

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.Е. Бирюков, Л.М. Михалева, К.Ю. Мидибер,
В.В. Печникова

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

DOI 10.25789/YMJ.2019.68.33

УДК 618.12-006

В статье представлен случай опухоли стромы полового тяжа маточной трубы у пациентки 18 лет.

Ключевые слова: маточная труба, опухоль стромы полового тяжа.

The article presents a case of sex cord-stromal tumor of the fallopian tube in a 18-year-old female patient. Single cases of extra-ovarian localization of sex cord-stromal tumor have been described in the literature, however the primary lesion of fallopian tube still hasn't been reported.

Keywords: fallopian tube, sex cord-stromal tumor.

Введение. Опухоль стромы полового тяжа (ОСПТ) – гетерогенная группа опухолей с преимущественно низким потенциалом злокачественности, содержащих клетки полового тяжа и/или стромальные клетки, такие как гранулезные клетки, тека-клетки, клетки Сертоли и Лейдига, фибробласты стромального происхождения. В соответствии с классификацией ВОЗ 2014 г. [5,8] в ОСПТ входят 3 группы опухолей: чистые стромальные опухоли, чистые опухоли из клеток полового тяжа и смешанные опухоли из клеток и стромы полового тяжа, которые включают в себя ОСПТ неклассифицируемые; кроме того, выделяют смешанные герминогенные опухоли и опухоли из клеток стромы полового тяжа. К ОСПТ неклассифицируемым относят опухоли, в которых нельзя определить преобладающий компонент, клиниче-

ски опухоль может быть гормонально активной и неактивной, клиническое течение и прогноз таких опухолей неопределенные [2].

Злокачественные новообразования (ЗНО) маточной трубы встречаются очень редко - частота встречаемости в мире составляет от 0,11 до 1,18 % [3], при этом более чем в 95% случаев представлены карциномами [7]. Случаев ОСПТ в маточной трубе в литературе найти не удалось. Имеющиеся статистические данные заболеваемости и смертности от ЗНО маточной трубы, к сожалению, нуждаются в уточнениях, так как указанные показатели группируются с иными локализациями женских половых органов. Так, по данным Американского онкологического общества [12], в 2017 г. в США было зарегистрировано 4810 случаев заболеваемости и 1240 случаев смерти от ЗНО женских половых органов (за исключением молочной железы, матки, яичников и вульвы). В России в 2017 г. было зарегистрировано 1679 случаев смерти от ЗНО женских половых органов (за исключением молочной железы, матки и яичников) [1].

Первичные опухоли маточных труб всегда требуют дифференцировки от вторичного поражения по критериям, предложенным С.У. Ни и соавт. в 1950 г. [6]: большая часть опухоли локализуется в маточной трубе с поражением слизистой оболочки и наличием перехода между непораженным и пораженным трубным эпителием.

Цель исследования: показать клиническо-морфологическое наблюдение опухоли стромы полового тяжа маточной трубы у пациентки 18 лет.

Результаты и обсуждение. Пациентка 3., 18 лет, поступила 18.10.2018 г. в приемное отделение ГБУЗ «ГКБ №31

ДЗМ» с жалобами на тошноту, однократный жидкий стул, боли в нижних отделах живота, повышение температуры до 37,4°C; указанные жалобы появились за сутки до госпитализации, впервые. Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, умеренные, безболезненные, регулярные, по 4 дня, цикл 30 дней; половую жизнь отрицала - Virgo intacta; последняя менструация с 1 по 5 октября 2018 г., в срок, обычного характера.

Пациентка осмотрена в приемном отделении дежурным хирургом и акушером-гинекологом: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы и слизистые нормальной окраски, отеков не было, молочные железы мягкие, отделяемого не было, АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ЧД 18 в мин, дыхание везикулярное, язык сухой, обложен налетом, живот напряжен, резко болезненный; гинекологический статус: осмотр в зеркалах не проводился, выделения из цервикального канала кровянистые обильные, при ректо-абдоминальном исследовании тело матки в anteflexio, не увеличено, плотной консистенции, подвижное, безболезненное, с гладкой поверхностью, правые и левые придатки не определяются, область их резко болезненна, своды свободные, глубокие, инфильтраты в малом тазу не пальпируются. При УЗИ органов малого таза диагностировано до 400 мл свободной жидкости со сгустками, левый яичник с желтым телом размерами до 30 мм. Лабораторно отмечался лейкоцитоз до $17,8 \times 10^9/\text{л}$.

На основании жалоб пациентки, клинико-anamnestических данных, общего и гинекологического осмотров, инструментальных и лабораторных

НИИ морфологии человека Мин-ва науки и высшего образования РФ, г. Москва: **БИРЮКОВ Андрей Евгеньевич** – к.м.н., с.н.с., врач патологоанатом ГБУЗ «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения г.Москвы», <http://orcid.org/0000-0001-9700-3352>; SPIN-код: 2472-2328, bervost@ Rambler.ru, **МИХАЛЁВА Людмила Михайловна** – д.м.н., проф., директор, зав. отд. ГБУЗ «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения г.Москвы», <http://orcid.org/0000-0003-2052-914X>; SPIN-код: 2086-7513; mikhalevalm@yandex.ru, **МИДИБЕР Константин Юрьевич** – н.с., врач патологоанатом ГБУЗ «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения г.Москвы», <http://orcid.org/0000-0002-1426-968X>; SPIN-код: 6891-6636, midiberkonst@gmail.com, **ПЕЧНИКОВА Валентина Викторовна** – м.н.с., <http://orcid.org/0000-0001-5896-4556>; SPIN-код: 1191-1324; valiagtx@yandex.ru.

методов обследования в условиях приемного отделения, заключений смежных специалистов выставлен диагноз апоплексия левого яичника, геморрагическая форма. Назначена лапароскопия в экстренном порядке.

Интраоперационно: в брюшной полости до 150 мл крови. Тело матки не увеличено, серозный покров ее розовый. Левая маточная труба визуально не изменена, фимбриальный ее отдел свободен. Левый яичник 4х3х2 см, дольчатого строения, увеличен за счет желтого тела до 2 см в диаметре с участком разрыва до 0,5 см, с признаками активного кровотечения. Правая маточная труба утолщена на всем протяжении до 3 см, отечная, в области фимбриального отдела перекручена на 360 градусов: фимбриальный отдел представлен цианотичной тканью губчатой консистенции неправильной формы размерами 5х5 см. Правый яичник 3х2,5х2 см, дольчатого строения.

Учитывая интраоперационную лапароскопическую картину и возраст пациентки, принято решение произвести коагуляцию левого яичника, тубэктомии справа, санацию малого таза.

Правая маточная труба извлечена из брюшной полости через левую апертуру в эндобаге, отправлена на срочное интраоперационное гистологическое исследование.

Макроскопическое описание операционного материала: маточная труба длиной 7,5 см и диаметром от 0,5 до 1,3 см – серозная оболочка трубы синюшная, блестящая, с кровоизлияниями, из фимбриального края выстоит сверток крови. В 1 см от фимбриального края стенка трубы с дефектом рваного вида размером 1х1 см. Также с трубой присланы кусочки рыхлой бурой ткани общими размерами 8х6х1 см, на разрезе с тонкими прослойками розовой ткани. Взято на гистологическое исследование 4 тканевых фрагмента.

В ходе срочного патоморфологического исследования в стенке маточной трубы определяются отдельные фокусы атипичных железистоподобных структур, построенных из полиморфных крупных клеток с наличием единичных фигур митоза и мелких скопленных опухолевых клеток с гиперхромными ядрами. Заключение: С57.0 Гистологическая картина крайне подозрительна на опухоль в стенке маточной трубы неуточненного злокачественного потенциала.

