

Метастатическое поражение головного мозга у больной раком шейки матки: клиническое наблюдение

Н.В. Севян^{1,2}, В.Б. Карахан², А.Х. Бекяшев², Д.Р. Насхлеташвили², Н.А. Козлов², Е.В. Прозоренко¹, Д.М. Белов², Д.Е. Автомонов¹, А.А. Митрофанов², М.В. Ломая¹, Л.Т. Мамедова², Б.И. Поляков¹

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

✉hope-sev@yandex.ru

Аннотация

Метастатическое поражение головного мозга у больных раком шейки матки встречается крайне редко. Появление интракраниальных метастазов является отсроченным нежелательным явлением и признаком неблагоприятного прогноза. В данной работе мы представляем случай метастатического поражения головного мозга при раке шейки матки с проведенным комплексным лечением и длительной безрецидивной выживаемостью пациентки.

Ключевые слова: рак шейки матки, церебральные метастазы, метастазы рака шейки матки.

Для цитирования: Севян Н.В., Карахан В.Б., Бекяшев А.Х. и др. Метастатическое поражение головного мозга у больной раком шейки матки: клиническое наблюдение. Гинекология. 2019; 21 (3): 46–48. DOI: 10.26442/20795696.2019.3.190520

Clinical Case

Metastatic brain lesions in patients with cervical cancer: a case report

Nadezhda V. Sevyan^{1,2}, Vladislav B. Karakhan², Ali Kh. Bekyashev², David R. Naskhletashvili², Nikolai A. Kozlov², Evgeniy V. Prozorenko¹, Dmitriy M. Belov², Dmitry E. Aftomonov¹, Alexey A. Mitrofanov², Marina V. Lomaya¹, Lala T. Mamedova², Boris I. Polyakov¹

¹Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

²Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia

✉hope-sev@yandex.ru

Abstract

Brain metastases from uterine cervical carcinoma are very rare. The development of intracranial metastases is a long-term adverse event indicating poor prognosis. In this paper, we present a case of cervical cancer with a brain metastasis in a patient who received combination therapy and demonstrated long-term progression-free survival.

Key words: cervical carcinoma, brain metastases, metastatic cervical cancer.

For citation: Sevyan N.V., Karakhan V.B., Bekyashev A.Kh. et al. Metastatic brain lesions in patients with cervical cancer: a case report. Gynecology. 2019; 21 (3): 46–48. DOI: 10.26442/20795696.2019.3.190520

Введение

Рак шейки матки (РШМ) составляет около 10% в структуре злокачественных новообразований репродуктивных органов, или 4–6% всех злокачественных опухолей женщин. Среди опухолей органов репродуктивной системы РШМ занимает 3-е место после рака молочной железы и рака эндометрия [1].

Около 1/2 заболевших РШМ погибают от прогрессирования заболевания. По данным Я.В. Бохмана (2002 г.), у больных РШМ с рецидивами и метастазами прогноз течения заболевания крайне неблагоприятный [2]. Всего 10–15% больных доживают до 1 года после факта установления метастазирования или рецидивирования опухоли [3].

Метастазы в головной мозг РШМ встречаются крайне редко. Тем не менее за последние годы отмечено увеличение числа случаев метастазирования, что, возможно, связано с улучшением лечения первичных опухолей шейки матки и, таким образом, длительной выживаемостью пациенток [4–6]. Первое упоминание о церебральных метастазах РШМ появилось в 1949 г., диагноз установлен при аутопсии [7]. В последующем в литературе описаны отдельные случаи метастазирования РШМ в головной мозг. Согласно данным различных клинических наблюдений [8–12] частота встречаемости церебральных метастазов колеблется от 0,5–1,2%. Распространение в головной мозг метастазов РШМ осуществляется гематогенным путем. Тем не менее наличие опухолевых клеток в сосудистом русле не всегда приводит к развитию церебральных метастазов. Метастатическое поражение головного мозга, вероятнее всего, свя-

