

◆ ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006

УДК 616.45-006.488-039.52-036.1

М. Б. Бабарина, К. А. Комшилова, В. Н. Сморцок, Н. С. Кузнецов, Л. Я. Рожинская

СКРЫТАЯ ФОРМА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА

ГУ Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАН и РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

Опухоли надпочечников часто протекают без отчетливой клиники (так называемые инциденталомы). В большинстве случаев это доброкачественные аденомы коры надпочечников, менее чем 5% из них секретируют катехоламины. Известно, что феохромоцитома — опухоль из хромоаффинной ткани, клинически проявляющаяся синдромом артериальной гипертензии различной степени выраженности, многообразными метаболическими расстройствами [4].

Феохромоцитомы делятся по клиническому течению (классификация по О. В. Николаеву, В. В. Меньшикову) [1] следующим образом:

1) бессимптомное течение:

а) немая форма (АД и уровень катехоламинов в норме, при гистологическом исследовании — опухоль хромоаффинной ткани);

б) скрытая форма (повышение уровня катехоламинов при нормальном АД);

2) клинически выраженное течение:

а) пароксизмальная форма (гипертонические кризы на фоне нормального АД);

б) персистирующая форма (стойкая гипертония);

в) смешанная форма (на фоне стойкого повышения АД возникают кризы с еще большим его повышением);

3) атипичное течение:

а) гипотоническая форма;

б) протекающие под клинической маской, связанной с полигормональной продукцией.

Итак, при бессимптомном течении выделяют скрытую форму, характеризующуюся нормальным уровнем АД, высоким уровнем катехоламинов; при гистологическом исследовании выявляется опухоль хромоаффинной ткани [1].

Приводим наше наблюдение пациента со скрытой формой феохромоцитомы.

Больной Р., 48 лет, находился на лечении в отделении нейроэндокринологии в феврале 2005 г.

Больной поступил с жалобами на незначительную общую слабость, утомляемость. Из анамнеза: с 2002 г. — эпилепсия, в январе 2004 г. травма правой почки с ее разрывом; наследственный и аллергологический анамнез без особенностей; вредные привычки — курение.

В январе 2004 г. после травмы правой почки с ее разрывом произведена операция по ушиванию правой почки. При компьютерной томографии органов брюшинного пространства объемных образований надпочечников не выявлено. В декабре 2004 г. при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов брюшинного пространства выявлено объемное образование левого надпочечника размером 63,5 × 43,7 мм, прилежащее к верхнему полюсу левой почки и левой ножке диафрагмы, неоднородной структуры, с нечеткими, неровными

контурами. Пациент был направлен в ЭНЦ РАМН для дообследования и определения тактики дальнейшего лечения.

При объективном осмотре данных, свидетельствующих об эндокринной патологии, не выявлено. Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, астенический тип телосложения, рост 176 см, масса тела 64 кг, ИМТ 20,6 кг/м². Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы легких в норме. ЧД 16 в 1 мин. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 78 в 1 мин, ритмичный.

Данные лабораторных методов исследования: общий анализ крови — без особенностей; биохимический анализ крови: холестерин — 5,6 ммоль/л (норма 5,2—3,3 ммоль/л), липопротеиды низкой плотности — 3,6 ммоль/л (норма 0—3,37 ммоль/л). Глюкозотолерантный тест: гликемия натощак — 6,8 ммоль/л (норма 3,05—6,38 ммоль/л), через 2 ч после приема 75 г глюкозы — 7,0 ммоль/л.

В крови: АКТГ в 8.00 — 59,7 пг/мл (норма 10,0—60,0 пг/мл), АКТГ в 23.00 — 10,31 пг/мл (норма 10,0—60,0 пг/мл), кортизол в 8.00 — 533 нмоль/л (норма 123—626 нмоль/л), кортизол в 23.00 — 106 нмоль/л (норма 46—389 нмоль/л), альдостерон лежа — 945 пмоль/л (норма 97—830 пмоль/л), ренин лежа — 1,5 нг/мл/ч (норма 0,5—1,9 нг/мл/ч).

Анализ суточной мочи: свободный кортизол — 209 нмоль/л (норма 120—400 нмоль/л), ВМК — 5,62 мг/сут (норма 0,4—15,4 мг/сут), метанефрин — 5625 мкг/сут (норма 20—345 мкг/сут), норметанефрин — 3072 мкг/сут (норма 30—440 мкг/сут).

