

Клинический случай: гипофизарный метастаз карциномы легкого

59-летняя женщина без предшествующего медицинского анамнеза поступила с прогрессирующей потерей периферического зрения в течение последних 2 месяцев. Физикальное обследование показало битемпоральную гемианопсию; в остальном, неврологическое обследование – без особенностей. Лабораторные анализы, включая уровень пролактина, получены в пределах референсных интервалов.

Результаты КТ и МРТ головного мозга без контрастирования представлены на рисунках 1, 2.

Образование сдавило перекрест зрительных нервов, дно третьего желудочка и гипоталамус. В качестве основного диагноза рассматривалась макроаденома гипофиза.

Больной была выполнена частичная резекция образования гипофиза трансфеноидальным доступом. По данным иммуноги-

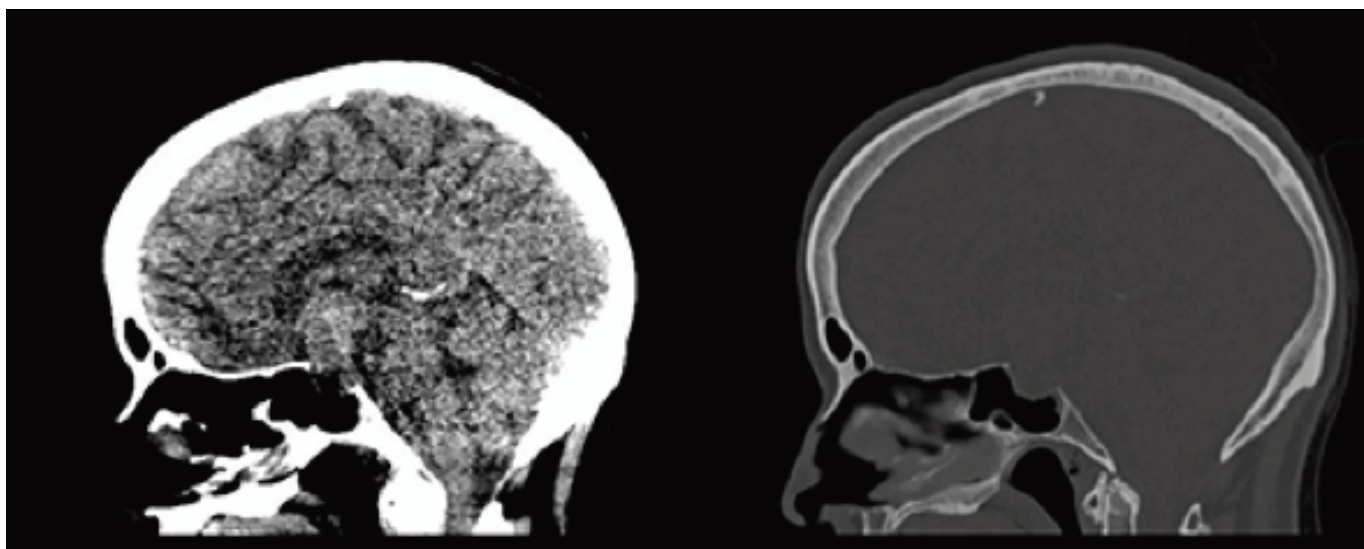


Рис. 1. На КТ головного мозга без контрастирования макроаденома гипофиза с супраселлярным ростом смешанной плотности с расширением турецкого седла и эрозией спинки турецкого седла.