зано с диссеминацией процесса, особенно при наличии метастазов в легких. Это подтверждается сообщениями о том, что легкие являются наиболее частыми органами-мишенями при различных опухолях, таких как рак почки, рак молочной железы, меланома и в том числе при РШМ. Однако в литературе описаны случаи пациенток с церебральными метастазами РШМ без метастатического поражения легких [13–17]. В нейрохирургическом отделении ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» имеется опыт лечения пациенток с церебральными метастазами РШМ с использованием комплексного (хирургическое лечение в сочетании с химиолучевой терапией) и комбинированного (химиолучевая терапия) методов лечения. Отмечены случаи длительного безрецидивного выживания от 3–5 лет после проведенного лечения.

В нашей статье представлен случай изолированного солитарного метастазирования РШМ в головном мозге, анализ проведенного комплексного лечения с целью характеристики клинической картины и возможного благоприятного прогноза течения заболевания при данной патологии.

Клиническое наблюдение

Пациентка 43 лет в 2013 г. проходила лечение в Московском онкологическом диспансере по поводу РШМ IIa стадии T2aN0M0. Большой проведено лечение: 27.06.2013 – расширенная экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: комбинированный РШМ, представленный преимущественно аденоидно-базальным раком (протяженность опухоли 4,7 см, глубина 2,3 см) и мелким

Рис. 1. МРТ головного мозга: в левой теменной доле метастаз солидного строения с зоной перифокального отека мозгового вещества.
Fig. 1. MRI of the brain: in the left parietal lobe metastasis of a solid structure with a zone of perifocal edema of the brain substance is present.

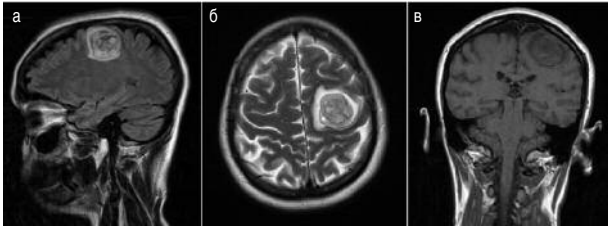
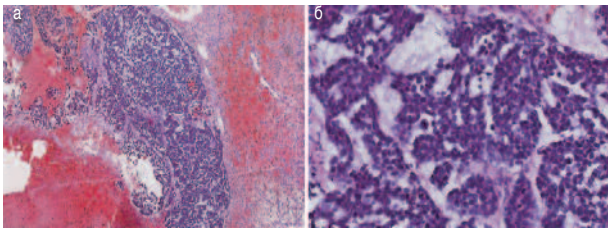


Рис. 2. Метастаз аденокистозного рака в головном мозге: а – фрагменты мозговой ткани с крупными очагами роста метастатического аденокистозного рака (центральная и верхняя левая части снимка), окруженными рыхлой отечной тканью с обилием незрелых сосудов капиллярного типа и обширными свежими кровоизлияниями. Окраска гематоксилин-эозином, ув. 50; б – опухоль представлена сливающимися узлами из трабекулярных структур различной формы и размеров, среди отечной реактивной стромы типичное решетчато-микрокистозное строение опухоли в метастатическом очаге утрачено. В опухоли отмечаются продукция большого количества миксоидного матрикса и высокая митотическая активность. Окраска гематоксилин-эозином, ув. 400.

Fig. 2. Metastasis of adenocystic cancer in the brain: a – fragments of brain tissue with large foci of growth of metastatic adenocystic cancer (central and upper left parts of the picture), surrounded by loose edematous tissue with an abundance of immature capillary vessels and extensive fresh hemorrhages. Stained with hematoxylin-eosin, SW. 50; b – the tumor is represented by merging nodes from trabecular structures of various shapes and sizes; among the edematous reactive stroma, the typical lattice-microcystic structure of the tumor in the metastatic lesion is lost. The production of a large amount of myxoid matrix and high mitotic activity are noted in the tumor. Stained with hematoxylin-eosin, SW. 400.



