https://doi.org/10.29296/25877305-2018-10-15

Ассоциация рака поджелудочной железы и анкилозирующего спондилита у одного пациента

Е. Капустина, кандидат медицинских наук,
Г. Булыгин,
В. Мордовский,
Т. Потупчик, кандидат медицинских наук,
С. Никулина, доктор медицинских наук, профессор,
Д. Медведев,
А. Бударев
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
E-mail: potupchik_tatyana@mail.ru

Представлен клинический пример сложной ассоциации онкопатологии – рака поджелудочной железы и анкилозирующего спондилита. Для определения тактики лечения и прогноза у больных этой категории необходимы максимально ранняя диагностика сочетания ревматического и опухолевого заболевания, уточнение временны́х соотношений, идентификация первичного процесса и механизмов развития патологии.

Ключевые слова: онкология, рак поджелудочной железы, анкилозирующий спондилит, паранеопластический синдром.

Для цитирования: Капустина Е., Булыгин Г., Мордовский В. и др. Ассоциация рака поджелудочной железы и анкилозирующего спондилита у одного пациента // Врач. – 2018; 29 (10): 61–62. https://doi.org/10.29296/25877305-2018-10-15

Ревматология как мультидисциплинарная наука имеет общие черты с другой важной проблемой – злокачественными опухолями и собственно канцерогенезом. Хорошо известны ревматические маски, ревматическая манифестация злокачественных опухолей, так называемые паранеопластический синдром, а с другой стороны – развитие опухолевого процесса у больных ревматическими заболеваниями (РЗ) [1, 3, 5].

Частота ассоциаций РЗ и злокачественных опухолей в целом неизвестна, хотя имеются статистические данные в отношении некоторых нозологических форм; например, при дерматомиозите частота опухолей составляет, по разным сведениям, 15–42,8%, в том числе назофарингеальный рак выявляют в 50% случаев, реже – аденокарциному почек, гепатоцеллюлярную карциному, рак яичников, рак молочной железы, рак кожи, аденокарциному прямой кишки, миеломную болезнь, рак мочевого пузыря, рак яичек. У пациентов с системной склеродермией вероятность обнаружения в будущем рака легкого – 5%, кожи – 4%, печени – 3%, гемобластозов – 2%, рака молочной железы и яичников – 10% [5]. Наличие подобных пациентов в практике любого врача, нередкие публикации на эту тему, широкое обсуждение данного вопроса в отечественной и зарубежной литературе подтверждают распространенность таких сочетаний и важность проблемы в целом [1, 3, 5].

Не останавливаясь детально на сложных и далеко не решенных вопросах этиологии и патогенеза РЗ и опухолевых заболеваний, рассмотрим ряд общих или сходных причин и условий развития при них патологического процесса, к которым можно отнести инфекционные (вирусные и др.), химические, иммунологические, генетические и иные факторы.

Другим общим патогенетическим механизмом при РЗ и онкологических заболеваниях является роль клеточно-медиаторных систем, в частности провоспалительных цитокинов: интерлейкин (ИЛ)-1 – ИЛ1, ИЛ6, ИЛ17 и фактора некроза опухоли-α (ФНОα). Так, сравнительно недавно идентифицированный ИЛ17, продуцируемый активированными $CD4^+$ Т-клетками, стимулирует образование ИЛ1, ИЛ6, ФНОα, гемопоэтических цитокинов и остеокластогенез. Эти цитокины играют ведущую роль в патогенезе анкилозирующего спондилита (АС); изучается и их роль в развитии рака поджелудочной железы (ПЖ) [3, 4].

Каждому ревматологу, врачу широкой практики, да и другим специалистам известны большие трудности в ранней и дифференциальной диагностике ассоциаций РЗ и онкологических заболеваний, что усугубляет наряду с нередко ошибочной терапией неблагоприятный прогноз у таких больных.

Приводим клинический пример

В марте 2018 г. у пациентки А., 42 лет, впервые появились опоясывающие боли в животе, желтуха; больная экстренно доставлена в хирургическое отделение Красноярской муниципальной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича с диагнозом механической желтухи. Выполнены биохимический анализ крови; выявлен синдром цитолиза (повышение уровней аланинаминотрансферазы, аспарататаминотрансферазы до 3 норм); произведена эзофагогастродуоденоскопия, при которой в области большого дуоденального соска (БДС) обнаружено опухолевидное образование с изъязвлениями.

В апреле 2018 г. отмечен дебют суставного синдрома с развитием боли и отечности, выраженной скованности в коленных суставах (КС). Назначены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – кетопрофен внутрь и наружно, подключены парентеральные глюкокортикостероиды (ГКС), на фоне чего суставной синдром удалось купировать на короткий срок.

В этом же месяце с подозрением на злокачественное образование БДС и ПЖ пациентка направлена в Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского.

Больной выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция с гистологическим исследованием удаленного материала. Данные гистологии: картина умеренно дифференцированной аденокарциномы ПЖ с прорастанием в стенку двенадцатиперстной кишки до слизистой.

