

УДК 616.33.616-006.81

ОЛЕКСАНДР ВАДИМОВИЧ ПАНОВ¹, РОМАН МИХАЙЛОВИЧ СПУЗЯК²,
ОЛЕКСАНДР АНАТОЛІЙОВИЧ РАДЧЕНКО¹, ГАННА РОМАНІВНА СКОРИК³

¹ ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

² Харківський національний медичний університет

³ Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, Харків

ВИПАДОК МЕЛАНОМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ (ПЕРВИННО-МНОЖИННЕ ЧИ ВТОРИННЕ УРАЖЕННЯ?)

Злоякісна меланома системи органів травлення є надзвичайно рідкісним неепітеліальним новоутворенням із частістю 0,0036 випадків на 1 млн людей на рік. Тому про етіологію цієї патології відомо надто мало. Даний вид меланоми може являти собою метастази ділянки первинно ураженої шкіри чи бути істинною первинною пухлиною, яка виникає зі слизової оболонки ШКТ. Меланоми стравоходу складають близько 0,1–0,2 % від усіх раків стравоходу та 0,5 % усіх позашкірних меланом. Майже у 90 % випадків пухлина локалізується в середній чи нижній третині стравоходу. Частіше над усе меланома стравоходу має вигляд поодинокі пухлини, але у 12 % випадків спостерігається множинне ураження. Диференціальна діагностика первинних та вторинних меланом ШКТ є доволі складною. У нашому повідомленні представлено клінічний випадок меланоми стравоходу, яку було виявлено при фагоезогастроуденоскопії (ФЕГДС) з гістологічним підтвердженням, а також множинному ураженні шлунка і дванадцятипалої кишки. Діагностика меланом органів ШКТ насамперед повинна орієнтуватися на візуалізацію патологічної зони та біопсію пухлини із її гістологічним дослідженням.

Ключові слова: меланома, шлунково-кишковий тракт, діагностика.

Первинна злоякісна меланома органів системи травлення є рідкісним неепітеліальним новоутворенням із частістю 0,0036 випадків на 1 000 000 людей на рік. Тому про етіологію цієї патології відомо надто мало. Чинником, що може сприяти захворюванню, виступає спадковий меланоцитоз. Ohashi із співавторами (1990) [1] виявили, що меланоцити здебільшого розташовані в нижній частині стравоходу і їх кількість зростає у зонах гіперпластичного епітелію та хронічного езофагіту. Меланоми стравоходу в більшості випадків локалізуються в середній та нижній третирах стравоходу і лише в 10 % випадків — у верхній третині (Sabanathan S., Eng J., Pradhan G. N., 1989) [2].

Тільки 3–4 % усіх меланом первинно походять зі слизових оболонок і найчастіше являють собою метастази з первинної меланоми шкіри. Меланоми шлунково-кишкового тракту (ШКТ) можуть локалізуватися у стравоході, шлунку, підшлунковій залозі та кишківнику. За даними Cheung MC, Perez EA, первинні меланоми зустрічаються у стравоході у 5,9 %, у шлунку — у 2,7 %, у тонкій кишці — у 2,3 % [3]. Найбільш частою локалізацією вторинної меланоми ШКТ є дистальні сегменти тонкої кишки.

Меланоми стравоходу складають близько 0,1–0,2 % від усіх його ракових пухлин та 0,5 % усіх

позашкірних меланом. Найчастіше меланома стравоходу має вигляд поодинокі пухлини, але у 12 % зустрічається множинне ураження. Меланома шлунка також є надто рідкісним захворюванням. При агресивних темпах зростання пухлини часто виявляються на пізніх стадіях. Меланома кишківника — настільки рідкісне захворювання, що його походження (виникає воно первинно чи є метастазом невідомої меланоми шкіри) залишається дискусійним. Деякі автори вважають, що первинні меланоми кишківника походять із меланобластичних клітин нервового гребінця, які мігрують через пупково-мезентеріальний канал у дистальну здухвинну кишку, тоді як інші вважають, що ці пухлини походять з клітин APUD-системи чи нейробластичних клітин Шванна кишкової нервової системи.

Найчастіше перебіг меланоми верхніх відділів ШКТ є безсимптомним, проте якщо клінічні прояви і визначаються, то вони є неспецифічними і зустрічаються при інших злоякісних новоутвореннях. Зазвичай це дисфагія, біль в епігастрії чи за грудниною, кровотеча, втрата ваги, «синдром подразненої кишки», кров у калі, кишкова непрохідність [4, 5].

