

Д.А. Важенина^{1,2}, Н.Г. Афанасьева², А.С. Зотова²**ОСОБЕННОСТИ ПЭТ/КТ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНО-ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

1. Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск. E-mail: dariavazenina@mail.ru
2. Челябинский клинический центр онкологии и ядерной медицины, Челябинск

Реферат

Актуальность: Опухоли поджелудочной железы занимают 6-е место среди мужского и 7-е место среди женского населения. Неспецифичность симптомов данного типа опухолей обуславливает постановку диагноза заболевания на поздних стадиях. Практически у 50 % больных на момент первичной диагностики опухоль распространяется за пределы органа, у трети выявляются отдаленные метастазы. Клиническая картина зависит от локализации опухоли. Диагностика данной патологии представляет определенные трудности и основана на комплексном анализе результатов лабораторных, инструментальных и лучевых исследований, на анамнезе и данных осмотра пациента. Высокая метаболическая активность опухолей поджелудочной железы позволяет использовать ПЭТ/КТ-исследование в постановке диагноза и/или в определении распространенности процесса.

Описание: Клинический случай демонстрирует течение болезни, манифестировавшее с отдаленных метастазов, без выявленного первичного очага. Симптомы злокачественного образования поджелудочной железы неспецифичны и не выражены. Диагностика данной патологии представляет определенные трудности и основана на комплексном анализе результатов лабораторных и лучевых исследований, анамнезе и данных осмотра пациента. Проведенные инструментально-диагностические мероприятия, направленные на выявление первичного очага, в данной ситуации были безрезультатны. Выявить первичный очаг удалось только на вскрытии.

Выводы: Опухоли поджелудочной железы относятся к одним из наиболее агрессивно текущих и плохо диагностируемых образований. Массивная генерализация в основном наступает при больших размерах первичного очага и/или прогрессировании процесса после проведенного лечения. В данной клинической ситуации можно говорить об акультной форме рака поджелудочной железы с массивной генерализацией процесса. Поражение поджелудочной железы не было выявлено ни при одном из инструментально-диагностических исследований, ни в ходе открытой биопсии образований забрюшинного пространства и печени.

Ключевые слова: злокачественная опухоль, поджелудочная железа, генерализация процесса, ПЭТ/КТ, биопсия

Введение

Злокачественные новообразования поджелудочной железы занимают 6-е место среди онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта взрослого населения. Средний возраст заболевших мужчин – 69,2, женщин – 69,5 лет. Медиана выживаемости больных – 4,1 мес, годовая выживаемость – 20 %, 5-летняя – 4,5 %. По частоте заболеваемости рак поджелудочной железы занимает у мужчин 6-е место после рака легких, толстой кишки, простаты, мочевого пузыря, меланомы и 7-е место у женщин после рака молочной железы, легких, толстой кишки, тела матки, яичников, мочевого пузыря [1, 2].

Симптомы ЗНО поджелудочной железы неспецифичны и не выражены, в связи с чем во многих случаях опухоль обнаруживается на поздних стадиях. На момент первичной диагностики примерно у 50 % больных опухоль распространяется за пределы органа, у трети выявляются отдаленные метастазы [3, 4].

Клиническая картина зависит от локализации опухоли. Диагностика данной патологии представляет определенные трудности и основана на комплексном анализе результатов лабораторных и лучевых исследований, на анамнезе и данных осмотра пациента [5–8]. В связи с тем, что опухоли поджелудочной железы являются высоко-метаболически активными, использование ПЭТ/КТ-исследования помогает в постановке диагноза и/или в определении распространенности процесса.

Клиническое наблюдение

Пациентка Н., 45 лет, активных жалоб на момент осмотра не предъявляла, при плановом обследовании в июне 2016 г. выявлено образование печени и забрюшинного пространства. При обследовании СА

19,9 – 752,4, АФП – 3,4, РЭА – 6,0. МРТ брюшной полости: признаки очаговых образований правой доли печени, объемного образования смешанной структуры в правой фланковой области. МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства: кистозно-сольное образование забрюшинного пространства с вероятным прорастанием в поперечную мышцу живота (злокачественная тератома?, лейомиосаркома?) Множественные образования печени, больше данных за метастатическое поражение.

В июне 2016 г. произведена пункционная биопсия образования печени и забрюшинного пространства под контролем УЗИ.

Гистологическое заключение: забрюшинное пространство – мельчайший фрагмент низкодифференцированной аденокарциномы без признаков органоспецифичности; печень – метастаз низкодифференцированной аденокарциномы без признаков органоспецифичности. ИГХ: иммунотип опухоли может соответствовать аденокарциноме поджелудочной железы, Ki67 – 95 %. Выставлен диагноз: рак поджелудочной железы T_xN_xM₁, IV стадия с метастазами в печень. Начата химиотерапия по схеме гемцитабин 1900 мг.

