

М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович, С. М. Білоконь, Л. І. Леванда,
С. М. Шалагай, Л. М. Загаба, М. Ю. Шамрай, В. І. Лисенко
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВНУТРІШНЬОПЕРИКАРДІАЛЬНОЇ ТЕРАТОМИ
ПЕРЕДНЬОГО МЕЖИСТІННЯ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИПЕРИКАРДИАЛЬНОЙ
ТЕРАТОМЫ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

М. С. Опанасенко, Б. Н. Коник, А. В. Терешкович, С. М. Белоконь,
Л. И. Леванда, С. М. Шалагай, Л. Н. Загаба, М. Ю. Шамрай,
В. И. Лисенко

Резюме

Тератомы (дермоиды) представляют собой группу новообразований, состоящих из различных тканевых элементов и органопоподобных образований, содержащих ткани, которые не присущи данной локализации. Тератомы, как и другие герминогенные опухоли, могут первично локализоваться в яичках и яичниках, а также располагаться экстрагонадно (в пресакральной области, забрюшинном пространстве, средостении, в сосудистых сплетениях желудочков мозга, в области шишковидного тела, в полости носа и челюстях).

Возникновение опухоли вне половых желез объясняется задержкой герминогенного эпителия на пути его миграции из стенки желточного мешка к месту закладки гонад на 4–5-й неделе эмбрионального развития.

Дифференциальная диагностика при тератомах проводится с тимоматами, внутригрудным зобом, аневризмой аорты, туберкуломами и парамедиастинальными осумкованными плевритами. Лечение зрелых и незрелых тератом оперативное. При сочетании с другими злокачественными герминогенными опухолями, а также при тератомах со злокачественной трансформацией, применяют комплексное лечение, включающее оперативное удаление опухоли, использование противоопухолевых средств и лучевой терапии.

В доступной литературе авторами не найдено сообщений о хирургическом лечении больных с интраперикардальной тератомой, поэтому в статье представлено их собственное наблюдение.

Ключевые слова: тератома, дермоидная киста, средостения.

Укр. пульмонолог. журнал. 2019, № 4, С. 39–42.

Опанасенко Микола Степанович

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"
Завідуючий відділенням торакальної хірургії і інвазивних методів
діагностики

Доктор мед. наук, професор

10, вул. М. Амосова, Київ, 03680,

Тел.: 380672718511, opanasenko@ifp.kiev.ua

A CLINICAL CASE OF INTRAPERICARDIAL TERATOMA OF THE
ANTERIOR MEDIASTINUM

M. S. Opanasenko, B. N. Konik, O. V. Tereshkovich, S. M. Belokon,
L. I. Levanda, S. M. Shalagai, L. N. Zagaba, M. Yu. Shamray,
V. I. Lysenko

Abstract

Teratomas (dermoids) are a group of neoplasms consisting of various tissue elements and organ-like formations, containing tissues that are not inherent in this localization. Teratomas, like other germinogenic tumors, can be primarily localized in the testes and ovaries, as well as located in extragonadal areas (presacral area, retroperitoneal space, mediastinum, in the vascular plexuses of brain ventricles, in the pineal gland, in the nasal cavity and jaw).

The occurrence of tumor outside the genital glands is explained by the delay of the germinogenic epithelium on the way of its migration from the wall of the yolk sac to the site of the gonads laying at the age of 4–5 weeks of embryonic development.

Differential diagnosis requires the exclusion of thymomas, hilar goiter, aortic aneurysm, tuberculomas and paramediastinal encapsulated pleural effusion. The treatment of mature and immature teratomas is surgical. When combined with other malignant germinogenic tumors, as well as malignant teratomas, the complex treatment is used, including surgical removal of the tumor, use of antimetabolite agents and radiation therapy.

In the available literature, we have not found reports of surgical treatment of patients with intrapericardial teratoma, therefore, we present our own observation in this article.

Key words: teratoma, dermoid cyst, mediastinum.

Ukr. Pulmonol. J. 2019; 4:39–42.