На 5-е сутки после операции – возвращение болей и отечности в КС, к терапии добавлены НПВП и парентеральные ГКС.

Пациентка выписана из стационара с учетом того, что ее родная сестра страдает АС; по месту жительства проведено дообследование у ревматолога – рентгенография илеосакральных сочленений; выявлен двусторонний сакроилеит, рентгенологическая стадия III; магнитно-спиральная компьютерная томография костей таза подтвердила двусторонний эрозивный сакроилеит, рентгенологическая стадия III; кроме того, определен HLA-B27. Учитывая наличие периферического артрита, к терапии добавили сульфасалазин 2,0 мг, преднизолон 20 мг, эторикоксиб (костарокс) 90 мг. На фоне терапии уменьшились боли и отечность КС, утренняя скованность. Доза ГКС снижена до 10 мг.

Клинико-инструментальное и лабораторное обследование выявили у пациентки одновременно 2 заболевания – рак ПЖ и АС, который дебютировал на фоне развития онкологического процесса. Данный суставной синдром нельзя назвать паранеопластическим, поскольку диагностирован эрозивный сакроилеит на поздней стадии и определен HLA-B27.

К.Д. Дорогойкиной и соавт. (2016) описан похожий случай дебюта рака ПЖ с клинической картиной АС, но по данным магнитно-резонансной томографии в режимах STIR и T1 воспалительных и поствоспалительных изменений в крестцово-подвздошных сочленениях не обнаружено, а в поясничном отделе нашли признаки метастазирования. Учитывая отсутствие воспалительных изменений, авторы исключили наличие АС и расценили его как паранеопластический синдром [2]. Две похожие, на первый взгляд, клинические ситуации при дифференциальной диагностике имели разную этиологию, что подтверждает необходимость тщательного подхода к диагностике паранеопластического синдрома.

Таким образом, мы рассмотрели пример сложной ассоциации онкологической патологии, в данном случае рака ПЖ, и АС. В заключение подчеркнем, что анализ проблемы ассоциации ревматических и онкологических заболеваний, с которой встречается врач как с одним из наиболее трудных вопросов диагностики и терапии, позволяет выявить определенные закономерности. Эти заболевания характеризуются общностью ряда этиологических и патогенетических факторов (вирусы, химические агенты, отдельные иммунопатологические механизмы развития патологии), которые подлежат дальнейшему изучению, но уже в настоящее время должны учитываться при постановке диагноза и выборе адекватной терапии.

Принципиально важны не только максимально ранняя диагностика сочетания ревматического и опухолевого заболевания, но и уточнение временных соотношений, идентификация первичного процесса и механизмов развития патологии, что определяет дальнейшую врачебную тактику и прогноз у этих тяжелых больных.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Гусева Н.Г. Проблема ассоциации ревматических и онкологических заболеваний (патогенетические и клинические аспекты) // Научно-практ. ревматол. – 2004; 4: 60–7. [Электронный ресурс]. Режим доступа: *https://cyberleninka.ru/article/n/problema-assotsiatsii-revmaticheskih-i-onkologicheskih-zabolevaniy-patogeneticheskie-i-klinicheskie-aspekty*
2. Дорогойкина К.Д., Чекулаева Д.Г., Кирсанова Н.В. и др. Рак поджелудочной железы, дебютировавший под «маской» анкилозирующего спондилита (клиническое наблюдение) // Бюл. мед. интернет-конф. – 2016; 6 (5): 530–1.
3. Светлова М.С. Ревматические паранеопластические синдромы // РМЖ. – 2014; 22 (7): 496.
4. Brown M., Kenna T., Wordsworth B. Genetics of ankylosing spondylitis – insights into pathogenesis // Nat. Rev. Rheumatol. – 2016; 12 (2): 81–91.
5. Mandal S., Pile K., Chacko R. et al. Malignancy and autoimmunity: causally or casually related? // Int. J. Rheum. Dis. – 2014; 17 (6): 601–5.

ASSOCIATION OF PANCREATIC CANCER AND ANKYLOSING SPONDYLITIS IN THE SAME PATIENT

E. Kapustina**, Candidate of Medical Sciences; **G. Bulygin**, **V. Mordovsky**, **T. Potupchik**, Candidate of Medical Sciences; Professor **S. Nikulina**, MD; **D. Medvedev**, **A. Budarev

Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

The paper gives a clinical example of a complex association between oncopathology (pancreatic cancer) and ankylosing spondylitis. The earliest possible diagnosis of a concurrence of rheumatic disease and tumors, the clarification of time ratios, and the identification of the primary process and mechanisms of pathology are necessary to determine the treatment policy and prognosis in this category of patients.

***Key words:** oncology, pancreatic cancer, ankylosing spondylitis, paraneoplastic syndrome.*

***For citation:** Kapustina E., Bulygin G., Mordovsky V. et al. Association of pancreatic cancer and ankylosing spondylitis in the same patient // Vrach. – 2018; 29 (10): 61–62. https://doi.org/10.29296/25877305-2018-10-15*