

А.А. Перминова¹, М.Д. Ханевич^{1,2}, Н.Ю. Коханенко¹, А.А. Кашинцев¹, А.В. Глебова^{1,2}

Изолированный метастаз лейомиосаркомы матки в поджелудочную железу: клиническое наблюдение

¹ ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

² СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Представлено клиническое наблюдение успешного хирургического лечения пациентки с изолированным метастазом лейомиосаркомы матки в головку поджелудочной железы спустя 3 года после удаления первичной опухоли. Выполнена панкреатэктомия с последующим иммуногистохимическим исследованием. Больная обследована через 6 мес после операции. Признаков рецидива заболевания нет.

Ключевые слова: лейомиосаркома матки, метастаз лейомиосаркомы, постнекротическая киста головки поджелудочной железы, панкреатэктомия

Введение

В онкологическом центре Карманос США был проведен анализ аутопсий больных опухолями поджелудочной железы (ПЖ). Среди 973 исследований в 38 (3,9%) наблюдениях наблюдались метастатические опухоли. Из них был обнаружен только один случай лейомиосаркомы (0,1%) [1]. Лейомиосаркома матки — редкое и агрессивное злокачественное новообразование гладкомышечных клеток миометрия. Чаще всего отдаленные метастазы лейомиосаркомы бывают в легкие, почки и печень. Метастазы в поджелудочную железу встречаются крайне редко [2].

Представляем пациентку с метастазом лейомиосаркомы матки в ПЖ. Больная 3., 63 лет. Поступила в 9 онкологическое (хирургическое) отделение городского клинического онкологического диспансера в мае 2019 г. При поступлении у пациентки была выраженная слабость, боли в верхних отделах живота. По данным объективного осмотра живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в верхних отделах, больше в правом подреберье, где пальпировалось плотное, малосмещаемое, болезненное объемное образование, без четких контуров. Из анамнеза стало известно, что в ноябре 2016 г. ей была выполнена пангистерэктомия по поводу лейомиосаркомы тела матки р T1bN0M0 IB стадии. По данным гистологического и иммуногистохимического исследований: лейомиосаркома тела матки G2.

В течение последующих лет пациентка чувствовала себя хорошо, регулярно наблюдалась у онкогинеколога, признаков рецидива заболевания не было. Спустя три года появились сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, слабость. Пациентка экстренно была госпитализирована с диагнозом острый панкреатит. После выполнения клинко-инструментальных исследований был установлен диагноз постнекротическая киста головки поджелудочной железы. Проводилось консервативное лечение, после купирования болевого синдрома, пациентка была выписана к гастроэнтерологу по месту жительства. Спустя месяц больная госпитализирована по экстренным показаниям с клиникой кишечного кровотечения, анемией тяжелой степени. При обследовании выявлено образование головки поджелудочной железы, прорастающее в двенадцатиперстную кишку с признаками кровотечения. После проведения консервативного лечения, гемотрансфузии пациентка была выписана с рекомендациями продолжить лечение у онколога.

По данным лабораторных исследований при поступлении отмечалась выраженная анемия тяжелой степени (гемоглобин 44 г/л, эритроциты $1,96 \times 10^{12}/л$), гипопропротеинемия (общий белок 56,2 г/л). Ультразвуковое исследование брюшной полости показало наличие образования в проекции головки поджелудочной железы 9,8×8,0×9,6 см, при цветном доплеровском картировании в опухоли выявлены множественные локусы интенсивного кровотока, образование — гиперваскулярное, складывалось впечатление о прорастании опухоли в двенадцатиперстную кишку. При рентгенографии органов грудной клетки выявлены возрастные изменения. Из сопутствующих заболеваний: Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Острое нарушение мозгового кровообращения в 2012 г. по лакунарному ишемическому типу. Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 3 ст. Риск сердечно-сосудистых осложнений 4. Хроническая сердечная недостаточность II ф.кл. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Хроническая венозная

недостаточность II ст. Правосторонний коксартроз III ст. на фоне локального остеопороза. Состояние после эндопротезирования правого тазобедренного сустава от 2018 г. Хронический пиелонефрит, вне обострения. Больной было выполнено КТ органов брюшной полости на котором выявлено гиперваскулярное образование в проекции головки поджелудочной железы 95×82×85 мм с возможным прорастанием воротной вены (рис. 1). Для выявления источника кровотечения, учитывая уровень гемоглобина, и оценки экстравазации контрастного вещества была выполнена ангиография чревного ствола и брыжеечных артерий. На ангиограммах в проекции ворот печени определяется округлое гиперваскулярное образование с четкими контурами, размером 11×13 см (рис. 2). Кровоснабжение осуществлялось из бассейна гастродуоденальной артерии, верхней брыжеечной артерии, чревного ствола (рис. 3). После проведения консервативного лечения, неоднократной гемотранфузии,

