

Десмоидная опухоль передней брюшной стенки у женщины (Клинический случай)

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, С.В. Гридчин, Н.Х. Исаева, И.В. Сокол, В.О. Берестовой, Р.Н. Ворона

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

Десмоидные опухоли (также называемые «фиброматозный десмоид») – это редкие, медленно растущие доброкачественные и мышечноапоневротические опухоли. Несмотря на то что этим опухолям свойственен инвазивный рост, они не являются злокачественными. Чаще десмоид наблюдается у женщин в период активной половой жизни, связан с беременностью, родами и перенесенными оперативными вмешательствами.

Описанный клинический случай представляет интерес ввиду редкости патологии и сложностей при установлении правильного диагноза. Пациентка с перенесенной в анамнезе лапароскопической миомэктомией (2012 г.) готовилась на плановое оперативное вмешательство по поводу эндометриомы передней брюшной стенки по результатам ультразвукового исследования и компьютерной томографии. После проведенного оперативного лечения окончательный диагноз был изменен, исходя из данных гистологического заключения.

Ключевые слова: десмоидная опухоль, опухоль брюшной стенки, фиброид.

Десмоидные опухоли представляют собой редкие, медленно растущие доброкачественные фиброзные опухоли без какого-либо метастатического потенциала, но с тенденцией к рецидиву. Термин «десмоид» был предложен Мюллером в 1838 году от греческого слова *desmos*, что означает «сухожилие». Эти опухоли зачастую обладают инфильтративным ростом и хорошо дифференцированы. Десмоиды составляют 3% от всех опухолей мягких тканей и 0,03% от всех новообразований [1, 5]. Чаще десмоид наблюдается у женщин в период активной половой жизни, связан с беременностью, родами и перенесенными оперативными вмешательствами. Наиболее распространенным местом локализации десмоидов с частотой 50% является передняя брюшная стенка [6–9].

Клинический случай

В гинекологическое отделение поступила женщина 41 года с жалобами на постоянное чувство дискомфорта в животе, незначительную тянущую боль во время менструации в течение последних трех месяцев. В анамнезе – альгодисменорея. Единственная беременность окончилась искусственным прерыванием в сроке 6 нед. Оперативные вмешательства: лапароскопия в объеме консервативной миомэктомии в 2012 году. При объективном обследовании обращает на себя внимание наличие образования до 10 см в диаметре в мезогастральной области слева.

По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости в передней брюшной стенке слева на границе прямой и косых мышц живота определяется дополнительное солидное образование (саркома? эндометриоз передней брюшной стенки?). Проведенная компьютерная томография (КТ) не позволила установить окончательный диагноз, в заключении описаны признаки, напоминающие эндометриому передней брюшной стенки.

Дифференциально-диагностический поиск проводили с учетом клинических, лабораторных данных и дополнительных методов обследования. Соответствующие данные приведены в таблице.

Лапароскопическим доступом была проведена ревизия органов брюшной полости и малого таза, в ходе которой в толще внутренней косой и прямой мышц живота обнаружилось гладкостенное солидное опухолевидное образование 10,0×7,0×5,0 см с капсулой, которое исходило из левой круглой маточной связки.

Образование было отсечено от левой круглой связки матки, культя ее подшита к внутренней косой мышце живота. Произведено ушивание пахового канала с дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы живота.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка была выписана из гинекологического стационара в удовлетворительном состоянии на пятые сутки.

Гистологическое исследование выявило узловой пролиферат, представленный хаотично переплетенными между собой преимущественно гладкомышечными волокнами с примесью соединительнотканых, без признаков клеточной атипии, с очагами гиалиноза стромы узла.

Гистологический диагноз: Неинкапсулированная инфильтрирующая фиброма фасциального или апоневротического происхождения. Десмоид.

Десмоидные опухоли представляют собой гистологически доброкачественные фиброзные новообразования. Эти опухоли являются агрессивными фиброматозами, исходящими из фасции и мышечного апоневроза, и характеризуются инфильтрирующим ростом [3]. Частота выявления составляет примерно 3,7 вновь выявленных случаев на миллион человек в год, часто ассоциированы с женским полом [4], терапией эстрогенами и хирургической травмой (1 из 4 случаев). Травма, особенно оперативная, может способствовать образованию десмоидных опухолей [5]. Десмоиды могут быть как экстраабдоминальными (плечевой пояс, туловище и нижние конечности), так и интраабдоминальными (в брюшной стенке, особенно от прямой и внутренней косой мышц), а также часть синдрома Гарднера (сочетание аденоматозных полипов с остеомами черепа и опухолями кожи).

