КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ С СИНДРОМОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

М.М. Гаспарян, Л.С. Созаева, С.С. Шкляев, Д.Н. Бровин, М.А. Карева

ФГБУ НМИЦ эндокринологии МЗ РФ, Москва

ВВЕДЕНИЕ: Феохромоцитома — гормонально-активная опухоль из хромоаффинных клеток надпочечников, которая секретирует катехоламины. Секрецией катехоламинов объясняются клинические проявления феохромоцитом в виде артериальной гипертензии, тахикардии, потливости и т.д. В редких случаях феохромоцитомы могут секретировать цитокины, такие как ИЛ1, ИЛ6, ФНО- α . Повышение уровня этих цитокинов может приводить к развитию синдрома системного воспалительного ответа, для которого характерно повышение температуры тела, повышение С-реактивного белка (СРБ), реактивный тромбоцитоз и т.н. «анемия воспалительного ответа».

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ:

Пациентка 15 лет впервые обратилась за медицинской помощью в связи с постоянным повышением температуры тела до субфебрильных значений, других жалоб не предъявляла. При проведении УЗИ обнаружена опухоль левого надпочечника. По данным МРТ — объемное кистозно-солидное образование левого надпочечника, размерами 73 × 76 × 70 мм.

При дообследовании в НМИЦ эндокринологии в суточной моче обнаружено повышение уровня норметанефрина (8000 мкг/сут) при нормальном уровне метанефрина (216 мкг/сут). У пациентки были зафиксированы эпизоды повышения АД до 140/90 мм.рт.ст. и тахикардии до 150 уд/мин. Дополнительно проведена скintiграфия 123I MIBG с ОФЭКТ-КТ: образование в левом надпочечнике интенсивно накапливало 123I MIBG, других очагов накопления не обнаружено. У пациентки также была выявлена гипохромная микроцитарная анемия I степени (гемоглобин 100–102 г/л) со сниженным уровнем железа, нормальным содержанием ферритина. Пациентка была резистентна к терапии парентеральными препаратами железа в сочетании с рекомбинантным эритропоэтином. В анализах крови отмечался выраженный тромбоцитоз (917×10^9 кл/л), ускорение СОЭ (119 мм/ч) и повышение уровня С-реактивного белка (16,4 мг/л) при отсутствии данных за наличие инфекционного процесса.

Учитывая сочетание повышения температуры тела до субфебрильных значений с неспецифическими признаками воспаления (тромбоцитоз, повышение СОЭ и СРБ) и резистентной к терапии анемией у пациентки с феохромоцитомой, было предположено наличие синдрома системного воспалительного ответа, который может возникать при продукции феохромоцитомой цитокинов (ИЛ6, ИЛ1, ФНО- α). Уровень ИЛ6 соответствовал нормальным значениям, исследование других цитокинов не проводилось.

Пациентке была проведена левосторонняя адреналэктомия после предварительной подготовки препаратами альфа- и бета-адреноблокаторов. В послеоперационном периоде отмечалось снижение уровня норметанефрина до нормальных значений, нормализация температуры тела, снижение уровня тромбоцитов, СРБ и СОЭ, повышение уровня гемоглобина.

Дополнительно было проведено исследование панели генов «Феохромоцитома» (EGLN1, EGLN2, EPAS1, FH, H3F3A, HRAS, KIF1B, MAX, MDH2, MERTK, MET, NF1, RET, SDHA, SDHA2, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL) методом секвенирования следующего поколения — мутаций не обнаружено.

ВЫВОДЫ: Нами описан редкий случай феохромоцитомы, сопровождающейся синдромом системного воспалительного ответа, связанного с секрецией опухолью ряда цитокинов (ИЛ1, ИЛ6, ФНО) с последующим нивелированием симптомов и нормализацией среднего объема эритроцитов, уровней гемоглобина и тромбоцитов после удаления опухоли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: феохромоцитома, катехоламины, синдром системного воспалительного ответа, цитокины, ИЛ6, ИЛ1, ФНО- α