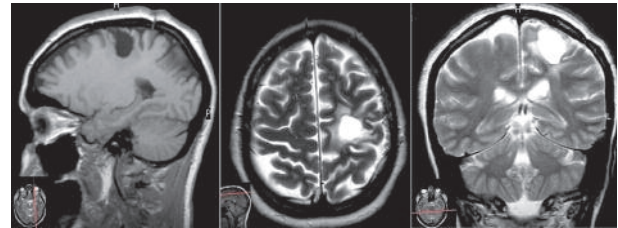
участком инвазивного высокодифференцированного плоскоклеточного рака (протяженность 0,6 см). Лимфатические узлы (6) клетчатки таза справа без признаков роста опухоли. Лимфатические узлы (12) клетчатки таза слева без признаков роста опухоли. Лейомиомы тела матки. Эндометриоз тела матки 1-й степени. В сентябре 2013 г. проведен послеоперационный курс лучевой терапии на область малого таза. После лечения пациентка наблюдалась у онколога по месту жительства, проходила комплексное обследование каждые 3 мес, отмечалась ремиссия заболевания.

21.01.2015 у пациентки появились жалобы на онемение и слабость в правой руке, затем присоединились слабость и онемение в правой ноге (описанные симптомы развились остро с 16.30–20.30). Позже произошел фокальный судорожный приступ в правой ноге, после которого отмечено нарастание двигательного дефицита. С подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения госпитализирована в отделение неврологии ГКБ Москвы, выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, при которой выявлен метастаз в левой теменной доле (рис. 1). Пациентке выполнено комплексное обследование, данных по поводу прогрессирования процесса по другим органам не выявлено. Пациентка была направлена для дальнейшего лечения в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». При неврологическом осмотре: пирамидная симптоматика в виде правосторонней гемиплегии, общемозговая и пароксизмальная симптоматика. На фоне терапии дексаметазоном неврологическая симптоматика частично регрессировала.

По решению консилиума, проведенного с участием нейрохирургов, радиологов и химиотерапевтов, на I этапе па-

Рис. 3. МРТ головного мозга: состояние после удаления метастаза из левой теменной доли; без признаков рецидива и прогрессирования заболевания в головном мозге.

Fig. 3. MRI of the brain: condition after removal of metastasis from the left parietal lobe; without signs of relapse and disease progression in the brain.



циентке выполнено хирургическое лечение: микрохирургическое блоковое удаление метастаза из левой теменной доли головного мозга. В послеоперационном периоде неврологические симптомы регрессировали.

Гистологическое заключение: фрагменты ткани головного мозга с кровоизлияниями, метастазом аденокистозного рака (рис. 2).

На II этапе проведена лучевая терапия на область ложа удаленного метастаза в левой теменной области – разовая очаговая доза – 5 Гр, суммарная очаговая доза – 30 Гр.

По настоящее время отмечается ремиссия заболевания по данным комплексного обследования: МРТ головного мозга (рис. 3), комплексного ультразвукового исследования, рентгенологического исследования органов грудной клетки, проводимого 1 раз 3 мес, что составляет 52 мес с момента проведенного лечения.

Заключение

РШМ является наиболее распространенным злокачественным заболеванием женских половых органов. Чаще всего отдаленное метастазирование при РШМ происходит в легкие, кости, печень. Метастазирование РШМ в головной мозг встречается крайне редко, обычно наблюдается на поздних стадиях заболевания и имеет неблагоприятный прогноз. В представленном клиническом наблюдении причиной развития неврологического дефицита у больной, страдавшей РШМ, стало метастатическое поражение головного мозга. В настоящее время не выработаны стандарты по лечению метастатического поражения головного мозга при РШМ.

