


КГБУЗ «Городская клиническая
больница №10»

Злокачественная диффузная
мезотелиома плевры
(клинический случай)

2016 г.



Злокачественная мезотелиома плевры (ЗМП) – относительно редкая злокачественная опухоль, развивающаяся из мультипотентных мезотелиальных клеток и характеризующаяся поражением всех частей париетальной, а затем и висцеральной плевры.

Эпидемиология.

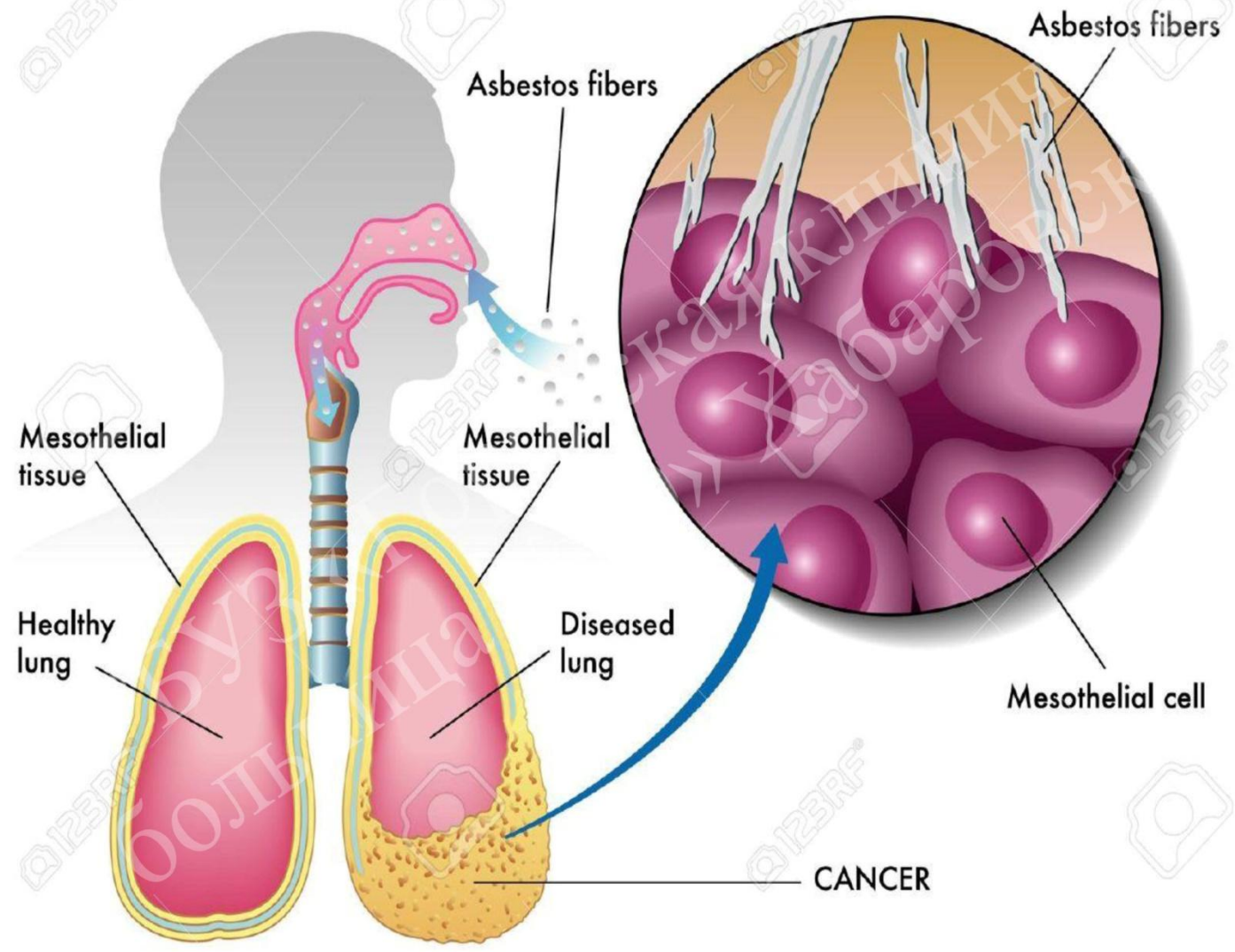
ЗМП традиционно считается редко встречающейся опухолью.