Надто складно диференціювати первинні та вторинні меланоми травного тракту, що має клінічне значення у визначенні прогнозу захворювання. При первинних меланомах ШКТ, які швидко і агресивно

зростають, прогноз гірший, ніж при метастатичних пухлинах. Це, імовірно, пов'язано із більш вираженою васкуляризацією первинних меланом. З огляду

на виживаність, як первинні, так і вторинні злоякісні меланоми ШКТ мають гірший прогноз, ніж меланоми шкіри, 5-річна виживаність складає 10 % (табл. 1).

Таблиця 1

Критерії для диференціальної діагностики первинних та вторинних меланом ШКТ

Ознака	Первинні меланоми	Метастатичні меланоми ШКТ
Наявність солітарної пухлини у слизовій оболонці органа	+	–
Наявність інших меланоцитарних уражень у навколишньому епітелії	+	–
Відсутність злоякісної меланоми шкіри чи слизової або інших атипичних меланоцитарних уражень шкіри (диспластичні невуси)	+	–

Діагноз меланоми стравоходу не може бути встановлений за клінічними ознаками чи даними додаткових методів дослідження. Тим не менш це захворювання може бути підтверджено за допомогою фагоезогастроуденоскопії (ФЕГДС) із біопсією та наступним гістологічним та імуногістохімічним дослідженням (ІГД) [6, 7]. А на думку Титова К. С. зі співавт. (2017), заключний діагноз повинен бути підтверджений ІГХ дослідженням зі включенням у панель маркерів Ki-67, S-100, Mart1, Melan A і HMB [8,9]. Для визначення розповсюдженості та поширеності меланом інших відділів ШКТ можна застосовувати КТ, МРТ ТА ПЕТ (ПЕТ-КТ) [10].

Представляємо клінічне спостереження хворого М. 64 років який звернувся до клініки ІМР із скаргами на дисфагію, відчуття «стороннього тіла» при прийомі їжі та важкість за грудниною, наявність калових мас темного кольору. Проведено обстеження хворого. У загальному аналізі крові: анемія (гемоглобін 102 г/л), лейкоцити $3,5 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 50 мм/год.

При рентгенологічному обстеженні у нижній третині стравоходу визначається ділянка циркулярного звуження просвіту до 0,8–1,0 см, упродовж 10–12 см. Контури на цьому рівні є нечіткими, еластичність стінок знижена. Пристенотичне розширення верхньої половини стравоходу (див. рис. VI кол. вкл.). Шлунок та дванадцятипала кишка — без патології. Заключение: рак стравоходу.

При проведенні езофагогастроуденоскопії на 30 см від різців визначається верхня межа щільного

екзофітного утворення з ділянками чорного кольору, які звужують просвіт до 8–9 мм протягом 10 см, виконано біопсію (див. рис. VII кол. вкл.). У верхній третині на слизовій стравоходу — декілька чорних вогнищ 2–3 мм. На фоні незмінених складок у слизовій всіх відділів шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки визначаються подібні вогнища. На передній стінці у постбульбарному відділі — неглибока виразка діаметром до 8 мм (див. рис. VIII кол. вкл.). Проведено гістологічне дослідження біоптату (див. рис. XIV кол. вкл.).

Висновок: пігментні новоутворення стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, виразка дванадцятипалої кишки.

На жаль, пацієнт відмовився від подальшого обстеження та лікування в клініці інституту.

Виникає питання: чи то первинна меланома стравоходу з метастатичним поширенням на шлунок та дванадцятипалу кишку, чи метастатичне ураження верхнього відділу ШКТ із невідомої меланоми або меланоми, що регресувала?

ВИСНОВКИ

Первинні чи вторинні меланоми шлунково-кишкового тракту є вкрай рідкісними пухлинами. Неспецифічність клінічних проявів та ознак променевих методів ускладнює їх своєчасну діагностику. Методом вибору є ендоскопічне дослідження з обов'язковим морфологічним та імуногістохімічним дослідженням.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Ohashi K.* Melanocytes and melanosis of the oesophagus in Japanese subjects — analysis of factors effecting their increase / K. Ohashi, Y. Kato, J. Kanno, T. Kasuga // *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol.* — 1990. — Vol. 417. — P. 137–143.
2. *Sabanathan S.* Primary malignant melanoma of the esophagus / S. Sabanathan, J. Eng, G. N. Pradhan // *Am J Gastroenterol.* — 1989. — Vol. 84. — P. 1475–1481.
3. *Defining the role of surgery for primary gastrointestinaltract melanoma / M. C. Cheung, E. A. Perez, M. A. Molina et al.* — *J. Gastrointest Surg.* — 2008. — Vol. 12. — P. 731–738.
4. *Primary malignant melanoma of the stomach / Z. Jelincic, J. Jakic-Razumovic, I. Petrovic et al.* // *Tumori.* — 2005. — Vol. 91. — P. 201–203.
5. *Ачкасов Е. Е.* Инвагинационная тонкокишечная непроходимость, обусловленная метастазами меланомы в тонкую кишку / Е. Е. Ачкасов, А. В. Пугаев // *Хирургия.* — 2013, № 1. — С. 83.
6. *Primary amelanotic melanoma of the esophagus / Stringa O., Valdez R., Beguerie J. R. et al.* // *Int J Dermatol.* — 2006. — Vol. 45. — P. 1207–1210.
7. *Эндоскопическая диагностика меланомы верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Н. А. Матвиенко, Е. Е. Кудрявицкий, И. Б. Перфильев и др.* — 2016.

