



А.Т. Казимов, С.С. Ватанха, С.А. Сариев

Национальный Центр Онкологии, Азербайджан, г. Баку

Случай с редким метастазом рака прямой кишки в костостернальное сочленение

Введение. Ежегодно в мире регистрируются 620 тыс. новых больных раком толстой кишки (РТК), около половины из них заканчивается смертельным исходом.

Отмечается рост заболеваемости в большинстве стран. Заболеваемость РТК в России с 1990 по 2000 год возросла у мужчин при раке ободочной кишки на 18,7%, прямой — 16,2%, а у женщин прирост составил 17,9 и 6,6% соответственно [1].

Колоректальный рак является третьим самым распространенным злокачественным новообразованием среди мужчин и вторым у женщин. Было зарегистрировано более 1,8 млн случаев в 2019 году. Колоректальный рак стал вторым по причине смертности от онкологических заболеваний в 2019 году. Количество смертей от этого заболевания составило 56780 случаев. Выживаемость зависит от стадии заболевания. При локализованном процессе выживаемость составляет 85%, но при отдаленных метастазах этот показатель снижается до 12—18%.

В России ежегодно регистрируется более 40 тыс. новых случаев рака толстой кишки.

До 6% пациентов от общего числа заболевших имеют наследственную природу болезни. Наследственный РТК включает в себя семейный неполипозный РТК (синдром Линча), а также рак, возникший из наследственных аденоматозных и гамартонных полипов [2].

Более чем у 90% больных возникает спорадический рак толстой кишки. К самым большим достижениям фундаментальной науки следует отнести идентификацию генетических изменений при спорадическом раке толстой кишки, которая дала возможность приступить к разработке генной терапии этого заболевания [3, 4].

В национальном центре онкологии в Баку По поводу заболеваний прямой кишки в течение года перенесли хирургическое лечение свыше 140 больных. Около 95% больных были оперированы с диагнозом рак прямой кишки, остальные — с диагнозом полипы прямой кишки. Среди выполненных оперативных вмешательств имеют место передняя резекция прямой кишки, нижняя передняя резекция прямой кишки, брюшно-анальная резекция прямой кишки.

При этом 86% операций были радикального характера. Больным с раком прямой кишки в зависимости от стадии заболевания в предоперационном и/или в послеоперационном периоде проводится лучевая и/или химиотерапия [5].

Клинический случай

Пациент А., 28 лет, впервые обратился в Клинику при медицинском университете в 2016 году, после эндоскопического исследования был установлен диагноз рака средней ампулярной части прямой кишки, морфологический диагноз аденокарцинома среднего уровня дифференцировки. На МРТ исследовании патологическое утолщение в средней трети прямой кишки с прорастанием в мезоректальную клетчатку (МРФ+), фасция Данонвиле, передняя перитонеальная рефлексия и мышца поднимающая анус были интактны. В мезоректальной жировой клетчатке были выявлены лимфатические узлы до 10 мм в количестве 4-5. Было рекомендовано сделать предоперационную лучевую терапию. В 2017 году была сделана операция брюшно-анальная резекция прямой кишки с установлением колостомы. Через 6 месяцев выполнен второй этап операции и реконструкция с установкой анастомоза. В течении двух лет после операции на контрольных исследованиях была отмечена ремиссия. В июле 2020 года у паци-

ента появились боли в правой подреберной области, на МРТ исследовании с контрастным усилением был обнаружен солитарный метастатический очаг в 8-м сегменте печени размерами ~30х27 мм с периферическим накоплением контрастного вещества. Пациент был госпитализирован в отделение абдоминальной онкологии. Была запланирована открытая метастазэктомия, которая выполнена через 3 дня после госпитализации.

В августе у пациента появились боли на уровне 7-8-го межреберья по срединной линии без видимых причин. На УЗИ органов брюшной полости, признаков рецидива не было обнаружено. Со временем боли стали нарастать, после осмотра травматолога была рекомендовано сделать МРТ мягких тканей грудной клетки. По протоколу были получены снимки в режимах T1, T2 (рис. 2), TIRM, T2 FatSat, и T1 с введением контрастного вещества. Изменений со

стороны мягких тканей обнаружено не было. Несмотря на симптоматическое лечение боли не проходили, приходилось использовать наркотические анальгетики.

