

Клінічний випадок пізньої діагностики пухлини Панкоста

А. В. Рогожин, І. М. Асоян, Т. А. Велієва, Л. І. Скорик, Л. В. Завгородня

Харківський національний медичний університет

У статті наведено клінічний випадок, який наочно ілюструє поширений прояв пухлини Панкоста та наголошує на необхідності підтримки високого рівня клінічної настороженості при появі симптомів, що можуть свідчити про це захворювання. Пухлина Панкоста (ПП) – це злоякісне новоутворення верхньої борозни легені («пухлина верхньої борозни легені»), що супроводжується його проростанням у верхні ребра, нижні хребці шийного відділу, нервово-судинний пучок та інші прилеглі анатомічні зони та структури. Це небезпечне злоякісне захворювання проявляється характерною симптоматикою, а його клінічні ознаки включають два основні синдроми: синдром Панкоста – Тобіаса (симптоми ураження плечового сплетення) та синдром Бернара – Горнера (ураження симпатичної нервової системи – птоз, міоз, енофтальм). Важливо, що іноді у пацієнта можуть спостерігатися обидва симптоми одночасно, проте найчастіше виявляється лише один із них. Окрім цього, можуть спостерігатися й інші ознаки, характерні для інших форм раку (втрата сил, необґрунтоване зменшення маси тіла).

Дотепер остаточно не з'ясовано, які саме фактори призводять до виникнення та розвитку ПП, однак відомо, що тютюнопаління є основною причиною приблизно у 80–85% зареєстрованих випадків.

Загальний прогноз для пацієнтів із цим захворюванням залишається несприятливим. 5-річна виживаність при цій формі раку легені становить близько 30%, а у разі ранньої діагностики та своєчасно розпочатого лікування цей показник може зростати до 75%. Лікування включає міждисциплінарний підхід із залученням торакального хірурга, радіоонколога та онколога-терапевта.

Описаний клінічний випадок підкреслює важливість ретельно зібраного анамнезу, призначення необхідних методів діагностики та прискіпливості при проведенні диференційної діагностики й оцінці ознак, які можуть свідчити про наявність ПП.

Ключові слова: пухлина Панкоста, клінічний випадок, рак легені, синдром Панкоста – Тобіаса.

Clinical case of Pancoast tumor late diagnosis

A. V. Rohozhyn, I. M. Asoyan, T. A. Veliieva, L. I. Skoryk, L. V. Zavgorodnia

The article presents a clinical case that clearly illustrates the common manifestation of Pancoast tumor and emphasizes the need to maintain a high level of clinical concern for symptoms that may indicate this disease.

Pancoast tumor (PT) is a malignant neoplasm of the lung upper sulcus of the lung, “superior sulcus tumor”, which is accompanied by tumor growth into the upper ribs, lower cervical vertebrae, neurovascular bundle, and other nearby anatomical areas and structures. This dangerous malignant disease manifests itself with characteristic symptoms, and its clinical signs include two main syndromes – Pancoast–Tobias syndrome (symptoms of brachial plexus damage) and Bernard–Horner syndrome (damage to the sympathetic nervous system – ptosis, miosis, enophthalmos). It is important to mention that sometimes a patient may experience both symptoms at the same time, but more often only one of them is detected. In addition, other signs characteristic of other cancer forms may be observed (loss of strength, unexplained weight loss).

It is not yet clear what factors to the appearance and development of PT, but it is known that smoking is the main cause in approximately 80–85% of registered cases.

The overall prognosis for patients with this disease is poor. The 5-year survival rate for this form of lung cancer is about 30%, in the case of early diagnosis and timely treatment, this index can increase to 75%. Treatment involves interdisciplinary care coordinated by a thoracic surgeon, radiation oncologist, and medical oncologist.

The described clinical case emphasizes the importance of a carefully collected anamnesis, the appointment of necessary diagnostic methods, and meticulousness in conducting differential diagnosis and evaluating signs that may indicate a PT.

