РОЛЬ ШКАЛ PASS И GAPP В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

¹ Мотренко А.Ю., ¹ Воронкова И.А., ¹ Бритвин Т.А., ¹ Иловайская И.А., ¹ Гуревич Л.Е.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Согласно 4 изданию классификации ВОЗ опухолей эндокринных органов (2017 г.), все феохромоцитомы (ФХЦ) относят к злокачественным опухолям (ICD-O code 8700/3) на основании того, что они обладают метастатическим потенциалом. В настоящее время для оценки риска прогрессирования ФХЦ предложены две шкалы: PASS (Pheochromocytoma of the Adrenal gland Scaled Score 2002 г) и GAPP (Grading system for adrenal pheochromocytoma and paraganglioma 2014). Однако, однозначного мнения в отношении их прогностической ценности нет, в результате чего они не нашли широкого применения в клинической практике. Представляем клинический случай, который демонстрирует возможность оценки прогноза ФХЦ с использованием шкал PASS и GAPP.

ЦЕЛЬ: оценить возможности шкал PASS и GAPP в определении злокачественного потенциала феохромоцитомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: пациент Б. 47 лет наблюдался в ГБУЗ МО МОНИКИ в связи с постоянным повышением артериального давления (АД) max до 220/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, покраснением лица и шеи, не купируемое приемом антигипертензивных препаратов. По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастным усилением (КУ), в правом надпочечнике определяется образование размерами 62x52x67 мм, с четкими ровными контурами, неоднородной структуры и плотностью 12–50 ед.Н в нативную фазу, в артериальную фазу 12–190 ед.Н, в венозную фазу 12–185 ед.Н, в отсроченную фазу 12–81 ед.Н. По данным анализа фракционированных метанефринов (МН) суточной мочи: норметанефрин (НМН) 1394 мкг/сут (<390), МН 42,5 мкг/сут (<320). Проведена адреналэктомия с опухолью. При гистологическом исследовании верифицирована ФХЦ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: для уточнения гистогенеза и клинического прогноза выполнено иммуногистохимическое исследование. Выявлено что клетки опухоли диффузно экспрессируют синаптофизин и очагово. хромогранин А. Подтверждена инвазия 1 сосуда капсулы, индекс пролиферации Ki-67 составил 20%, также отмечалась диффузная цитоплазматическая мелкогранулированная экспрессия SDHB. Маркеры кортикальной дифференцировки (мелан А и ингибин альфа) в опухолевой ткани не экспрессировались при положительном внутреннем контроле. По шкале PASS 12 баллов (более 4 баллов — высокая вероятность рецидива), по шкале GAPP 8 баллов (низкодифференцированный тип). В послеоперационном периоде артериальное давление нормализовалось. Принимая во внимание результаты морфологического исследования, пациент находился под динамическим наблюдением с визитами к специалисту каждые 2 мес. Через 10 месяцев после хирургического лечения стал отмечать повышение АД max до 180/110 мм рт.ст. При МСКТ брюшной полости в проекции удаленного правого надпочечника, парааортально и паракавально визуализированы мягкотканые новообразования неоднородной структуры размерами до 49x47 мм, с накоплением в артериальную фазу до 140 ед.Н. По данным анализа фракционированных МН суточной мочи: НМН 5535 мкг/сут (<390), МН 79,2 мкг/сут (<320). Результаты исследований свидетельствовали о прогрессировании опухоли.

ВЫВОДЫ: в представленном клиническом наблюдении применение шкал PASS и GAPP позволило определить высокий злокачественный потенциал ФХЦ, что потребовало активного наблюдения и позволило своевременно выявить рецидив заболевания и провести повторное потенциально радикальное хирургическое лечение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: феохромоцитомы; артериальная гипертензия; адреналэктомия; иммуногистохимия.