В среднем, у мужчин заболеваемость составляет 15–20 случаев на 1 млн., а среди женщин – 3 случая на 1 млн.

Этиология

- ❖ Основным этиологическим фактором развития ЗМП является контакт с асбестом. Узкие прямые волокна достаточно легко проникают по лимфатическим сосудам в легочную паренхиму и субплевральное пространство.
- ❖ Кроме асбеста в развитии ЗМП также имеют значение другие химические канцерогены (силикаты, бериллий, жидкий парафин).
- ❖ Ионизирующее излучение (описаны случаи развития мезотелиомы через 20–30 лет после лучевой терапии лимфогранулематоза).
- ❖ Генетическая предрасположенность.
- ❖ А также активно изучается роль вируса SV-40, гены которого экспрессируются у 60% больных ЗМП (Вирус SV40, или обезьяний вирус, был обнаружен в период с 1955 по 1963 годы во время глобальной вакцинации от полиомиелита. Вакцина была загрязнена этим вирусом. Ученым не удалось до конца установить механизм, по которому вирус способствует развитию мезотелиомы, но связь определенно прослеживалась).

Pleural Mesothelioma



Клинико-рентгенологические формы диффузной мезотелиомы плевры:

➤ 1 форма

- Плевральный выпот без четко выраженной опухолевой массы или заметного утолщения плевры.

➤ 2 форма

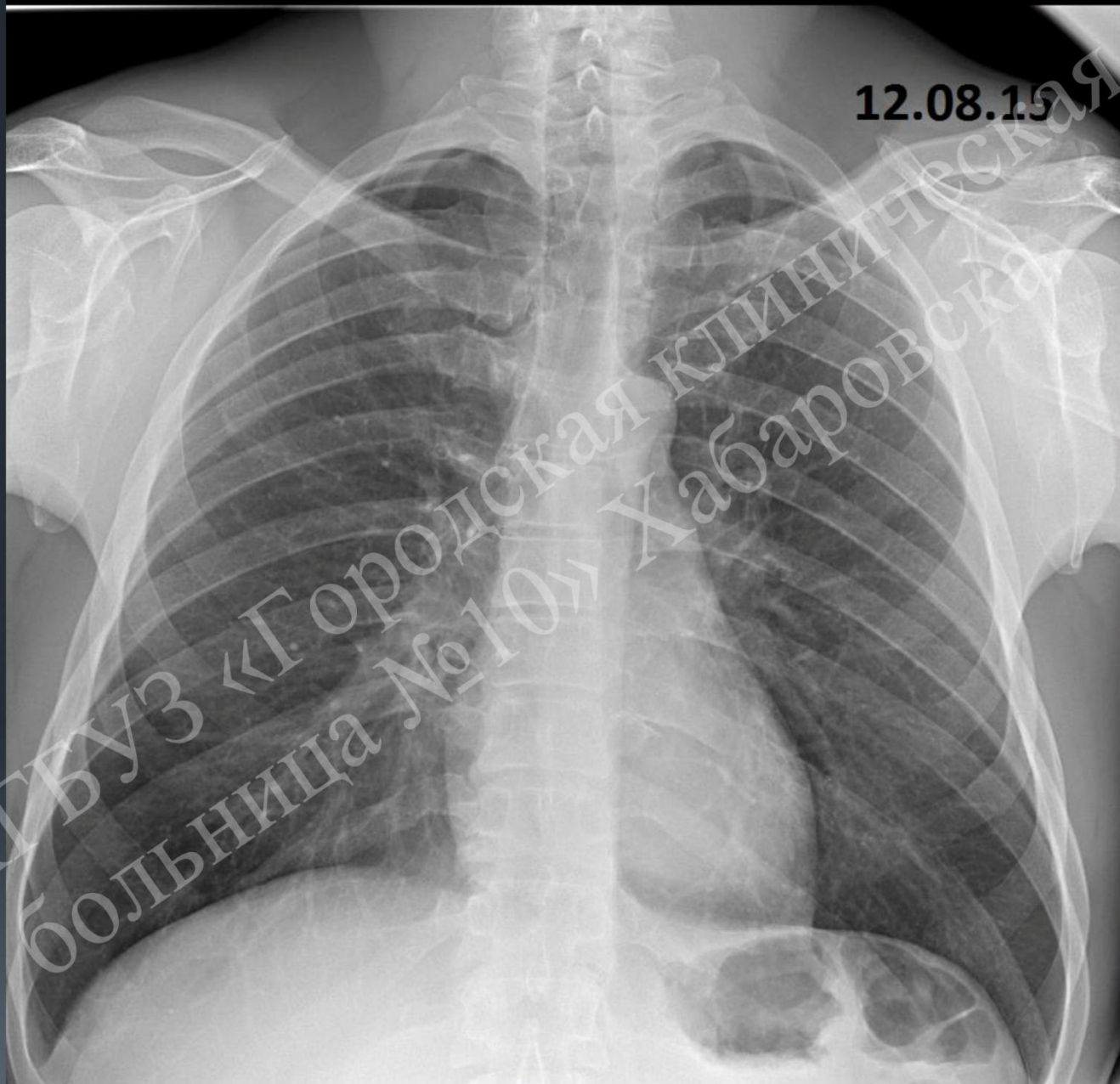
- Множественная узловатая форма.