В марте было сделано КТ грудной клетки с толщиной среза до 0,6 мм. Визуализировалось на уровне 3-го межреберья слева и 7-го межреберья справа трудно заметное утолщение хрящевой ткани на уровне реберно грудинного сочленения (рис. 1). Изменения были интерпретированы как воспалительное изменение о типу костохондрита или синдрома Титце. Было рекомендовано взять биопсию под КТ контролем. Ответ биопсии пришел через неделю также сделана дополнительное иммуногистохимическое исследование. Морфологический ответ: метастаз аденокарциномы, вероятно из органов ЖКТ. Была принято решение начать ПХТ по схеме 5 FU/LV.



Рис. 1а

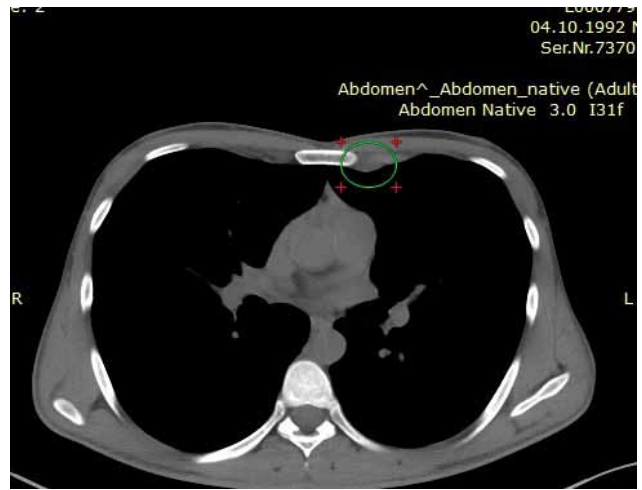


Рис. 1б

Рис. 1. Нативная Компьютерная Томография.

Снимок с толщиной среза 0,625 мм. На аксиальных срезах на уровне 3-го межреберья слева (1б) и 7-го межреберья справа (1а) трудно заметное утолщение хрящевой ткани

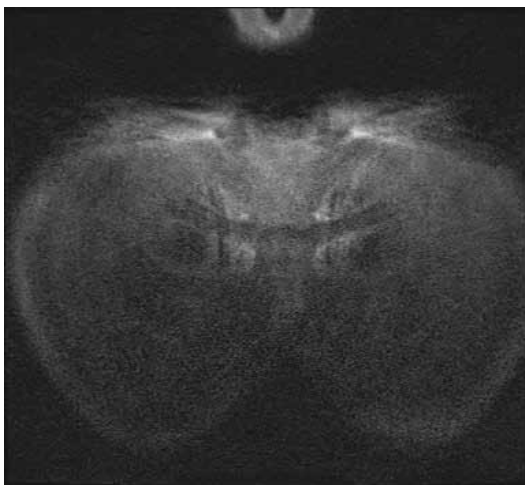


Рис. 2 а

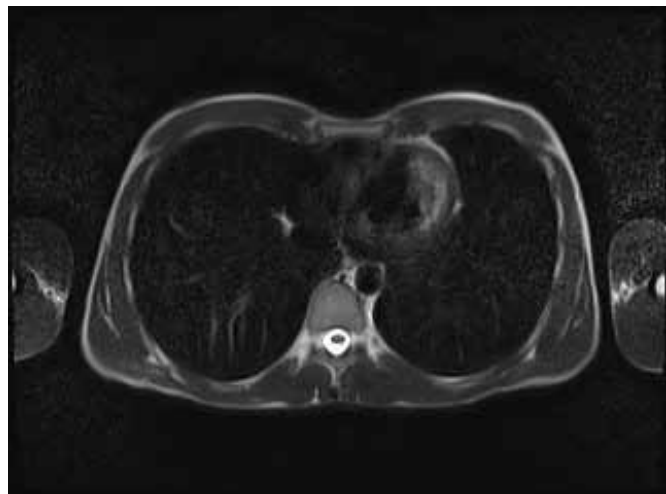


Рис. 2 б

Рис. 2. МРТ мягких тканей грудной клетки.