Keywords: Pancoast tumor, clinical case, lung cancer, Pancoast–Tobias syndrome.

Рак легені становить близько 95% усіх первинних новоутворень легень і є найпоширенішим злоякісним новоутворенням у світі [1], захворюваність та смертність від якого неухильно зростають. За уточненими даними Національного канцер-реєстру України, у 2021 р. в Україні було зареєстровано 120 055 нових випадків злоякісних новоутворень (56 781 у чоловіків і 63 274 у жінок) та 53 009 смертей від них (29 534 чоловіки та 23 475 жінок) [22]. Кількість випадків раку легень, трахеї та бронхів становила 8136 – серед чоловіків і 2049 –

серед жінок [2]. Суттєвою проблемою є пізня діагностика раку легень, що обумовлена переважною відсутністю симптомів на ранніх стадіях захворювання, недотриманням щорічних профілактичних обстежень (скринінгу), недостатньою обізнаністю лікарів щодо клініко-рентгенологічних проявів захворювання та використання необхідних методів діагностики [3].

Пухлина Панкоста (ПП) – це злоякісне новоутворення верхньої борозни легені («пухлина верхньої борозни легені»), що супроводжується його проростанням

у верхні ребра, нижні хребці шийного відділу, нерво-судинний пучок та інші прилеглі анатомічні зони й структури. Пухлина названа на честь американського рентгенолога Г. К. Панкоста (Henry K. Pancoast), який описав її в 1924 р., та аргентинського лікаря Х. В. Тобіаса (José W. Tobias), який доповнив її клінічний опис у 1932 р. [6, 11].

Початкові симптоми ПП частіше нагадують неврологічну симптоматику. Більшість пацієнтів спершу відчують біль у плечі, порушення чутливості верхньої кінцівки, м'язову слабкість у руці – синдром Панкоста – Тобіаса [16].

Легеневі симптоми у пацієнтів із ПП з'являються на пізніших стадіях захворювання, оскільки основна частина пухлини має позалегенову локалізацію. У міру збільшення розмірів пухлини зростає тиск та ураження восьмого шийного і першого грудного нервових корінців, а також підключичної артерії та вени, симпатичного ланцюга та його зірчастого ганглія. Це спричиняє поступовий розвиток характерних симптомів, які проявляються у вигляді синдрому Бернара – Горнера [4, 7, 8].

Спочатку пацієнт може відчувати лише «ниючий» біль у плечі та вздовж хребетного краю лопатки внаслідок подразнення парієтальної плеври. У міру того, як пухлина уражує відповідні нервові корінці, біль може стати більш вираженим і набуває печучого характеру, поширюється вниз по руці вздовж восьмого шийного та першого грудного дерматомів. Біль часто буває сильним і безперервним, посилюючись уночі. Тиск на нервові корінці зазвичай призводить до атрофії внутрішніх м'язів руки [19, 20]. Зі збільшенням розміру пухлини може виникнути розширення вен на верхній кінцівці через оклюзію підключичної вени. Крім того, пухлина, що збільшується, може руйнувати I і II ребра, поперечні відростки або тіла хребців. Це може спричинити різкий біль і призвести до стиснення спинного мозку та мієлопатії [12, 18].

Багато з вищезгаданих клінічних ознак і симптомів виявляються лише на пізній стадії захворювання. Немає специфічних лабораторних відхилень, характерних для ПП. Проте рання діагностика можлива завдяки рентгенологічним методам дослідження органів грудної клітки (ОГК) та біопсії [5, 9, 21]. Зазвичай у пацієнтів із ПП спостерігається затемнення у верхній частці легені, потовщення плеври на верхівці легені. Часто виявляється деструкція I–III ребер, нижніх шийних та верхніх грудних хребців. За допомогою комп'ютерної томографії (КТ) або магнітно-резонансної томографії ОГК визначають ступінь інвазії пухлини в судини, лімфатичні вузли, ребра, хребці, тканини грудної стінки [15, 17].

