

Бахтерева Е.В., Лейдерман Е.Л., Широков В.А., Терехов Н.Л., Милованкина Н.О.

Синдром Панкоста в практике врача-невролога

ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

Bakhtereva E.V., Leyderman E.L., Shirokov V.A., Terekhov N.L., Milovankina N.O.

Pancoast syndrome in the practice of a neurologist

Резюме

Представлен сложный клинический случай пациента с первично доминирующей неврологической симптоматикой брахиалгического невропатического синдрома на фоне опухоли верхушки легкого (синдром Панкоста). Продемонстрирована необходимость в онкологической настороженности врача-невролога на приеме возрастных пациентов с выраженным, не купируемым традиционными средствами, болевым синдромом при дорсопатиях. Решающее значение имеет тщательный сбор соматического анамнеза, принятие во внимание наличие астенического синдрома и клинических проявлений сопутствующей патологии.

Ключевые слова: рак легких, синдром Панкоста, брахиалгический синдром

Summary

The article presents a complex case of a patient with primary neurological symptoms brahialgicheskogo dominant syndrome with neuropathic pain component on the background of the tumor apex (Pancoast syndrome). Demonstrated the need for oncology wary of a neurologist at the reception age of patients with severe, do not respond to traditional means pain at dorsopathies. Crucial is thorough collection of physical history, taking into account the presence of asthenic syndrome and clinical manifestations of comorbidity.

Key words: lung cancer, Pancoast syndrome, arm pain

Заблеваемость злокачественными новообразованиями органов дыхания ежегодно в России составляет свыше 57,7 тысяч человек. [1]. Среди всего многообразия опухолей лёгкого рак Панкоста занимает особое место. На долю «верхушечного рака легкого» Панкоста-Тобниаса (по современной номенклатуре) приходится примерно 5 % от числа бронхогенных злокачественных новообразований. Это связано с топографической анатомией расположения опухоли. Растущая опухоль может сдавливать или прорастать плечеголовную вену, подключичную артерию, диафрагмальный нерв, возвратный гортанный нерв, блуждающий нерв и звездчатый ганглий, плечевое сплетение, ребра, шейные позвонки [2].

Первый зарегистрированный случай опухоли Панкоста был описан Наре в 1838 г. [3] как "опухоль с вовлечением определенных нервов", производила постоянную и характерную боль в плече и руке. Почти девяносто лет спустя в 1924 году, Генри К. Панкоста, радиолог из Филадельфии, сообщил о нескольких случаях опухолей грудной клетки, связанных с характерными рентгенологическими признаками "малых однородных теней в верхушке легкого", частичным разрушением первого ребра и часто позвоночной инфильтрацией [4]. Эти опухоли были связаны с клиническим проявлением болевого синдрома в проекции восьмого шейного корешка, первого и второго

грудных стволов, и синдромом Горнера. В 1946 году Герберт и Уотсон [5], представившие восемь новых случаев опухоли Панкоста, пришли к выводу, что болезнь, без эффективной терапии, имеет смертельный исход. Все пациенты, которых они наблюдали, умерли в течение десяти месяцев после первоначального определения диагноза. В конце 1990-х годов применение одновременной химио- и радиотерапии привело к значительному улучшению исхода заболевания. Наиболее частой причиной синдрома Панкоста является периферический рак легкого плоскоклеточного происхождения из верхней борозды [6]. Другие первичные верхушечные новообразования также могут производить к синдрому Панкоста; лимфодной кистозный рак, карциноидный, гемангиоперцитомы и мезотелиома, метастазы в легкие из гортани, щитовидной железы, мочевого пузыря. Гематологические злокачественные новообразования, такие как плазмоцитомы, неходжкинской лимфомы, и лимфоматозный гранулематоз также будут перечислены в качестве нечастых причин опухолей Панкоста [2].

Клиническая картина и стадийность процесса при верхушечном раке легкого зависит от преимущественного направления роста опухоли, поэтому принято выделять синдром Панкоста полный (с характерным клинико-неврологическим синдромом) и неполный.

Различают 4 типа вовлечения нервной системы в опухолевый процесс, в зависимости от прорастания тканей надплечья и грудной стенки: I тип - поражение нижнего шейного симпатического ганглия, что приводит к триаде Горнера, нарушению потоотделения в верхней конечности, болям каузальгического характера. II тип - поражение нижнего ствола плечевого сплетения и I-II грудного нерва, обуславливает боли в плечевом поясе с иррадиацией в руку, слабость мышц, расстройство чувствительности и нарушение рефлексов в верхней конечности пораженной стороны. III тип - вовлечение в процесс возвратного нерва, что приводит к осиплости голоса. IV тип - поражение спинного мозга, возникает при прорастании опухоли в позвоночный канал. Возможно вовлечение в процесс диафрагмального нерва, при котором наступает паралич соответствующего купола диафрагмы [7].