Mykola S. Opanasenko

National institute of phthisiology and pulmonology
named after F. G. Yanovsky NAMS of Ukraine
Head of thoracic surgery and invasive methods of diagnostics department
Doctor of medicine, professor
10, M. Amosova str., 03038, Kyiv, Tel.: 380672718511,
opanasenko@ifp.kiev.ua

Тератоми (дермоїди) представляють собою групу новоутворень, які складаються з різних тканинних елементів і органопоподобних утворень, що містять тканини, які не притаманні даній локалізації [1].

Згідно сучасних даних, тератома відноситься до групи герминогенних пухлин, які розвиваються з поліпотентного (який являється джерелом розвитку будь-яких тканин організму), високоспеціалізованого герминогенного епітелію гонад, що здатний бути гістогенетичним джерелом різноманітних за будовою пухлин, таких як семінома яєчка, дисгермінома яєчника, ембріональний рак, хоріонепітеліома, поліембріома,

тератома, а також пухлин, що поєднують в собі структури цих новоутворень (більше ніж один гістологічний тип) [2].

Тератоми, як і інші герминогенні пухлини, можуть первинно локалізуватися в яєчках і яєчниках, а також розташовуватись екстрагонадно (в пресакральній ділянці, заочеревинному просторі, межистинні, в судинних сплетіннях шлуночків мозку, в ділянці шишковидного тіла, в порожнині носа і щелепах) [2].

Виникнення пухлини поза статевими залозами пояснюється затримкою герминогенного епітелію на шляху його міграції із стінки жовткового мішка до місця закладки гонад на 4–5 тижні ембріонального розвитку [3].

Lebert в 1858 р вперше запропонував розділяти ці новоутворення на тератоми і дермоїдні кісти. Це визначення набуло широкого поширення. Ларрілі запропонував поділити пухлини такого роду на 3 типи:

1. Епідермоїдні кісти–похідні ектодерми, що складаються з лускатого епітелію з підлеглої фіброзної тканини, наповнені рідким вмістом з домішками дегенеративних і десквамативних клітин.

2. Дермоїдні кісти, вистелені шаруватим лускатим епітелієм з додатковими елементами шкіри, волоссям, потовими і сальними залозами.

3. Тератоми–похідні всіх 3-х шарів (ектодерми, мезодерми і ентодерми), що містять м'язову, нервову і кісткову тканини, зуби, тканини залоз, цілі органи і навіть частково розвинений плід.

А. І. Абрикосов і А. І. Струков в 1961 р запропонували поділяти тератоїдні новоутворення за морфологічними принципами на 3 групи:

1. Гістоїдні тератоми, що складаються з епідермісу, представлені у вигляді невеликих кіст.

2. Органоїдні тератоми, представлені дермоїдними кістами, покритими багатошаровим плоским епітелієм, що містять салопоподібні маси, волосся і т. д.

3. Організоїдні тератоми (ембріома)–пухлинопоподібні утворення, що містять різні тканини або зачатки різних органів.

Тератоми підрозділяються на зрілі (доброякісні) і незрілі (злаякісні).

Зріла тератома складається із декількох зрілих, добре диференційованих тканин, які є похідними одного, двох або трьох зародкових листків, може бути солідною і кісткової будови [3–5].

Незріла тератома є потенційно злоякісною пухлиною, вона складається з незрілих тканин, похідних всіх трьох зародкових листків, що нагадують тканини ембріона в період органогенезу. Розміри пухлини варіюють в широких межах. Вона має нерівномірну тістопоподібну консистенцію, на розрізі сірувато-білого кольору, з дрібними кістами і ділянками ослизнення.

Мікроскопічно в пухлині визначаються вогнища проліферації незрілого кишкового, респіраторного, багатошарового плоского епітелію. Дуже характерною є присутність тканин нейроектодермального походження (нейрогенного епітелію, що формує розетки глії, ділянок, відповідних нейробластомі, гангліоневроми, структур, що нагадують око ембріона) [6–8].

Ознаки справжньої злоякісної пухлини мають тільки ті зрілі і незрілі тератоми, які поєднуються з ембріональним раком, пухлиною жовткового мішка, семіноюю (дисгермінома) або хоріонепітеліою. Залежно від морфологічних особливостей другого компоненту пухлину називають тератою з ембріональним раком, тератою з семіноюю або тератою з хоріонепітеліою. Метастази поширюються лімфогенним і гематогенним шляхом. Будова метастазів може відповідати первинному вузлу, або в них переважає один з його компонентів.

