

УНИКАЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЕТАХРОННОГО ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

А.М. Зайцев¹, М.И. Куржупов¹, В.Л. Пучков²

¹ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена»
МЗ РФ, г. Москва

²Кафедра нейрохирургии РМАПО, г. Москва

Резюме

Описан случай нестандартного с точки зрения нейроонкологии течения опухолевого поражения головного мозга – метакхронного развития в головном мозге сначала метастатического поражения рака молочной железы, затем злокачественной глиомы. Хирургическое лечение обеих опухолей выполнено с применением интраоперационной флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии. Благодаря комплексному лечению больная прожила 15 месяцев с момента постановки диагноза рака молочной железы IV стадии (с метастатическим поражением головного мозга).

Ключевые слова: метакхронное опухолевоe поражение головного мозга, интраоперационная флуоресцентная диагностика, интраоперационная фотодинамическая терапия.

В нашей практике лечения опухолевого поражения головного мозга впервые было выявлено метакхронное поражение головного мозга злокачественными опухолями различной гистологической структуры, а именно метастазом рака молочной железы и глиобластомой. В Российской Федерации статистика по опухолям головного мозга отсутствует [1]. В США в год выявляется 18500 новых случаев заболевания первичными злокачественными опухолями головного мозга (злокачественные глиомы) и от 98 000 до 170 000 новых случаев метастатического поражения головного мозга в год [2, 3, 4]. По частоте метастазирования опухолей в головной мозг на первом месте стоит рак лёгкого, далее по убывающей – рак молочной железы, меланома, рак почки, колоректальный рак и другие локализации [5, 6]. После выявления метастатического поражения головного мозга медиана выживаемости больных, в зависимости от вида лечения, составляет 5–15 мес [7]. При анализе отечественной и зарубежной литературы сведений о метакхронном поражении головного мозга метастазом рака молочной железы и глиобластомой нами не выявлено.

Авторами проведено клиническое наблюдение за больной Н., 56 лет, диагноз – первично-множественные метакхронные опухоли: инфильтративный протоковый рак левой молочной железы, вторично-отечная форма, IV стадии T4N3M1, состояние после комбинированного лечения; глиобластома левой лобно-теменной области, состояние в процессе комбинированного лечения.

Первые проявления болезни отмечены 07.07.2010, когда на фоне выраженной головной боли у больной развился генерализованный судорожный приступ с потерей сознания. При обследовании в ГКБ № 71 (Москва) были выявлены опухоли головного мозга в левой теменной области (рис. 1) и молочной железы.

В МНИОИ им. П.А. Герцена, куда обратилась больная, при обследовании был выявлен рак левой молочной железы с метастазами в головной мозг (левая теменная область), легкие (множественные

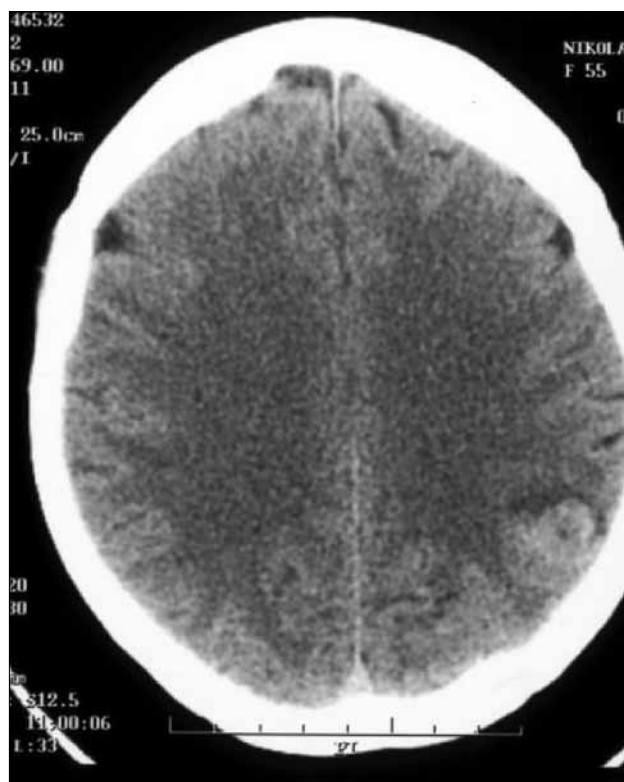


Рис. 1. КТ головного мозга с контрастным усилением, аксиальная проекция, до операции.

