

О. Е. Кшановський, М. С. Опанасенко, І. В. Ліскіна
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ
ПРИ ТРОФОБЛАСТИЧНІЙ ХВОРОБІ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

В статті представлено клінічне спостереження діагностики трофобластичної хвороби у вигляді метастатичного ураження обох легень. Трофобластичні пухлини — це злоякісні пухлини, які походять з ембріональних трофобластичних тканин. Вони становлять близько 1 % всіх злоякісних новоутворень жіночих статевих органів і вражають переважно жінок репродуктивного віку [1]. Для

даної групи захворювань характерна висока злоякісність, швидке поширення метастазів, проте і висока частота повного виліковування за допомогою протипухлинних препаратів, навіть при наявності віддалених метастазів.

Клінічні прояви трофобластичної хвороби на даний час добре вивчені. Залучення у процес діагностики лабораторних (визначення рівня сироваткового бета-

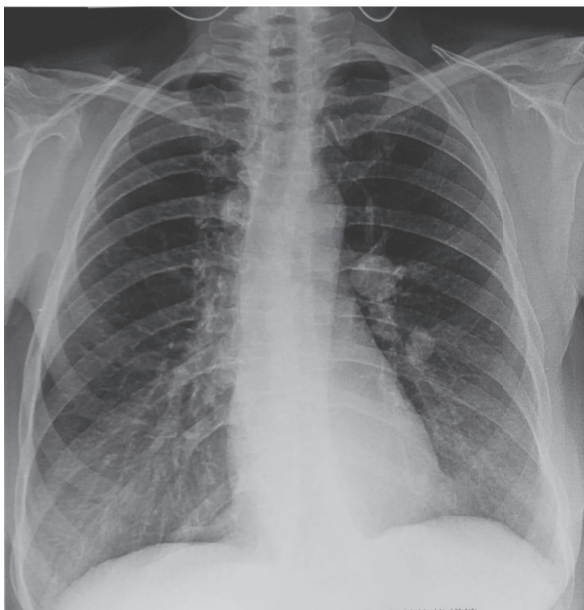


Рис. 1. Дані оглядової рентгенографії органів грудної клітини. Візуалізовано два крупних вузла в лівій легені. Підозра на наявність великої кількості дрібних вогнищ.

хоріотропного гормону) та інструментальних методів (УЗД, комп'ютерна томографія) дозволило значно покращити можливості раннього виявлення захворювання та точної оцінки розповсюдження пухлинного процесу [2]. Незважаючи на це, в даній роботі описано випадок пізньої діагностики трофобластичної хвороби із залученням додаткового методу дослідження: відеоторакоскопічної біопсії пухлинного вузла легені з подальшим гістологічним та імуногістохімічним дослідженням.

Матеріали і методи

Хвора Т., 31 рік, була госпіталізована у відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики зі скаргами на біль при глибокому вдиху та задишку при фізичному навантаженні. З анамнезу стало відомо, що пацієнтка за 22

добы до поступлення перенесла пологи шляхом кесаревого розтину і народила здорову дівчинку. До цього тривалий час не могла завагітніти. Через дві доби після пологів пацієнтка почала відчувати наростання задишки, що змусило виконати їй оглядову рентгенографію органів грудної клітини. Рентгенологічні зміни були розцінені як двобічна госпітальна пневмонія. Пацієнтці призначено курс амоксициліну клавуналату протягом 12 днів. Без рентгенологічного і клінічного ефекту. На контрольних оглядових рентгенографіях грудної клітини у хворой діагностовано дисемінований процес, і шляхом консилиуму лікарів, запідозрено метастатичне ураження обох легень, вирішено направити пацієнтку в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» для верифікації захворювання.

При поступленні хвора всебічно обстежена. Виконано клініко-лабораторні та інструментальні дослідження, які включали: загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, газовий склад крові, тестування на наявність вірусів СНІДу, гепатитів С та В; спірометрію, електро- та ехокардіографію, мультиспіральну комп'ютерну томографію органів грудної клітини, бронхоскопію. Рентгенологічні дані при поступленні представлені на рисунках 1 та 2.

Враховуючи відсутність діагнозу за даними неінвазивних методів обстеження, пацієнтці вирішено виконати відеоторакоскопічну біопсію ділянки лівої легені з патологічним вогнищем.

Результати

Оперативне втручання проходило під загальним знеболенням і тривало 40 хвилин. Була проведена біопсія IV сегменту верхньої долі разом з новоутворенням. Зразок був відправлений на патоморфологічне дослідження. Інтраопераційна крововтрата склала 10 мл. Хвора перші 12 годин післяопераційного періоду провела в реанімаційному відділенні, потім була переведена в палату. Післяопераційний період протікав гладко.

