

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина

Десятилетняя полная регрессия при диссеминированном мелкоклеточном раке легкого с поражением центральной нервной системы после комбинированного лечения

И.В. Фрай, А.Е. Кузьминов, С.И. Резун

Адрес для переписки: Инесса Витальевна Фрай, inessa_frey@list.ru

Показана высокая эффективность комбинации иринотекана и цисплатина у пациента с диссеминированным мелкоклеточным раком легкого с поражением центральной нервной системы.

Ключевые слова: диссеминированный мелкоклеточный рак легкого, центральная нервная система, полихимиотерапия, иринотекан, цисплатин

Введение

Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) относится к наиболее агрессивным формам рака легкого, в структуре которых на его долю приходится 15-20% [1-4]. Для МРЛ характерны быстрое развитие, раннее и обширное метастазирование. В подавляющем большинстве случаев МРЛ развивается у курящих пациентов, чаще у мужчин. Максимальные показатели заболеваемости отмечаются в возрастной группе 40-60 лет [1-3]. Обычно опухоль начинает развиваться как центральный рак легкого, однако очень скоро метастазирует в бронхопульмональные и медиастинальные лимфоузлы, а также отдаленные органы (кости скелета, печень, головной мозг). Без специального противоопухолевого лечения медиана выживаемости не превышает трех месяцев. Медиана продолжительности жизни на фоне химиотерапии диссеминированного процесса составляет девять месяцев. Пятилетняя выживаемость достигает 5–10% [1–3, 5]. Химиотерапию используют как

в качестве самостоятельного ме-

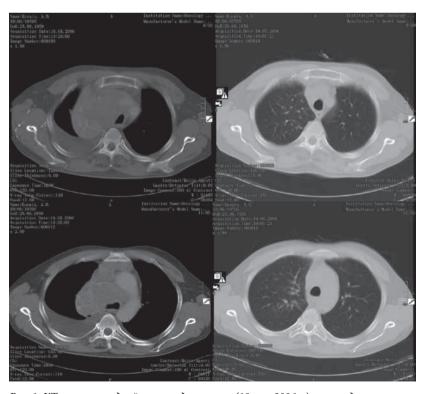


Рис. 1. КТ органов грудной клетки до лечения (19 мая 2006 г.) и после двух курсов ПХТ (19 июля 2006 г.) (выраженная положительная динамика: массивный конгломерат сократился до 4,5 × 2,5 см, локализуется претрахеально и в области трахеобронхиального угла, с мелкой кальцификацией. Просветы бронхов без видимой деформации. Сократились метастазы в лимфоузлах средостения. Перестал определяться плеврит)



тода, так и в сочетании с лучевой терапией. Цель лечения – добиться полной ремиссии, которая должна быть подтверждена бронхоскопическими методами. Эффективность лечения оценивают через 6-12 недель после его начала. По этим результатам можно прогнозировать вероятность излечения и продолжительность жизни больного. Самый благоприятный прогноз у тех, кому за указанный период времени удалось достичь полной ремиссии. В эту группу входят больные, продолжительность жизни которых превышает три года.

У пациентов с распространенным МРЛ, у которых основным методом лечения является комбинированная химиотерапия, а облучение проводится только по специальным показаниям, общая эффективность химиотерапии составляет 70%, но полная регрессия достигается лишь в 20% случаев [6, 7].

Клинический случай

Больной А.Д. Кузмин, 46 лет (ID: 06/10705).

Диагноз. Центральный мелкоклеточный рак правого легкого, метастазы в лимфатические узлы корня, средостения, шейно-надключичные с обеих сторон, головной мозг. Двусторонний плеврит. Ателектаз верхней доли правого легкого. Т4N2M1, стадия IV. Состояние после полихимиотерапии (ПХТ), профилактической лучевой терапии. Полная регрессия всех опухолевых проявлений. Ремиссия заболевания в течение десяти лет.

Гистология. 11624 от 12 мая 2006 г.: мелкоклеточный рак.

Сопутствующие заболевания: хронический простатит. Ремиссия.

Анамнез. С февраля 2006 г. увеличение надключичных лимфатических узлов справа. В апреле 2006 г. госпитализирован в ГКБ № 7 по поводу обострения хронического простатита. При обследовании выявлена опухоль правого легкого. Обратился в РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Гистология: 11624 от 12 мая 2006 г.: мелкоклеточный рак (бронхоскопия).

Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, брюшной полости, головного мозга с внут-

ривенным контрастированием от 19 мая 2006 г. В правой плевральной полости значительное количество жидкости. Верхняя доля правого легкого в ателектазе, верхний долевой бронх не дифференцируется. Верхнее средостение и правая корневая зона заняты массивным опухолевым конгломератом 9,5×6,0 см, который распространяется паратрахеально справа, сдавливая и оттесняя трахею влево, достигает верхушки правого легкого. Конгломерат распространяется на оба овальных окна. Отдельные узлы определяются по дуге аорты и в области бифуркации, в переднем средостении слева $2,0 \times 2,5 \times 3,0$ см. Просветы главного и среднего долевого бронхов деформированы. Небольшой выпот в левой плевральной полости. Брюшная полость, печень, почки, надпочечники – без особенностей. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены.

Головной мозг – в височных областях с обеих сторон очаги 0,5 и 0,6 см, без отека, не исключены более мелкие очаги в теменных областях.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) регионарных лимфатических узлов от 31 мая 2006 г. В шейно-надключичной области справа лимфатические узлы от 0,5 до 2,6 см, 3,6×3,9 см, в шейно-надключичной слева – от 1,2 до 1,8 см. В других областях – без особенностей. Диагноз: центральный мелкоклеточный рак правого легкого, метастазы в лимфатические узлы корня, средостения, шейно-надключичные с обеих сторон, головной мозг. Двусторонний плеврит. Ателектаз верхней доли правого легкого.

Лечение. С 25 мая по 25 октября 2006 г. проведено шесть курсов химиотерапии по схеме: иринотекан 65 мг/м² (120 мг) в первый и восьмой дни + цисплатин 80 мг/м² (150 мг) в первый день каждые три недели. Первый курс осложнился диареей 4-й степени, в связи с чем доза иринотекана была снижена на 30%. После второго и четвертого курса отмечалась частичная регрессия, после шестого курса – полная регрессия. При контрольном обследовании че-

рез три месяца сохранялась полная

регрессия опухолевого процесса.

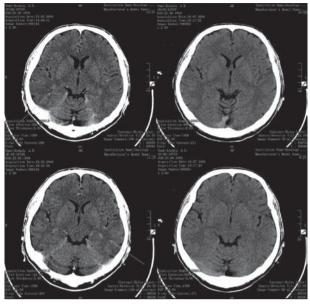


Рис. 2. КТ головного мозга с внутривенным контрастированием до лечения (19 мая 2006 г.) и после двух курсов ПХТ (19 июля 2006 г.). Полная регрессия (19 мая 2006 г. в височных областях с обеих сторон очаги 0,5 и 0,6 см, без отека, нельзя исключить более мелкие очаги в теменных областях. 19 июля 2006 г. перестали определяться выявляемые ранее очаги в структурах головного мозга)

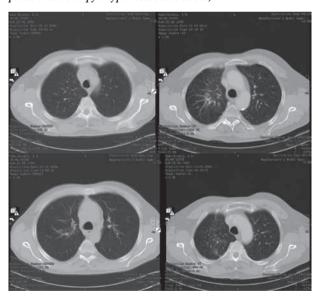


Рис. 3. КТ грудной клетки после шести курсов ПХТ (29 ноября 2006 г.) и через десять лет (14 апреля 2016 г.) (29 ноября 2006 г.: на месте опухоли справа от трахеи сохраняется уплотнение клетчатки. Признаков наличия увеличенных лимфоузлов не выявлено. В легких без очаговых и инфильтративных изменений. Проходимость бронхов не нарушена. Структура вещества мозга не изменена. Желудочки обычных размеров и формы. Смещения срединных структур не отмечено. Органической патологии в веществе и желудочках мозга не выявлено. 14 апреля 2016 г.: постлучевые изменения в правом легком. Плевральные синусы свободны. Клетчатка верхнего средостения резко уплотнена, пимфатические узлы на этом фоне четко не видны. Срединные структуры симметричны. Желудочки мозга обычных размеров и формы. Признаки объемного образования не выявлены)