➤ 3 форма

- Стелющаяся.

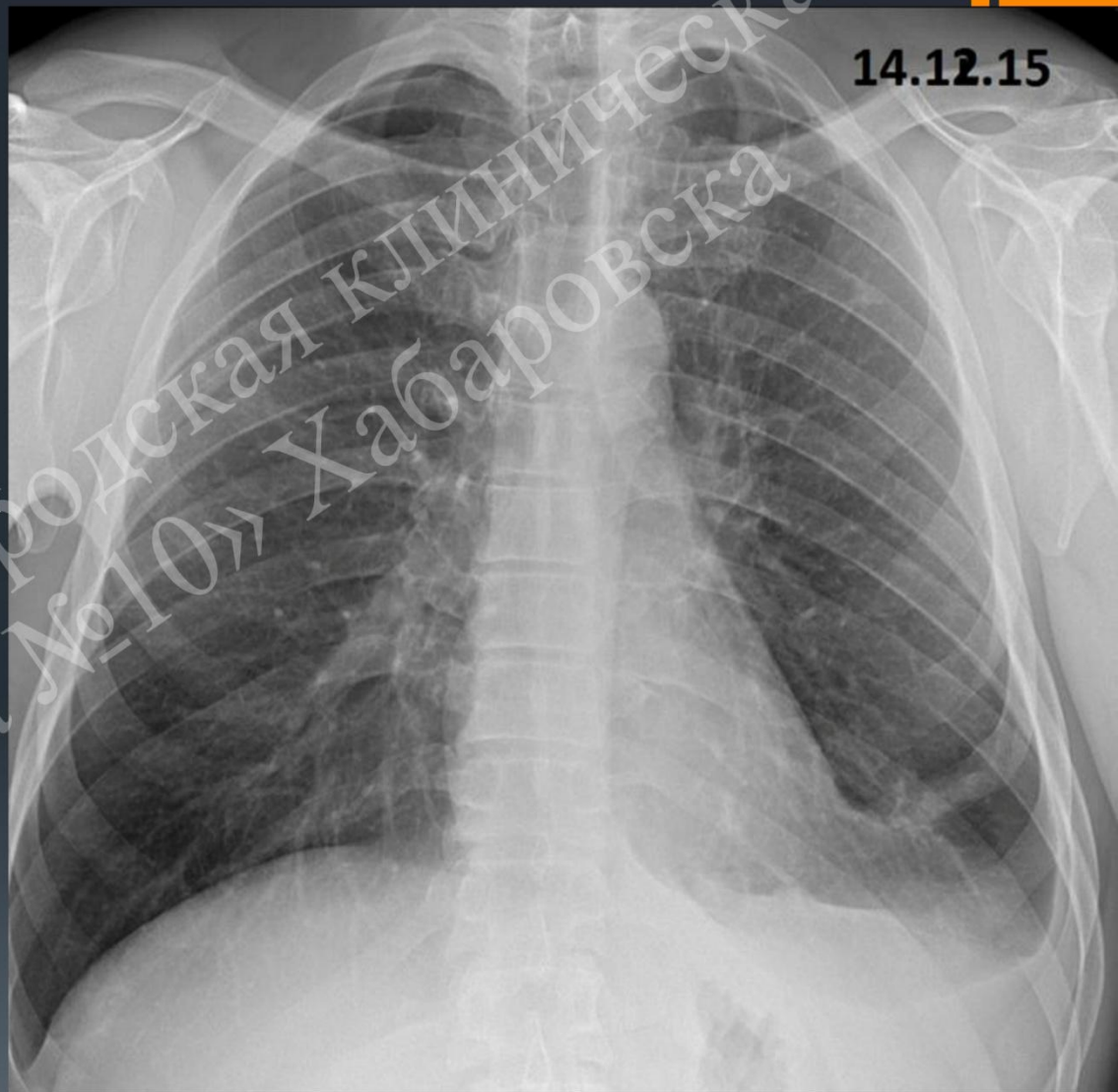
Больной Н., 1972 г.р.