УЗИ надпочечников: правый не увеличен, однородной структуры, в проекции левого надпочечника объемное образование неоднородной структуры размером 6,8 × 5,4 см, средней эхогенности, с обширными жидкостными зонами.

МРТ надпочечников (декабрь 2004 г.): объемное образование в проекции левого надпочечника неправильной формы размером 63,5 × 43,7 см, неоднородной структуры, с участками кистозной дегенерации, тесно прилежащее к верхнему полюсу левой почки, с неотчетливой границей (рис. 1).

Сцинтиграфия надпочечников с мета-йодбензилгуанидином, меченным изотопом ¹²³I: через 2 ч после введения индикатора

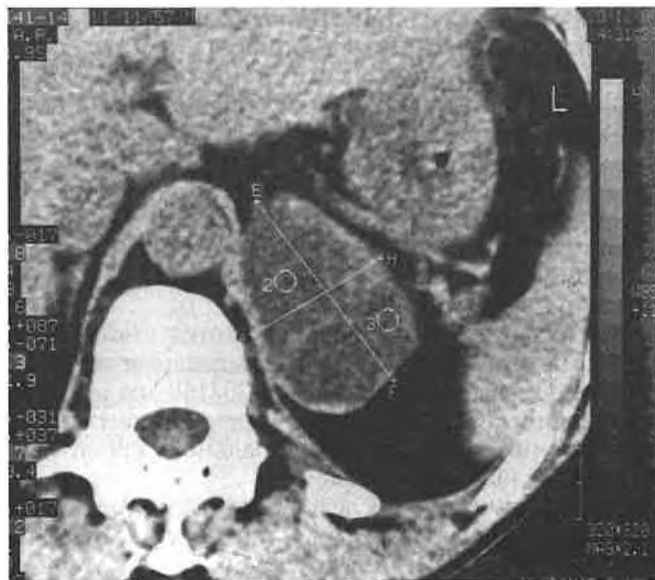


Рис. 1. МРТ надпочечников.

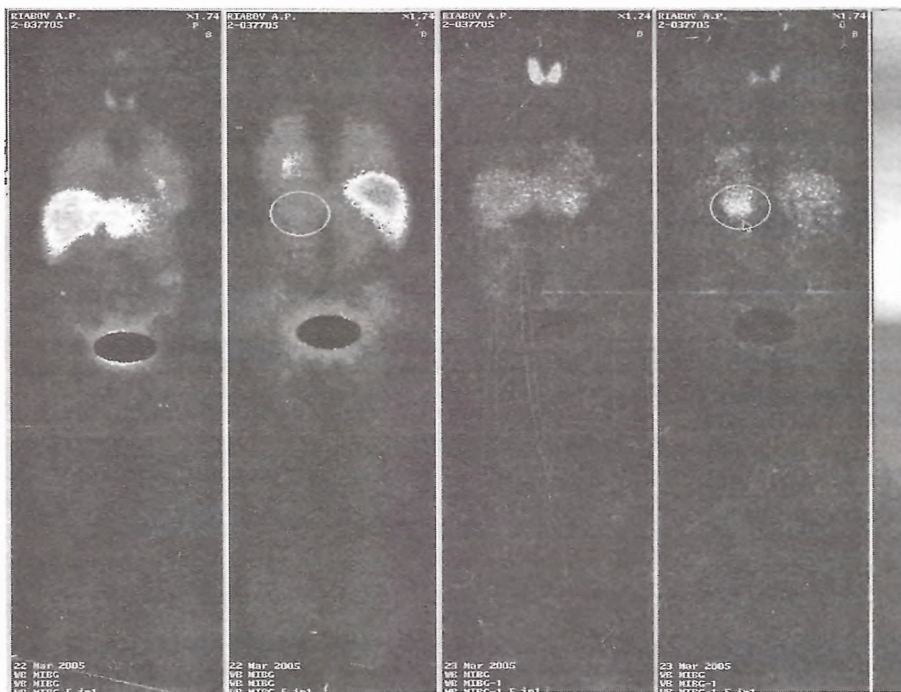


Рис. 2. Сцинтиграфия надпочечников.

тора — сомнительное малоинтенсивное накопление индикатора в проекции левого надпочечника; через 20 ч после введения индикатора — отчетливая массивная очаговая гипераккумуляция индикатора. Заключение: картина хромаффинного новообразования левого надпочечника (феохромоцитомы — рис. 2).