стабилизации общего состояния больной было принято решение о выполнении хирургического вмешательства. Во время операции при ревизии органов брюшной полости: в области головки поджелудочной железы определялся плотный конгломерат, размером 15,0×17,0 см, на котором распластана двенадцатиперстная кишка. Образование было гиперваскулярно, плотно прилегало к сосудам правой почки, верхней брыжеечной вене, чревному стволу, верхней брыжеечной артерии (рис. 4). Выполнена операция: Лапаротомия. Дуоденопанкреатэктомия со спленэктомией (объем хирургического вмешательства расширен до панкреатэктомии, учитывая не только распространение опухоли головки поджелудочной железы на тело, но, кроме того, в области хвоста поджелудочной железы определялся постнекротический очаг), холецистэктомией, формированием гастроэнтероанастомоза, холедохоеюноанастомоза и межкишечного соустья по Брауну, дренирование брюшной полости.



Рис. 1. Компьютерная томография брюшной полости пациентки, бесконтрастная фаза, поперечный срез.
1 — опухоль головки поджелудочной железы

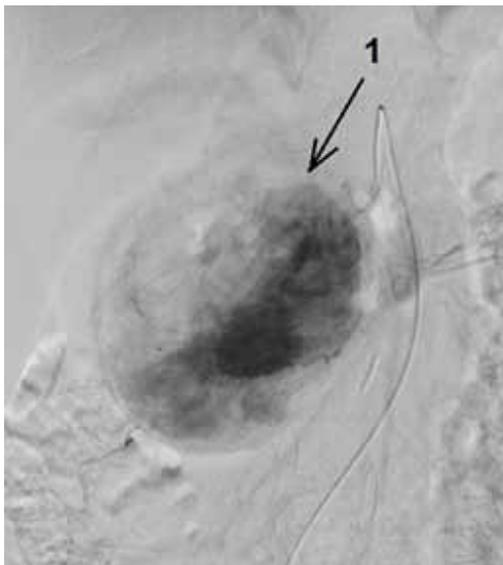


Рис. 2. Ангиография чревного ствола и брыжеечных артерий.
1 — образование с четкими контурами в проекции ворот печени

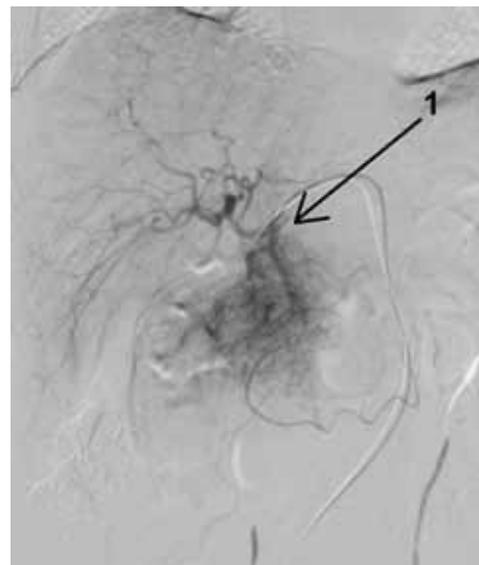


Рис. 3. Ангиография чревного ствола и брыжеечных артерий.
1 — ветви чревного ствола

Макроописание: Головка поджелудочной железы с опухолью 15×17 см, прорастающая в двенадцатиперстную кишку; опухоль с распадом и скоплением старой и свежей крови в полости распада опухоли в объеме 150 мл (рис. 5). Тело и хвост поджелудочной железы с постнекротическими изменениями (рис. 6). Отрезок двенадцатиперстной кишки (ДПК) 16 см с расширенным просветом до 17 см в периметре, с выступающим в просвет участком 9,5×6,5 см слизистой оболочки на высоту до 2 см. С наружной стороны кишки — плотное, эластичное образование 9×11 см беловатого цвета, дольчатого вида. В просвете ДПК около 50 мл сгустков крови. Гистологическое исследование № 60796-809: злокачественная неэпителиальная опухоль головки поджелудочной железы, прорастающая стенку ДПК на всю толщ, без сосудистой и периневральной инвазии, удалена в пределах здоровых тканей. Стенка желчного пузыря с атрофией слизистой и умеренно выраженными признаками хронического холецистита. Селезенка без особенностей, тело и хвост поджелудочной железы с постнекротическими очагами. Иммуногистохимическое исследование № 1112/19: Умеренная диффузная реакция: Actin SM; Умеренная фокальная реакция: Desmin, Vimentin, Caldesmon; Слабая реакция: EMA; Отсутствует реакция на: CD10, DOG-1, CD117, ER, Miogenin. Гистологическая структура и иммунофенотип наиболее соответствуют лейомиосаркоме G2. По системе FNCLCC (гистологический тип и зрелось — 2 балла; 12 митозов на 10 HPF-2 балла, некрозы менее 50% опухолевой ткани 1 балл) 2+2+1=5 (4 или 5 баллов G2), Ki 67 5–10%. Послеоперационный период составил 13 дней. После чего пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии. Через 6 мес после операции больная чувствует себя хорошо, рецидива основного заболевания нет. Учитывая объем хирургического вмешательства пациентке проводится ежедневно контроль уровня сахара крови, который составляет 5,5–8,0 ммоль/л на фоне проводимой инсулинотерапии: 12 Ед Протофан утром, 6 Ед Протофан вечером. Кроме того, в основной рацион питания включен прием ферментных препаратов (креон по 10.000 три раза в день).