Абдоминальная десмоидная опухоль обычно представляет собой твердое образование с нечеткими границами [8]. На поверхности разреза они песчаные, блестящие белые и трабекулярные, напоминающие рубцовую ткань. Гистологически десмоидные опухоли состоят из удлиненных фибробластов и миофибробластов [1–3, 7].

При ультрасонографии десмоидные опухоли проявляются как четкие образования с переменной эхогенностью. На КТ они визуализируются как гомогенные или гетерогенные гипо-, изо- или гиперинтенсивные по сравнению с затуханием мышц [2, 6, 8, 9].

Широкое удаление опухоли с реконструкцией дефекта – это «золотой стандарт» лечения. Брюшина, органы брюшной полости или смежные костные структуры, участвующие в опухолевом процессе, также должны быть подвергнуты резекции. Неполное удаление опухоли может привести к локальному рецидиву [1–4]. У десмоидных опухолей брюшной полости наблюдается значительно более низкая частота рецидивов (от 20% до 30%), и обычно они проявляются в течение шести месяцев после удаления. Лучевая терапия, химиотерапия и эндокринная терапия используются у пациентов с неоперабельными опухолями, локальными рецидивами [1, 2, 4, 5]. Метастатическая болезнь не характерна для десмоидной

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дифференциально-диагностические критерии верификации диагноза

Диагноз	Анамнез	Менструальный цикл	Интоксикация	Быстрый рост	Боль при пальпации	Проба Манту	УЗ-признаки
Десмоид передней брюшной стенки	Оперативные вмешательства в анамнезе	Не зависит	Не характерна	Не характерно	Не характерна, но возможна при инвазии в соседние органы	-	Четкий контур, однородное гипоэхогенное строение. Не имеет капсулы. В режиме доплера определяются единичные сосуды
Эндометриома передней брюшной стенки	Аденомиоз в анамнезе. Отсутствие родов. Аборты	Появление боли во время менструации	Не характерна	Не характерно	В период менструации	-	Эндометриоидное образование имеет округлую форму с выраженной эхопозитивной капсулой, содержит мелкодисперсную эхопозитивную взвесь на фоне жидкостного содержимого
Саркома тела матки	Анемия. Кахексия	Не зависит	Продуктами распада опухоли	Прогрессивный рост опухоли: >5 нед беременности за год	Боль свойственна, но может и отсутствовать	-	Эхографические маркеры саркомы: быстрый рост опухоли, нечеткий контур, дольчатое строение, зоны сниженной эхогенности в опухоли без признаков акустического усиления, анэхогенные включения, участки повышенной эхогенности, особенно в центральных отделах, неоангиогенез. Асцит
Дермоидная киста	Образование чаще всего диагностируют в детстве	Не зависит	Не характерна	Не характерно	Возможна при больших размерах кисты и сдавливании соседних органов	-	Однокамерная, гипоэхогенная киста с гиперэхогенными узелками внутри. Дермоид может содержать гиперэхогенные кальцификаты с акустической тенью позади, гиперэхогенные плавающие волосы, гиперэхогенный жир
Туберкулема	Туберкулез легких в анамнезе. Контакт с инфицированными туберкулезом	Не зависит	Выраженная (потеря аппетита, массы тела, лихорадка, ночные пот и диарея)	Не характерно	Возможна	+	Округлая, правильная форма туберкулемы. Структура неоднородная из-за множественных включений. Имеет четкую капсулу. Асцит

опухоли. Сообщается лишь о нескольких случаях злокачественной трансформации десмоидной опухоли, связанных с местным облучением. Сулиндак, индометацин [10, 11] и тамоксифен вместе с разновидностями противоопухолевых препаратов были использованы с переменным успехом для лечения этих пациентов.

ВЫВОДЫ

Болезненное при пальпации образование в проекции передней брюшной стенки с учетом возраста, пола пациента, наличия хирургических вмешательств, особенностей УЗ- и КТ-картины, тщательный дифференциальный диагноз – все

это помогает вовремя и правильно установить диагноз «десмоид». Широкое локальное удаление с реконструкцией дефекта – это «золотой стандарт» лечения. Полное хирургическое удаление десмоидных опухолей является наиболее эффективным методом лечения, иногда требующим удаления большей части вовлеченной в десмоидную опухоль передней брюшной стенки. После удаления десмоиды часто рецидивируют и в то же время не дают метастазов. Данный клинический случай указывает на важность правильного установления диагноза, составления наиболее оптимальной тактики лечения, проведения профилактики рецидивов.