Нерідко ПП неправильно діагностується. Пацієнта зазвичай лікують від різних захворювань, пов'язаних з ураженням шийного відділу хребта, плечового суглоба та верхньої кінцівки (бурсит, тендиніт чи синдром «замороженого плеча») [13].

Диференційну діагностику ПП слід проводити з пухлинами щитоподібної залози, гортані, плеври, інфекційними захворюваннями з ураженням верхівки легені, грудної стінки та навколишніх структур (пневмонія, аб-

сцес легені, туберкульоз, грибкові інфекції), аневризми підключичних судин, множинною мієломою. Синдром Панкоста – Тобіаса необхідно диференціювати із синдромом верхньої апертури грудної клітки й захворюваннями шийного диска, для цього доцільно провести ретельне неврологічне обстеження, електроміографічні дослідження та дослідження ліктьового нерва [23].

Золотим стандартом лікування є комбінована терапія, що включає комбінацію індукційної хіміотерапії (зі схемами хіміотерапії на основі платини та променевої терапії) з подальшою радикальною резекцією через 4–6 тижнів після опромінення [14, 21]. Адекватне знеболення має першочергове значення, оскільки біль – найбільш ранній і один із найвиснажливіших симптомів. Лікування забезпечує 2-річну виживаність у 55–70% випадків [10]. Однак, оскільки ПП зазвичай діагностуються після значної інвазії, лише менше ніж половина пацієнтів має резектабельне новоутворення на момент звернення [18]. Крім того, рецидиви після лікування не є рідкістю [23].

В описаному клінічному випадку пацієнт несвоєчасно звернувся по медичну допомогу – лише після посилення інтенсивності симптомів. Спочатку певний час спостерігався у невропатолога, проходив лікування, однак без клінічного ефекту. Після проведення необхідного обстеження було встановлено діагноз.

Клінічний випадок

Чоловік віком 67 років звернувся до невропатолога зі скаргами на біль у правому плечовому суглобі та під лопаткою з іррадіацією у праву верхню кінцівку та праву половину грудної клітки, постійне підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, виражену слабкість, швидку втомлюваність, кашель із мокротою (світло-жовтого кольору), різке схуднення. Біль у плечі з'явився рік тому. Щоб полегшити біль, пацієнт приймав анальгетики та нестероїдні протизапальні препарати. Упродовж останніх 6 міс. відмічав збільшення інтенсивності болю, слабкості у правій руці, погіршення сну. Також за останні 2 міс. схуд на 20 кг. З анамнезу відомо, що пацієнт має стаж паління 50 пачко-років. Остання рентгенографія ОГК виконана 9 років тому.

У клінічному аналізі крові виявлено незначний лейкоцитоз і прискорення швидкості осідання еритроцитів до 50 мм/год. При дослідженні мокротиння методом бактеріоскопії та молекулярно-генетичним методом (GeneXpert MTB / RIF) мікобактерій туберкульозу не виявлено.

На рентгенографії шийного відділу хребта з функціональним навантаженням виявлено ознаки полісегментарного остеохондрозу шийного відділу хребта, деформуючий спондилоартроз.

Оглядова рентгенограма ОГК: від верхівки до переднього відрізка II ребра правої легені визначається порожнина, діаметром 62 мм, з нерівними, чіткими контурами, з наявністю горизонтального рівня рідини та лімфангоїту («доріжки до кореня»). Також на цьому рівні визначається значне потовщення апікальної та костальної плеври й літична деструкція I та II ребра. Корінь правої легені дещо розширений, імовірно, через збільшення бронхо-пульмональних лімфатичних вузлів (рис. 1).



Рис. 1. Оглядова рентгенограма ОГК пацієнта – ураження верхньої частки правої легені

За результатами рентгенографії ОГК пацієнта було скеровано до пульмонолога.

