

УДК 616.832-006.81

СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ МЕЛАНОМЫ В СПИННОЙ МОЗГ

Г.М. Авдей, С.И. Таянко, А.Л. Игнатенко, Т.Г. Оводи́нская,
К.М. Бутолина, Н.П. Шкута

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Неврологическое отделение Центральной районной

больницы г. Гродно

Представлен случай метастазирования меланомы в спинной мозг. Показано несоответствие между клиническими проявлениями, имеющимися у больной, и морфологическими изменениями, обнаруженными посмертно.

Ключевые слова: меланома, метастазирование.

The case of melanoma metastasizing into the spinal cord has been described. Discrepancy between clinical manifestations in the patients and morphological alterations found out postmortally has been shown.

Key words: melanoma, metastasizing.

Меланома – это злокачественная опухоль, происходящая из меланоцитов и клеток невусов. Составляет 10% от числа больных раком, т.е. 14 случаев заболевания на 100000 населения. Меланома одинаково часто встречается у мужчин и женщин в возрасте 30 – 50 лет, хотя за последние годы чаще стала встречаться у молодых людей. При заболевании одного из кровных родственников риск возникновения меланомы у других повышается. Наиболее значимыми факторами риска являются эпизоды избыточного воздействия солнечного излучения, особенно в детском возрасте, значительное количество родинок. В результате мутаций меланоцитов вследствие воздействия раздражающих факторов (травмы, прижигания, порезы и т.д.) образуются злокачественные клетки, которые дают начало опухоли. Излюбленная локализация – верхние и нижние конечности, голова, шея. Первичные меланомы центральной нервной системы чрезвычайно редки. По характеру роста они бывают двух форм:

1. узловатая форма – опухоль в виде узла располагается в подболобочечных пространствах или прорастает отсюда в мозг. Крайне редко описывается первичная меланома с локализацией в самом веществе мозга, развивающаяся здесь из хроматофор, которые содержатся иногда в адвентиции сосудов мозга;

2. диффузный меланобластоматоз оболочек – разрастание опухолевых клеток по мягким мозговым оболочкам, что ведет к утолщению оболочек и темной их окраске. Отсюда опухолевые клетки нередко прорастают в мозг по адвентиции сосудов.

Меланома прорастает несколько слоев кожи, разрушая ее, распространяется по лимфатическим и кровеносным сосудам в другие органы (легкие, головной мозг, печень), где возникают очаги роста (метастазы).

Квалификация меланомы как первичной требует большой осторожности, учитывая редкость первичных меланом в мозгу. Наличие явного первичного очага в коже или глазу, иногда удаленного за несколько лет до появления неврологических симптомов, естественно свидетельствует о метастатическом характере меланомы в мозгу.

Первичные меланомы встречаются в мозгу гораздо реже метастатических. На материалах вскрытий первичную меланому диагностировали 1 раз на 2625 внутричерепных опухолей, тогда как метастазы меланомы в мозг наблюдались в 11 случаях (0,4%).

Метастазирование опухоли в спинной мозг встречается довольно редко. Интрамедуллярные опухоли (метастазы) распространяются по длинику спинного мозга на несколько сегментов, обычно имеют характер узлов (чаще множественных, реже – одиночных), локализуются в веществе мозга, реже – в твердой или мягкой мозговых оболочках. Изредка наблюдается диффузная форма инфильтрации мягких мозговых оболочек опухолевыми клетками. Клинические симптомы метастазов разнообразны, обычно постепенно нарастают и напоминают картину сирингомиелии.

Ниже приведен случай метастазирования меланомы в спинной мозг у больной с необычной клинической картиной.

Больная С., 1948 г. рождения, поступила в неврологическое отделение Центральной районной больницы г. Гродно 10. 11. 2003 года с жалобами на слабость ног, преимущественно стоп, из-за которой больная испытывала затруднения при ходьбе, онемение и «ползание мурашек» по ногам, нарушения при мочеиспускании.

Анамнез заболевания. Заболела около 2-х недель назад, когда появился зуд кожи ног, который самостоятельно прошел. За день до поступления в стационар (8.11.2003 года) почувствовала сла-

бость в стопах, а на следующий день (9.11.2003 года) стала испытывать затруднения при мочеиспускании.

Анамнез жизни. Работает дояркой. В мае-июне 2003 года лечилась в онкологическом отделении Гродненской областной клинической больницы, где было произведено иссечение меланомы боковой поверхности средней трети левого бедра по Кларку. Метастазов не обнаружено. Химиотерапия и лучевая терапия не проводились. Был выставлен диагноз: Пигментная меланома кожи средней трети левого бедра. T₄N₀M₀ III клиническая группа.

Объективный статус. На момент поступления (10.11.2003 года) состояние больной удовлетворительное. Имеет место варикозное расширение вен нижних конечностей. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс – 78 ударов в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление – 150/90 мм. рт. столба. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме, задержка мочи с императивными позывами.

Неврологический статус. Больная в сознании, правильно выполняет все инструкции, ориентирована в пространстве, во времени и в собственной личности. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Мышечная сила в руках – 5 баллов, в ногах – в проксимальных отделах – 5 баллов, в дистальных отделах (стопах) – 4 балла. Сухожильные рефлексы с рук (сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, запястно-лучевой) вызываются одинаково с обеих сторон, а с ног – равными являются только коленные рефлексы, ахилловы отсутствуют с 2 сторон. Патологические рефлексы не выявляются. Отмечается гипестезия обеих стоп по полиневритическому типу. Глубокая чувствительность сохранена. Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива. Менингеальных симптомов нет.