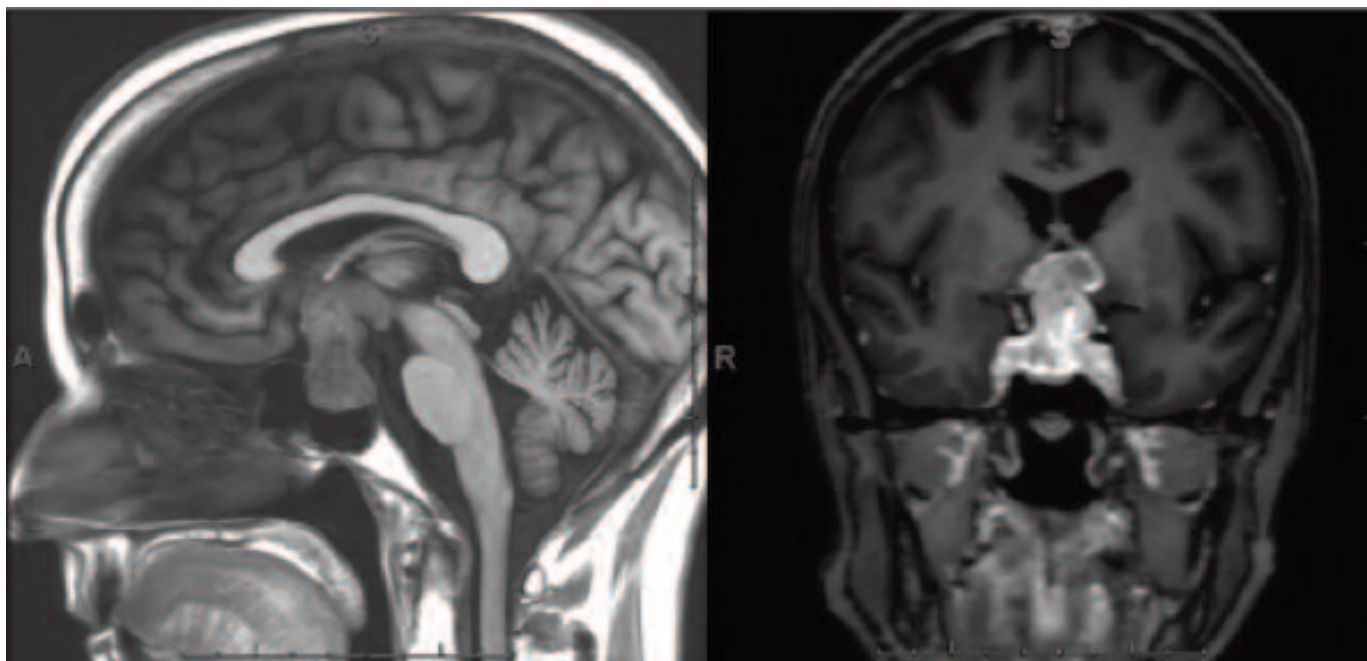


Рис. 2. При МРТ-сканировании на T1-взвешенном изображении изоинтенсивная T1 макроаденома гипофиза с супраселлярным ростом размерами 3,8 × 2,3 × 2,2 см с расширением турецкого седла и отсутствием нормального заднего отдела до и после введения контраста.