Під час об'єктивного обстеження загальний стан хворого був середнього ступеня тяжкості: свідомість ясна, частота дихальних рухів – 22 за 1 хв, сатурація (SpO_2) – 94%, пульс – 82 уд/хв. Аускультативно над легеннями вислуховувалося послаблене дихання, у проєкції верхньої частки правої легені – дрібнопухирчасті вологі хрипи. Призначено проведення КТ ОГК.

На КТ ОГК в апікальному відділі правої легені визначається неопластичний м'якотканинний компонент розмірами 107 × 93 мм, що інвазує грудну стінку, підключичні структури й брахіоцефальні судини, спричиняє контактну деструкцію I–IV ребер і гомолатеральних відділів хребців C6, C7, Th1, Th2. По нижньому краю неопластичного утворення визначається деструктивна порожнина розмірами до 53 × 38 мм, що містить рідину та газ. Також виявлено медіастинальну й правобічну бронхопульмональну лімфаденопатію (рис. 2).

З огляду на анамнестичні, лабораторні та клініко-рентгенологічні дані, пацієнта було скеровано до лікаря-онколога з попереднім діагнозом: рак верхньої частки правої легені (ПП, синдром Панкоста – Тобіаса).

ВИСНОВКИ

1. Діагноз ПП слід розглядати у пацієнтів середнього віку, які скаржаться на постійний та тривалий біль у плечі та руці й мають значний стаж паління. Відсутність патології шийного відділу хребта, плечового суглоба та верхньої кінцівки при клінічному обстеженні має спонукати лікаря до призначення рентгенологічних методів діагностики та, за потреби, проведення біопсії.

2. Рання діагностика має вирішальне значення, оскільки прогноз безпосередньо залежить від швидкого і своєчасного лікування. У деяких випадках пацієнти витрачають до року на встановлення діагнозу.

3. Лікарі мають бути пильними та враховувати ймовірність виявлення ПП при проведенні диференційної діагностики в подібних клінічних випадках.

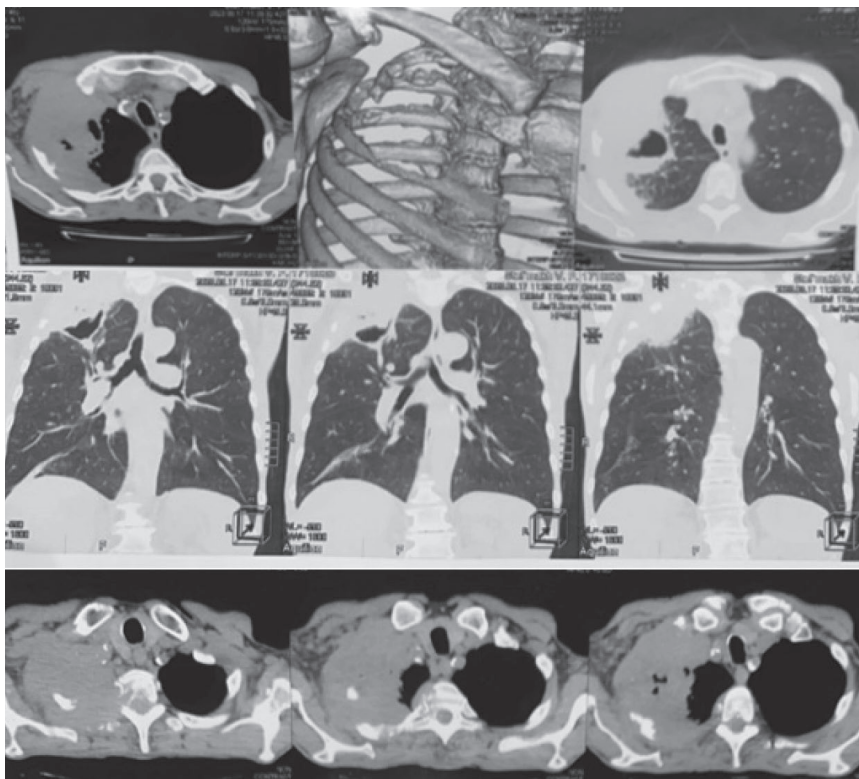


Рис. 2. Результат мультиспіральної КТ ОГК пацієнта з ПП з деструкцією

Відомості про авторів

Рогожин Антон Вікторович – Харківський національний медичний університет; тел.: (095) 831-27-83. *E-mail:* av.rohozhyn@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-9553-814X