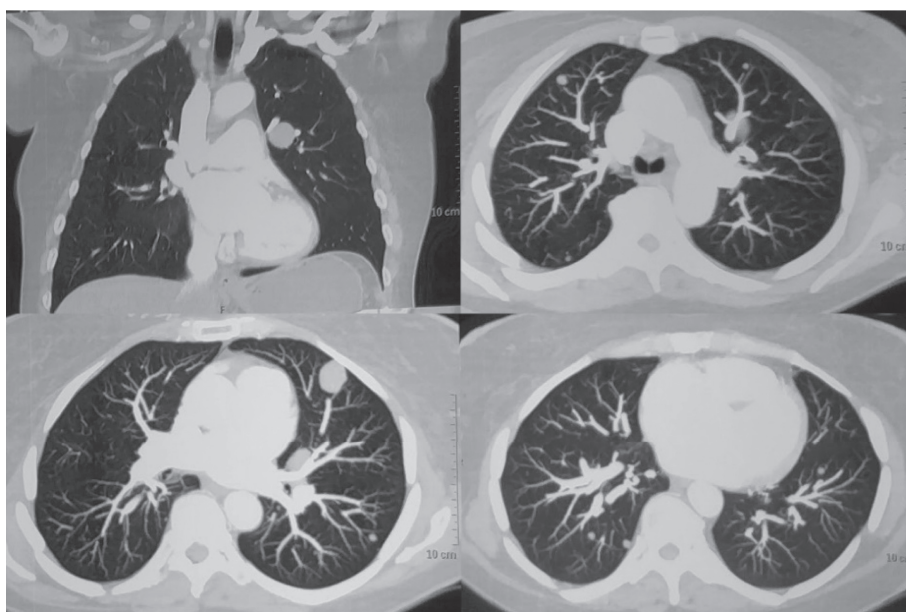


Рис. 2. Мультиспіральна комп'ютерна томографія пацієнтки. Двобічна дрібновогнищєва дисемінація та два великих вузли в лівій легені.

Дренажі з плевральної порожнини буди видалені на 5 післяопераційну добу. Результат патоморфологічного дослідження був отриманий на 6 післяопераційну добу. За його даними у легеневій тканині відзначаються пухлинноподібні розростання та структури типу дрібних ворсинок, які представляють собою безструктурну слабо еозинофільну тканину з включенням відносно мономорфних клітин синцитію та клітин гістіоцитарного ряду (клітини Лангерганса). Встановлено гістологічний діагноз: трофобластична хвороба, інвазивний міхуровий занос. На 10 післяопераційну добу пацієнтка була виписана до онкогінеколога. На даний час хвора проходить курс протипухлинної терапії.

Обговорення

Не дивлячись на типовий клінічний перебіг та рентгенологічні дані, все ж таки існують труднощі діагностики трофобластичної хвороби. Стрімкість розвитку захворювання та ранній початок метастазування вимагає швидкої і точної діагностики та етіотропного лікування. Визначення гістологічної форми трофобластичної хвороби має не тільки важливе прогностичне значення, але і визначає тактику лікування в окремих випадках.

Гістологічна класифікація трофобластичної хвороби Міжнародної організації акушерства і гінекології (FIGO, 2000 р.) включає:

1. Міхуровий занос (9100/0)
 - a) Повний міхуровий занос
 - b) Частковий міхуровий занос (9103/0)
2. Інвазивний міхуровий занос (9100/1)
3. Хоріокарцинома (9100/3)
4. Трофобластична пухлина плацентарного ложа (9104/1)
5. Епітеліоїдна трофобластична пухлина (9105/3)

ЛІТЕРАТУРА

1. Horn, L. C. Clinicopathologic analysis of gestational trophoblastic disease — report of 158 cases [Text] / L. C. Horn, K. Bilek // Gen. Diagn. Pathol. — 1997. — Vol. 142, № 2. — P. 173–178.
2. Soper, J. T. Gestational trophoblastic disease [Text] / J. T. Soper // Obstet. Gynaecol. — 2006. — Vol. 108, № 1. — P. 176–187.
3. Newlands, E. S. Clinical management of trophoblastic disease in the United Kingdom [Text] / E. S. Newlands // Curr. Obstet. Gynaecol. — 1995. — Vol. 5, № 1. — P. 19–24.

Стадії захворювання (класифікація FIGO та BOOЗ, 2000 р.):

- I стадія — Хвороба обмежена ураженням матки
- II стадія — Розповсюдження захворювання за межі матки, проте обмежено статевими органами (придатки, широка зв'язка матки, піхва)
- III стадія — Метастази в легені з або без ураження статевих органів
- IV стадія — Всі інші метастази

Найбільш частою і доброякісною формою трофобластичної хвороби являється міхуровий занос, який зустрічається у 77,2 % випадків і при 0,1 % вагітностей [3]. Виліковування настає у 100 % випадків [3]. До злویкісних форм відносять інвазивний міхуровий занос, хоріонкарциному, трофобластичну пухлину плацентарного ложа і епітеліоїдно-трофобластичну пухлину. В 50 % випадків вони виникають при пізній діагностиці або неправильному лікуванні міхурового заносу [4]. Ефективність лікування злویкісних форм нижча і залежить від резистентності пухлини до хіміотерапії. Сама ж резистентність визначається багатьма факторами, серед них: вік хворої, результат попередньої вагітності, інтервал між пологами та початком лікування, рівень хоріотропного гормону, розмір найбільшого пухлинного вузла, локалізації та кількості метастазів [5]. Ефективність хіміотерапії при низькій резистентності за даними різних авторів значно варіює і знаходиться в межах $(80,5 \pm 10,7) \%$. Ефективність лікування при середній та високій резистентності становить $(74,1 \pm 10,5) \%$ [5].

Висновок

Біопсія пухлинних вузлів для діагностики захворювання відіграє другорядну роль, оскільки захворювання найчастіше верифікують клінічно. Проте, в сумнівних випадках дозволяє швидко встановити діагноз і гістологічну форму хвороби.

4. Flam, F. Under registration of gestational trophoblastic disease in the Swedish Cancer Registry [Text] / F. Flam, L. E. Rutqvist // Europ. J. Epidemiol. — 1992. — № 8. — P. 683–686.
5. Мещерякова, Л. А. Стандартное лечение трофобластической болезни [Текст] / Л. А. Мещерякова // Практическая онкология. — 2008. — № 3. — С. 160–170.