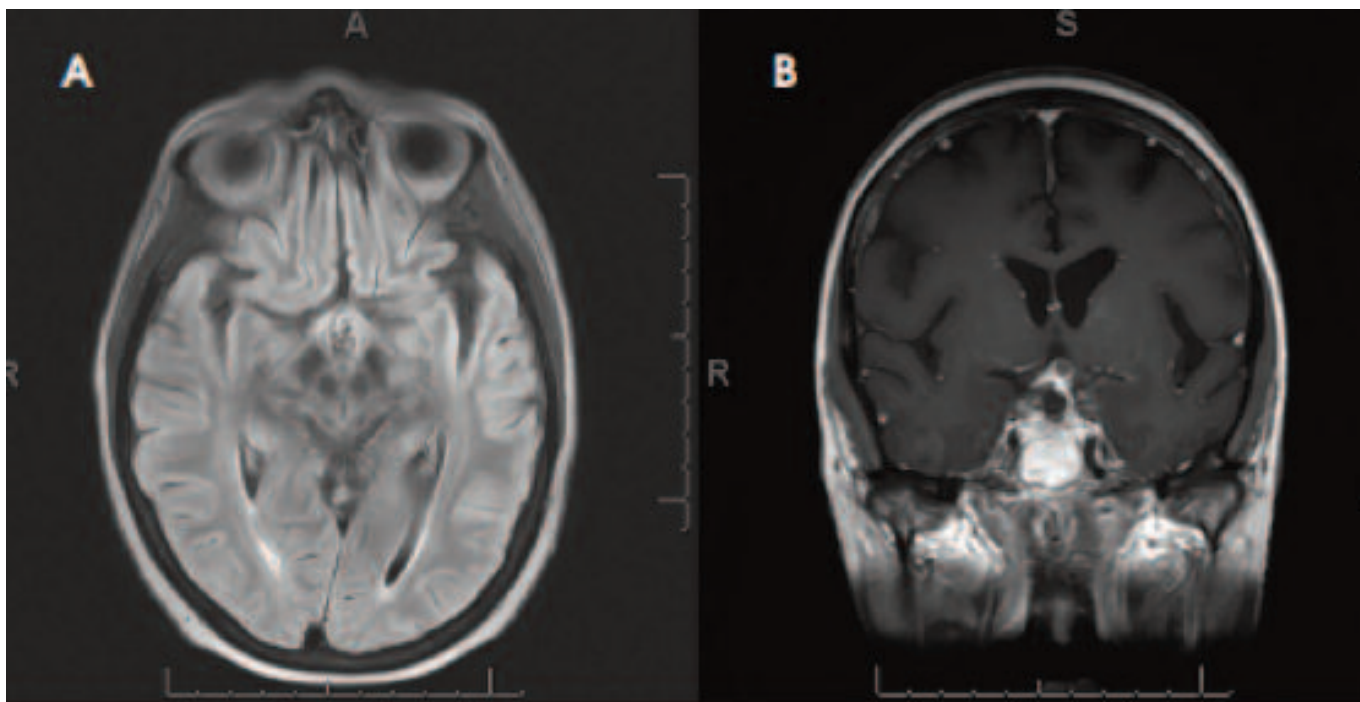


Рис. 3. На МРТ через 3 месяца: FLAIR изображение в аксиальной проекции демонстрирует значительное улучшение с почти полным исчезновением отека в зрительных трактах.

стохимического анализа образование было идентифицировано как метастаз низкодифференцированной нейроэндокринной карциномы, соответствующей мелкоклеточному раку легких. КТ органов грудной клетки, брюшной полости и таза выявило спиклообразное образование размером $2,1 \times 1,5$ см в правой верхней доле легкого.

На МРТ в послеоперационном периоде выявлено остаточное усиление супраселлярного компонента с уменьшением масс-эффекта, а также почти полное разрешение отека, затрагивающего зрительные тракты (рис. 3).

Пациентке была проведена стереотаксическая лучевая терапия и химиотерапия цисплатином и этопозидом.

Диагноз: Мелкоклеточный рак легкого с метастазом в гипофиз. Дифференциальная диагностика проводится с макроаденомой гипофиза.

Обсуждение:

Метастазы в гипофиз встречаются редко, чаще всего в возрасте старше 60 лет. [1]. Метастазы составляют 1,9% среди всех случаев рака, выявленных при вскрытии, и 0,9% среди всех внутричерепных метастазов [2]. Также выявлено, что рак молочной железы является наиболее частым первичным очагом в 37,2%, за ним следует рак легкого в 24,2%, рак предстательной железы в 5,2% и почечно-клеточный рак в 4,9% [2].

Подавляющее большинство метастазов в гипофиз клинически бессимптомны. Только 6,8% случаев имеют клинические проявления [3]. Для тех, которые являются симптоматическими, несахарный диабет является наиболее частым начальным проявлением, при этом в одном исследовании сообщается о частоте 61,1% [4]. Другие начальные проявления включают гипопитуитаризм, нарушения зрения, утомляемость и головную боль [1, 4, 5].