При верхушечном раке на первых этапах развития заболевание может протекать бессимптомно, и опухоль обнаруживается при профилактической флюорографии. При постепенном развитии болезни ведущим клиническим симптомом является боль в шейном отделе, груди, плечевом суставе, руке [8]. Сроки от момента появления первых симптомов заболевания до установления диагноза колеблются от одного до четырех месяцев, иногда могут затягиваться до 6 месяцев. Больным без проведения рентгенологического исследования органов грудной клетки, назначается физиотерапевтическое лечение по поводу предполагаемого остеохондроза грудного отдела позвоночника.

Истинная степень распространенности опухолевого процесса на прилежащие ткани средостения, ребра и позвонки устанавливается при проведении МРТ исследования.

Боль в спине является одной из наиболее частых причин первичного обращения пациента к врачу. Учитывая разнообразие патологических процессов, следствием которых является возникновение болевого синдрома, в том числе и отраженной боли при соматической патологии, врач, ведущий прием не всегда может провести полноценную дифференциальную диагностику и установить истинную причину боли. И, как следствие, нередко боли в позвоночнике квалифицируются как дорсопатии и назначается стандартная терапия [9].

С учетом вышесказанного представляет интерес клинический случай пациента с выраженным брахиалгическим синдромом на фоне рака Панкоста.

Пациент Б., 76 лет, поступил 06 октября 2016 г. в плановом порядке в терапевтическое отделение ФБУН «Екатеринбургский медицинский – научный центр» с диагнозом гипертензивная болезнь III ст. Предъявлял жалобы на повышение артериального давления, периодические головные боли в затылочной области, выраженные жгучие боли в левой половине шеи, области левой лопатки, иррадиирующие по передне-внутренней поверхности левого плеча, ульнарной поверхности левого предплечья. Боли нарушали ночной сон. Отсутствие голоса, осиплость. Часто сухой кашель. Онемение кистей, стоп.

Предварительный диагноз: Дорсопатия шейного и грудного отделов. Полиневропатия верхних и нижних конечностей. Назначенная стандартная терапия (НПВС, сосудистая терапия) без эффекта.

Был направлен на консультацию невролога.

Заболел около 6 месяцев назад, когда отметил исчезновение голоса. Через неделю появились выраженные ноющие боли в области левого локтевого сустава, затем в левом плечевом суставе, под левой лопаткой, левой надключичной области. Боли сопровождалась чувством жжения во всей левой руке, появилось онемение пальцев, больше в 4–5, похудела кисть, нарастала слабость в руке. Обращался к врачу по месту жительства, в неврологическом отделении районной больницы в июне 2016г с диагнозом: Дорсопатия шейного и грудного отделов принимал лечение, без эффекта.

В течение последнего месяца болевой синдром в левом плечевом суставе и руке выражен (8-9 баллов по ВАШ), нарушен ночной сон, принимает НПВС (кеторола, кетанов) каждый час без существенного эффекта. На фоне болевого синдрома чаще стало повышаться АД, плохо корректируемое медикаментами.

Из анамнеза жизни: страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет (для коррекции принимает ренитек 10мг/сутки), операция чрезпузырной аденомэктомии по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы в июне 2016г, флюорография органов грудной клетки от мая 2016г – без патологии, рентгенограммы шейного отдела от мая 2016г – остеохондроз CIV-CVII. Курил в течение 30 лет.

При объективном осмотре обращает внимание выраженная бледность кожного покрова, сухой кашель во время осмотра.

В неврологическом статусе: сознание ясное, ориентирован верно, симптом Горнера слева (птоз, миоз, ангидроз лица и шеи), отсутствие голоса, парез голосовой связки слева (синдром Пейна). Сухожильные рефлексы с верхних конечностей повышены слева, коленные равномерные, ахилловы – снижены. Патологические знаки отсутствуют.

Уплотнение левой ладони, гипотрофия мышц левой верхней конечности, преимущественно в области первого межкостного промежутка («анатомическая табакерка»), гипотенара, тенара, разгибателей левого предплечья. Сила мышц левой кисти снижена до 3 баллов. Положительные провокационные компрессионные тесты Тинеля, дигитальной компрессии на уровне кубитального канала слева с усилением парестезий и стреляющих болей в область IV и V пальцев, на уровне запястного канала с усилением онемения в зоне I-III пальцев левой кисти.

Гипалгезия на I-III пальцах левой кисти с усилением на ульнарной поверхности левой кисти, на ½ IV и V пальцах с элементами аллодинии. Выраженная болезненность CII-CIV паравертебральных точек слева, с иррадиацией боли в левую руку. Болезненность передней поверхности капсулы левого плечевого сустава, надмышцелов плечевой кости слева. Ограничены и болезненны движения в левом плечевом суставе (активное отведение до 1000, пассивное – до 1300, заведение руки за спину до LIII).

