

МІЕЛОЛІПОМА НАДНИРНИКА (ADRENAL MYELOLIPOMA)

Мієлоліпома — це доброякісна, частіше унілатерально розташована пухлина наднирника, представлена різним співвідношенням зрілих жирових і гемопоетичних клітин, які нагадують структуру кісткового мозку. Мієлоліпоми не є вогнищами екстрамедулярного кровотворення (останні не містять жирової тканини) і не зв'язані зі специфічними порушеннями гемопоєзу.

У 1905 році E. Gierke вперше описав пухлину наднирника, яка складалася із зрілих жирових, мієлоїдних та еритроїдних клітинних елементів. У 1929 році Oberling ввів термін «мієлоліпома».

Клінічна симптоматика зазвичай відсутня, пухлина у переважній більшості випадків гормонально неактивна, спостерігається у віці 40-60 років. Розміри мієлоліпоми можуть бути від декількох міліметрів до 35 см в діаметрі.

На аутопсійному матеріалі мієлоліпома виявляється в 0,08 – 0,4% випадків. Двобічне або мультицентричне розташування зустрічається дуже рідко. Поряд з цим мієлоліпоми можуть локалізуватися поза наднирником, наприклад у середостінні, у клітковині малого таза, печінці, стінці шлунка.

Диференційний діагноз слід проводити з: аденомою наднирника, ретроперитонеальною ліпосаркомою, тератомою наднирника і метастазом.

Клінічний випадок 1

Пацієнтка П., 51 рік, звернулася зі скаргами на відчуття важкості і болі в правих відділах живота. Посилення цих симптомів відмічає протягом року. Пацієнтці був встановлений діагноз саркоїдоз наднирника. При фізикальному обстеженні виявлено об'ємний утвір у правій поперековій ділянці. УЗД виявило утворення великих розмірів з гіпер- і гіпоехогенною внутрішньою структурою.

Результати дослідження гормонів наднирника у нормі (адреналін — 20 нг/л; норадреналін — 217 нг/л; кортизол — 53,8 нмоль/л, вільний кортизол у добовій сечі — 187,7 нмоль/л).

При МСКТ з в/в підсиленням (рис. 1-3) у проекції правого наднирника визначається об'ємне утворення негомогенної солідної структури з наявністю множинних дрібних включень жирової щільності та гіподенсивних зон (некрозу), з чіткими контурами, частково



Рис. 1. МСКТ з контрастним підсиленням (аксіальний зріз) демонструє великих розмірів об'ємний утвір гетерогенної солідної структури з включеннями жиру в проекції правого наднирника, що викликає стиснення паренхіми печінки



Рис. 2. МСКТ з контрастним підсиленням (фронтальний зріз) демонструє великих розмірів об'ємний утвір гетерогенної солідної структури з включеннями жиру у проекції правого наднирника, що викликає дислокацію правої нирки у каудальному напрямку. Відтиснення судин нирки у медіальному напрямку



Рис. 3. МСКТ у фронтальній площині. У пацієнтки також визначається наявність ліпоми у печінці і поперечно ободовій кишці (показано стрілками), а також великих розмірів жовчний міхур

кальцинованою стінкою, розмірами 116x109x140 мм. Утворення прилягає до правої частки печінки (без ознак інвазії), відтискає каудально праву нирку.

Пацієнтка була направлена в урологічне відділення для консультації й оперативного лікування. Після оперативного лікування було проведено гістологічне дослідження матеріалу й підтверджено діагноз.

Клінічний випадок 2

Пацієнтка О., 54 роки, звернулася у клініку для уточнення діагнозу після профілактичного УЗД нирок і виявлення у проекції правого наднирника утворення гетерогенної щільності.

Результати дослідження гормонів наднирників у нормі.

При МСКТ з в/в підсиленням у проекції правого наднирника визначається додаткове об'ємне утворення переважно жирової щільності (- 40 – 60 HU) з м'якотканними перегородками, досить гомогенної внутрішньої структури, із дрібними гіперденсивними ділянками

всередині, з чіткими контурами, розмірами 57x48x56 мм, що не підсилюється після контрастування.

Пацієнтка проконсультована ендокринологом і урологом, рекомендовано УЗ-контроль кожні 3 місяці протягом 1 року.

Тонкогольова пункційна біопсія пацієнтці не проводилася.

Обговорення

Порівнюючи представлені нами клінічні випадки, можна зробити висновок про варіабельність променевої картини мієлоліпом залежно від переважання солідного (мієлоїдного) та жирового компонентів. За даними літератури, існує кореляція між розмірами і структурою пухлини: зі збільшенням розмірів збільшується кількість ділянок некрозу, крововиливів різної давнини, звапнень.

Патогенез мієлоліпому залишається дискусійним. Найбільш широко прийнятою теорією є наявність метаболізму ретикуло-ендотеліальних клітин кровеносних капілярів надниркових залоз у відповідь на подразники у вигляді некрозу, інфекції, стресу.