Принимая во внимание тот факт, что развитие эпилепсии произошло до обнаружения опухоли надпочечника, с целью исключения метастатического генеза эпилептических припадков пациенту проведено МРТ головного мозга: картина хронической ишемии головного мозга.

АД у пациента во время нахождения в стационаре колебалось от 120/70 до 140/90 мм рт. ст.

Таким образом, на основании клинических и лабораторно-инструментальных данных обследования у пациента выявлена феохромоцитомы.

Неясным остался генез эпилепсии, диагностированной в 2002 г. С одной стороны, симптомы эпилепсии возникли до травмы почки и до возникновения опухоли надпочечника. С другой стороны, имеются указания [5], что эпилепсия может быть одним из симптомов феохромоцитомы во время незарегистрированных и кратковременных подъемов АД.

Больному был поставлен диагноз: феохромоцитомы левого надпочечника, гиперлипотеидемия IIa стадии (ВОЗ), нарушенная гликемия натощак, эпилепсия.

Пациенту запланировано проведение адреналэктомии.

Во время операции гемодинамика стабильная. Интраоперационно в момент выделения опухоли отмечалось повышение АД до 220/160 мм рт. ст. и тахикардия до 120 в 1 мин, в дальнейшем, после "отключения" опухоли от центрального кровотока, гипотонии не выявлялось.

Гистологическое исследование макропрепарата: опухолевидное образование диаметром 8 см, на разрезе представленное багровой резко отечной тканью с полостями распада, окруженной по пери-

ферии ободком желтой ткани толщиной 0,5 см, к нему прилежит слоистый надпочечник размером 3 × 3 × 3 см. Микропрепарат: опухоль надпочечника имеет строение трабекулярно-альвеолярной феохромобластомы с инфильтрирующим ростом в прилежащую жировую ткань, некрозами и кровоизлияниями в опухоль на фоне диффузно-узловой гиперплазии коркового слоя надпочечника. Согласно данным литературы, даже на основании гистологических критериев нельзя четко от дифференцировать злокачественную опухоль от доброкачественной, только метастазирующие опухоли принято считать злокачественными [6, 8].

Гормональный анализ суточной мочи через 15 дней после оперативного лечения: норметанефрин — 491 мкг/сут (норма 30—440 мкг/сут), свободный кортизол — 264 нмоль/с (норма 120—400 нмоль/с).

Представленное наблюдение имеет следующие особенности:

1) скрытая форма феохромоцитомы: лабораторно выявлен повышенный уровень метанефрина и норметанефрина при нормальном АД;

2) стабильные гемодинамические показатели: во время наркоза и доступа к опухоли надпочечника не отмечалось повышения АД. Вероятно, это объясняется предоперационной подготовкой с использованием препарата "Кардура" (доксазозина), применяемого для профилактики осложнений и улучшения интра- и послеоперационной гемодинамики [7];

3) документально подтвержденное (по данным МРТ) развитие опухоли надпочечника после травмы и операции на почке менее чем за 8 мес.

Можно предположить, что у нашего пациента возможен благоприятный прогноз. В то же время сохранение небольшого повышения норметанефрина в анализе суточной мочи, выполненном на 15-е сутки после оперативного лечения, требует пристального динамического наблюдения. Все пациенты после оперативного лечения феохромоцитомы должны регулярно обследоваться в специализированных стационарах в течение всей жизни, так как длительная ремиссия после оперативного вмешательства наблюдается только у 71,9% пациентов [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И., Бельцевич Д. Г., Кузнецов Н. С., Мельниченко Г. А. // Практическая мед. — 2005. — P. 216.
2. Allolio B., Hahner S., Weismann D., Fassnacht M. // Clin. Endocrinol. — 2004. — Vol. 60. — P. 273—287.
3. Kvacheniuk A. // Klin. Khir. — 2004. — N 3. — P. 41—43.
4. Kvacheniuk A. // Lik Sprava. — 2004. — N 7. — P. 52—54.
5. Leiba A., Bar-Dayan Y., Lekker R. R. et al. // J. Hum. Hypertens. — 2003. — Vol. 17. — P. 73—75.
6. Salmenkivi K., Heikkila P., Haglund C., Arola J. // APMIS. — 2004. — Vol. 112, N 9. — P. 551—559.