метастазы в легких, по плевре слева, левосторонний плеврит), лимфатические узлы (левые подмышечные и надключичные). Диагноз верифицирован цитологически: № 771-772/10 (ГКБ № 71, Москва, консультация в МНИОИ им. П.А. Герцена) – низкодифференцированный протоковый рак солидного строения.

В МНИОИ им. П.А. Герцена состояние больной было обсуждено на консилиуме радиологами, химиотерапевтами, онкомаммологами. В результате обсуждения был выработан план лечения: рекомендовано проведение операции по удалению опухоли левой теменной области с интраоперационной флуоресцентной диагностикой и фотодинамической терапией и последующее облучение всего головного мозга и химиотерапией. Альтернативных методов лечения не найдено.

Операцию провели 12.08.2010. В ходе операции опухоль удалена до визуально неизмененного в белом свете вещества головного мозга (рис. 2 в).

Затем ложе удаленной опухоли осмотрено в режиме флуоресценции. При этом под контролем флуоресценции дополнительно удалены участки остаточной опухоли (рис. 2 г).

По данным планового гистологического исследования № 44033-38/оп диагностирован метастаз анаплазированной малодифференцированной опухоли. На контрольной СКТ (13.08.2010) и МРТ головного мозга с контрастным усилением (18.08.2010), выполненных через 1 и 6 суток после операции соответственно, данных об ишемических и геморрагических осложнениях нет, опухоль удалена полностью (рис. 3). Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 7е сутки, больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения в онкологическом диспансере по месту жительства. В МГОБ № 62 проведено 6 курсов ПХТ по схеме доцетаксел + доксорубицин, затем – гормонотерапия тамоксифеном.

