

Метастатическое поражение мягких тканей ягодичной области при HER2+ раке молочной железы: описание клинического случая

И.В.Колядина^{✉1,2}, И.П.Ганьшина², Л.Г.Жукова², А.Г.Абдуллаев², Ю.Ю.Андреева¹, Т.Ю.Данзанова², Г.Т.Синюкова², Д.В.Комов², Н.А.Козлов², Д.А.Филоненко², О.О.Гордеева², Е.В.Лубенникова²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. 123995, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России. 115478, Россия, Москва, Каширское ш., д. 23

✉irinakolyadina@yandex.ru

Метастатическое поражение мягких тканей ягодичной области при солидных опухолях отмечается чрезвычайно редко. Нами описан уникальный клинический случай поражения мягких тканей ягодичной области при HER2+ раке молочной железы; благодаря тесному взаимодействию специалистов удалось подтвердить прогрессирование заболевания и спланировать оптимальный лечебный алгоритм с учетом клинической картины и биологических характеристик опухоли.

Ключевые слова: рак молочной железы, HER2+ подтип, метастазы в мягкие ткани ягодичной области, анти-HER2-терапия.

Для цитирования: Колядина И.В., Ганьшина И.П., Жукова Л.Г. и др. Метастатическое поражение мягких тканей ягодичной области при HER2+ раке молочной железы: описание клинического случая. Современная Онкология. 2017; 19 (4): 36–38.

Case reports

Soft tissue metastases of the gluteal region in HER2+ breast cancer: a clinical case

I.V.Kolyadina^{✉1,2}, I.P.Ganshina², L.G.Zhukova², A.G.Abdullaev², Yu.Yu.Andreeva¹, T.Yu.Danzanova², G.T.Sinyukova², D.V.Komov², N.A.Kozlov², D.A.Filonenko², O.O.Gordeeva², E.V.Lubennikova²

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation. 125993, Russian Federation, Moscow, ul. Barrikadnaia, d. 2/1;

²N.N.Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation. 115478, Russian Federation, Moscow, Kashirskoe sh., d. 23

✉irinakolyadina@yandex.ru

Abstract

Soft tissue metastases of the gluteal region in solid tumors observed very rarely. We described a unique clinical case of gluteal soft tissue metastases in HER2+ breast cancer; through close collaboration were able to confirm the progression of the breast cancer and plan the treatment strategy based on clinical data and biological subtype of breast cancer.

Key words: breast cancer, HER2+ biological subtype, soft tissue metastases gluteal region, anti-HER2 therapy.

For citation: Kolyadina I.V., Ganshina I.P., Zhukova L.G. et al. Soft tissue metastases of the gluteal region in HER2+ breast cancer: a clinical case. Journal of Modern Oncology. 2017; 19 (4): 36–38.