Асоян Ірина Миколаївна – Харківський національний медичний університет; тел.: (050) 853-95-21. *E-mail:* im.asoian@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-0266-0411

Велієва Тунзала Алі кизи – Харківський національний медичний університет; тел.: (098) 851-65-45. *E-mail:* doc.velieva@gmail.com

ORCID: 0009-0009-7153-8258

Скорик Любов Іванівна – Харківський національний медичний університет; тел.: (050) 811-35-34. *E-mail:* li.skoryk@knmu.edu.ua

ORCID: 0009-0004-8885-0655

Завгородня Любов Василівна – Харківський національний медичний університет; тел.: (095) 717-35-09. *E-mail:* lv.zavhorodnia@knmu.edu.ua

ORCID: 0009-0003-4745-2549

Information about the authors

Rohozhyn Anton V. – Kharkiv National Medical University; tel.: (095) 831-27-83. *E-mail:* av.rohozhyn@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-9553-814X

Asoyan Irina M. – Kharkiv National Medical University; tel.: (050) 853-95-21. *E-mail:* im.asoian@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-0266-0411

Velieva Tunzala A. – Kharkiv National Medical University; tel.: (098) 851-65-45. *E-mail:* doc.velieva@gmail.com

ORCID: 0009-0009-7153-8258

Skoryk Liubov I. – Kharkiv National Medical University; tel.: (050) 811-35-34. *E-mail:* li.skoryk@knmu.edu.ua

ORCID: 0009-0004-8885-0655

Zavgorodnia Liubov V. – Kharkiv National Medical University; tel.: (095) 717-35-09. *E-mail:* lv.zavhorodnia@knmu.edu.ua