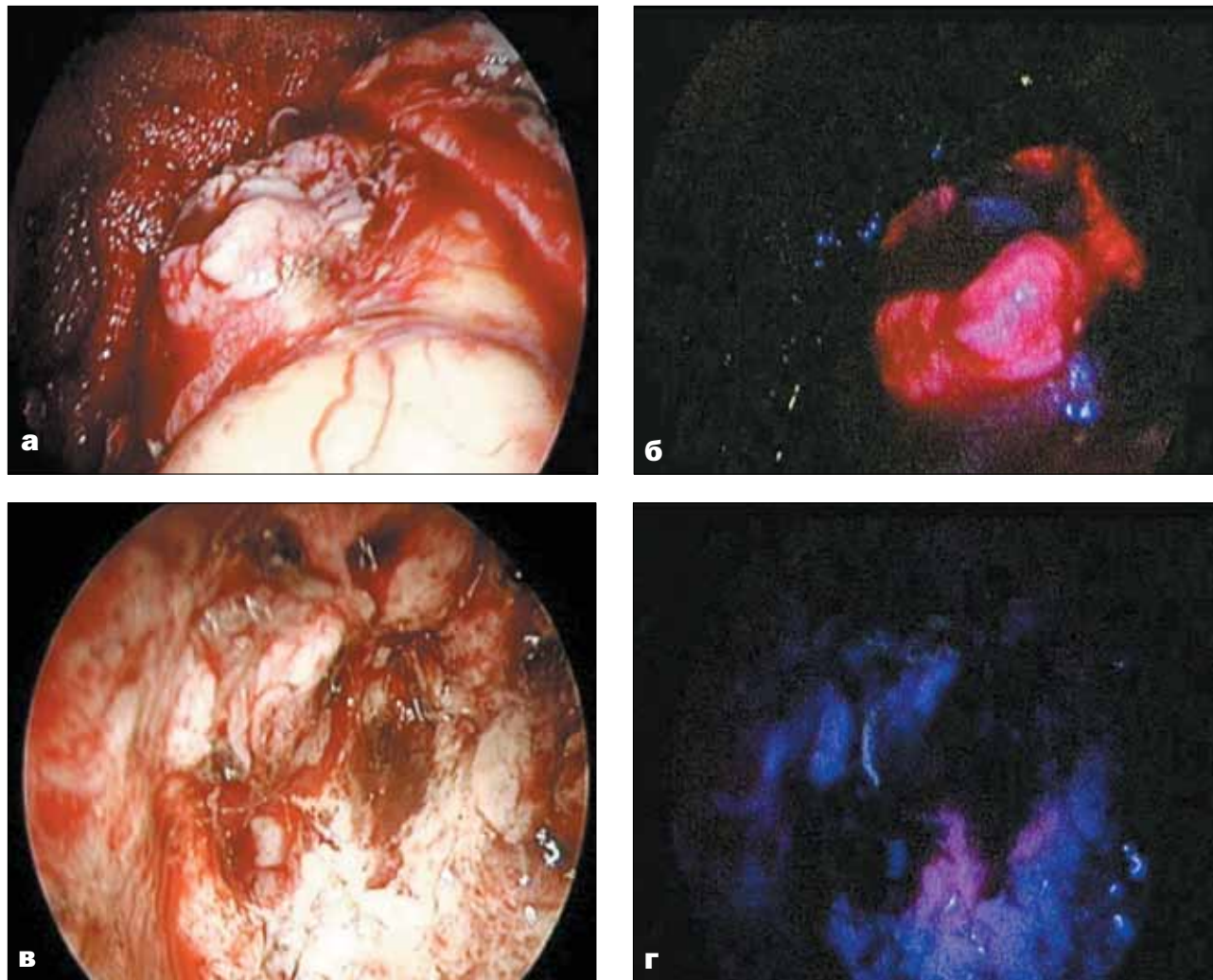


Рис. 2. Интраоперационная флуоресцентная диагностика:

а – вид головного мозга и внутримозгового метастаза в белом свете; **б** – осмотр опухоли в режиме флуоресценции (красный цвет – опухоль, темно-синий – мозговая ткань); **в** – ложе после удаления опухоли в белом свете; **г** – осмотр ложа в режиме флуоресценции (красная флуоресценция участка остаточной опухоли).

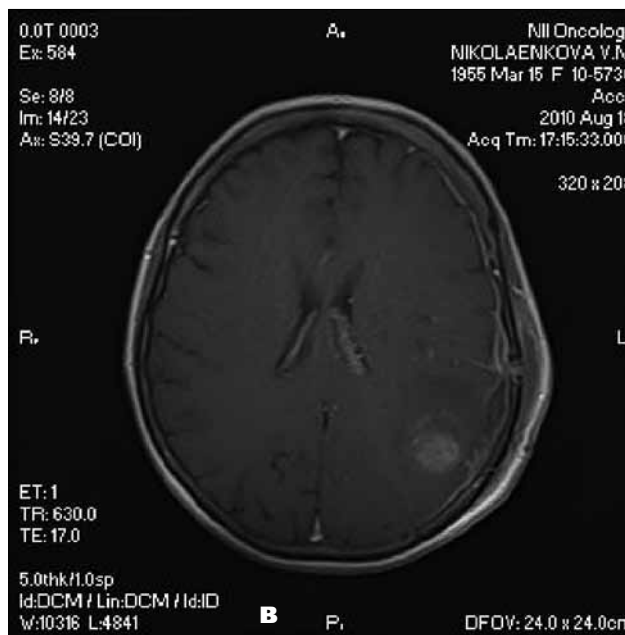
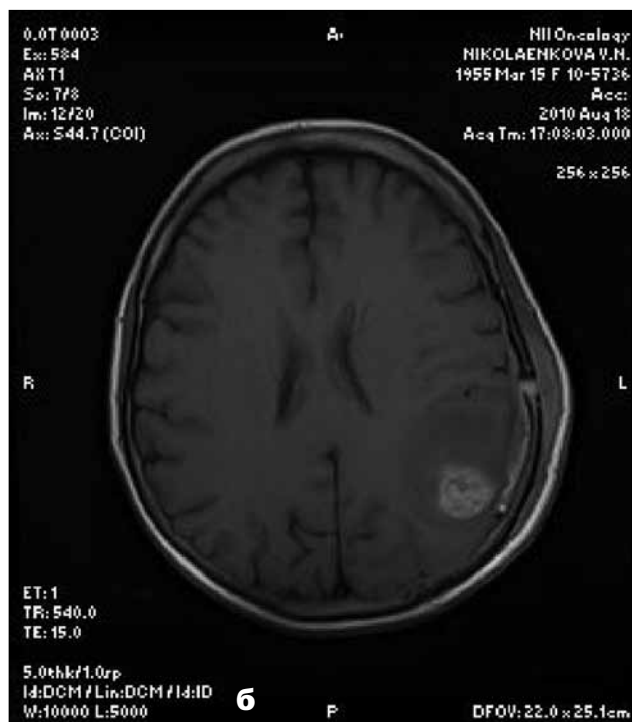
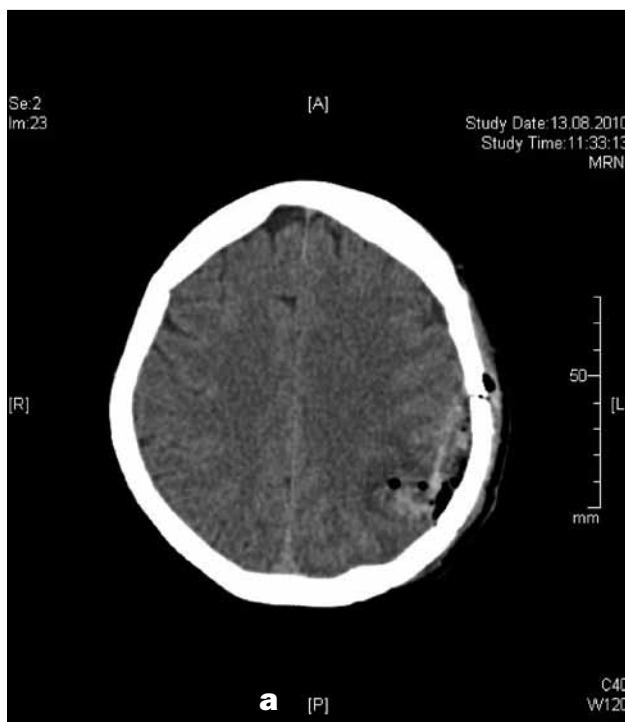


