

Особенности диагностики аденокортикального рака

Н.В. Харченко¹, А.В. Филимонюк¹, Е.А. Смирнова²

¹РУДН, Москва

²РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Проведён анализ эффективности различных методов диагностики у 119 больных с морфологически подтверждённым аденокортикальным раком. Установлено, что только полноценное обследование позволяет получить точные данные о размерах и структуре опухоли, её соотношении с окружающими органами и сосудами, наличии региональных лимфоузлов и отдалённых метастазов, что является крайне необходимым для выбора лечебной тактики.

Ключевые слова: надпочечник, диагностика, аденокортикальный рак.

Аденокортикальный рак (АКР) – редкое и малоизученное заболевание, встречающееся в 0,5–2 случаях на миллион, характеризующееся различными клиническими проявлениями и в большей части плохим прогнозом, для которого до сих пор не определены однозначные критерии диагностики и лечения [6, 8, 9]. По данным большинства авторов, средний размер образований надпочечников на момент обнаружения составляет $11,6 \pm 4,7$ см (от 3 до 40 см). Такие неспецифические симптомы, как лихорадка, похудание и снижение аппетита, у пациентов с АКР встречаются довольно редко. Больные могут жить с большими образованиями без каких-либо клинических проявлений, только если они гормонально-неактивны [1, 3, 7].

В работу вошли наблюдения за 119 больными, находившимися на обследовании и лечении в НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, больнице РАН г. Троицка, Мытищинской ГКБ, с морфологически подтверждённым диагнозом АКР. Среди наблюдавшихся больных женщин было 67, мужчин – 52. Возраст 89,3 % больных колебался от 38 до 78 лет. Лишь у 23,3 % больных опухоль не превышала 5 см в диаметре, в остальных случаях она была значительно большего размера. У 59,9 % больных отмечалось поражение левого надпочечника. Двусторонних синхронных опухолей не было.

Анатомические особенности (большое количество тесно прилежащих соседних органов, отсутствие специфических симптомов) значительно осложняют диагностику гормонально-неактивного рака коры надпочечника, особенно малого размера.

Гормонально-неактивный рак надпочечников, особенно на ранних стадиях, протекает без специфических, присущих только ему симптомов. Однако к моменту обращения к врачу большая часть (91,2 %) больных предъявляли различные жалобы. Наиболее часто больные жаловались на общую слабость (78,7 %), боли различной интенсивности в верхних отделах жи-

вота и поясничной области (79,1 %). Несколько реже (28,6 %) наблюдалась продолжительная лихорадка с подъёмами температуры до 38–39 °С. Высокая температура является основным клиническим признаком так называемого пирогенного рака надпочечников. У 17,3 % больных отмечено снижение массы тела. Почти у половины больных (48,4 %) опухоль определялась пальпаторно. Физикальное обследование в этих случаях давало возможность выявить наличие опухоли, определить её приблизительные размеры и степень подвижности. Главную же роль в уточняющей диагностике играют специальные методы исследования.

Применяется следующая последовательность дополняющих друг друга диагностических мероприятий: исследование гормонального статуса, ультразвуковая томография, КТ, МРТ, ангиография, биопсия. Исследование уровня катехоламинов, 17-кето- и 17-оксикетостероидов, кортизола позволяло исключить гормональную активность опухоли.

Важное место в комплексе клинических методов исследования новообразований надпочечников в настоящее время занимает УЗИ, позволяет выявить опухоли надпочечников при их минимальном диаметре от 1,0 до 2,0 см.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) позволяет определить топографию надпочечников, их форму, величину и структуру. Минимальная величина опухоли, определяемая этим методом, составляет 0,4–1,0 см, а точность равняется 80–95 %. Наряду с преимуществами РКТ имеет и ряд недостатков. При большом размере опухоли надпочечников трудно определить её исходную локализацию, распространённость на другие органы и магистральные сосуды. Основным методом, позволяющим решить эту задачу, является ангиография (АГ). Мнения о показаниях и целесообразности применения АГ до настоящего времени остаются противоречивыми. По данным ряда авторов, нет специфических ангиографических признаков, присущих какой-либо опреде-

лётной гистологической форме опухоли [2, 5, 6]. В то же время ангиографическая картина в большинстве случаев позволяет установить исходную локализацию опухоли, степень её распространения на окружающие органы и ткани, а также источники кровоснабжения опухоли. Точность ангиографической диагностики в нашем исследовании составила 78–95 %. При правосторонней локализации опухоли, помимо артериографии, в обязательном порядке выполняется кавография, позволяющая оценить взаимоотношение опухоли с нижней поллой веной и вовлечение последней в опухолевый процесс.