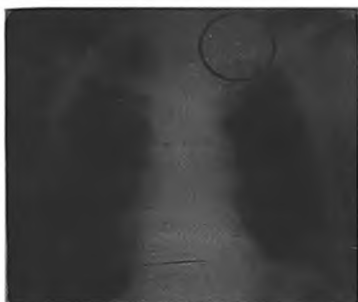


Рис.1. Рентгенограмма органов грудной клетки пациента Б., 76 лет. В S1-2 левого легкого определяется снижение пневматизации легочной ткани. Опухоль верхушки левого легкого.

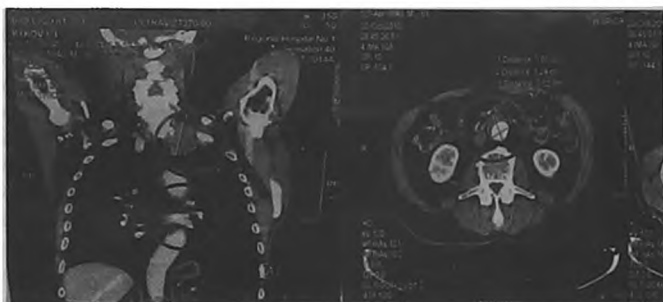


Рис. 2. КТ грудной клетки с контрастированием (ультравист). Опухоль Панкоста 4 ст. левого легкого, метастазы в средостение, аневризма брюшного отдела аорты.

В позе Ромберга устойчив, интенция при выполнении пальце-носовой пробы с 2-х сторон.

Предварительный диагноз: Левосторонняя миелорадикулопатия шейного уровня, синдром Горнера, с дополнительной компрессией локтевого и срединного нервов на уровне кубитального и запястного каналов с парезом соответствующих миотомов левой верхней конечности, нарушением функции левой кисти, хронический выраженный болевой синдромом с нейропатическим компонентом на фоне образования легкого (?), средостения (?). Вторичная компрессионная невропатия возвратного гортанного нерва, диафрагмального нерва слева.

По результатам проведенного обследования:

Анализ крови от 07.10.16 в пределах нормы: лейкоциты $6,76 \cdot 10^9$, гемоглобин 156 г/л, эритроциты $5,00 \cdot 10^{12}$, СОЭ 5 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение билирубина (21,8/7,58 мкмоль/л) и глюкозы (6,4 ммоль/л), гликированный гемоглобин 6,08%, АЛП/АСТ 20,1/26,9.

При стимуляционной ЭНМГ периферических нервов верхних конечностей регистрируются признаки сенсомоторной невропатии левого срединного нерва на уровне запястного канала; признаки невропатии левого локтевого нерва на уровне кубитального канала. Регистрируются аксональные изменения по моторным волокнам срединных (С7, С8) нервов (снижена амплитуда М-ответа слева 0,3 мВ, справа -2,4 мВ, норма выше 3,5 мВ), левого локтевого (С8, Th1) нерва (снижена амплитуды М-ответа до 1,1 мВ; норма выше 4 мВ), малоберцовых (L4, L5) нервов (слева до 2,7 мВ, справа до 2,5 мВ; норма выше 2,6 мВ) и правого большеберцового (L5, S1) нерва (снижена амплитуда М-ответа - 6,2 мВ по сравнению с противоположной стороной более чем на 30%; норма выше 5,8 мВ). Регистрируются признаки нарушения проведения импульса на уровне сегментарной дуги спинного мозга с 2-х сторон (S1). Регистрируются косвенные ЭМГ признаки вовлечения мотонейронов с/м на шейном уровне (полное выпадение F-волн при стимуляции левого срединного нерва) и поясничном уровне (регистрируются "гигантские" F-волны в 50% при стимуляции левого большеберцового нерва).

Рентгенография органов грудной клетки от 12.10.16г.: в S1-2 левого легкого определяется снижение пневматизации легочной ткани, гомогенное, средней интенсивности. Легочной рисунок усилен в нижних отделах легких. Высокое стояние левого купола диафрагмы. Опухоль верхушки левого легкого (рис.1).

