КЛИНИКО-ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРТИКОСТЕРОМ

¹Морозова А.М., ¹Цыганкова О.Г., ¹Юрова Е.В., ¹Гараськова Л.К., ¹Зотова Ю.Н., ²Торохтий Н.А., ³Стегний К.В.,
³Кулакова Т.А., ³Гончарук Р.А., ³Дмитриев М.О.

¹ПКЦД и эндокринных заболеваний ГБУЗ «ККБН^{№2}», Владивосток.

²Приморский институт региональной патологии. Приморское краевое патологическое бюро, Владивосток.

³Центр хирургии медицинского центра ДВФУ, Владивосток.

Благодаря активному внедрению высокотехнологичных методов рентген-диагностики в рядовую медицинскую практику, увеличилась частота выявления инциденталом надпочечника(-ов).

ЦЕЛЬ: оценить клиничко-иммуногистохимические показатели пациентов, оперированных с синдромом Иценко-Кушинга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: в период с 2015 по 2019 год в Приморском краевом центре диабета и эндокринных заболеваний находились 23 пациента с подтвержденным диагнозом синдром Иценко-Кушинга. Преобладали женщины — 21 человек (91,3%), мужчин-2 (8,7%). Пациентов в возрасте от 30 до 49 лет 5 человек (21,7%); от 50 до 64 лет 11 человек (47,8%); от 65 до 79 лет 7 человек (30,4%). Гормонально-активная аденома в правом надпочечнике выявлена у 10 пациентов (43,5%), слева 13 (46,5%). Размеры выявленных образований варьировались от — 16х17х22 мм до — 47*50*56мм. Клинически выраженный гиперкортицизм наблюдался у 8 пациентов (34,8%), субклинический синдром Иценко-Кушинга у 15 (65,2%). Диагноз подтверждался проведением стандартных исследований: малая дексаметазоновая проба, кортизол слюны в 22:00, кортизол в суточной моче, большая дексаметазоновая проба, аденокортикотропный гормон, а также визуализацией — экспертного уровня компьютерная томография надпочечников с динамическим контрастированием. Всем пациентам была проведена односторонняя адреналэктомия двумя основными способами: ретроперитонеоскопически и лапароскопически. После операции проводилось гистологическое и иммуногистохимическое исследование. Проведен анализ иммуногистохимических исследований. Определялась экспрессия Ki67, Хромогранин А, Синаптофизин, Calretinin, Melan A, Альфа-ингибин, S100, CK AE1/AE3, p53, AKTГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: маркер пролиферации Ki67 реакция (менее 1%) выявлена в 53,8% случаев, (3–5%) в 15,4%, (до 10%) в 7,69%. P53 (регулятор клеточного цикла) — сильной экспрессии (++++) не было ни в одном образце, что расценивалось как доброкачественный потенциал опухоли. Синаптофизин был положительным с умеренной или сильной интенсивностью окрашивания в 61,53% опухолевых образцах. Calretinin, Melan-A, Альфа-ингибин — маркеры аденокортикальных клеток с умеренной и высокой интенсивностью преобладали в 46,2% опухолей. Хромогранин А встречался в 15,3% опухолевых образцах. S100 маркер нейроэктодермального происхождения (до 10% клеток) в 30,77% образцах.; Цитокератины (CK AE1/AE3, Keratinin) с экспрессией в более 30% клеток опухоли не выявлено ни в одном образце ткани. Значительной разницы в иммуногистохимическом исследовании у пациентов с выраженным гиперкортицизмом и субклиническим синдромом Иценко-Кушинга не обнаружено.

ВЫВОДЫ: результаты иммуногистохимии подтвердили первичное происхождение аденомы из корковых отделов надпочечника, без признаков злокачественности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: аденомы надпочечников; синдром Иценко-Кушинга; иммуногистохимия; Ki67.