



АКТГ-независимый гиперкортицизм и эктопированные рецепторы коры надпочечников Аденокарцинома прямой кишки с возможной нейроэндокринной активностью Описание клинического случая

ВВЕДЕНИЕ.

В представленном клиническом случае у пациентки выявлена макронодулярная гиперплазия надпочечников с эктопированными рецепторами к желудочного ингибирующего полипептида (GIP, ЖИП) и аденокарцинома прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Пациентка продолжает терапию октреотидом. Наиболее вероятным стимулятором секреции кортизола следует считать GIP, учитывая рост уровня кортизола после приема пищи и положительный ответ на лечение аналогом соматостатина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отличительные особенности ЖИП-зависимого гиперкортицизма: низкий уровень АКТГ в течение суток, повышенная суточная экскреция свободного кортизола с мочой, нормальная или низкая концентрация кортизола натошак, стремительное повышение содержания кортизола после перорального приема пищи, прямая корреляция уровней кортизола плазмы и ЖИП, предотвращение повышения содержания кортизола введением ингибитора ЖИП – аналога соматостатина. Возникает вопрос о наличии связи между образованием рецепторов к ЖИП на поверхности клеток коры надпочечников и активностью аденокарциномы прямой кишки. Пока данный вопрос остается открытым. Значимость данного случая состоит в необходимости повышения осведомленности врачей различных специализаций о ЖИП-зависимом гиперкортицизме, который может проявляться симптомами, схожими с признаками других заболеваний.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ: в течение 35 лет пациентка отмечала повышение АД, максимально до 270/110 мм рт. ст. В 2014г стационарное лечение в эндокринологическом отделении ТОКБ №2, куда была доставлена с жалобами на рвоту, слабость, дрожь в теле, повышением АД до 230/120 мм рт.ст., гликемия 23 ммоль/л. Неоднократно проходила стационарное лечение по поводу гипертонических кризов. На РКТ брюшного пространства между ножками правого надпочечника выявлено дополнительное образование округлой формы однородной структуры плотностью 2ЕД размером 3,1*2,7*2,9см. В проекции передней ножки левого надпочечника дополнительное образование округлой формы однородной структуры плотностью 9ЕД до 1,4*1,6*1,5см. Гормональное исследование крови: альдостерон 95 пг/мг (10,0-160,0), рениновая активность 0,1 нг/мл/час (0,2 - 1,9), АРС > 95 (N<50), ангиотензин 1 - 0,29 пг/мл, АКТГ менее 5 (0-10,2). Суточная моча: метанефрин 64 мкг/сут (25 - 321), норметанефрин 74 мкг/сут (30,0-440), свободный кортизол 289 мкг/сут (50,0 - 190,0). Результаты ночного подавляющего теста после приема 1 мг дексаметазона: кортизол 90,2 нмоль/л. В 2015 г. проходила лечение в эндокринологическом отделении УБ первого МГМУ им. И.М. Сеченова. На основании лабораторных данных (низкий уровень АКТГ, повышенный уровень кортизола в суточной моче, кортизол более 50 нмоль/л после приема 1 мг дексаметазона) подтвержден АКТГ-независимый синдром Кушинга. На фоне проведения ортостатической пробы, пробы с пищевой нагрузкой, отмечено повышение кортизола на 462% от исходного, при сохраняющемся подавленном уровне АКТГ <1.1 пмоль/л. На основании проведенного обследования диагностирован АКТГ-независимый гиперкортицизм: макронодулярная гиперплазия надпочечников с aberrантной экспрессией рецепторов (желудочный ингибирующий полипептид?). Назначен октреотид 1 инъекция 1 раз в 28 дней, с положительным клиническим эффектом. В марте 2017 выявлена: гигантская обтурирующая малигнизующая ворсинчатая опухоль прямой кишки, смешанный экзофитный и инфильтрующий рост С-г прямой кишки Т3N0M0. В 2018 г. оперативное лечение - передняя резекция прямой кишки. Гистология: высоко-дифференцированная аденокарцинома.

КОНТАКТЫ. Толмачева Кира Александровна. Медицинский институт Тульского Государственного университета, Тула, Россия.
Телефон: +7 (910)-586-79-91
E-mail: kira_tl@mail.ru