8. Первичная меланома желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) / К. С. Титов, И. А. Долгопятов, З. М. Аскерова и др. // Колопроктология. — 2017, № 2. — С. 94–99.
9. Первичная меланома пищевода / Р. Е. Израйлов, К. С. Титов, П. В. Кононец и др. // Хирургия. — 2018, № 5.
10. Charu Jora, Promila Pankaj, Ritu Verma, Anjali Jain, and Ethel S. Belho // Indian J Nucl Med. — 2015, Apr-Jun. — Vol. 30 (2). — P. 162–164.

Стаття надійшла до редакції 05.11.2019.

О. В. ПАНОВ¹, Р. М. СПУЗЯК², О. А. РАДЧЕНКО¹, А. Р. СКОРИК³

¹ ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

² Харьковский национальный медицинский университет

³ Областная детская клиническая больница № 1, Харьков

СЛУЧАЙ МЕЛАНОМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОЕ ИЛИ ВТОРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ?)

Злокачественная меланома органов пищеварительного тракта является чрезвычайно редким неэпителиальным новообразованием с частотой 0,0036 случаев на 1 миллион человек в год. Поэтому об этиологии этой патологии известно очень мало. Данный вид меланомы может представлять собой метастазы из первичного кожного участка или являться истинной первичной опухолью, возникающей из слизистой оболочки ЖКТ. Меланомы пищевода составляют около 0,1–0,2 % от всех раков пищевода и 0,5 % всех внекожных меланом. Почти в 90 % случаев опухоль локализуется в средней или нижней трети пищевода. Чаще всего меланома пищевода представлена в виде одиночной опухоли, но в 12 % случаев встречается множественное поражение. Дифференциальная диагностика первичных и вторичных меланом ЖКТ довольно сложна. В нашем сообщении представлен клинический случай меланомы пищевода, выявленной при фagoэзогастроуденоскопии (ФЭГДС) и гистологически подтвержденной, а также множественном поражении желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика меланом органов ЖКТ прежде всего ориентирована на визуализацию патологической зоны и биопсию опухоли с ее гистологическим исследованием.

Ключевые слова: меланома, желудочно-кишечный тракт, диагностика.

O. PANOV¹, R. SPUZYAK², O. RADCHENKO¹, A. SKORYK³

¹ SI «Grigoriev Institute for Medical Radiology of NAMS of Ukraine», Kharkiv

² Kharkiv National Medical University

³ Regional Children's Clinical Hospital № 1, Kharkiv

CASE OF GASTROINTESTINAL MELANOMA (PRIMARY MULTIPLE OR SECONDARY LESION?)

Malignant melanoma of gastrointestinal tract is rare non-cutaneous neoplasm, that occurs with frequency of 0,0036 cases per 1 million people in year. Thus, etiology of this pathology is not studied well yet. This type of melanoma may be metastatic from the primary skin tumor or truly primary, arising from mucosal epithelium of gastrointestinal tract. Esophageal melanomas comprise about 0,1–0,2 % of all esophageal cancers and about 0,5 % of all non-cutaneous melanomas. In 90 % cases tumor is located in middle and lower thirds of esophagus. Often melanoma is presented as single solid tumor, but in 12 % cases multiple lesions are observed. Differential diagnosis of primary and metastatic melanomas is quite complicated. Diagnosis of gastrointestinal melanomas is based on visualization of pathological zone and biopsy with histological examination.

Keywords: melanoma, gastrointestinal tract, diagnosis.

Контактна інформація:

Спузяк Роман Михайлович

канд. мед. наук, лікар-рентгенолог, доцент кафедри радіології та радіаційної медицини

Харківського національного медичного університету

тел.: +38 (050) 936-50-52