splenic metastasis from colorectal carcinoma // Br. J. Surg. — 1997. — Vol. 84. — P. 70.

Поступила 19.10.2012

*Evgeniy Vyacheslavovich Glukhov¹, Gadgy Akhmadulayevich Rokhoyev²,
Valeria Vasilievna Mochalnikova³, Ivan Socratovich Stilidi⁴*

SPLENIC METASTASIS FROM GASTRIC CANCER. A CASE REPORT

¹ Postgraduate Student, Abdominal Oncology Surgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC, RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

² Postgraduate Student, Abdominal Oncology Surgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC, RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

³ MD, Pathologist, Human Pathological Anatomy and Tumor Department, Abdominal Oncology Surgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC, RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

⁴ MD, PhD, DSc, Professor, Associate Member of RAMS, Head, Abdominal Oncology Surgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC, RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

Address for correspondence: Glukhov Evgeniy Vyacheslavovich, Abdominal Oncology Surgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC, RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478; e-mail: drgluhov@mail.ru

This is a description of a rare case of splenic metastasis from gastric cancer. A 78-year female patient with cancer of the stomach proximal sector underwent surgical treatment consisting of gastrectomy, splenectomy and D2 lymph node dissection in September, 1994. By histology the patient's gastric tumor was moderately differentiated adenocarcinoma consisting mainly of papillary structures with invasion up to the muscular layer; splenic parenchyma presented with multiple small metastases from the adenocarcinoma. There was no lymph node involvement. Disease stage was defined by UICC (1997) TNM classification as T2N0M1. The patient died from disease progression at 9 months following surgery.

Key words: gastrectomy, splenectomy, splenic metastasis.