

УДК 616.329-006.363.03-07-089.87-089.1

**В. В. Васильківський, В. Г. Гетьман**Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика, Київ

## ВИПАДОК УСПІШНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ СТРАВОХОДУ

Описано випадок рідкісної патології стравоходу — лейоміоми. Висвітлено особливості клінічного перебігу, проблеми ранньої діагностики та гістологічного підтвердження цього типу пухлин стравоходу. Показано можливі підходи до лікування і труднощі вибору відповідної тактики.

■

**Ключові слова:** лейоміома, стравохід, підслизова пухлина, енуклеація.

Лейоміома стравоходу належить до мезенхімальних пухлин стравоходу, походить з м'язового шару чи власне м'язової пластинки слизової оболонки. Вона складається з переплетених пучків веретеноподібних гладеньком'язових клітин. Характерна незначна ядерна атипія та відсутність мітотичної активності. При імуногістохімічному дослідженні маркери позитивні щодо desmin та SMA і негативні щодо CD34- та CD117-клітин [4].

При проведенні декількох серій автопсії доброякісні пухлини виявлено в 1% випадків. Частка доброякісних пухлин серед видалених пухлин стравоходу становила 5%. Доброякісні пухлини стравоходу трапляються в 50 разів рідше, ніж рак. У стравоході локалізуються 12% від усіх лейоміом травного тракту [7].

З огляду на рідкість патології, досвід діагностики та лікування лейоміом стравоходу в клініках дуже невеликий. Тому актуальною є розробка підходів та алгоритмів лікування залежно від технічного забезпечення і вміння лікарів закладу. Тривають дискусії щодо ведення таких пацієнтів, необхідності проведення різних обстежень та їх ефективності для встановлення остаточного діагнозу. Лише декілька авторів [2, 6] провели аналіз великих груп хворих (838 випадків до 1971 р., 1679 випадків з 1875 до 1996 рр.), проте вони не вивчали ефективність методів діагностики та результати лікування лейоміом стравоходу.

Не існує патогномонічних симптомів при цій патології. Окрім того, у половині випадків лейоміома стравоходу перебігає безсимптомно і є випадковою знахідкою при обстеженні профілактичному чи з приводу іншої патології. Для діагностики підслизових утворень стравоходу широко використовують рентгенографію стравоходу з контрастом і комп'ютерну томографію, що дає змогу уточнити екстраорганне розміщення пухлини та її розташування щодо навколишніх органів. Виявлення променевими методами досліджень пухлин розміром до 1 см не завжди можливе через обмежену чутливість методу. Неможливо встановити шар стравоходу, з якого походить утворення [11]. Фіброезофагогастроскопія (ФЕГДС) дає змогу оцінити утворення (щільність, рухливість, стан слизової оболонки), за потреби провести біопсію, але виявити походження, глибину проникнення, структури важко. При розміщенні лейоміоми у власне м'язовій оболонці біопсія утруднена, малоінформативна та може спричинити інфікування, кровотечу, перфорацію, утворення рубця, що в подальшому утруднить енуклеацію лейоміоми [10]. Ендосонографія стравоходу має суттєві переваги перед наведеними методами. Вона дає змогу виявити інтрамуральне утворення та оцінити глибину, розмір, форму, структуру, з якої оболонки розвивається пухлина [8]. Під ендосонографічним контролем можна виконати біопсію

утворення, що дає змогу провести морфологічну верифікацію та обрати тактику лікування.

Лейоміоми — це пухлини, які дуже повільно ростуть та рідко малігнізуються. За даними досліджень, час подвоєння становить 231 міс [3]. У літературі не описано випадки їх метастазування. Скарги в пацієнтів виникають зазвичай при розмірі пухлини понад 5 см [9]. Завдяки цим особливостям частина авторів дотримуються думки, що безсимптомні лейоміоми розміром до 5 см слід спостерігати. Також існує думка, що необхідно оперувати пухлини розміром понад 1 см [5].

Нині є декілька методів хірургічного лікування лейоміом стравоходу:

- 1) резекція стравоходу;
- 2) видалення пухлини з частиною стінки;
- 3) енуклеація пухлини;
- 4) відеоторакоскопічне видалення;
- 5) ендоскопічна резекція пухлини підслизовим доступом [1].

Рідкісність зазначеної патології не дає змоги накопичити достатній обсяг інформації для визначення чіткої тактики щодо обстеження та лікування пацієнтів. Не вирішена проблема доопераційної діагностики лейоміом стравоходу, особливо диференційна діагностика з гастроінтестинальними стромальними пухлинами (GIST). Актуальним є питання вибору тактики ведення пацієнтів з лейоміомою стравоходу.

#### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Хворий К., 42 роки, при проходженні профілактичного огляду скаржився на печію, у зв'язку з чим 01.07.2015 р. виконано ФЕГДС: слизова оболонка стравоходу на всій довжині блідо-рожева, гладенька, блискуча. На відстані 26 см від різців визначається підслизове утворення на широкій основі розміром 25 мм, слизова над ним не змінена. Палісадні судини проксимальніше від зубчастої лінії візуалізуються. «Розетка» нижнього стравохідного сфінктера не змикається. При інверсивному огляді кардіальна складка відсутня, просвіт стравоходу постійно відкритий. Слизова оболонка всіх відділів шлунка помірно дифузно гіперемована. Складки шлунка звичайних розмірів, еластичні. Перистальтика активна.

Висновок: підслизова пухлина середньої третини стравоходу (ймовірно, лейоміома). Циліндричний епітелій стравохідно-шлункового переходу. Еритематозна гастропатія.

Контрольна ФЕГДС 13.11.2015 р.: на відстані 26—27 см від різців на правій та передній стінці утворення діаметром 20—25 мм протяжністю 7 мм на широкій основі з незміненою слизовою оболонкою. На правій та задній стінці над кардією є дві змінні ділянки епітелію розміром до 5 мм.

Висновок: підслизова пухлина середньої третини стравоходу (лейоміома?). Дистопія циліндричного епітелію в стравохід. Еритематозна гастропатія.

Каскадний шлунок. Рекомендовано контроль через 6 міс.

Контрольна ФЕГДС 30.08.2016 р.: на відстані 27 см від різців по правій стінці в порожнину стравоходу випинається утворення під незміненою слизовою розміром 20 × 20 × 8 мм, ерозія по задній стінці біля зубчастої лінії розміром до 4 × 1 мм. Шлунок та дванадцятипала кишка без патології.

Висновок: підслизова пухлина середньої третини стравоходу. Рефлюкс-езофагіт А ступеня. Циліндричний епітелій у стравохідно-шлунковому переході.

Для оцінки екстраезофагеального росту пухлини 19.10.2016 р. виконано комп'ютерну томографію стравоходу.

Висновок: об'ємної та вогнищевої патології в легенях не виявлено. Даних щодо об'ємних та інфільтративних змін у межистинні не виявлено.

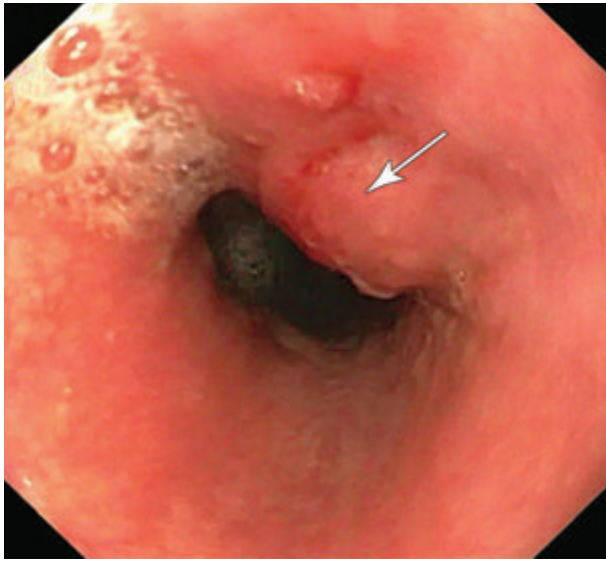
01.11.2016 р. хворому виконано ФЕГДС та ендосонографію стравоходу: стравохід вільно прохідний, на відстані 27 см від різців по передній стінці визначається підслизове утворення розміром 25—30 мм, малорухоме, слизова над ним не запалена. При ендосонографії утворення має майже анехогенний однорідний вміст. Ліпома? Лейоміома? Утворення походить з підслизового та м'язового шару.

Висновок: підслизове утворення середньої третини стравоходу (рис. 1, 2).