Поступил в пульмонологическое отделение ГБ № 10 14.01.16 года. Считал себя больным с октября 2015 года, когда после переохлаждения появились боли в левой половине грудной клетки. Лечился самостоятельно, связывая свое состояние с обострением остеохондроза. После приема больших доз НПВС отмечал небольшое снижение боли, улучшение самочувствия. По данным Rg-гр. ОГК остаточные изменения перенесенного туберкулеза S1-2 левого легкого. В анамнезе: находился на лечении в п. Бира (млс) по поводу туберкулеза в период с 2000 по 2001 г. Снят с ДУ в 2002 году.



В декабре 2015 после факта повторного переохлаждения отметил значительное ухудшение самочувствия в виде боли в левой половине грудной клетки и повышения температуры тела.

Rg-логически обследован: выявлены признаки наличия жидкости в левой плевральной полости. От госпитализации больной отказался.



При поступлении

- PS 110 уд в мин.
- АД 130/90 мм. Рт. ст.
- ЧД 24 в мин.
- SpO2 98%
- Дыхание ослаблено в проекции н/отделов слева.
- ОАК от 22.01.16
Hb 134 г/л, Эр 4.5, Le1 7.6, лимф. 8, СОЭ 42 мм/час.
- Анализ плевральной жидкости от 15.01.16 года:
Обильное аморфное вещество, лимфоидные элементы б/к, клетки мезотелия б/к с дегенеративными изменениями. Клеток злокачественного роста не обнаружено.
Уд. вес 1015, желтая, прозрачная, эритроцитов 30-35, лейкоцитов 15-17.
Аспирировано 4200 мл.

УЗИ от 20.01.16 г.:


В плевральной
полости большое
количество
жидкости до 8
ребра, в глубину 13
см, объем 1300 мл.

Структура
жидкости
неоднородна за счет
большого
количества взвеси.



18.01.16





28.01.16 г. с диагнозом экссудативный туберкулезный левосторонний плеврит больной переведен в КГ БУЗ ПТД. Где продолжили диагностический поиск и больному было назначены противотуберкулезные препараты, симптоматические и а/бактериальные препараты.

Бронхоскопия от 24.01.16 катарально-гнойный бронхит слева 2 ст. активности.

Анализ мокроты методом б/скопии, посев отр. (многократно).

ОАК от 29.01.16 эр. 4.49, Нв 123 г/л, лей 11.2, с/я 66, эоз 1, баз 1, лимф. 22, мон 10, СОЭ 15 мм в час.

Анализ плевральной жидкости от 08.02.16 мутн., осадок значительный геморрагического характера, лей 0-0-1 в п/зр., нейтрофилы 10%, лимф. 79%, мон 0%, эоз 1%, клетки мезотелия 10%, атипические клетки не обнаружены.

01.02.16

аспирировано

4000 мл

жидкости

серозно-

геморрагической

характера.

31.01.16 г.



03.02.16 аспирировано 2600 мл жидкости серозно-геморрагического характера.

УЗИ от 04.02.16: в левой плевральной полости лоцируется 700 мл жидкости, масса фибрина.

08.02.16 г. аспирировано 1000 мл жидкости серозно-геморрагического характера.

14.02.16 г. аспирировано 600 мл жидкости. Пункцию перенес плохо по причине выраженного болевого синдрома.

В проведении повторных пункций отказано в связи с нарастанием у пациента сердечно-легочной недостаточности.



УЗИ от 20.02.16 г.:

В левой плевральной полости определяется около 2500 мл жидкости, рыхлые фибриновые массы. В правой плевральной полости фибриновые наложения.

УЗИ от 25.02.16:

В левой плевральной полости основной объем содержимого представлен рыхлыми фибриновыми массами различной степени организации.