Обсуждение

Метастатические поражения поджелудочной железы встречаются редко и составляют менее 2% всех злокачественных новообразований поджелудочной железы [3]. Первичные очаги лейомиосаркомы включают матку, яичники, вены, семенной канатик, кишечник, забрюшинное пространство и мягкие ткани [4]. Пациенты с метастазами в поджелудочную железу обычно



Рис. 4. Интраоперационное фото.
1 — конгломерат в области головки поджелудочной железы

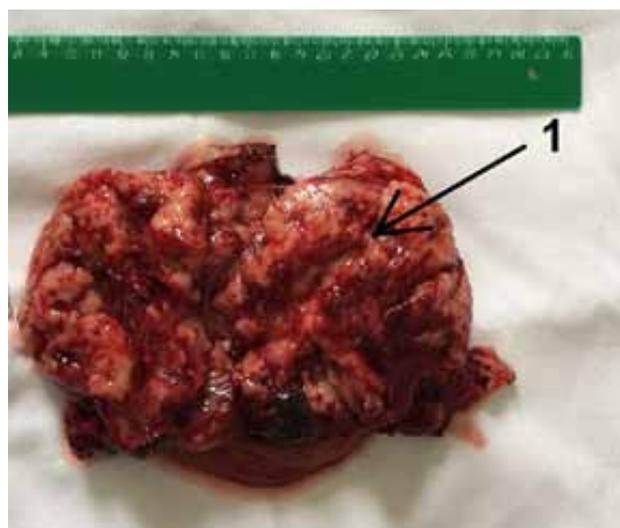


Рис. 5. Опухоль на разрезе.
1 — полости распада опухоли со скоплениями старой крови



Рис. 6. Хвост поджелудочной железы.
1 — постнекротический очаг

идентифицируются одним из трех способов: во время первичного обследования, рутинного наблюдения после резекции первичного очага, возникновения симптомов распространения опухоли [5]. Желтуха (25%) и боль в животе (20%) (как и в представленном наблюдении) были наиболее частыми симптомами метастазов в поджелудочную железу [6]. При КТ с контрастным усилением большинство метастатических лейомиосарком поджелудочной железы являются гиповаскулярными [7], что требует тщательно их дифференцировать с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы. Перипанкреатическая лимфаденопатия редко встречается при метастазах в поджелудочную железу и поэтому считается признаком первичного злокачественного новообразования [8]. Средний интервал между диагностикой метастазов и первичной лейомиосаркомой составляет 24 мес (от 1 до 77 мес), и у всех пациентов были метастазы в другие органы [7]. В данном случае метастаз в поджелудочную железу был обнаружен через 3 года после пангистерэктомии, что свидетельствует о большом интервале между лечением первичной лейомиосаркомы и появлением метастаза в поджелудочной железе. В обзоре литературы Редди и Вольфганг [9] проанализированы 243 пациента, перенесших радикальную резекцию поджелудочной железы по поводу метастатического заболевания, из которых было 12 больных с метастатической саркомой и средней продолжительностью жизни 40 мес. Эффективность резекции поджелудочной железы при метастатической опухоли зависит от опухолевой биологии первичного рака (в данном наблюдении Ki 67 5–10%). В целом, лейомиосаркомы в поджелудочной железе представляют собой большие кистозные образования. Кистозные изменения часто связаны с кровотечением или некрозом и могут представлять собой дегенеративные изменения в быстро увеличивающейся солидной опухоли. Гистологически большинство опухолей показывают агрессивные черты высокой клеточности, плеоморфизма и значительного количества митозов [10].