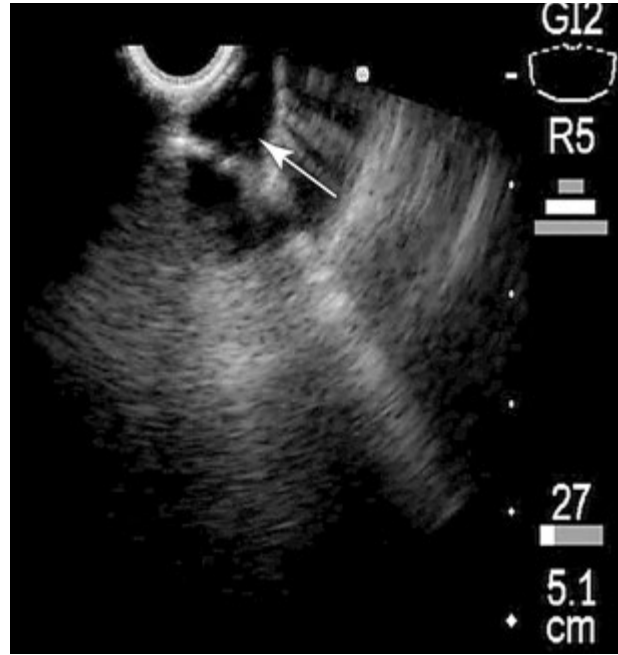
Хворого госпіталізовано 14.11.2016 р. у відділення торакальної хірургії Київської міської клінічної лікарні № 17, яка є базою кафедри торакальної хірургії та пульмонології Національної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. 16.11.2016 р. виконано операцію: бокову правобічну торакотомію по V міжреберному проміжку. Пухлину виявлено в надбронхіальному сегменті стравоходу лише після медіастинотомії та відведення непарної вени каудально. Виконано локальний розтин м'язів до 1 см. Пухлину вилучено без пошкодження стравоходу (рис. 3, 4). М'язовий шар ушито кисетним швом. Місце видалення лейоміоми вкрите непарною веною. Післяопераційний період перебігав без особливостей. Харчування *per os* з другої доби після операції.

Гістологічний висновок: у препараті виявляється пухлина, яка складається з довгих пучків веретеноподібних клітин з еозинофільною цитоплазмою і світлим «сигароподібним» ядром (витягнутий з округлими кінцями), котрий містить дрібногранулярний хроматин. Пучки клітин хаотично переплітаються та закручуються. Між клітинами пухлини виявляються колагенові волокна. Кількість мітозів — 2 на 10 полів зору великого збільшення. Такі морфологічні зміни найбільш характерні для лейоміоми.

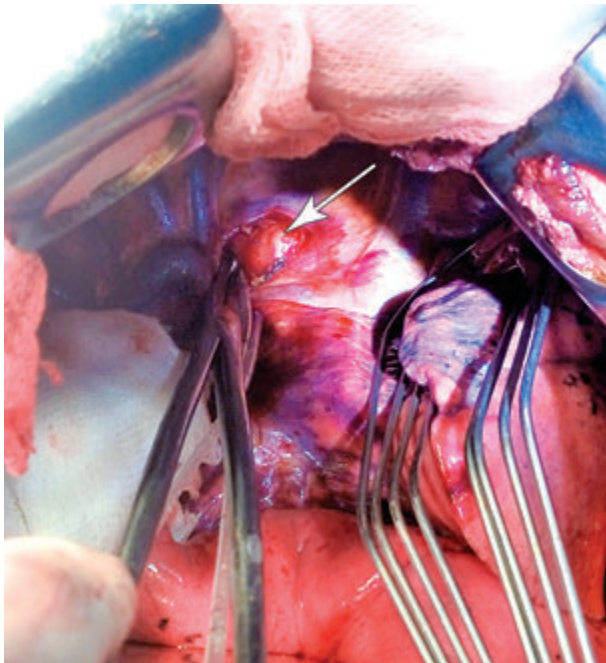
Для диференціального діагнозу з гастроінтестинальною стромальною пухлиною проведено імуногістохімічне дослідження. За його результа-



*Рис. 1. Лейоміома стравоходу по передній правій стінці в середній третині стравоходу. Стрілка вказує на лейоміому*



*Рис. 2. Ендосонографія стравоходу. Лейоміома стравоходу виходить з другого ехо-шару стінки стравоходу, однорідна, анехогенна. Стрілка вказує на лейоміому*



*Рис. 3. Бокова торакотомія справа. Непарну вену відведено каудально. Розсічено медіастинальну плевру та м'язову стінку стравоходу. Стрілка вказує на лейоміому*



*Рис. 4. Лейоміома стравоходу розміром 1 см*

тами клітини пухлини позитивні щодо h-CD, при негативній реакції щодо наявності CD34, CD117, DOG1. При підрахунку мітотичної активності клітин пухлини із маркером фосфогістон H3 виявлено 2 позитивні клітини (2 мітози) на 10 полів зору великого збільшення. Такий імунотип характерний для лейоміоми.