ORCID: 0009-0003-4745-2549

ПОСИЛАННЯ

1. Yaremchuk-Kachmarchyk A, Svin-tsiytsky AM, Gajewski P, editors. Internal medicine: a textbook based on the principles of evidence-based medicine. Krakow: Medycyna Praktyczna; 2018. 1632 p.
2. Center for Public Health of Ukraine. Center for Medical Statistics for 2020 [Internet]. Kyiv: Center for Public Health of Ukraine. Available from: <https://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html>.
3. Alshammari FA, Alotaibi AM, Alali MA, Alkhilewi NS, Alshammari SM, Albagami MT, et al. Expression of Concern: Schwannoma: A Rare Etiology of Pancoast Syndrome. *Cureus*. 2022;14(4):x16. doi: 10.7759/cureus.x16.
4. Al Shammari M, Hassan A, Al Jawad M, Farea A, Almansour A, Al Yousif G, et al. Pancoast Tumor: The Overlooked Etiology of Shoulder Pain in Smokers. *Am J Case Rep*. 2020;21:e926643. doi: 10.12659/AJCR.926643.
5. Bishnoi K, Parida GK, Patro PSS, Agrawal K, Singh P. Complex regional pain syndrome-like pattern in a case of Pancoast tumor. *Indian J Nucl Med*. 2023;38(4):384-6. doi: 10.4103/ijnm.ijnm_38_23.
6. Chu EC, Trager RJ, Shum JSF, Lai CR. Pancoast Tumor presenting as neck pain in the chiropractic office: a case report and literature review. *Am J Case Rep*. 2022;23:e937052. doi: 10.12659/AJCR.937052.
7. Cunha A, Quintela M, Costa C, Quispe-Cornejo AA, Freitas-Silva M. Pancoast tumor as the initial presentation of a metastatic colon adenocarcinoma. *Cureus*. 2021;13(2):e13371. doi: 10.7759/cureus.13371.
8. Deslauriers J, Tronc F, Fortin D. Management of tumors involving the chest wall including Pancoast tumors and tumors invading the spine. *Thorac Surg Clin*. 2013;23(3):313-25. doi: 10.1016/j.thorsurg.2013.05.001.
9. Fridriksson BM, Jonsson S, Os-karsdottir GN, Orrason AW, Isaks-son HJ, Gudbjartsson T. Outcome of surgical treatment for Pancoast lung carcinoma in Iceland. *Laeknabladid*. 2015;101(7-8):351-5. doi: 10.17992/ibl.2015.0708.35.
10. Gaillard F, Campos A, Sharma R. Pancoast tumor [Internet]. *Radiopaedia*. 2025. Available from: <https://radiopaedia.org/articles/1829>.
11. Gundepalli SG, Tadi P. Lung Pancoast Tumor [Internet]. In: StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556109/>.
12. Issi Z, Erkin Y. Do we inspecting the patient face who has shoulder pain? *Agri*. 2020;32(2):109-12. doi: 10.5505/agri.2018.14892.
13. Latimer KM, Mott TF. Lung cancer: Diagnosis, treatment principles, and screening. *Am Fam Physician*. 2015;91(4):250-6.
14. Lu T, Fischer UM, Marco RA, Naoum JJ, Reardon MJ, Lumsden AB, et al. Case report: En bloc resection of Pancoast tumor with adjuvant aortic endograft and chemoradiation. *Methodist Debakey Cardiovasc J*. 2015;11(2):140-4. doi: 10.14797/mdcj-11-2-140.
15. Mallouhi A, Marik W, Prayer D, Kainberger F, Bodner G, Kasprian G. 3T MR tomography of the brachial plexus: structural and microstructural evaluation. *Eur J Radiol*. 2012;81(9):2231-45. doi: 10.1016/j.ejrad.2011.05.021.
16. Marulli G, Battistella L, Mamma-na M, Calabrese F, Rea F. Superior sulcus tumors (Pancoast tumors). *Ann Transl Med*. 2016;4(12):239. doi: 10.21037/atm.2016.06.16.
17. Munir M, Jamil SB, Rehmani S, Borz-Baba C. Pancoast-Tobias syndrome: a unique presentation of lung cancer. *Cureus*. 2021;13(2):e13112. doi: 10.7759/cureus.13112.
18. Mohamud S, Oyawusi M, Weir RL, Halbert EO, Millis RM, Gebremedhin T, et al. Pancoast tumor presenting with multiple joint pains: a case report. *J Med Case Rep*. 2022;16(1):109. doi: 10.1186/s13256-022-03328-4.
19. Nieves Condoy JF, Zuniga Vazquez LA, Paez Hernandez EM, Jimenez Herevia AE, Acuna Pinzon CL. Superior vena cava syndrome due to thymic carcinoma. *Cureus*. 2020;12(11):e11670. doi: 10.7759/cureus.11670.
20. Panagopoulos N, Leivaditis V, Kolet-sis E, Prokakis C, Alexopoulos P, Baltay-iannis N, et al. Pancoast tumors: characteristics and preoperative assessment. *J Thorac Dis*. 2014;6(1):108-15. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2013.12.29.
21. Sayeed A, Alshammari FMM, Am-rayn AY, Alharbi A. Shoulder pain in smokers could be a life changer. *BMJ Case Rep*. 2017;2017:bcr2017220969. doi: 10.1136/bcr-2017-220969.
22. Sumkina OV, Gorokh EL, Gu-lak LO. Cancer in Ukraine, 2022–2023 incidence, mortality, indicators of oncological service activity. *Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine No. 25*. 2024. Available from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/index.htm.
23. Villgran VD, Chakraborty RK, Che-rian SV. Pancoast Syndrome [Internet]. In: StatPearls Treasure Island (FL): Stat-Pearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482155/>.

Стаття надійшла до редакції 20.02.2025. – Дата першого рішення 26.02.2025. – Стаття подана до друку 04.04.2025