Рис. 3. Обследование в раннем послеоперационном периоде:
а – КТ головного мозга с контрастным усилением, аксиальная проекция, выполненная на первые сутки после операции;
б – МРТ головного мозга в T1 режиме без контрастного усиления, аксиальная проекция, на первые сутки после операции, опухоль в левой теменной области удалена;
в – МРТ головного мозга в T1 режиме с контрастным усилением, аксиальная проекция, на первые сутки после операции, опухоль в левой теменной области удалена (при сравнении с рис. 3,б – накопления контраста нет).

В июне 2011 г. (через 10 мес после операции) при контрольной МРТ головного мозга выявлен рецидив опухоли в зоне хирургического вмешательства. В РНЦРР проведена ДЛТ: облучение всего головного мозга – СОД 30 Гр и локальное облучение опухолевого очага – СОД 15 Гр. При контрольной МРТ головного мозга в августе 2011 г. выявлен продолженный рост в зоне ранее пролеченного метастаза и появление нового опухолевого очага в левой лобно-теменной части (рис. 4).

30.09.2011 проведено хирургическое удаление двух опухолей головного мозга с интраоперационной флуоресцентной диагностикой и фотодинамической терапией (рис. 5), определено наличие флуоресценции ткани опухолей двух локализаций. После полного удаления опухолей под визуальным контролем в белом свете, ложе опухолей осмотрено во флуоресцентном режиме – флуоресценции не зарегистрировано.

Гистологическое заключение рецидивной опухоли – метастаз протокового рака, вновь диагностированной опухоли – глиобластома. Контрольная МРТ головного мозга с контрастным усилением (03.10.11), выполненная через четверо суток после операции показала, что опухоли удалены, данных об ишемических и геморрагических осложнениях нет (рис. 6). Затем проведено 2 курса химиотерапии темодалом (07.10.2011 – 11.10.2011 и 09.11.2011 – 14.11.2011). В декабре 2011 г. у больной развилось желудочно-кишечное кровотечение, в результате которого она погибла.