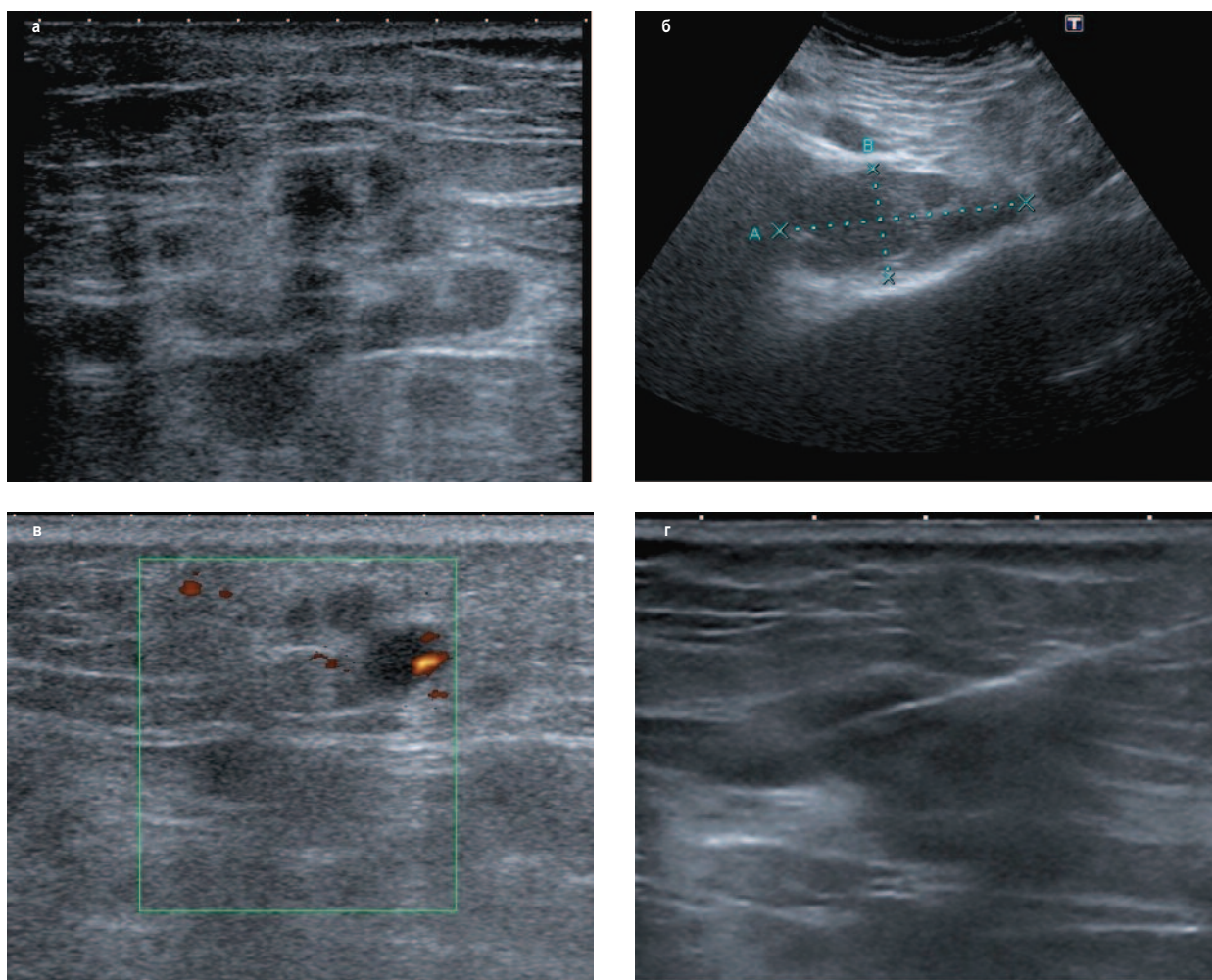
Метастатическое поражение мягких тканей ягодичной области при солидных опухолях встречается исключительно редко, в мировой литературе описаны лишь единичные подобные наблюдения. Так, O.Merimsky и соавт. еще в 1990 г. описали необычный случай метастатического поражения ягодичной мышцы при раке почки у 69-летнего мужчины [1].

Наибольший опыт лечения мягкотканых метастазов солидных опухолей (с вовлечением скелетной мускулатуры и прилежащей клетчатки) представлен в исследовании J.Plaza [2]. Авторами проанализированы все случаи метастатического поражения мягких тканей за 30-летний период в США, в Ohio State University Medical Center (с 1971 по 2000 г.). В анализ включено 118 наблюдений (60 женщин, 58 мужчин), медиана возраста больных – 53,5 года (20–87 лет). Чаще всего метастатическое поражение мягких тканей имели больные с первичным поражением кожи – 19 случаев, легких – 13, молочной железы – 13, почек – 12 и толстой кишки – 12. Реже фиксировались метастазы в мягкие ткани при опухолях тела матки и яичников (8 и 5 случаев соответственно). Инте-

ресно отметить, что у 27% больных метастазы в мягкие ткани были первым симптомом манифестации заболевания, а у 13,5% пациентов первичный очаг так и не был найден. При анализе локализаций метастазов авторами отмечено, что поражение мышц передней брюшной стенки было выявлено у 25 больных, мягких тканей спины – у 20, бедра – 17, мягких тканей грудной стенки – у 15 пациентов, поражение скелетных мышц верхней конечности имело место всего в 15 случаях, а плечевого пояса – 11. Поражение мягких тканей ягодичной области описано крайне редко – всего 5 случаев, что подтверждает исключительность данной клинической ситуации. Подобный вариант метастазирования описан авторами при раке легкого – 2 случая, меланоме – 1, раке ротоглотки – 1 и в 1 случае – у мужчины с метастазами без первичного выявленного очага.