04.03.16



КГБУЗ «Городская клиническая больница №10» Хабаровска



УЗИ от 10.03.16 г.:

В левой плевральной полости определяется около 2000 мл жидкости, рыхлые фибриновые перегородки, сплошь.

В правой плевральной полости фибриновые наложения.



17.03.16 ЦВКК:

Учитывая отсутствие бактериовыделения, эффекта от приема АБП, а также нарастание изменений

диагноз рецидива туберкулезного процесса снят.

18.03.16 больной переведен в пульмонологическое отделение ГБ №10.

Результат патологоанатомического вскрытия от 23.03.16 г.

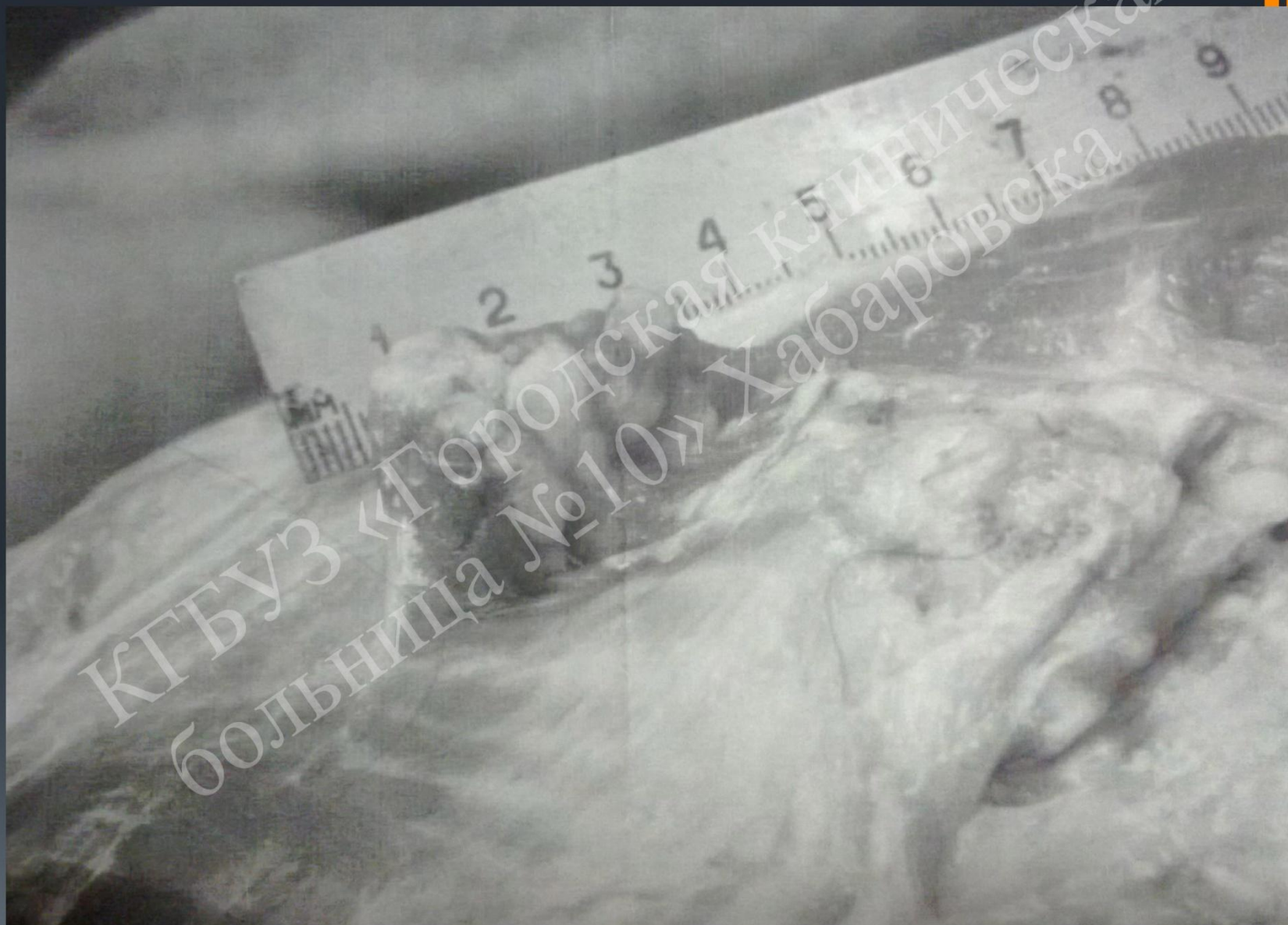
Основное заболевание

Злокачественная мезотелиома плевры, диффузная форма, с распространением на переднюю грудную стенку с прорастанием грудины и передних отрезков (по среднеключичной линии) 3,4,5 ребер слева, перикард, диафрагму, серповидную связку печени, печень, множественными метастазами в трахеобронхиальные и бифуркационные л/узлы, субплевральными метастазами в правое легкое, в оба надпочечника.