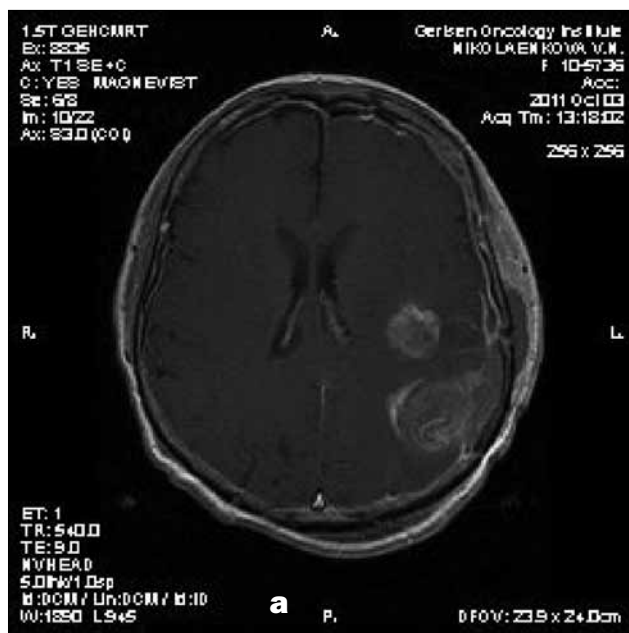


Рис. 4. МРТ головного мозга в T1 режиме с контрастным усилением: **а** – аксиальная проекция; **б** – сагиттальная проекция.

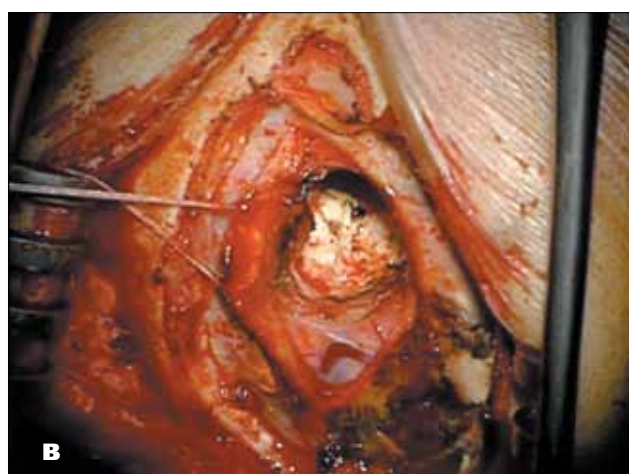
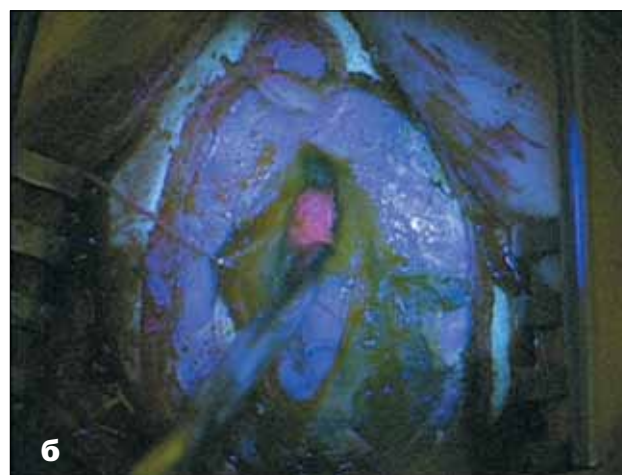
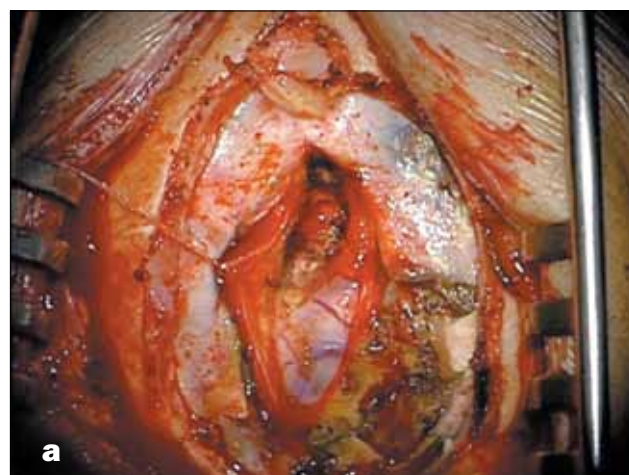


Рис. 5. Интраоперационная флуоресцентная диагностика: **а** – вид головного мозга и внутримозговой опухоли в белом свете; **б** – режим флуоресценции (красный цвет – опухоль, темно-синий – мозговая ткань); **в** – ложе удаленной опухоли в белом свете; **г** – ложе удаленной опухоли в режиме флуоресценции (флуоресценции остаточной опухоли нет).