Больной проведены дополнительные методы исследования:

- общий анализ крови: эр. $4,1 \times 10^{12}$ г/л, Нб- 138 г/л, L – $4,7 \times 10^9$ г/л, б 1, э 4, п 4, с 52, л 29, м 10, СОЭ 13 мм/ч;
- биохимический анализ крови: глюкоза 5,9 ммоль/л, общий билирубин 17,5 мкмоль/л, белок 84 г/л, мочевины 6,3 ммоль/л, АСТ 0,11, АЛТ 0,1;
- гликемический профиль: 3,9, 3,0, 4,3 ммоль/л;
- общий анализ мочи: светло-желтая, 1016, белок 0,04, сахар отр., L – 2 – 3 в поле зрения;
- моча по Нечипоренко: L – $2,7 \times 10^6$, эр. – 0,2 $\times 10^6$;
- УЗИ органов малого таза: фибромиома матки.
- УЗИ гепатобиллиарной системы, почек, поджелудочной железы, мочевого пузыря без патологии.

· Рентгенография легких: легкие без видимой патологии. Сердце- расширен восходящий отдел аорты.

· Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника: снижение высоты дисков L_{IV} – L_V – S_I. Заключение: признаки дискоза L_{IV} – L_V – S_I.

Учитывая объективный статус больной и данные параклинических методов исследования больной предварительно был выставлен диагноз: полинейропатия паранеопластического генеза с парализацией стоп и расстройством чувствительности по полиневритическому типу.

В последующие 3 дня нахождения больной в стационаре состояние ее ухудшается. 13.11.2003 года она отмечает усиление слабости в ногах, преимущественно в стопах, из-за которой не может ходить, и частые позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе выявляется выраженный периферический парализация ног до плегии обеих стоп, поверхностная гипестезия и нарушение глубокой чувствительности до уровня обоих коленных суставов, задержка мочеиспускания (при катетеризации получено 1 л мочи). В последующем присоединяются боли в поясничной области позвоночника с иррадиацией в обе ноги, нарастает слабость в ногах до периферической нижней параплегии с расстройством всех видов чувствительности ниже L₂ с 2 сторон.

В положении лежа на боку больной дважды (с интервалом в 3 дня) произведена люмбальная пункция. В обоих случаях спинномозговая жидкость вытекала обычно (60 капель в 1 минуту), была светло-желтая, прозрачная до и после центрифугирования. Установлены ксантохромия (++) , белок (1,7 – 1,8 г/л), реакция Панди (++++) и колебания цитоза от 10/3 до 23/3.

Учитывая нарастание неврологической симптоматики, для снятия отека мозга 17.11.2003 года на фоне проводимого лечения (пираретам, ксантинола никотинат, прозерин, баралгин), больной начато введение внутривенно капельно метилпреднизолона (1,0). Отмечено появление движений в пальцах обеих стоп и восстановление поверхностной чувствительности на боковой поверхности бедер и голени.

26.11.2003 года больной произведена магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника. На последовательности срезов высота тел позвонков не снижена. Высота дисков и их гидрофильность нормальная. Участки патологического сигнала в телах позвонков не определяются. На уровне L₁ определяется интраспинальное интрамедуллярное образование с нечеткими ровными контурами размером 20x14x15 мм овоидной формы с сигналом, изоинтенсивным со спинным мозгом. Имеются признаки деформации спинного

мозга и сдавления волокон конского хвоста на исследуемом уровне. Заключение: МР-картина интраспинального интрамедуллярного новообразования. Признаки компрессии ткани спинного мозга и волокон «конского хвоста».

С диагнозом «Интрамедуллярное новообразование спинного мозга, нижняя периферическая плегия с расстройством всех видов чувствительности с уровня L₂ и нарушением функции тазовых органов» большая для дальнейшего лечения была переведена в нейрохирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи. В связи со сдавлением спинного мозга по экстренным показаниям 28.11.2003 года больной предпринята попытка оперативного удаления метастатического опухолевого узла. Однако во время разреза кожи больная умерла от острой легочно-сердечной недостаточности, обусловленной тромбоэмболией ветвей легочной артерии.

Патологоанатомический диагноз. Меланома кожи левого бедра (гистол. иссл N 8342 от 19.03.2003 г.). Рубец кожи бедра после иссечения меланомы (операция от 19.03.2003 г.). Метастаз меланомы в спинной мозг на уровне L₁. Ушитая рана спины после разреза кожи в связи с планировавшимся удалением метастаза. Флеботромбоз варикозно расширенных вен нижних конечностей. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.

альная гипертензия: гипертрофия миокарда левого желудочка (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка – 1,5 см). Мелкоочаговый кардиосклероз. Множественные лейомиомы матки. Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек, нейронов спинного мозга.

При микроскопическом исследовании спинного мозга отмечалось преимущественно периваскулярное разрастание меланомы с очаговыми кровоизлияниями, периваскулярный и перичеллюлярный отек ткани мозга и дистрофия нейронов.

Приведенный выше случай интересен для практического врача тем, что клинические проявления, имеющиеся у больной, и развитие заболевания (нарастание слабости и нарушение чувствительности снизу вверх на ногах, боли в поясничном отделе позвоночника) соответствовали клинике экстрамедуллярной опухоли спинного мозга (возможно и метастазу меланомы) и не вписывались в ту картину, которую мы получили при магнитно-резонансном исследовании и патологоанатомическом вскрытии. Следует думать, что не всегда клиническая картина течения заболевания соответствует морфологическим изменениям в организме.

Литература

1. Ахмедов Б.П. Метастазирование злокачественных опухолей. Душанбе, 1983. – 120 с.
2. Хоминский Б.С. Гистологическая диагностика опухолей центральной нервной системы. – М., 1969. – 205 с.