Нами представлен клинический случай метастатического поражения мягких тканей ягодичной области у больной HER2+ раком молочной железы (РМЖ), находившейся на обследовании и лечении в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина».

Рис. 1: а – множественные гипозоногенные образования в мягких тканях ягодичной области; б – образования имеют тенденцию к слиянию, достигая больших размеров до 7,7 см; в – картируются единичные сосудистые сигналы внутри образований; г – биопсия образования ягодичной области.



Пациентка С., 1968 г.р., наблюдается в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» с 2014 г.

Анамнез. В июне 2014 г. женщина самостоятельно обнаружила опухоль правой молочной железы, обратилась в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина». При обследовании диагностирован и гистологически верифицирован рак правой молочной железы cT4N3M0 (ER – 0 баллов, PR – 0 баллов, HER2-3+ Ki 67 – 20%), стадия IIIc. Учитывая стадию заболевания и биологический подтип опухоли, пациентке проведена неoadъювантная химиотерапия по схеме: 4 курса эпирубицин + циклофосфамид, 4 курса паклитаксел + трастузумаб в стандартных дозах, с выраженным клинико-рентгенологическим ответом.

В январе 2015 г. в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» выполнена радикальная мастэктомия справа, при гистологическом исследовании – опухоль молочной железы с картиной полного лечебного патоморфоза (4-я степень по Лавниковой), регионарные метастазы с признаками лекарственного патоморфоза 2–3-й степени; на участках неполного ответа опухоли выполнено повторное иммуногистохимическое исследование резидуальной опухолевой ткани, выявлена позитивная экспрессия ER, в связи с чем пациентке назначены адъювантная эндокринотерапия тамоксифеном 20 мг/сут и введение трастузумаба 6 мг/кг, суммарно до 1 года. В мае 2016 г. появился выраженный болевой синдром в костях таза (при дообследовании – литические метастазы с деструкцией), в связи с чем больной проведено 4 курса химиотерапии доцетаксел 75 мг/м² + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) каждые 3 нед, на фоне терапии отмечены репарация в костях и купирование болево-

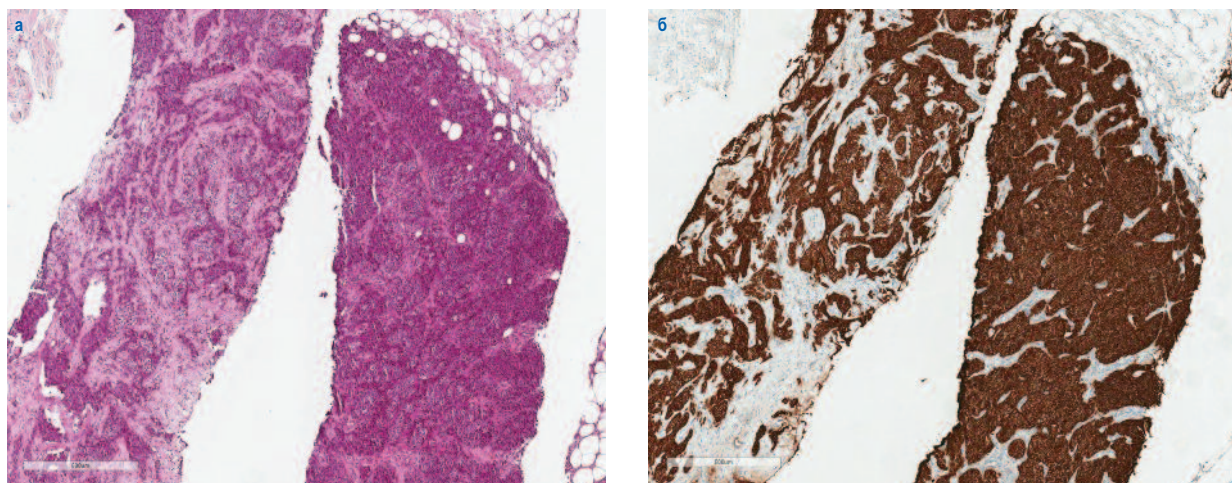
го синдрома. Дальнейшая терапия проводилась фазлодексом 500 мг, продолжено введение трастузумаба на фоне введения бисфосфонатов (золендроновая кислота 4 мг каждые 28 дней). В январе 2017 г. при обследовании (магнитно-резонансной томографии головного мозга) выявлено бессимптомное метастатическое поражение головного мозга (3 очага до 1 см), пациентке проведена стереотаксическая лучевая терапия на метастазы в головном мозге с рентгенологическим ответом, продолжена системная терапия в прежнем режиме. В июне 2017 г. на фоне введения фазлодекса отмечены боли в ягодичной области слева.