Пациенту выполнена КТ грудной клетки и брюшной полости с контрастированием (20.10.16г). На КТ-граммах в верхушке левого лёгкого определяется опухолевый конгломерат до 53 мм, умеренно копит контрастное вещество, прорастает заднюю пластинку 1 ребра, прорастает в позвоночный канал через межпозвонковое отверстие Th1-Th2 (позвоночный канал сужен до 10 мм), прорастает надключичную область и внутреннюю яремную вену слева (рис. 2). Опухолевый конгломерат в аортальном окне до 66-56 мм, впереди расположен опухолевый конгломерат до 26-62 мм. Щитовидная железа без изменений. Печень, почки, надпочечники, поджелудочная железа и селезенка обычных размеров и плотности. Желчные протоки и желчный пузырь не расширены. В печени и почках несколько мелких кист до 3 и 5 мм. Во 2 сегменте печени гипоплотный очаг до 9-12 мм. Выделительная функция почек не нарушена. Мочевой пузырь без изменений. Предстательная железа увеличенная. Брюшной отдел аорты расширен до 36 мм, содержит пристеночный тромб толщиной до 12 мм, истинные просвет -25 мм. Висцеральные сосуды без изменений. Лимфоузлы не увеличены.

У данного пациента мы диагностировали растущую опухоль верхушки левого легкого с прорастанием в позвоночный канал и сформировавшимся вторичным стенозом, компрессией диафрагмального нерва (одышка), возвратного гортанного нерва (осиплость голоса), сдавление звездчатого ганглия (синдрома Горнера).

Для купирования болевого синдрома назначено лечение: прегабалин по схеме (до 600 мг/сутки), трамадол 100-300 мг/сут.

Пациент направлен на консультацию онкологов, торакальных хирургов для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Результаты и обсуждение

На основании анамнестических данных (дебют болезни 6 месяцев назад с осплости голова, выраженного невропатического болевого синдрома в левом плече и верхней конечности), полученных результатов клинико-инструментального обследования (КТ грудной клетки с контрастированием, ЭНМГ верхних конечностей) пациенту впервые установлен диагноз: Синдром Панкоста слева (опухоль Панкоста 4 стадии с прорастанием в позвоночный канал, задней пластинки 1 ребра, надключичную область и внутреннюю яремную вену слева) с миелорадикулопатией шейного отдела с умеренно выраженным парезом соответствующих миотомов, синдром Горнера, невропатия возвратного гортанного нерва слева, диафрагмального нерва слева, хронический выраженный невропатический болевой синдром.

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что диагностика синдрома Панкоста до настоящего времени остается сложной. Понимание клинических симптомов, которые обусловлены локализацией основного процесса и инфильтрацией анатомически связанных не-

вальных структур, имеет решающее значение для терапевтического планирования и тактики ведения пациента. Хотелось бы сделать акцент на том, что на ранних стадиях опухоли верхушки легкого, именно длительный, некупирующийся стандартной терапией, высокоинтенсивный (8-9 баллов по ВАШ) невропатический болевой синдром в плече и верхней конечности является наиболее распространенным симптомом, что обусловлено прорастанием опухоли в парietальную плевру, верхние ребра, плечевое сплетение, внутригрудную фасцию и/или тела смежных позвонков. Характерными особенностями болевого синдрома при опухоли Панкоста являются наличие сопутствующей соматической патологии (повышение артериального давления, кашель, одышка, осиплость голоса) и жалоб астенического характера. Несмотря на наличие результатов рентгенографии грудной клетки без патологических изменений давностью более 4-5 месяцев, требуется назначение КТ органов грудной клетки и средостения с контрастированием. Отсутствие онкологической настороженности невролога может привести к несвоевременной ошибочной диагностике. ■

Литература:

1. *Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2015. - 174 с.*
2. *Panagopoulos N. et al. Pancoast tumors: characteristics and preoperative assessment //Journal of thoracic disease. - 2014. - Т. 6. - №. 1. - С. S108-S115.*
3. *Hare E. Tumor involving certain nerves. London Med Gazette 1838;1:16-8.*
4. *Pancoast HK. Importance of careful roentgen ray investigations of apical chest tumors. JAMA 1924;83:1407.*
5. *Herbut PA, Watson JS. Tumor of the thoracic inlet producing Pancoast syndrome: a report of seventeen cases and review of the literature. Arch Pathol (Chic) 1946;42:88-103.*
6. *Hilaris BS, Martini N, Wong GY, et al. Treatment of superior sulcus tumor (Pancoast tumor). Surg Clin North Am 1987;67:965-77.*
7. *Ginsberg RJ, Martini N, Zaman M, et al. Influence of surgical resection and brachytherapy in the management of superior sulcus tumor. Ann Thorac Surg 1994;57:1440-5.*
8. *Шурков В.А. Боль в плече: патогенез, диагностика, лечение: монография. Екатеринбург: Издательство АМБ, 2011. - 284 с.*
9. *Calabek B. et al. A case of Pancoast tumor with unusual presentation //Journal of Brachial Plexus and Peripheral Nerve Injury. - 2015. - Т. 10. - №. 01. - С. e53-e56.*