В сентябре ПЭТ/КТ: печень расположена обычно, увеличена в размерах, передне-задний размер правой доли по срединно-ключичной линии 180 мм, диффузно равномерно пониженной плотности (+36±40 ед. Хаунсфилда), неоднородной структуры за счет наличия множественных, имеющих тенденцию к слиянию, гиподенсивных метаболически активных образований, крупнейшее из которых имеет неправильную форму, конгломератный характер, расположено в правой и левой долях печени с аксиальными размерами до 167×78 мм (SUV_{max} = 14,1); паренхима печени замещена метаболически активными образованиями

субтотально. Нижний край печени, содержащий метаболически активные образования, интимно прилежит к правой почке, границы между ними прослеживаются нечетко. Большая часть правой половины брюшной полости занята объемным образованием, имеющим многоузловое, многокамерное кистозно-сольдное строение, неправильную форму, нечеткие неровные контуры, аксиальные размеры образования достигают 144×94 мм, верхний край образования находится на уровне нижнего края правой доли печени, нижний – на уровне мыса крестца, накопление контрастного вещества сольдным компонентом, расположенным преимущественно вблизи внутренней поверхности передней брюшной стенки, от +31±34 до +53±56 ед. Хаунсфилда максимально в венозную фазу, метаболическая активность в проекции солидного компонента высокая ($SUV_{max} = 9,1$). Данное образование прилежит к поперечной мышце правой половины живота, правой подвздошно-поясничной мышце, границы между ними местами нечеткие. Органы брюшной полости смещены образованием влево (рис. 1–3).

Поджелудочная железа не увеличена, плотность ее не изменена, структура однородная, очаги повышенной метаболической активности в ее проекции не определяются, контуры железы четкие, парапанкреатическая клетчатка – без инфильтративных изменений.

Заключение: картина множественного поражения печени. Кистозно-сольдное образование правой половины брюшной полости. Вторичное поражение обоих легких. Данных за объемный процесс в поджелудочной железе на момент осмотра не выявлено.

В связи с отсутствием данных за поражение поджелудочной железы при использовании всех методов лучевой диагностики, решено провести открытую биопсию образования забрюшинного пространства и печени.

В сентябре 2016 г. была выполнена биопсия образования забрюшинного пространства и печени.

Гистологическое заключение: метастаз протоковой карциномы поджелудочной железы в печень.

С конца сентября–начала октября 2016 г. у пациентки развивается гепаторенальный синдром. 5 октября пациентка скончалась.

Из протокола вскрытия: «... в головке поджелудочной железы на разрезе определяется опухоль белесоватого цвета плотно-эластичной консистенции размерами 5×5 мм... Образование в правой половине брюшной полости исходит из большого сальника, связи с поджелудочной железой не имеет».

Обсуждение

Опухоли поджелудочной железы относятся к одним из наиболее агрессивно текущих и плохо диагностируемых образований. Массивная генерализация в основном наступает при больших размерах первичного очага и/или прогрессировании процесса после проведенного лечения. У данной пациентки можно говорить о практически акультной форме рака поджелудочной железы с массивной генерализацией процесса.