Десмоїдна пухлина передньої черевної стінки у жінки (Клінічний випадок)

М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, С.В. Грідчин, Н.Х. Ісаєва, І.В. Сокол, В.О. Берестовий, Р.М. Ворона

Desmoid tumor of the anterior abdominal wall in a female (Clinical case)

M.V. Makarenko, D.O. Govseyev, S.V. Gridchin, N.H. Isaeva, I.V. Sokol, V.O. Berestovoy, R.M. Vorona

Десмоїдні пухлини (які також називають «фіброматозний десмоїд») – це рідкісні, повільно зростаючі доброякісні та м'язоапоневротичні пухлини. Незважаючи на те що цим пухлинам властивий інвазивний ріст, вони не є злоякісними. Найчастіше десмоїд спостерігається у жінок у період активного статевого життя, пов'язаний з вагітністю, пологами і перенесеними оперативними втручаннями.

Описаний клінічний випадок представляє інтерес з огляду на рідкісність патології і складнощі під час встановлення правильного діагнозу. Пацієнтка з перенесеною в анамнезі лапароскопічною міомектомією (2012 р.) готувалася до планового оперативного втручання з приводу ендометріоми передньої черевної стінки за результатами ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії. Після проведеного оперативного лікування остаточний діагноз був змінений, виходячи з даних гістологічного висновку.

Ключові слова: десмоїдна пухлина, пухлина черевної стінки, фіброїд.

Desmoid tumors (also called desmoids fibromatosis) are rare slow growing benign and musculoaponeurotic tumors. Although these tumors have a propensity to invade surrounding tissues, they are not malignant. These tumors are associated with women of fertile age, especially during and after pregnancy and postoperative surgeries.

Our clinical case is interesting because of the rarity of the pathology and the difficulties in setting the correct diagnosis. The patient, with a history of laparoscopic myomectomy (2012), was preparing for a routine surgery for the endometrioma of the anterior abdominal wall, according to the results of the ultrasound and computed tomography. After surgical treatment, the final diagnosis was changed, based on the histological findings.

Key words: desmoid tumor, abdominal wall tumor, fibroid.

Сведения об авторах

Макаренко Михаил Васильевич – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Говсєєв Дмитрий Александрович – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Грідчин Сергей Васильевич – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Ісаєва Наргиз Халитдиновна – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Сокол Инна Викторовна – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Берестовой Владислав Олегович – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

Ворона Роман Николаевич – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Casillas J., Sais G. J., Greve J. L., Iparraquirre M. C., and Morillo G. (1991). Imaging of intra- and extraabdominal desmoid tumors. *Radiographics*, vol. 11, no. 6, pp. 959–968.
- Economou, A., Pitta, X., Andreadis, E., Papapavlou, L., & Chrissidis, T. (2011). Desmoid tumor of the abdominal wall: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 5, 326.
- Fletcher C.D. (1998). Myofibroblastictumours: an update. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie*, vol. 82, pp. 75–82.
- Jo V.Y., Fletcher C.D. WHO classification of soft tissue tumours: an update based on the 2013 (4th) edition. *Pathol J RCPA*, 46 (2) (2014), pp. 95-104.
- Kriz J, Eich H, T, Haverkamp U, Seegenschmiedt M, H, Heide J, Bruns F, Mücke O, (2014). Radiotherapy is effective for Desmoid Tumors (Aggressive Fibromatosis) - Long-Term Results of a German Multicenter Study. *Oncol Res Treat*;37:255-260.
- Kumar V., Khanna S., Khanna A. K., and Khanna R. (2009). Desmoid tumors: experience of 32 cases and review of the literature. *Indian Journal of Cancer*, vol. 46, no. 1, pp. 34–39.
- Lahat G., Nachmany I., Itzkowitz E., Abu-Abeid S., Barazovsky E., Merimsky O. and Klauzner J. (2009). Surgery for sporadic abdominal desmoid tumor: is low/no recurrence an achievable goal?. *Israel Medical Association Journal*, vol. 11, no. 7, pp. 398–402.
- MA, J.-H., MA, Z.-H., DONG, X.-F., YIN, H., & ZHAO, Y.-F. (2013). Abdominal wall desmoid tumors: A case report. *Oncology Letters*, 5(6), 1976–1978.
- Mahim Koshariya, Samir Shukla, Zuber Khan, et al., (2013). Giant Desmoid Tumor of the Anterior Abdominal Wall in a Young Female: A Case Report, *Case Reports in Surgery*, vol., 4 pages, 2013.
- Mezhir JJ. The desmoid tumor: still an enigma. (2012) *J. Surg. Res.* 173(1), 46–48.
- Waddell W. R. and Gerner R. E. (1980). Indomethacin and ascorbate inhibit desmoid tumors, *Journal of Surgical Oncology*, vol. 15, no. 1, pp. 85–90.

Статья поступила в редакцию 04.06.2018