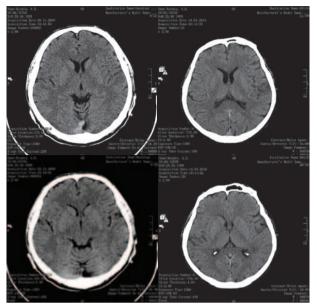


Рис. 4. КТ головного мозга с внутривенным контрастированием после шести курсов ПХТ (29 ноября 2006 г.) и через десять лет (14 апреля 2016 г.). Полная регрессия сохраняется

КТ органов грудной клетки, брюшной полости, головного мозга с внутривенным контрастированием от 29 ноября 2006 г. На месте опухоли справа от трахеи сохранялось уплотнение клетчатки. Признаков наличия увеличенных

лимфоузлов не выявлено. В легких – без очаговых и инфильтративных изменений. Проходимость бронхов не нарушена. Структура вещества мозга не изменена. Желудочки обычных размеров и формы. Смещения срединных структур не зафиксировано. Органической патологии в веществе и желудочках мозга не выявлено. С 26 февраля по 19 марта 2007 г. проведен консолидирующий курс лучевой терапии на шейно-надподключичную область с двух сторон с разовой очаговой дозой (РОД) 3 Гр, суммарной очаговой дозой (СОД) 30 Гр, на область правого легкого, средостения – РОД 2,5 Гр, СОД 32 Гр, на весь объем головного мозга – РОД 2,5 Гр, СОД 36 Гр.

УЗИ от 29 ноября 2006 г. Брюшная полость, печень, почки, надпочечники, селезенка – без особенностей. Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены. В периферических зонах увеличенные лимфатические узлы не визуализировались.

Бронхоскопия от 30 июля 2007 г. Обе половины гортани подвижны, просвет трахеи широкий, кольца хорошо дифференцированы. Карина прямая, ее основание не расши-

рено. При осмотре обеих половин бронхиального дерева опухолевой патологии не выявлено. Просвет доступных осмотру бронхов не изменен. Слизистая оболочка гладкая, блестящая, розового цвета. УЗИ от 14 апреля 2016 г. Брюшная полость, печень, почки, надпочечники, селезенка – без особенностей. Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены. В периферических зонах увеличенные лимфатические узлы не визуализировались.

Результаты КТ и УЗИ до и после

лечения представлены на рис. 1-4.

Заключение

Несмотря на редукцию доз цитостатиков при проведении двух шести курсов химиотерапии в связи с возникшей диареей 4-й степени после первого курса, комбинация иринотекана и цисплатина показала высокую эффективность при диссеминированном мелкоклеточном раке легкого с поражением центральной нервной системы. Консолидирующая лучевая терапия на первичную опухоль, зоны локального метастазирования, головной мозг позволила длительно закрепить достигнутый эффект от лечения. 🤄

Литература

- 1. Ferlay J., Shin H.R., Bray F. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 // Int. J. Cancer. 2010. Vol. 127. № 12. P. 2893–2917.
- 2. Herbst R.S., Heymach J.V., Lippman S.M. Lung cancer // N. Engl. J. Med. 2008. Vol. 359. № 13. P. 1367–1380.
- 3. Stupp R., Monnerat C., Turrisi A.T. et al. Small cell lung cancer: state of the art and future perspectives // Lung Cancer. 2004. Vol. 45. № 1. P. 105–117.
- Бычков М.Б., Горбунова В.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком легкого. М., 2014.
- 5. NCCN Guidelines Version 2012.
- Seifter E.J., Ihde D.C. Therapy of small cell lung cancer: a perspective on two decades of clinical research // Semin. Oncol. 1988. Vol. 15. № 3. P. 278–299.
- Johnson D.H. Management of small cell lung cancer: current state of the art // Chest. 1999. Vol. 116. Suppl. 6. P. 525S-530S.

A 10-Year Complete Regression in Patient with Disseminated Small Cell Lung Cancer and Affected Central Nervous System after a Combination Therapy

I.V. Fray, A.Ye. Kuzminov, S.I. Rezun

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center

Contact person: Inessa Vitalyevna Fray, inessa_frey@list.ru

A combination of irinotecan and cisplatin was shown to be highly efficient in treatment of patient with disseminated small cell lung cancer with affected central nervous system.

Key words: disseminated small cell lung cancer, central nervous system, polychemotherapy, irinotecan, cisplatin

Эффективная фармакотерапия. 38/2016