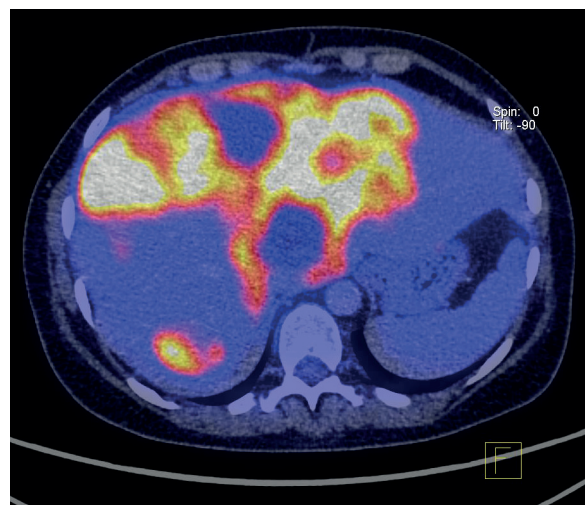


Рис. 1. ПЭТ/КТ. Поперечный срез

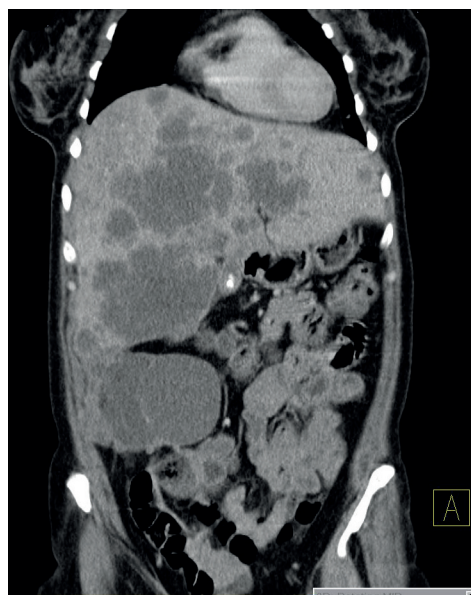


Рис. 2. КТ. Корональный срез

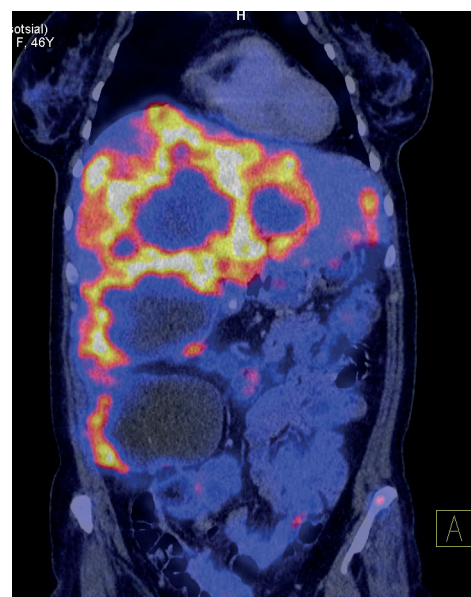


Рис. 3. ПЭТ/КТ. Корональный срез

Поражение поджелудочной железы не было выявлено ни одним из инструментально-диагностических исследований, ни при открытой биопсии образований забрюшинного пространства и печени. Таким образом, использование ПЭТ/КТ-исследования не позволило определить локализацию первичного очага, но предоставило полную информацию о распространенности процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Портной Л.М., Рослов А.Л. Ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Вестн. рентгенол. 1990. № 1. С. 82–86.
2. Кармазановский Г.Г., Федоров В.Д. Компьютерная томография поджелудочной железы и органов забрюшинного пространства. – М.: Паганель, 2000. 310 с.
3. Сажин В.П., Жаболенко В.П., Маскин С.С. и соавт. Сравнительные аспекты диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Хирургия. 1997. № 3. С. 45–48.
4. Ростовцев М.В., Рассохова О.Б. Комплексное применение лучевых методов диагностики при опухолях панкреатодуоденальной зоны // Вестн. рентгенол. 2002. № 4. С. 34–39.
5. Брюховецкий Ю.А. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы // В кн.: «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике». – М.: Видар. 1996. Т. 1. С. 140–184.
6. Власов П.В., Котляров П.М. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы // Вестн. рентгенол. 1995. № 3. С. 5–13.
7. Васильев А.Ю., Никитин В.Г., Карусинов П.С. и соавт. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике заболеваний поджелудочной железы // Матер. науч.-практ. конф. «Магнитно-резонансная томография в медицинской практике». – М. 1995. С. 68.
8. Кубышкин В.А. Рак поджелудочной железы // Consilium medicum. 2003. № 8.

Features of the PET/CT Diagnosis of Primary Generalized Pancreatic Cancer. Clinical Case

D.A. Vazhenina^{1,2}, N.G. Afanaseva², A.S. Zotova²

1. South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia. E-mail: dariavazhenina@mail.ru
2. Chelyabinsk Clinical Center of Oncology and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russia

Abstract

Relevance: Tumors of the pancreas occupy the 6th place among men and the 7th place among the female population. Not the specificity of the symptoms of this type of tumor causes the diagnosis of the disease in the later stages. In almost 50 % of patients, at the time of primary diagnosis, the tumor extends beyond the body, a third identified distant metastases. The clinical picture depends on the location of the tumor. The diagnosis of this pathology presents certain difficulties and is based on a comprehensive analysis of the results of laboratory, instrumental and radiological studies, history and examination of the patient. High metabolic activity of pancreatic tumors allows the use of PET/CT examination in diagnosis and / or in determining the prevalence of the process.

Description: The clinical case demonstrates the course of the disease, manifested from remote metastases, without the identified primary focus. Symptoms of pancreatic malignancy are not specific and are not expressed. The diagnosis of this pathology presents certain difficulties and is based on a comprehensive analysis of the results of laboratory and radiological studies, anamnesis and patient examination data. Held instrumentalno-diagnostic measures to identify the primary tumor in this situation were unsuccessful. It was possible to identify the primary focus only at the autopsy.

Conclusions: Pancreatic tumors are one of the most aggressive current and poorly diagnosed formations. Massive generalization, mainly occurs with large sizes of the primary focus and / or progression of the process after the treatment. In this clinical situation, we can talk about the acutural form of pancreatic cancer with a massive generalization of the process. The pancreas lesion was not detected by any of the instrumental diagnostic methods of the study, nor in the course of open biopsy of retroperitoneal and liver formations.

Key words: malignant tumor, pancreas, generalization, PET/CT, biopsy