Осложнения

Некрозы опухолевых узлов с развитием параканкрозного фибрино-геморрагического левостороннего плеврита. Синдром системного воспалительного ответа: острые эрозии желудка и тонкого кишечника, множественные диапедезные кровоизлияния в плевре, перикарде, брюшине, полнокровие сосудов легких, кишечника, острое венозное полнокровие печени, гиперплазия и полнокровие селезенки, интерстициальный отек миокарда, гидроперикард, отек легких.

Макроскопический материал

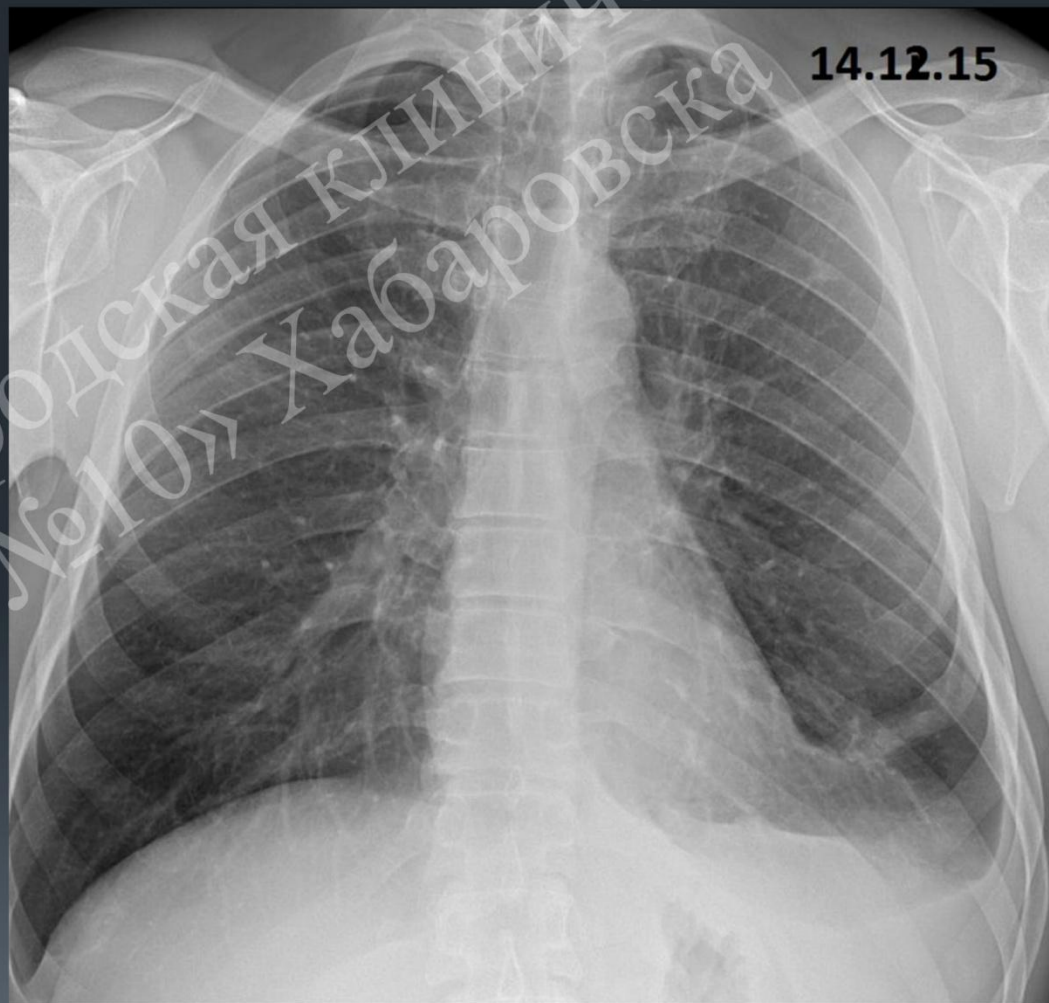


Клинико-рентгенологические стадии заболевания:

1 стадия

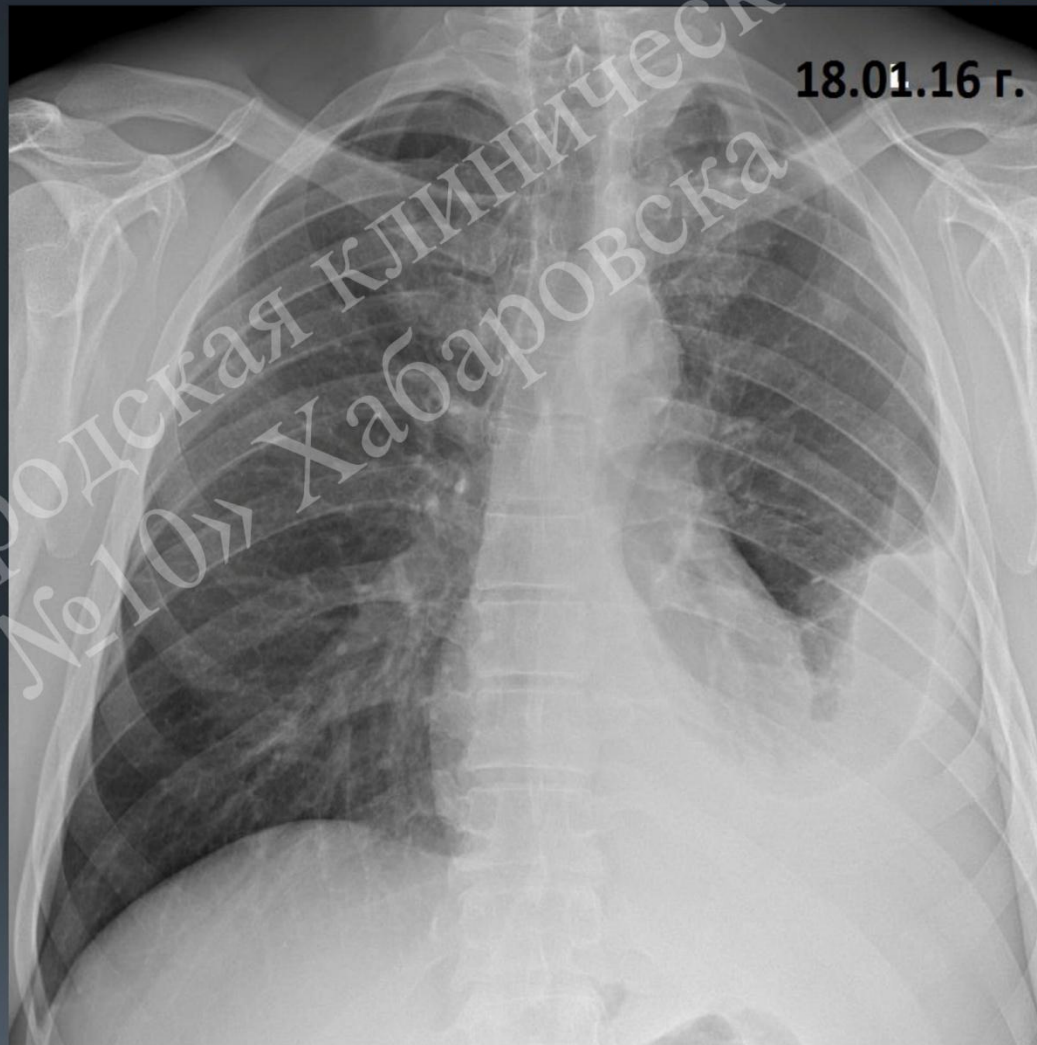
Выпот в плевральной полости.

Начальным и ведущим рентгенологическим симптомом является экссудативный плеврит и проявляется значительным, а порой тотальным интенсивным затемнением пораженной половины грудной клетки с косой, иногда неровной, волнистой или выпуклой верхней границей. После удаления выпота из плевральной полости в нижних ее отделах на этой стадии заболевания нередко удается обнаружить лишь плевральные наслоения. В редких случаях наблюдается осумкование выпота, как правило, в нижних отделах плевральной полости.