Лечение метастазов в головном мозге включает хирургическое вмешательство, лучевую терапию либо их комплексное применение, в зависимости от клинического состояния пациента, и в первую очередь комплекс проводимых лечебных мероприятий зависит от первоисточника церебрального метастазирования. Хирургическое вмешательство применяется при одиночном поражении или смежных множественных церебральных метастазах в случаях с диагностической неопределенностью, а также при опасных для жизни и критически локализованных метастазах. Выявление метастазов в головном мозге на более ранних стадиях позволяет своевременно провести противоопухолевое лечение и рассчитывать на улучшение отдаленных результатов.

Учитывая описанное клиническое наблюдение, лечение пациенток с метастазами РШМ в головном мозге с применением хирургического метода в сочетании с адьювантной лучевой терапией обеспечивает более длительную выживаемость, улучшение неврологического состояния и меньшую частоту рецидивов заболевания.

Хирургическая резекция выполнена на основе теории о том, что стратегии лечения должны быть сосредоточены главным образом на паллиативной помощи, но в некоторых случаях вмешательство совершается с целью облегчения симптомов и улучшения качества жизни пациентов. Несмотря на неблагоприятный прогноз в общих обзорах, мы сообщили об успешных результатах хирургической резекции и послеоперационной лучевой терапии.

Стратегии лечения должны быть индивидуализированы в целях способствования устранения симптомов заболевания, увеличения продолжительности и улучшения качества жизни пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Аксель Е.М., Виноградова Н.Н. Статистика злокачественных новообразований женских репродуктивных органов. Онкогинекология. 2018; 3: 64–78.
[Aksel' E.M., Vinogradova N.N. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskikh reproduktivnykh organov. Onkoginekologiya. 2018; 3: 64–78 (in Russian).]
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2002; с. 195–229.
[Bokhman Ya.V. Guide to gynecological oncology. Saint Petersburg: Foliant, 2002; p. 195–229 (in Russian).]
3. Гончарук И.В., Воробьева Л.И., Неспрядько С.В., Пузырная И.Н. Ретроспективный анализ больных с рецидивами и метастазами рака шейки матки. Сб. материалов VII съезда онкологов России. М., 2009; с. 2.
[Goncharuk I.V., Vorob'eva L.I., Nesprjad'ko S.V., Puzyrnaia I.N. Retrospective analysis of patients with relapses and metastases of cervical cancer. Sb. materialov VII s'ezda onkologov Rossii. Moscow, 2009; p. 2 (in Russian).]
4. Kumar L, Tanwar RK, Singh SP. Intracranial metastasis from carcinoma cervix and review of literature. Gynecol Oncol 1992; 46: 391–2.
5. Chura JC, Shukla K, Argenta PA. Brain metastasis from cervical carcinoma Int J Gynecol Cancer 2007; 17: 141–6.
6. Park SH, Ro DY, Park BJ et al. Brain metastasis from uterine cervical cancer. J Obstet Gynaecol Res 2010; 36: 701–4.
7. Andrew J, Baker JM. Cerebral metastasis from cervical carcinoma. J Obstet Gynecol Br Emp 1953; 60: 545–9.
8. Buchsbaum HJ, Rice AC. Cerebral metastasis in cervical carcinoma. Am J Obstet Gynecol 1972; 114: 276–8.
9. Cormio G, Pellegrino A, Landoni F. Brain metastasis from cervical carcinoma. Tumori 1996; 82: 394–6.
10. Cormio G, Colamaria A, Loverro G. Surgical resection of a cerebral metastasis from cervical cancer: case report and review of literature. Tumori 1999; 85: 65–7.
11. Ditzel LF, Pereira CU, Arajo JC. Cerebral metastasis of cervical uterine cancer. Neuropsiquiatr 2006; 64 (2-A): 300–2.
12. Friedman M, Nissenbaum M, Lakier R et al. Brain metastasis in early cancer of uterine cervix. South Afr Med J 1983; 64: 488–9.
13. Kaleigh F, Dibson D G, Jose M et al. Cervical cancer metastasis to the brain: A case report and review of literature. Surg Neurol Int 2017; 8: 181.
14. Branch BC, Henry J, Vecil GG. Brain metastases from cervical cancer – A short review. Tumori 2014; 100: 171–9.
15. Chung SB, Jo KI, Seol HJ et al. Radiosurgery to palliate symptoms in brain metastases from uterine cervix cancer. Acta Neurochir 2013; 155: 399–405.
16. Hwang JH, Yoo HJ, Lim MC et al. Brain metastasis in patients with uterine cervical cancer. J Obstet Gynaecol Res 2013; 39: 287–91.
17. Sato Y, Tanaka K, Kobayashi Y et al. Uterine cervical cancer with brain metastasis as the initial site of presentation. J Obstet Gynaecol Res 2015; 41: 1145–8.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Севян Надежда Вагаршаковна – канд. мед. наук, доц. каф. онкологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), врач отд-ния нейрохирургического (нейроонкологического), ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: hope-sev@yandex.ru