Мієлоліпому наднирників можуть співіснувати з іншими пухлинами наднирників — як доброякісними, так і злоякісними.

Оцінка ендокринної функції пухлини у рутинній діагностиці не є актуальною, адже мієлоліпому у більшості випадків гормонально неактивна. Однак, якщо є сумніви щодо результатів променевої діагностики, пацієнту проводять обстеження ендокринної функції наднирників, доповнене тонкогольовою пункційною біопсією.

При УЗД пухлина часто неоднорідної структури, з наявністю гіпер- і гіпоехогенних ділянок. Гіпоехогенні ділянки — це ділянки мієлоїдної тканини; гіперехогенні — це ділянки жирової тканини, кальцинати або крововиливи.

Дані УЗД не є специфічними, і виявлення гіперехогенної ділянки у проекції наднирника не завжди свідчить про наявність мієлоліпому.

При магнітно-резонансній томографії жировий компонент дає сигнал високої інтенсивності в T1- і T2-зважених режимах; мієлоїдний компонент — сигнал низької щільності у T1-зваженому режимі і може бути різним у T2- режимі. Основною перевагою МРТ-обстеження є можливість чітко диференціювати тканину наднирника від тканини нирки, що не завжди вдається при використанні інших методів.

Актуальним залишається питання розробки і впровадження загальноприйнятих критеріїв щодо ведення пацієнтів із мієлоліпомами. Деякі автори висувають наступні критерії: пацієнти з утворенням менше 10 см мають обстежуватися з інтервалом 3-6 місяців протягом двох років з моменту виявлення утворення. Якщо протягом цього часу утвір не збільшився у розмірах і не змінив структуру, контроль можна проводити один раз на рік. Якщо у пацієнта з'являються нові симптоми, спричинені пухлиною, серед яких збільшення розмірів, зміна внутрішньої структури, то пацієнту рекомендується оперативне втручання. Хворим з утвореннями діаметром більше 10 см також рекомендована операція через ризик заочеревинної кровотечі.

РЕЗЮМЕ. Мієлоліпому є рідкісною доброякісною пухлиною наднирника, променева картина якої є дуже варіабельною і залежить від відсоткового складу її компонентів, розміру пухлини та її віку. Поки що не розроблені загальноприйняті чіткі критерії ведення пацієнтів із мієлоліпомами. Ми представили два клінічні випадки мієлоліпому наднирника. Ключові слова: доброякісна пухлина, мієлоліпому, наднирник.



Рис. 4. МСКТ (артеріальна фаза). Гіподенсивний об'ємний утвір жирової щільності у ділянці правого наднирника без ознак інвазії навколишніх тканин



Рис. 5. МСКТ (фронтальний зріз). Гіподенсивний об'ємний утвір жирової щільності правого наднирника без ознак інвазії і компресії навколишніх органів і тканин

RESUME. Myelolipoma is a rare, benign neoplasm of adrenal gland. Her radiology imaging is variable and depends of histologic composition, size and age of neoplasm. For this time we haven't a legible and criteria for guide patient with adrenal myelolipoma. We are report two clinical cases of adrenal myelolipoma.

Key words: benign neoplasm, myelolipoma, adrenal gland.

ЛІТЕРАТУРА

1. Hisamatsu H, Sakai H, Tsuda S, Shigematsu K. Combined adrenal adenoma and myelolipoma in a patient with Cushing's syndrome: case report and review of literature. *Int J Urol* 2004; 11:416-8.
2. Bhurgrri A, Bhurgrri Y, Khwaja IA. Adrenal Myelolipoma — A case report. *J Pak Med Assoc* 2001; 51:85-6.
3. Han M, Burnett AL, Fishman EK, Marshall FF. The natural history and treatment of adrenal myelolipoma. *J Urol* 1997; 157:1213-6.
4. Kenney RJ, Wagner BJ, Rao P, Heffess CS. Myelolipoma: CT and pathologic features. *Radiology* 1998; 208:87-95.
5. Akamatsu H, Koseki M, Nakaba H, Sunada S. Giant adrenal myelolipoma; report of a case. *Surg Today* 2004; 34:283-5.
6. Haque F, Harish S, Ahmad I, Qamar A, Pandey H. Adrenal myelolipoma. A case report. *Indian J Radiol Imag* 2004; 14: 301-2.
7. Lawler LP, Pickhardt RJ. Giant adrenal myelolipoma presenting with spontaneous hemorrhage: CT, MR and pathology correlation. *Ir Med J*. 2001;94:231. (PubMed).
8. Novitsky YW, Czerniach DR, Kercher KW, Perugini RA, Kelly JJ, Litwin DE. Feasibility of laparoscopic adrenalectomy for large adrenal masses. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003;13:106-10. (PubMed)
9. Mefeoglu I, Kacar F, Culhaci N, Taskin F, Oge T. Adrenal Myelolipoma: A Case Report. *The Internet Journal of Urology* 2004.

М.Я. Лошак, В.В. Мигович, м. Ужгород