Пацієнта виписано на 14-ту добу після операції. Спостерігається 10 місяців. Явищ дисфагії немає.

На нашу думку, необхідна доопераційна верифікація діагнозу шляхом проведення ендосонографії стравоходу з біопсією. Навіть за відсутності симптомів пухлину будь-якого розміру необхідно видаляти, оскільки немає впевненості в морфологічному типі пухлини, лейоміома все одно буде рости, більшу пухлину важче видаляти, вищий ризик ускладнень, немає достовірних даних, що лейоміома не малігнізується, пухлина спричиняє стан тривоги у пацієн-

та. Для видалення пухлини слід використовувати органозбережні операції, обережно відділяти пухлину від слизової оболонки стравоходу, щоб зберегти її цілісність. При пошкодженні слизової оболонки

необхідно відновити її цілісність та ушити м'язову стінку, а також укрити лінію шва (в описаному випадку *v. azugos*) для профілактики дивертикулів, особливо при великих та гігантських лейоміомах.

*Фінансування: приватна особа В. В. Васильківський.*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — В. В., В. Г.; збір і обробка матеріалу, написання і редагування тексту — В. В.*

## Література

1. Ha C., Regan J., Cetindag I. B. et al. Benign esophageal tumors // *Surg. Clin. North Am.* — 2015. — Vol. 95 (3). — P. 491–514. doi: 10.1016/j.suc.2015.02.005.
2. Hatch G. F. 3rd, Wërtheimer-Hatch L., Hatch K. F. et al. Tumors of the esophagus // *World J. Surg.* — 2000. — Vol. 24 (4). — P. 401–411.
3. Koizumi S., Kida M., Yamauchi H. et al. Clinical implications of doubling time of gastrointestinal submucosal tumors // *World J. Gastroenterol.* — 2016. — Vol. 22 (45). — P. 10015–10023. doi: 10.3748/wjg.v22.i45.10015.
4. Lee L. S., Singhal S., Brinster C. J. et al. Current management of esophageal leiomyoma // *J. Am. Coll. Surg.* — 2004. — Vol. 198 (1). — P. 136–146.
5. Ramos D., Priego P., Coll M. et al. Comparative study between open and minimally invasive approach in the surgical management of esophageal leiomyoma // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 2016. — Vol. 108 (1). — P. 8–14.
6. Seremetis M. G., Lyons W. S., de Guzman V. C., Peabody J. W. Jr. Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases // *Cancer.* — 1976. — Vol. 38 (5). — P. 2166–2177.
7. Shuja A., Alkimawi K. A. Concurrent esophageal dysplasia and leiomyoma // *Case Rep. Gastrointest. Med.* — 2014. — 2014. — 804175. doi: 10.1155/2014/804175.
8. Sun L. J., Chen X., Dai Y. N. et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and treatment strategy choice of esophageal leiomyoma // *Clinics (Sao Paulo).* — 2017. — Vol. 72 (4). — P. 197–201.
9. Sun X., Wang J., Yang G. Surgical treatment of esophageal leiomyoma larger than 5 cm in diameter: A case report and review of the literature // *J. Thorac. Dis.* — 2012. — N 4 (3). — P. 323–326. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2011.11.02.
10. Walters D. M., Vaughn N. H., Isbell J. M. et al. Leiomyoma presenting as a massive calcified circumferential esophageal mass // *Ann. Thorac. Surg.* — 2013. — Vol. 96 (5). — P. 1851–1854.
11. Xu G. Q., Qian J. J., Chen M. H. et al. Endoscopic ultrasonography for the diagnosis and selecting treatment of esophageal leiomyoma // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2012. — Vol. 27 (3). — P. 521–525.

## В. В. Васильковський, В. Г. Гетьман

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ ПИЩЕВОДА

Описан случай редкой патологии пищевода — лейомиомы. Освещены особенности клинического течения, проблемы ранней диагностики и гистологического подтверждения этого типа опухолей пищевода. Показаны возможные подходы к лечению и трудности выбора соответствующей тактики.

**Ключевые слова:** лейомиома, пищевод, подслизистая опухоль, энуклеация.

## V. V. Vasylykivskyi, V. G. Getman

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL LEIOMYOMA. CASE STUDY

The article presents the case of a rare pathology — esophageal leiomyoma. Features of clinical course, problems of early diagnosis and histological confirmation of this type of esophageal tumors are highlighted. The possible approaches to treatment and the difficulty in the appropriate tactics choice have been revealed.

**Key words:** leiomyoma, esophagus, submucosal tumor, enucleation.