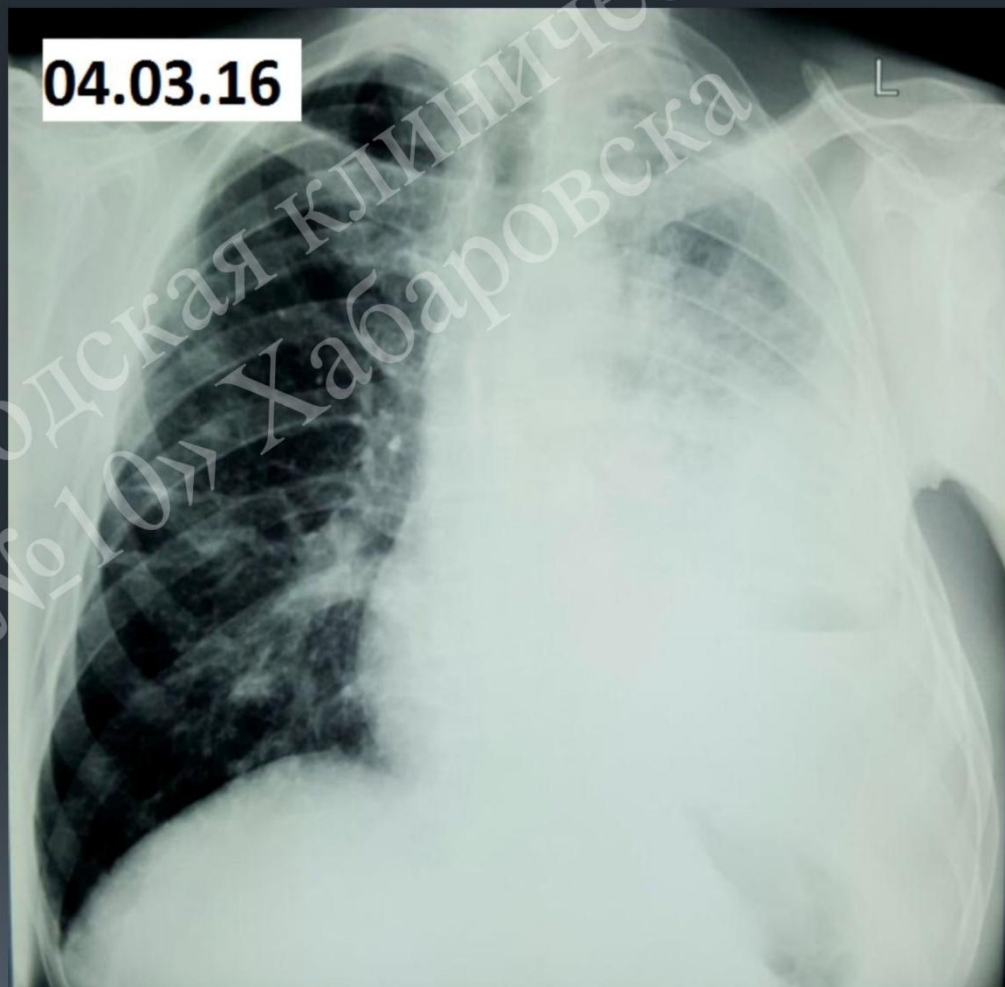
2 стадия

Неравномерно бугристое или пластовидное утолщение плевры, уменьшение размеров легочного поля из-за сдавления легкого стекаящейся вокруг него опухолью. Развитие опухоли сопровождается появлением значительного или умеренного количества жидкости в плевральной полости. При пластовидной форме мезотелиомы происходит более равномерное утолщение плевры. Особенностью этой формы является разрастание опухоли в виде равномерных пластов, которые окутывают легкое, сдавливают его, мешая расправлению после эвакуации жидкости. По мере прогрессирования заболевания и разрастания опухоли по плевре интенсивность затемнения после плевроцентеза незначительно или остается прежней. Пункция затруднительна и крайне болезненна из-за тракции утолщенной плевры.



3 стадия

Распространение опухоли на легкое, грудную стенку, средостение и в брюшную полость, а также лимфогематогенное распространение в другие органы. Происходит прогрессирующее сморщивание легкого. Нарастает снижение его прозрачности, вызванное массивом опухоли, сдавлением, прорастанием и потерей воздушности легочной ткани. Органы средостения смещаются в пораженную сторону, трахеобронхиальный угол уменьшается.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