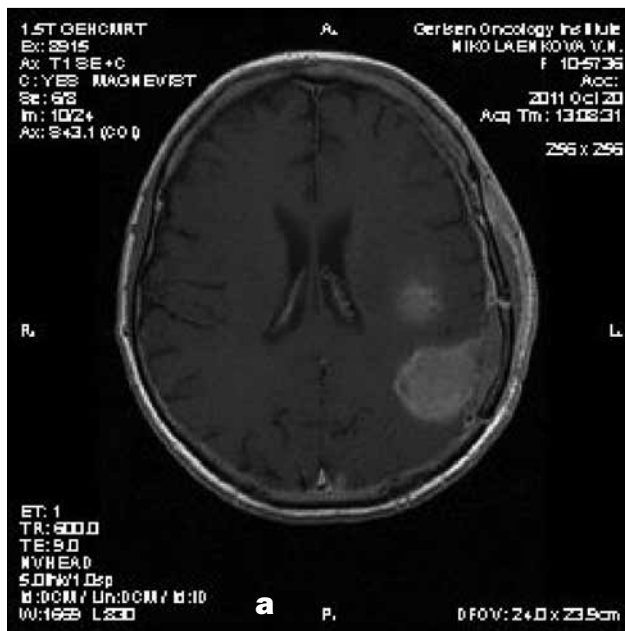


Рис. 6. МРТ головного мозга в T1 режиме с контрастным усилением на первые сутки после операции:
а – аксиальная проекция;
б – сагиттальная проекция;
в – МРТ головного мозга в режиме диффузно-взвешенного изображения на первые сутки после операции.

Заключение

Приведенное наблюдение демонстрирует уникальный случай метакронного поражения головного мозга сначала внутримозговым метастазом, затем глиобластомой. Хирургическое лечение обеих опухолей выполнено под контролем интраоперационной флуоресцентной диагностики с применением фотодинамической терапии. Тактика комплексного лечения была выбрана в соответствии с результатами гистологической верификации каждой опухоли головного мозга. Срок жизни с момента постановки диагноза рака молочной железы IV стадии составил 15 мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коршунов А.Г. Классификация опухолей нервной системы. Клиническая неврология / Под ред. А.Н. Коновалова. Т. III. Ч. 1. Гл. 6. М., 2004. – С. 171.
2. Коновалов А.Н., Козлов А.В., Черехаев В.А., Голанов А.В., Кобяков Г.Л., Белов А.И., Зайцев А.М. Опухоли центральной нервной системы. Онкология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-медиа, 2008. – С. 1012–1044.
3. Jermal A, Murray T, Ward E et al. Cancer statistics, 2005. CA Cancer J Clin. – 2005. – 55. – P. 10–30.
4. Kleihouse P, Cavanee WK. World Health Organization Classifications of Tumors: Tumors of the Nervous System – Pathology and Genetics. Lyon, France: IARC Press, 2000.
5. Lang FF, Sawaya R. Metastatic Brain Tumors; Neuro-oncology, Second edition. – 2008. – Thieme. – P. 367–369.
6. Lang FF, Sawaya R. Surgical management of cerebral metastases // Neurosurg Clin N Am. – 1996. – V. 7. – P. 459–484.
7. Mechta M., Khuntia D. Current strategies in Whole-Brain Radiation Therapy for Brain Metastases // J. Neurosurgery. – Vol. 57, № 5, ch. 4. – P. 35–38.

THE UNIQUE CASE-REPORT OF METACHRONOUS BRAIN TUMORS OF DIFFERENT HISTOLOGY

A.M. Zaitsev¹, M.I. Kurgupov¹, V.L. Puchkov²

¹P.A.Herzen Moscow Cancer Research Institute

²The department of neurosurgery of Russian Medical Academy of Post-Graduate Education

The case of unusual course of brain tumor process – metachronous development of breast cancer brain metastasis and then development of malignant glioma is reported. The surgical treatment for both tumors were performed with intraoperative fluorescence diagnosis and photodynamic therapy. Due to multimodality treatment the patient was alive for 15 months from diagnosis of IV stage breast cancer (brain metastasis).

Keywords: metachronous brain tumor, intraoperative fluorescence diagnosis, intraoperative photodynamic therapy.

Контакты: М.И. Куржупов. E-mail: mkurzhupov@nsi.ru