Вперше тератома межистіння була описана Rubino в 1810 р., у вітчизняній літературі–А. П. Буйвїдом в 1889 р. Тератоми переднього середостіння зустрічаються в 10–15 % випадків всіх пухлин медіастинальної ділянки і поступають за частотою тільки неврогенним пухлинам. Найбільш часто вони розташовуються

загрудинно, в середньому відділі переднього межистіння, нерідко виступаючи в ту чи іншу половину грудної клітки. Протягом тривалого часу може клінічно не проявлятися і виявлятися випадково при рентгенологічному дослідженні. На рентгенограмах, виконаних у прямій проекції, тератома межистіння характеризується наявністю напівкруглого або напівовального затемнення з чіткими, рівними контурами. Інтенсивність затемнення підвищується в міру його збільшення в розмірах. У бічній проекції затемнення визначається в ретростернальному просторі, безпосередньо за тінню грудини. В більшості випадків характерна наявність в пухлині включень кісткової щільності (зуби, фаланги). Тератоми кісткової будови зі звапненням по краях виявляються на рентгенограмі або томограмі як інтенсивна кільцеподібна тінь, що обрамляє, у вигляді шкаралупи, тінь пухлини. Може спостерігатися симптом, описаний Phemistek (1936), який полягає в більшій інтенсивності нижніх відділів тіні, викликаній переміщенням жирових крапельок або шматочків в верхні відділи кісти. Межа між ділянками вмісту кісти з різною питомою вагою виявляється у вигляді горизонтального рівня, що переміщається при зміні положення тіла [9].

Найбільше діагностичне значення має комп'ютерна томографія (КТ) грудної клітини, при якій в межистінні визначається наявність додаткового утворення, що складається з м'якотканинного компонента, рідинного компонента, жиру, кальцинатів.

Диференціальна діагностика при тератомах проводиться з тимомами, внутрішньогрудним зобом, аневризмами аорти, туберкуломами і парамедіастинальними осумкованими плевритами.

Лікування зрілих і незрілих тератом оперативне. При поєднанні з іншими злоякісними герміногенними пухлинами, а також при тератомі із злоякісною трансформацією, застосовують комплексне лікування, яке включає оперативне видалення пухлини, використання проти-пухлинних засобів і променевої терапії.

Прогноз визначається варіантом гістологічної будови, первинною локалізацією пухлини, своєчасним і адекватним лікуванням. У випадку зрілої тератоми, прогноз сприятливий [10, 11].

У доступній літературі нами не знайдено повідомлень про хірургічне лікування хворих з інтраперикардальною тератою, тому наводимо власне спостереження.

Хворий І., 67 років, був госпіталізований у відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» у вересні 2019 року з діагнозом: «Новоутворення переднього межистіння».

При госпіталізації скаржився на загальну слабкість, перебої в роботі серця, постійну задишку, яка посилювалась при фізичному навантаженні. Вище вказані скарги турбували протягом 3-х місяців. В районній лікарні виконали рентгенографію органів грудної клітки, при якій виявлено ознаки кардіомегалії. Пацієнт обстежувався у терапевта, було встанов-