Карахан Владислав Борисович – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. отд-ния нейрохирургического (нейроонкологического) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: karakhan@yandex.ru

Бекашев Али Хасьянович – д-р мед. наук, проф., зав. нейрохирургическим (нейроонкологическим) отд-нием ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: abekyashev@gmail.com

Насхлеташвили Давид Романович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд-ния нейрохирургического (нейроонкологического) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: nas-david@yandex.ru

Козлов Николай Александрович – канд. мед. наук, науч. сотр. отд-ния патологической анатомии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: newbox13@mail.ru

Прозоренко Евгений Владимирович – канд. мед. наук, ассистент каф. онкологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: prozorenko1984@mail.ru

Белов Дмитрий Михайлович – канд. мед. наук, науч. сотр. отд-ния нейрохирургического (нейроонкологического) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: dmbelov@mail.ru

Автомонов Дмитрий Евгеньевич – канд. мед. наук, ассистент каф. онкологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dgino@yandex.ru

Митрофанов Алексей Андреевич – канд. мед. наук, науч. сотр. отд-ния нейрохирургического (нейроонкологического) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: mitrofanov-aa@list.ru

Ломая Марина Валерьяновна – ассистент каф. онкологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: marine16-10@yandex.ru

Мамедова Лала Тофиковна – канд. мед. наук, науч. сотр. отд-ния онкогинекологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». E-mail: lm.1972@mail.ru

Поляков Борис Иванович – канд. мед. наук, проф. каф. онкологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: bipolyakov@mail.ru

Nadezhda V. Sevyan – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: hope-sev@yandex.ru

Vladislav B. Karakhan – D. Sci. (Med.), Prof., Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: karakhan@yandex.ru

Ali Kh. Bekyashev – D. Sci. (Med.), Prof., Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: abekyashev@gmail.com

David R. Naskhletashvili – Cand. Sci. (Med.), Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: nas-david@yandex.ru

Nikolai A. Kozlov – Cand. Sci. (Med.), Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: newbox13@mail.ru

Evgeniy V. Prozorenko – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: prozorenko1984@mail.ru

Dmitriy M. Belov – Cand. Sci. (Med.), Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: dmbelov@mail.ru

Dmitry E. Aftomonov – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dgino@yandex.ru

Alexey A. Mitrofanov – Cand. Sci. (Med.), Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: mitrofanov-aa@list.ru

Marina V. Lomaya – Assistant, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: marine16-10@yandex.ru

Lala T. Mamedova – Cand. Sci. (Med.), Blokhin National Medical Research Center of Oncology. E-mail: lm.1972@mail.ru

Boris I. Polyakov – Cand. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: bipolyakov@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 13.08.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 10.09.2019