МР исследование в режиме T2 (TR 2000, TE 400). Фронтальный и аксиальный срезы. На представленных срезах в месте болевых точек изменений интенсивности сигнала не выявлено

Заключення. Частіше всього рак прямої кишки метастазує в печінку, легкі, а також ретроперитонеальні лімфатичні вузли. Метастази в костостернальне зчленування є дуже рідкими при пошуку джерел ми не знайшли посилань ні на один

случай, тому це спостереження є в своєму роді унікальним.

Джерело фінансування та конфлікт інтересів. Авторами цієї статті підтверджено відсутність фінансової підтримки дослідження та конфлікту інтересів, про які необхідно повідомити.

Список використаної літератури

1. Torkzad MR, Kamel I, Halappa VG, Beets-Tan RG. Magnetic resonance imaging of rectal and anal cancer. *Radiological Imaging Clin N Am* 2014;22(1):85—112.
2. Воробьев Г.И., Пересада И.В., Филон А.Ф. Результаты трансанального эндохирургического удаления ранних форм рака прямой кишки // Колопроктология. — 2010. — № 3. — С. 21—29
3. Al-Sukhni E, Milot L, Fruitman M, et al. Diagnostic accuracy of MRI for assessment of T category, lymph node metastases, and circumferential resection margin involvement in patients with rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Oncol* 2012;19(7):2212—2223
4. Multimodal Rectal Cancer Treatment: In Some Cases, Less May Be More Julio Garcia-Aguilar et al., ASCO Ed Book, 2016
5. Алиев Д. А., Марданлы Фуад Алиовсат оглы, Ватанха С. С., Фархадзаде К. Б. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике-Российский Онкологический журнал 2015 (1)-стр. 38-41.

Випадок з рідкісним метастазом раку прямої кишки у костостернальне зчленування

А.Т. Казімов, С.С. Ватанха, С.А. Сарієв

Національний Центр Онкології, Азербайджан, м. Баку

Матеріали та методи. Представлено клінічний випадок пацієнта 28 років із тривалим анамнезом раку прямої кишки, через 2 роки після операції у пацієнта з'явилися болі у передній частині грудної стінки якби на початку купувалися НПЗЗ, проводилося МРТ та скінтиграфія кісток при яких патології не було виявлено. Лише при тонкосрізових КТ було виявлено невелике потовщення костостернальних зчленувань з обох боків. Була зроблена біопсія і підтверджений діагноз метастатичного ураження даних областей.

Висновок. У пацієнта з онкологічним анамнезом та болями без виявлених причин у костостернальній локалізації не можна виключати метастатичну поразку.

Ключові слова: рак прямої кишки, костостернальне зчленування.

A case of rare metastases of rectal cancer to the costosternal junction

A.T. Kazimov, S.S. Vatankha, S.A. Sariyev

National Oncology Centre, Azerbaijan Baku

Case description. There is a clinical case of 28 year old patient with long anamnestic story of rectal cancer, 2 years after surgery, Patient had pain in the anterior part of chest wall, which was initially stopped by NSAID, MRI and bone scintigraphy were performed in which was no pathology detected. Only thin slice CT showed a slight thickening of costosternal joints in both sides. A biopsy was performed and the diagnosis of metastatic disease was confirmed.

There is present a case of 28 with distant metastases to liver and costosternal joint.

Conclusion. In a patient with oncological anamnesis and with long pain in costosternal joint without any cause we have not exclude metastatic lesion.

Key Words: rectal cancer, costosternal junction.

Контактна інформація: Казімов Анар Тахир оглы — к.м.н., завідувач відділенням КТ і МРТ — Національний Центр Онкології, Азербайджан, г. Баку, ул. Г. Зардаби, 79Б

Стаття надійшла 23.01.2022 р.