Были проанализированы непосредственные результаты 63 панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы, у 7 из них (11,1%) отмечался острый панкреатит, при этом у 3 пациентов во время операции был выявлен деструктивный панкреатит [12]. В данном случае авторы отказывались от наложения панкреатикоюноанастомоза [12]. В нашем клиническом наблюдении постнекротический очаг являлся следствием перенесенного острого деструктивного панкреатита. Во время операции нельзя было исключить и мультифокальное поражение ПЖ и, учитывая распростра-

нение опухоли на тело поджелудочной железы, была выполнена тотальная панкреатэктомия. Противопоказанием к выполнению пилоросохраняющей операции являлось макроскопическое распространение опухоли на верхнегоризонтальную часть ДПК [13]. Петербургскими авторами в разные сроки после операции было оценено качество жизни у 97 больных раком ПЖ, половине из которых была выполнена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР), а остальным — ПДР с сохранением привратника. Полученные результаты продемонстрировали отсутствие достоверных межгрупповых различий в оценке качества жизни [14]. В нашем наблюдении качество жизни больной вполне удовлетворительное, но требуется проведение заместительной терапии инсулином.

Вывод

Представлен редкий случай лейомиосаркомы матки с метастазом в головку поджелудочной железы. Диагноз подтвержден с помощью гистологического и иммуногистохимического исследований. При отсутствии широко распространенного метастатического заболевания выбор лечебной тактики в первую очередь должен быть нацелен на радикальное хирургическое лечение. Это связано с улучшением выживаемости и является единственной надеждой на излечение этих пациентов [11].

Вклад авторов:

Коханенко Н.Ю. — концепция и дизайн статьи, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи;

Ханевич М.Д. — сбор и обработка материала;

Перминова А.А. — сбор и обработка материала, написание текста;

Кашинцев А.А. — сбор и обработка материала;

Глебова А.В. — сбор и обработка материала.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии в статье конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adsay NV, Andea A, Basturk O et al. Secondary tumors of the pancreas: an analysis of a surgical and autopsy database and review of the literature // *Virchows Arch.* 2004;444:527–535.
2. Gomez JA, Sanchez AA, Cecilia DM et al. Uterine leiomyosarcoma metastasis to the pancreas: report of a case and review of the literature // *J Gastrointest Cancer.* 2012;43(2):361–363.
3. You DD, Choi DW, Choi SH et al. Surgical resection of metastasis to the pancreas // *J Korean Surg Soc.* 2011;80:278–282.

4. Koh YS, Kim JC. Pancreatic metastasis of leiomyosarcoma in the right thigh: a case report // *World J Gastroenterol*. 2007;13(7):1135.
5. Showalter SL, Hager E, Yeo CJ. Metastatic disease to the pancreas and spleen // *Semin Oncol*. 2008;35:160–71.
6. Sweeney AD, Wu MF, Hilsenbeck SG et al. Value of pancreatic resection for cancer metastatic to the pancreas // *J Surg Res*. 2009;156:189–98.
7. Suh CH, Keraliya A, Shinagare AB et al. Multidetector computed tomography features of pancreatic metastases from leiomyosarcoma: experience at a tertiary cancer center // *World J Radiol*. 2016;8(3):316–321.
8. Dubois J. *TxNxM1: the anatomy and clinics of metastatic cancer*. Boston, MA: Kluwer, 2002:68–9.
9. Reddy S, Wolfgang CL. The role of surgery in the management of isolated metastases to the pancreas // *Lancet Oncol*. 2009;10:287–293.
10. Komoda H, Nishida T, Yumiba T et al. Primary leiomyosarcoma of the pancreas — a case report and case review // *Virchows Arch*. 2002;440:334–337.
11. Sperti C, Pasquali C, Liessi G et al. Pancreatic resection for metastatic tumors to the pancreas // *J Surg Oncol*. 2003;83:161–166.
12. Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Радионов Ю.В. и др. Непосредственные результаты панкреатодуоденальных резекций при раке головки поджелудочной железы. Современное состояние диагностики и лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны // Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2015:38–47.
13. Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Ширяев Ю.Н. и др. Особенности послеоперационного периода при ГПДР и ПДР с сохранением привратника. Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 11. Медицина, 2014, № 4:107–113.
14. Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Радионов Ю.В. и др. Исследование качества жизни пациентов после ГПДР и ППДР в разные сроки после операции // Журнал Педиатр. 2015;4(3):48–51.

Поступила в редакцию 16.06.2021 г.

*A.A. Perminova¹, M.D. Khanevich^{1,2},
N.Yu. Kokhanenko¹, A.A. Kashintsev¹, A.V. Glebova^{1,2}*

Isolated metastasis of uterine leiomyosarcoma to the pancreas: clinical observation

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Saint Petersburg State Pediatric Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

² St Petersburg State Budgetary Health Institution «City Mariinsky Hospital», Russian Federation

The article presents a clinical case of successful surgical treatment of a patient with isolated metastasis of uterine leiomyosarcoma to the head of the pancreas 3 years after the removal of the primary tumor. A pancreatectomy with immunohistochemical examination was performed. The patient was examined 6 months after the operation. There are no signs of a relapse of the disease.

Key words: leiomyosarcoma of the uterus, leiomyosarcoma metastasis, postnecrotic cyst of the head of the pancreas, pancreatectomy