Объективно. Локальный статус: правая молочная железа оперативно удалена, в зоне послеоперационного рубца, грудной стенки и зон лимфооттока без признаков рецидива заболевания. Опухолевые образования в левой молочной железе не определяются.

В мягких тканях ягодичной области слева отмечена выраженная инфильтрация тканей с локальной гипертермией. Клиническая картина постинъекционного инфильтрата (после введения фазлодекса). Пациентке назначена противовоспалительная и антибактериальная терапия, без эффекта.

Ультразвуковое исследование мягких тканей ягодичной области: в мягких тканях ягодичной области выявлены множественные гипозоногенные новообразования с нечеткими контурами, без наличия капсулы, с тенденцией к слиянию, размерами от 0,6 до 7,7 см. В режиме цветового доплеровского картирования в образованиях отмечаются единичные локусы кровотока. Ультразвуковая картина может соответствовать метастатическому поражению мягких тканей ягодичной области (рис. 1, а–в).

Рис. 2. Морфологическое исследование биоптата инфильтрата ягодичной области: а – метастаз инфильтративного РМЖ, окраска гематоксилином и эозином, $\times 50$; б – гиперэкспрессия HER2 (3+) при иммуногистохимическом исследовании, $\times 50$.



Учитывая клиничко-рентгенологическую картину, пациентке выполнена биопсия новообразований ягодичной области для цитологической и гистологической верификации диагноза (рис. 1, г).

При цитологическом исследовании пунктата выявлены клетки рака (метастаз РМЖ); при гистологическом исследовании подтвержден метастаз инвазивного РМЖ неспецифического типа, ER-0 PR-0 HER2-3+ Ki67 – 45% (рис. 2).

В связи с прогрессированием нелюминального HER2+ РМЖ, отмеченного на фоне введения трастузумаба, больной назначена терапия кадсилой 3,6 мг/кг каждые 3 нед, продолжено введение бисфосфонатов. На фоне лечения болевой синдром в ягодичной области купировался, размеры ин-

фильтрата значительно сократились, терапия кадсилой продолжается.

Вывод

Таким образом, наш клинический случай подтверждает важность верификации диагноза при любом подозрении на прогрессирование РМЖ. Благодаря тесному взаимодействию специалистов удалось подтвердить прогрессирующее заболевание в такой исключительно редкой клинической ситуации (поражение мягких тканей ягодичной области) и спланировать оптимальный лечебный алгоритм с учетом клинической картины и биологических характеристик РМЖ.

Литература/References

1. Merimsky O, Levine T, Chaitchik S. Recurrent solitary metastasis of renal cell carcinoma in skeletal muscles. *Tumori* 1990; 76 (4): 407–9.
2. Plaza JA, Perez-Montiel D, Mayerson J et al. Metastases to soft tissue: a review of 118 cases over a 30-year period. *Cancer* 2008; 112 (1): 193–203.

Сведения об авторах

Колядина Ирина Владимировна – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. Научно-исследовательского центра, проф. каф. онкологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина». E-mail: irinakolyadina@yandex.ru

Ганьшина Инна Петровна – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Журкова Людмила Григорьевна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Абдуллаев Амир Гусейнович – д-р мед. наук, зав. хирургическим отд-нием диагностики опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Андреева Юлия Юрьевна – д-р мед. наук, проф. каф. патологической анатомии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Данзанова Татьяна Юрьевна – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. отд-ния ультразвуковой диагностики НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Синюкова Галина Тимофеевна – д-р мед. наук, проф., зав. отд-нием ультразвуковой диагностики НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Комов Дмитрий Владимирович – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. хирургического отд-ния диагностики опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России

Козлов Николай Александрович – канд. мед. наук, зав. отд. патологической анатомии человека ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Филоненко Дарья Александровна – канд. мед. наук, врач отд-ния химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Гордеева Ольга Олеговна – аспирант отд-ния химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»

Лубеникова Елена Владимировна – врач отд-ния химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина»