

ЛЕЙОМИОМА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И БЕРЕМЕННОСТЬ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

А. Э. Каспарова, К. К. Якубова

В статье представлено клиническое наблюдение беременности с доброкачественным новообразованием крайне редкой забрюшинной локализации. В обзоре литературы освещены современные представления о лейомиоме забрюшинной локализации, современные методы дифференциальной диагностики и лечения

Ключевые слова: ретроперитонеальная лейомиома, беременность.

ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестно, что прогресс в любой области медицины в значительной мере определяется уровнем внедрения новых теоретических разработок в повседневную практику. В этом смысле профилактика онкологических заболеваний, безусловно, является сверхактуальна и социально значима. В течение последних десятилетий мы являемся свидетелями роста онкологической заболеваемости различными видами рака репродуктивных органов, а также четко выраженной тенденцией к увеличению смертности и омоложению таких онкологических больных [1]. При этом, как известно, беременность является одним из факторов прогрессии опухолевого роста в связи с изменением уровня женских половых гормонов, прежде всего, эстрогенов, и нарушением баланса его метаболитов, имеющих разную способность к активации клеточной пролиферации [2].

По мнению ученых лейомиома имеет рецепторы к эстрогенам и прогестерону и является гормончувствительной опухолью. Доказательством гормональной зависимости являются увеличение частоты возникновения данной патологии в репродуктивном возрасте и увеличение роста опухоли во время беременности. Случаи развития ретроперитонеальных лейомиом описаны крайне редко, а во время беременности нами не найдено указаний на данную патологию. В литературном обзоре описано всего 105 случаев забрюшинной лейомиомы, которые были выявлены с 1941 по 2007 гг. [3]. Ретроперитонеальные лейомиомы – хорошо дифференцированные опухоли из гладкой мышечной клетки по своему строению напоминают лейомиому матки с развитой губчатой структурой и гиалинозом. Распространенность лейомиом забрюшинного пространства среди первичных опухолей составляет 0,5–1,2%. Обычно данная патология встречается у женщин в возрасте 45 лет (диапазон 25–79). При этом у 40% женщин в анамнезе встречается лейомиома матки. По мнению исследователей, опухоль редко

рецидивирует, не метастазирует и в 73% случаев располагается в малом тазу [4].

Этиология и патогенез ретроперитонеальной лейомиомы до сих пор изучены недостаточно хорошо. Теоретически данная опухоль может возникнуть из любого анатомического участка, содержащего гладкую мускулатуру [4]. Есть предположение о возникновении опухоли из гладкой мышечной клетки стенки сосуда. Существуют несколько теорий возникновения лейомиом забрюшинного пространства. По одной из теорий лейомиома, которая изначально является субсерозной лейомиомой матки на ножке, в результате отшнуровывается от матки и приобретает дополнительный источник крови – «паразитарная» лейомиома. Однако следует отметить, что были зарегистрированы случаи забрюшинной лейомиомы у женщин после гистерэктомии и описаны редко встречающиеся первичные лейомиомы забрюшинного пространства без сосуществования лейомиомы матки. В связи с этим можно предположить, что ретроперитонеальные лейомиомы не всегда связаны с маточными лейомиомами. Одной из теорий развития лейомиомы забрюшинного пространства является дисэмбриональная теория. В ней высказано предположение, что эмбриональные остатки в забрюшинной полости (например, Мюллерова или Вольфова протока) могут привести к развитию забрюшинной лейомиомы [5].

Необычный характер роста ретроперитонеальной лейомиомы может имитировать рост опухоли, схожий со злокачественным, и требует определения вида опухоли.

Забрюшинные лейомиомы таза, как правило, выявляются случайно при плановом обследовании органов малого таза. Ультразвуковая диагностика обеспечивает хорошую начальную визуализацию и определение топологии опухолевого процесса в диагностике ретроперитонеальных опухолей. Компьютерная томография и особенно магнитно-резонансная

RETROPERITONEAL LEIOMYOMA AND PREGNANCY (CLINICAL CASE AND A REVIEW)

A. E. Kasparova, K. K. Yakubova

In the article a clinical case of pregnancy with benign tumors is extremely rare retroperitoneal localization is presented. In the literature review current understanding of retroperitoneal leiomyoma localization, modern methods of differential diagnosis and treatment are highlighted.

Keywords: retroperitoneal leiomyoma, pregnancy.

томография (МРТ) являются наиболее значимыми исследованиями и помогают определить точный характер опухоли и ее отношения с соседними органами и сосудистыми структурами. МРТ служит уточняющим методом диагностики и дает дополнительную информацию в определении природы забрюшинных опухолей. Мультипланарные МРТ-сканы высокоинформативны в предоперационном планировании объема оперативного вмешательства. Тем не менее ни один рентгенологический метод диагностики не является весьма чувствительным или специфичным в диагностике ретроперитонеальных образований [6]. Проводить дифференциальную диагностику, основываясь только на результатах одного рентгенологического исследования, трудно [7]. Тактика ведения пациентов заключается в хирургическом иссечении опухоли настолько радикально, насколько это возможно, особенно у симптоматических пациентов. Полное иссечение опухоли с морфологической верификацией диагноза является основой для диагностики и лечения [3]. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) лейомиоме забрюшинного пространства присвоен шифр D21.4.

Цель работы – изучить особенности течения опухолевого поражения забрюшинного пространства при беременности на примере клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ ведения случая у пациентки с опухолью забрюшинного пространства во время беременности в 2016 г. Пациентке проведено обследование и лечение в медицинских организациях I и III уровня с привлечением специалистов нескольких профилей. Больной было выполнено ультразвуковое исследование и доплерометрия с использованием двухмерных и трехмерных технологий, МРТ органов малого таза и забрюшинного пространства, диагностическая лапароскопия. С лечебной целью проведена нижнесрединная лапаротомия и удаление опухоли с ее дальнейшим цитологическим и гистологическим исследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка Т., 26 лет, направлена женской консультацией на пренатальный консилиум в связи с обнаружением при скрининговом УЗ-исследовании в 21 неделю гестации образования органов малого таза, предположительно исходящего из правых придатков. В анамнезе у пациентки миома матки с 2013 г. В 2014 г. проведено оперативное лечение миомы матки в объеме консервативной миомэктомии. На учет по беременности в женскую консультацию пациентка обратилась в ранние сроки. При УЗИ в сроки скрининга в 12 недель и 4 дня опухолевых процессов матки и придатков матки ретроперитонеальной области обнаружено не было. При проведении второго и третьего УЗ-исследований в женской консультации по месту жительства установлено, что плод развивается в соответствие со сроком последней менструации (21 неделя), пороков развития плода не обнаружено. Выявлено образование малого таза (дифференциальный диагноз между тубовариальным образованием и миомой матки). Далее при следующем УЗИ – плод развивается в соответствие со сроком последней менструации (21 неделя). Выявлено образование малого таза, требующее проведение дифференциального ди-

агноза между образованиями брюшной полости, забрюшинного пространства, а также между атипичным миоматозным узлом, эктопированной дополнительной почкой, лимфомой брюшной полости. Пациентке был рекомендован пренатальный консилиум в Сургутском клиническом перинатальном центре. При проведении УЗ-исследования III уровня в перинатальном центре было обнаружено: в области гребня правой подвздошной кости нижнего полюса правой почки, контактируя с ним, лоцируется солидное образование вытянутой формы, размерами 116,5 × 52,9 × 78,0 мм, при этом не исключается связь образования с правым углом матки (субсерозный миоматозный узел). Кровоток в образовании смешанный среднерезистентный.

Учитывая отсутствие достаточных данных о характере образования, его быстрый рост (не выявлен в первом триместре беременности), беременность, онкологическую настороженность, для уточнения диагноза специалисты пренатального консилиума направили пациентку на МРТ-диагностику и консолидированный мультидисциплинарный консилиум в Сургутскую окружную клиническую больницу. По результатам МРТ органов брюшной полости выявлена картина кисты левой подвздошной области без четкой органной принадлежности. После обсуждения случая на консилиуме ведущих специалистов – онкологов, хирургов, акушеров-гинекологов, рентгенологов было решено, учитывая быстрый рост образования при беременности, большие размеры опухоли 100 × 110 мм, рекомендовать оперативное лечение в объеме диагностической лапароскопии. При обнаружении опухоли придатков матки или забрюшинного пространства провести радикальное оперативное лечение (удаление опухоли с экспресс-верификацией характера образования) с участием врачей хирургов и онкологов.

Было проведено предоперационное обследование, беременная была госпитализирована в Сургутскую окружную клиническую больницу. При проведении лапароскопии через прокол в правом подреберье после отведения сальника из правого бокового канала обнаружено: матка увеличена до 24–25 недель, выявлена опухоль больших размеров, не связанная с маткой и придатками матки, исходящая из забрюшинного пространства. В последующем выполнена средне-срединная лапаротомия. При проведении операции выявлено: печень без очаговых изменений. В забрюшинном пространстве справа определяется бугристая плотная опухоль 14 × 12 × 9 см, не связанная с почкой и кишкой. Опухоль плотно прилежала к нижней полой вене. Опухоль была мобилизована по медиальному краю от нижней полой вены острым путем и удалена. При осмотре региональных лимфатических узлов патологии не выявлено.

При макроскопическом описании: узловое образование с крупнобугристой поверхностью больших размеров. На разрезе представлено многокамерной кистой с желтоватым содержимым. Внутренняя выстилка кисты с наличием множества грубых сосочков разного размера без признаков прорастания на поверхность образования. В других участках обширное разрастание соединительной ткани. При экспресс-диагностике материала: в объеме исследованного материала морфологическая картина фибролейомиомы без признаков органоспецифичности с выраженными вторичными изменениями (отек, кистозная трансформация).

Окончательное патоморфологическое заключение: морфологическая картина лейомиомы с выраженными микроциркуляторными изменениями (обширные очаги гиалиноза, гиалинового некроза, признаки кистозной трансформации). Наблюдается не выраженный полиморфизм ядер в области очагов некроза. Митотическая активность не наблюдается.

Послеоперационный период у пациентки Т. протекал без осложнений, беременность прогрессировала. Женщина была родоразрешена путем планового кесарева сечения (учитывая наличие рубца на матке) в срок. Состояние мамы и малыша хорошее.

Таким образом, особенностью представленного клинического случая является сочетание беременности с быстрым ростом опухоли, трудностью клинической и инструментальной диагностики характера образования при первичном и динамическом наблюдении за женщиной и необходимостью дифференциальной верификации опухоли с проведением оперативного лечения во время беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Опухолевые процессы придатков матки и матки осложняют течение беременности и сопровождаются быстрым ростом из-за изменения гормонального фона.

2. Предоперационная верификация забрюшинных опухолей часто бывает затруднительной и требует расширение диагностических исследований во время беременности с применением современных методов диагностики.

3. При беременности и опухолевых образованиях придатков матки и других локализаций показано дифференцированное оперативное лечение в сроке 16 недель в связи с необходимостью верификации диагноза при онкологической настороженности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафян Л. А., Киселев В. И., Муйжнек Е. Л. Патогенетическая профилактика рака репродуктивных органов. М. : Димитрейд График Групп. 2009. 174 с.
2. Shwartz A. E., Pertsemblidis D., Gagner M. Endocrine Surgery. New York : Marcel Dekker Inc., 2004. P. 42.
3. Radojkoviæ M., Stojanoviæ M., Gligorijevioæ J. et al. Giant primary retroperitoneal myxoid leiomyoma : a case report // Vojnosanit Pregl. 2013. № 70. P. 522–527.
4. Poliquin V., Victory R. Epidemiology, presentation, and management of retroperitoneal leiomyomata : systematic literature review and case report // J of Minim Invas Gynecol. 2008. Vol. 15 (2). P. 160–152.
5. Dursun P., Salman M. C., Taskiran C., Yüce K., Ayhan A. Retroperitoneal leiomyomatosis : a case report // Int J Gynecol Cancer. 2005. № 15: P. 1222–1225.
6. Mahendru R., Gaba G., Yadav S., Gaba G., Gupta C. A rare case of retroperitoneal leiomyoma // Case Rep Surg. 2012.
7. Lin H.W., Su W.C., Tsai M.S., Cheong M. L. Pelvic retroperitoneal leiomyoma // Am J Surg. 2010. № 199. P. 36–38.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Каспарова Анжелика Эдуардовна – д. м. н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: anzkasparova@yandex.ru.

Якубова Камилла Курбановна – ординатор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: Kami_812@mail.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Kasparova Angelika Eduardovna – Doctor of Science (Medicine), Professor, Department of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: anzkasparova@yandex.ru.

Yakubova Kamilla Kurbanovna – Hospital Physician, Department of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: Kami_812@mail.ru