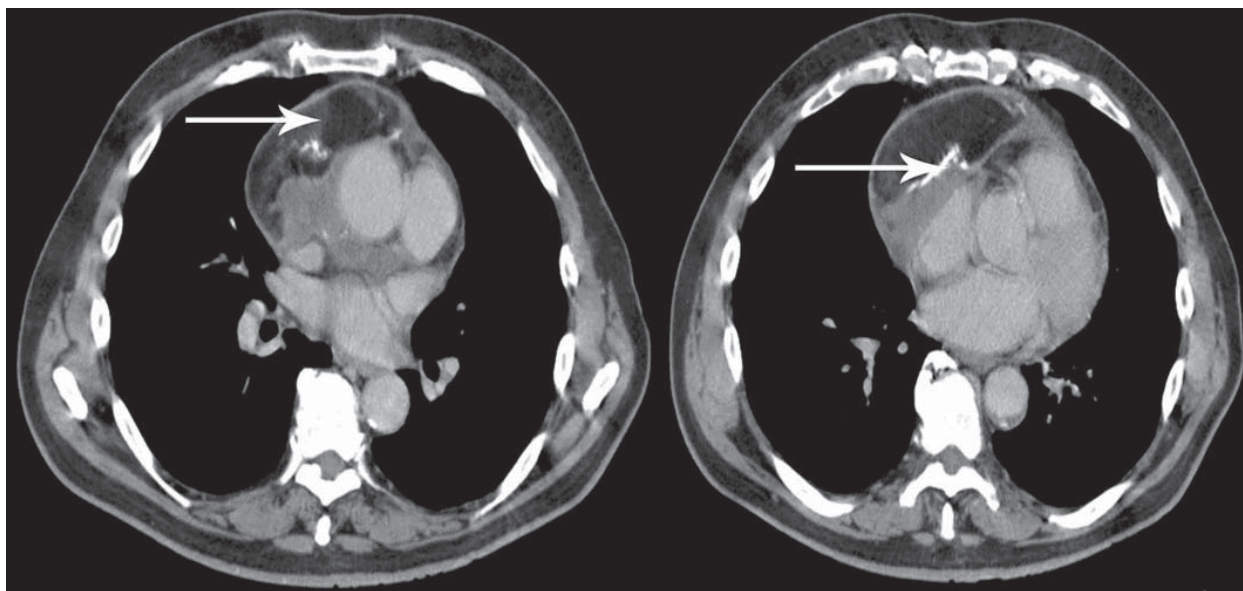


Рис. 1. КТ з внутрішньовенним контрастуванням до операції (стрілками позначене інтраперикардіальне новоутворення з ділянками петрифікації).

лено діагноз: ІХС, дифузний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба 2 ст., серцева недостатність 2 ст. Пізніше був госпіталізований до терапевтичного відділення, де була проведена консервативна терапія, але ефекту не дала. Була проведена КТ органів грудної клітки, на якій виявлено новоутворення переднього межистіння великих розмірів 140×90×50 мм, рідина в плевральних порожнинах не визначалась. Серце, судини без особливостей (рис. 1).

Враховуючи дані загально-клінічних методів обстеження, рентгенологічних досліджень, клініки, хворому було запропоноване хірургічне лікування – стернотомія, видалення новоутворення переднього межистіння.

Протокол оперативного втручання. Під загальним знеболенням з ендотрахеальною вентиляцією



Рис. 3. Інтраперикардіальна тератома.



Рис. 2. Накладання УС-30 на ніжку кісти середостіння (стрілкою позначений розсічений перикард).

проведено серединну стернотомію. Все переднє межистіння виводило пухлиноподібне утворення, яке розташоване інтраперикардіально. Розсічено перикард, в його порожнині виявлено новоутворення жовтуватого кольору тугоеластичної консистенції. Проведено його виділення тупим способом. Ніжку утворення прошито зшивальним апаратом УС-30 (рис. 2).

Ніжку пересічено, утворення видалено єдиним блоком (рис. 3). Порожнину перикарду і переднє межистіння задреновано трубчастими дренажами. Перикард ушито рідкими швами. Металеві шви на грудину. Пошарове закриття рани.

На розрізі — макроскопічно тератома, масою 450 гр. (рис. 4).

Патогістологічне заключення: диференціювати доброякісну тератому з переважанням жирової тканини, мезенхімому (ангіоліпому), тощо. Додатково патоморфологічний препарат було консультовано морфологами Національного інституту раку, які зробили



Рис. 4. На розрізі—щільна жирова тканина з осифікатами, в центрі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гагуа Р, и др. Диагностика и результаты хирургического лечения редких гигантских опухолей внутригрудной локализации. Хирургия им. НИ Пирогова. 2005;21–25.
2. Герман АК, и др. Этюды патологии органов дыхания и средостения. Запорожье. 2006; 376 с.
3. Давыдов МИ, и др. Мезенхимальные опухоли средостения (обзор литературы). Сибирский онкологический журнал. 2008;1:64–74.
4. Лукьянченко БЯ. Распознавание опухолей и кист средостения. М.: Медгиз. 1958;232 с.
5. Давыдов МИ, Полоцкий БЕ, Мачаладзе ЗО, и др. Внегонадные герминогенные опухоли средостения. Вестн. РОНЦ им. НН Блохина РАМН. 2007;18(4):3–12.
6. Клименко ВН. Внегонадные герминогенные опухоли. Практик. онкол. 2006;(4):63–68.
7. Ashour M, el-Din Hawass N, Adam KA, Joharjy I. Spontaneous intrapleural rupture of mediastinal teratoma. Respir Med 1993;87:69–72.
8. Choi SJ, Lee JS, Song KS, Lim TH. Mediastinal teratoma: CT differentiation of ruptured and unruptured tumors. AJR Am J Roentgenol. 1998;171:591–594.
9. Hartmann WH, Cowan WR, Gonzalez-Crussi F. Atlas of Tumor Pathology. Ser. II. Fasc. 18: Extragonadal Teratomas. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology. 1982;77–94.
10. Lewis BD, Hurt RD, Payne WS, et al. Benign teratomas of the mediastinum J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1983;86:727–731.
11. Moeller KH, Rosado-de-Christenson ML, Templeton PA. Mediastinal mature teratoma: imaging features. Am. J. Roentgenol. 1997;169:985–990.

заключення, що дане утворення є зрілою інтраперикардіальною тератомою, яка представлена похідними мезодерми.

Хворий на 20-й день після оперативного втручання був виписаний додому під нагляд дільничного терапевта.

Висновок

Інтраперикардіальна локалізація тератом трапляється дуже рідко, може імітувати кардіогенну патологію і створює труднощі для діагностики і потребує комплексного обстеження пацієнта. Хірургічне втручання дозволило досягти виликування хворого.

REFERENCES

1. Gagua R, et al. *Diagnostika i rezultaty khirurgicheskogo lecheniya redkikh gigantskikh opukholey vnutrigrudnoyi lokalizatsii* (Diagnosis and results of surgical treatment of rare giant tumors of intrathoracic localization). *Khirurgiya im. NI Pirogova*. 2005;21–25.
2. German AK, et al. *Etyudy patologii organov dykhaniya i sredosteniya* (Studies of pathology of the respiratory system and mediastinum). Zaporozhye. 2006;376p.
3. Davydov MI, et al. *Mezenkhimalnyye opukholi sredosteniya (obzor literatury)* (Mesenchymal tumors of the mediastinum (literature review)). *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal*. 2008;1:64–74.
4. Lukyanchenko BYa. *Raspoznavaniye opukholey i kist sredosteniya* (Recognition of tumors and mediastinal cysts). M.: Medgiz. 1958;232p.
5. Davydov MI, Polotskiy BE, Machaladze ZO, et al. *Vnegonadnyye germinogennyye opukholi sredosteniya* (Extragenital germ cell tumors of the mediastinum). *Vestn. RONTs im. NN Blokhina RAMN*. 2007;18(4):3–12.
6. Klimenko VN. *Vnegonadnyye germinogennyye opukholi* (Extragenital germ cell tumors). *Prakt. onkol*. 2006;(4):63–68.
7. Ashour M, el-Din Hawass N, Adam KA, Joharjy I. Spontaneous intrapleural rupture of mediastinal teratoma. *Respir Med* 1993;87:69–72.
8. Choi SJ, Lee JS, Song KS, Lim TH. Mediastinal teratoma: CT differentiation of ruptured and unruptured tumors. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;171:591–594.
9. Hartmann WH, Cowan WR, Gonzalez-Crussi F. *Atlas of Tumor Pathology. Ser. II. Fasc. 18: Extragonadal Teratomas*. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology. 1982;77–94.
10. Lewis BD, Hurt RD, Payne WS, et al. Benign teratomas of the mediastinum J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1983;86:727–731.
11. Moeller KH, Rosado-de-Christenson ML, Templeton PA. Mediastinal mature teratoma: imaging features. *Am. J. Roentgenol*. 1997;169:985–990.