Во многих исследованиях было высказано предположение, что метастазы в гипофиз преимущественно связаны с задней до-

лей гипофиза, что может объяснить высокую частоту несахарного диабета [3, 4, 6]. Поражение задней доли гипофиза изолированно или в сочетании с передней долей гипофиза было обнаружено в 84,6% случаев, в то время как поражение только передней доли гипофиза наблюдалось только в 15,4% [6].

Дифференциация метастазов гипофиза от аденомы гипофиза вызывает трудности, так как клинические и рентгенологические данные часто неспецифичны [7, 8]. При дифференциальной диагностике важно обращать внимание на начальные симптомы. Аденомы гипофиза, с другой стороны, проявляются несахарным диабетом только в 1% случаев [4]. Кроме того, клиническими признаками, наиболее характерными для метастазов в гипофиз, являются инвазивный рост, несахарный диабет и/или поражение черепно-мозговых нервов, а также возраст старше 50 лет [4]. С точки зрения результатов визуализации, наиболее характерным признаком метастазов в гипофиз является увеличение или усиление сигнала от ножки гипофиза с увеличением объема гипофиза [4].

Лечение метастазов гипофиза включает лучевую и химиотерапию [5, 10]. Оперативное лечение, чаще всего выполняемое трансфеноидальным доступом, может быть рассмотрено для облегчения симптомов и улучшения качества жизни. Однако данных об увеличении степени выживаемости после хирургического лечения получено не было [4]. Несмотря на это, операция показана при неопределенном диагнозе, а также при метастазах с симптоматическими проявлениями, особенно при нарушении зрения или головной боли [4].

Заключение:

Описанный клинический случай – это редкий вариант метастатического мелкоклеточного рака легкого с начальной клинической картиной битемпоральной гемианопсии, ассоциированной с метастазом в гипофиз.

Литература

1. Siqueira PF, Mathez AL, Pedretti DB, Abucham J. Pituitary metastasis of lung neuroendocrine carcinoma: case report and literature review. Arch Endocrinol Metab. 2015;59(6):548-553. doi:10.1590/2359-3997000000139
2. He W, Chen F, Dalm B, Kirby PA, Greenlee JD. Metastatic involvement of the pituitary gland: a systematic review with pooled individual patient data analysis. Pituitary. 2015;18(1):159-168. doi:10.1007/s11102-014-0552-2
3. Teears RJ, Silverman EM. Clinicopathologic review of 88 cases of carcinoma metastatic to the pituitary gland. Cancer. 1975;36(1):216-220. doi:10.1002/1097-0142(197507)36:1<216::aid-cncr2820360123>3.0.co;2-e
4. Morita A, Meyer FB, Laws ER Jr. Symptomatic pituitary metastases. J Neurosurg. 1998;89(1):69-73. doi:10.3171/jns.1998.89.1.0069
5. Habu M, Tokimura H, Hirano H, et al. Pituitary metastases: current practice in Japan. J Neurosurg. 2015;123(4):998-1007. doi:10.3171/2014.12.JNS14870
6. Lau G, Tan SY, Chiang G, Poh WT. Bronchioalveolar carcinoma with metastasis to the pituitary gland: a case report. J Clin Pathol. 1998;51(12):931-934. doi:10.1136/jcp.51.12.931
7. Fassett DR, Couldwell WT. Metastases to the pituitary gland. Neurosurg Focus. 2004;16(4):E8. Published 2004 Apr 15.
8. Senetta R, Castellano I, Garbossa D, Sapino A, Cassoni P. Pituitary metastasis of an unknown neuroendocrine breast carcinoma mimicking a pituitary adenoma. Pathology. 2013;45(4):422-424. doi:10.1097/PAT.0b013e328360dfd1
9. Saeki N, Uchino Y, Murai H, et al. MR imaging study of edema-like change along the optic tract in patients with pituitary region tumors. AJNR Am J Neuroradiol. 2003;24(3):336-342.
10. Kominos J, Vlassopoulou V, Protopapa D, et al. Tumors metastatic to the pituitary gland: case report and literature review. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89(2):574-580. doi:10.1210/jc.2003-030395

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено.
Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.