Внедрение в диагностическую практику мульти-спиральной компьютерной томографии (МСКТ) позволило расширить и улучшить диагностику онкологических заболеваний. Пространственное отображение объёмных образований, их взаиморасположение с окружающими анатомическими структурами может быть полезным при выборе хирургического доступа и планирования объёма хирургического вмешательства [4, 5]. Успешно используемая в настоящее время для диагностики сосудистой патологии спиральная КТ-ангиография с получением ангиограмм высокого разрешения не только может конкурировать с прямой ангиографией, но и замещать проведение этого сложного инвазивного исследования.

Сцинтиграфия надпочечников с использованием аналогов йодохолестерола используется не так широко. Она довольно дорогостоящая и связана с большими дозами облучения. Кроме того, её диагностическая ценность спорна. В последних работах была показана высокая эффективность позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) в дифференцировке доброкачественных и злокачественных образований у пациентов с гистологически верифицированными и спорными опухолями. АКР встречаются довольно редко, необходимы дополнительные работы, чтобы полноценно оценить роль ПЭТ в диагностике АКР. Появился новый вариант ПЭТ – ПЭТ с ^{11}C -метомидатом. Метомидат связывается с 11 β -гидроксилазой надпочечников и таким образом позволяет уточнить, исходит ли опухоль из надпочечников или нет. Также данный метод может быть полезным для определения метастатических образований при АКР [2, 5].

Визуализация необходима не только для определения основных характеристик образования надпочечников, но и для стадирования. Необходимо проводить КТ грудной клетки и брюшной полости с высоким разрешением (или МРТ), так как лёгкие и печень довольно часто поражаются метастазами. При наличии болей в костях необходимо проведение сцинтиграфии костей скелета с последующей рентгенографией участков с повышенным накоплением радиофармпрепарата. После радикального удаления образования необходимо оценить гормональный статус пациента, чтобы убедиться, что образование действительно удалено полностью [2, 3, 5].

Цитологическое исследование пункционного материала произведено 72 больным. У 59 из них (81,9 %) был подтверждён диагноз АКР. Проведённое электронно-микроскопическое исследование препаратов позволило уточнить нейроэндокринную природу опухоли.

Следует отметить, что цитологическое и гистологическое исследование пункционного материала является информативным методом дооперационной диагностики опухолей надпочечников, позволяющим определить не только характер процесса – первичный или метастатический, но и гистологическое строение опухоли, что в свою очередь позволяет планировать рациональную лечебную тактику.

Таким образом, в топической диагностике опухолей надпочечников ведущую роль играют УЗИ и КТ, однако при увеличении размеров опухоли чувствительность этих методов снижается с 92,3 до 30 % при УЗИ и с 85,6 до 14,4 % при КТ. При значительных размерах опухоли наиболее информативным является ангиография и МСКТ, которые позволяют установить правильный топический диагноз в 92,6 %. Как дополнительный уточняющий метод в неясных случаях может быть использована МРТ. Завершающим этапом предоперационного обследования должно быть цитологическое исследование биопсийного материала, полученного при пункции опухоли под контролем УЗИ или КТ, точность которого составила 81,9 %.

Только полноценное обследование позволяет получить точные данные о размерах и структуре опухоли, её соотношении с окружающими органами и сосудами, наличии региональных лимфоузлов и отдалённых метастазов, что является крайне необходимым для выбора оптимального хирургического доступа.

*Список использованной литературы
см. на сайте <http://logospress.ru/zvrach>*

Features of adrenocortical carcinoma diagnostics

N.V. Kharchenko¹, A.V. Filimonjuk¹, E.A. Smirnova²

¹PFUR, Moscow

²N.N. Blokhin ROSC, RAMS, Moscow

The article analyses effectiveness of examination methods in 119 patients with morphologically verified adrenal tumors. Based on the trial results, algorithm of examination was developed and appropriate recommendations were given. It was established, that only a complete examination, which consists of imaging sets (CT, MRI, ultrasound, angiography) allows obtaining accurate information on the size and structure of the tumor, its relation to surrounding organs and vessels, the presence of regional lymph nodes and distant metastases, which is essential for choosing surgical approach.

Keywords: adrenal gland, diagnosis, adrenocortical carcinoma.