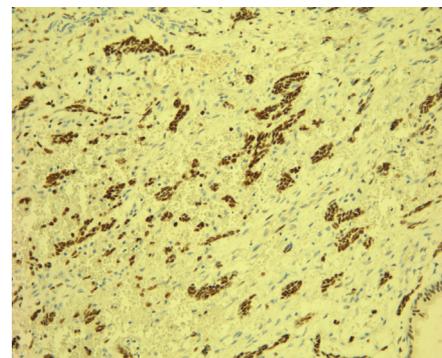
Учитывая возраст пациентки, принято решение объем операции не расширять и ограничиться правосторонней тубэктомией.

При дальнейшем плановом патологоанатомическом исследовании операционного материала дополнительно взяты 34 тканевых фрагмента из маточной трубы и прилежащей бурой ткани. Микроскопическое описание: Маточная труба с отеком, кровоизлияниями, фокусами лимфо-плазматитарной инфильтрации с примесью сегментодерных лейкоцитов, в просвете части сосудов фибриновые тромбы; наряду с вышеописанным, имеются крупные участки опухолевой ткани преимущественно гнездно-трабекулярного строения, с наличием небольших участков с мелкими железистоподобными структурами – опухолевые клетки со слабым полиморфизмом, гиперхромными ядрами, митозы немногочисленные. При иммуногистохимическом исследовании [9] с использованием панели с 14 антителами в опухолевых клетках отмечалась яркая экспрессия кальретинина, виментина, CD99, WT-1, слабая экспрессия CK8/18, PLAP и десмина, отсутствие экспрессии EMA, S100, альфа-ингибина, мезотелина, мелана А и альфа-фетопротеина; индекс пролиферации Ki67 – 3% (рисунок, а-з).

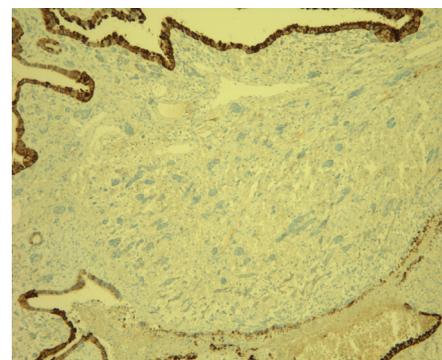
На основании комплексного исследования сформулировано патологоанатомическое заключение: D39.7 Неклассифицируемая опухоль стромы полового тяжа правой маточной трубы

с индексом пролиферации Ki67 3%. M8590/1.

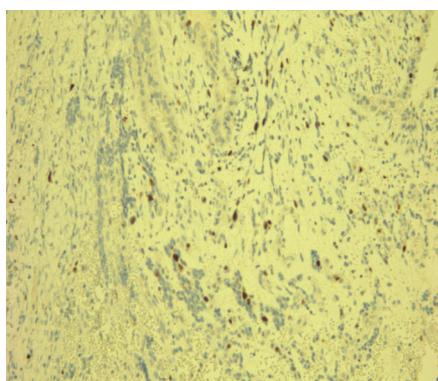
Послеоперационный период у пациентки протекал благополучно и на 5-е сутки после операции она была выписана из стационара с рекомендациями



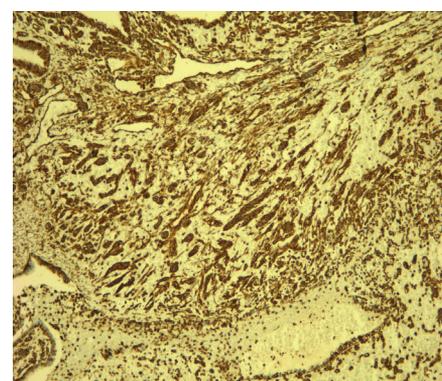
B



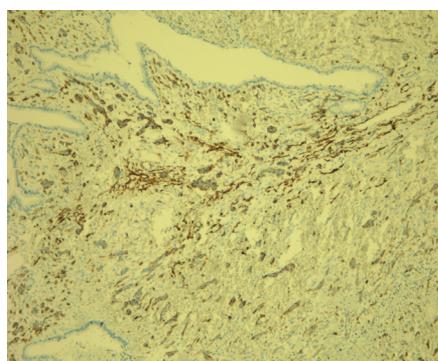
Г



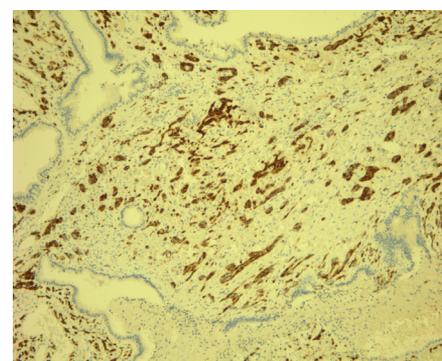
а



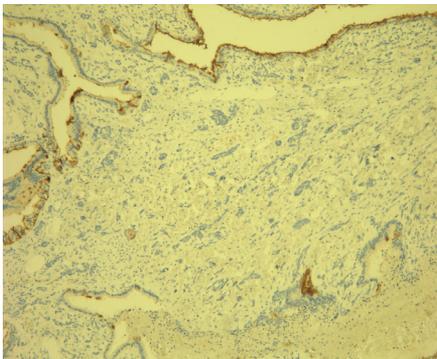
д



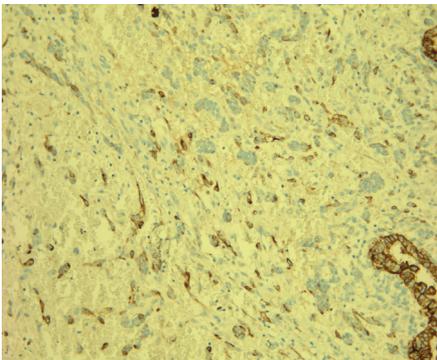
б



е



ж



з

Опухоль стромы полового тяжа маточной трубы. Иммуногистохимическое исследование с антителами к: а - Ki67 – пролиферация в 3% опухолевых клетках; б - Desmin – экспрессия в опухолевых клетках; в - WT1 – экспрессия в опухолевых клетках; г - EMA – отсутствие экспрессии в опухолевых клетках; д - Vimentin – экспрессия в опухолевых клетках; е - Calretinin – экспрессия в опухолевых клетках; ж - Mesotelin – отсутствие экспрессии в опухолевых клетках; з - CK8/18 – экспрессия в части опухолевых клеток

по наблюдению и дообследованию в условиях специализированного онкологического учреждения по месту жительства.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение опухоли маточной трубы относится к крайне редким случаям внеорганный (внеяичниковой) локализации ОСПТ - в литературе описаны единичные наблюдения с локализацией опухоли в мягких тканях брюшной полости, малого таза, в сальнике [13]. Диагностика подобных опу-

холей маточной трубы имеет значительные сложности не только для клиницистов, но и для патологоанатомов, когда, наряду с традиционными морфологическими методами диагностики операционного материала, требуется применение иммуногистохимического исследования с широкой панелью антител, что позволяет уточнить иммунофенотип опухоли. Предоперационная диагностика опухолей маточной трубы также крайне малоинформативна [11], клинические симптомы или отсутствуют, или малоспецифичны. Диагностическая панель включает целый ряд клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, а при подозрении на ОСПТ - определение уровня ингибина, эстрадиола, тестостерона и альфа-фетопротеина (АФП): повышенный уровень ингибина и эстрадиола может выявляться в гранулезоклеточных опухолях, а опухоли из клеток Сертоли-Лейдига характеризуются повышением уровня тестостерона или, редко, АФП [10].

Лечебная тактика при опухолях с неопределенной (или низкой) степенью злокачественности и биологического поведения определяется стадией по системе TNM и FIGO [4]. У детей, подростков и женщин репродуктивного возраста при ОСПТ I стадии по FIGO, как правило, рассматривают сохраняющие фертильность операции [10]. Пациентки после оперативного лечения находятся под диспансерным наблюдением в течение первых двух лет с определением уровня онкомаркеров в сыворотке крови и проведением УЗИ и КТ органов малого таза (Национальная всеобщая онкологическая сеть США).

Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – илл. – 250с.
Malignant tumors in Russia in 2017 (morbidity and mortality) / Ed. A.D. Kaprin, V.V. Starinskij, G.P. Petrova. – М.: Federal State Budgetary Institution National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation Publ., 2018. – 250p.
2. Нейштадт Э.Л. Опухоли яичника / Э.Л.

Нейштадт, И.Н. Ожиганова. – М.: Фолиант, 2014. – 352 с.

Nejshtadt E.L. Ovarian tumors / E.L. Nejshtadt, I.N. Ozhiganova. – М.: Foliant, 2014. – P.352

3. Проблемы диагностики и лечения рака маточной трубы (клинический случай) / Н.Е. Левченко, С.В. Муштенко, М.В. Савостикова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2016. – 12(3). – P. 80-86. DOI: 10.17650/1994-4098-2016-12-3-80-86

Problems of diagnostics and treatment of uterine tube cancer (clinical case) / N.E. Levchenko, S.V. Mushtenko, M.V. Savostikova [et al.] // Tumors of female reproductive system. – 2016. – 3(12). – P. 80-8

4. TNM: Классификация злокачественных опухолей / Под ред. Дж.Д.Брайерли, М.К. Господарович, К. Виттекинд; пер. с англ. и научн. ред. Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. 2-е издание на русском языке. – М.: Логосфера, 2018. – 344с.

TNM: Classification of Malignant Tumors, 8th ed / Ed. James D. Brierley, Mary K. Gospodarowicz, Christian Wittekind. М.: Logosfera Publ., 2018. – P.344.

5. Франк Г.А. Новая классификация опухолей яичника / Г.А. Франк, Л.В. Москвина, Ю.Ю. Андреева // Архив патологии. – 2015;4:40-50. DOI:10.17116/patol201577440-50

Frank G.A. A new classification of ovarian tumors / G.A. Frank, L.V. Moskvina, YU.YU Andreeva // Archiv pathologii. – 2015. – 4. – P. 40-50.

6. Hu C. Primary carcinoma of the fallopian tube / C. Hu, M. Taymor, A. Hertig // Am J Obstet Gynecol 1950;59(1):58–67. DOI: 10.1016/0002-9378(50)90341-3

7. Malignant mixed Mullerian tumor of the fallopian tube: report of two cases and review of literature / Imachi M., Tsukamoto N., Shigematsu T. [et al.] // Gynecol Oncol 1992;47(1):114–24. DOI: 10.1016/0090-8258(92)90086-X

8. Mariana Horta. Sex cord-stromal tumors of the ovary: a comprehensive review and update for radiologists / H. Mariana, Teresa Margarida Cunha Diagn Interv Radiol. 2015 Jul-Aug; 21(4): 277–286. DOI: 10.5152/dir.2015.34414

9. Modern immunohistochemistry / Peiguo Chu and Lawrence Weiss. – Second edition. 2014. – 508p.

10. Ovarian Sex Cord-Stromal Tumors / Schultz KA, Harris AK, Schneider DT [et al.] // J Oncol Pract. 2016;12(10):940-946. DOI: 10.1200/JOP.2016.016261

11. Paratubal cancer found at the time of laparoscopic surgery for adnexal torsion: a case report and literature review / Ryu K.J., Kim I.S., Bae H.S. [et al.] // Eur J Gynaecol Oncol 2014;35(6):741–4. PMID: 25556286.

12. Rebecca L. Siegel. Cancer Statistics, 2017 / Siegel R.L., D. Miller Kimberly, Jemal Ahmedin // CA CANCER J CLIN 2017;67:7–30. DOI: 10.3322/caac.21387

13. Shah R. Unclassifiable Malignant Extraovarian Sex Cord-Stromal Tumors: Report of 3 Cases and Review of Extraovarian Sex Cord-Stromal Tumors / R. Shah, W.G. McCluggage // Int J. Gynecol Pathol. 2017 Sep;36(5):438-446. DOI: 10.1097/PGP.0000000000000350.