

Д.Н. Костромицкий, А.Ю. Добродеев, С.Г. Афанасьев,
Е.А. Фесик, К.Ю. Меньшиков, А.С. Тарасова,
А.В. Августинovich, У.Б. Урмонов

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКСОМЫ ЖЕЛУДКА

DOI 10.25789/YMJ.2021.74.35

УДК 616.33-006-089

В статье представлено клиническое наблюдение больного миксомой антрального отдела желудка с выраженной сопутствующей патологией, в связи с чем было выполнено хирургическое эндоскопическое лечение. Положительные результаты проведенного лечения свидетельствуют о высокой эффективности эндоскопической подслизистой резекции миксомы желудка.

Ключевые слова: миксома желудка, эндоскопическая подслизистая резекция опухоли.

The article presents a clinical observation of a patient with myxoma of the antrum of the stomach with severe concomitant pathology, for which surgical endoscopic treatment was performed. The positive results of the performed treatment indicate the high efficiency of endoscopic submucosal resection of the gastric myxoma.

Keywords: gastric myxoma, endoscopic submucosal tumor resection.

Введение. Плексиформная ангиомиксоидная миофибробластическая опухоль (ПАМО) также известная как плексиформная фибромиксома представляет собой редкое мезенхимальное опухолевое заболевание, впервые описанное в начале XXI века Y. Takahashi [9] и признанное отдельным новообразованием среди доброкачественных опухолей желудка по классификации опухолей пищеварительной системы ВОЗ. Характерной чертой ПАМО является плексиформный паттерн роста с большим содержанием миофибробластических клеток, встроенных в миксоидный матрикс, богатый сосудами капиллярного типа [10, 11]. Размер ПАМО желудка варьирует от 19 до 150 мм и в среднем составляет 63 мм [3]. Основными клиническими

проявлениями данного заболевания являются тошнота, рвота, стеноз привратника, потеря веса [4]. По данным эндоскопического исследования, опухоль определяется как приподнятое образование с подслизистым характером роста и частыми изъязвлениями на вершине. На 2016 г. в литературе была представлена информация о 59 морфологически верифицированных случаях ПАМО [6], к 2019 г. общее количество больных с этой патологией достигло 113 [8] и в 2020 г. дополнительно были описаны единичные случаи заболевания [5]. Наиболее частой проблемой в клинической практике является дифференциальная диагностика между ПАМО и гастроинтестинальными стромальными опухолями (ГИСО), так как, несмотря на схожие клинические проявления, указанные новообразования имеют различия в прогнозе [1]. В данной ситуации при неясной гистологической картине окончательный диагноз устанавливается на основании иммуногистохимического анализа мутации генов *KIT* и *PDGFRA* [2], что позволяет подтвердить плексиформную фибромиксому [7].

В статье представлено редкое клиническое наблюдение миксомы желудка, которая сначала была расценена как ГИСО. Больной В., 61 год, с июня 2020 г. находился под наблюдением кардиолога с диагнозом: Острый инфаркт миокарда с поражением передне-боковой стенки левого желудочка, сердечная недостаточность IIA по NYHA. В сентябре 2020 г. больной отметил появление дискомфорта в эпигастрии, тошноту, периодическую рвоту съеденной пищей с примесью крови, что послужило причиной обращения в клинику-диагностическое отделение НИИ онкологии Томского НИМЦ. При

выполнении видеоэзофагогастродуоденоскопии (29.09.2020 г.) была выявлена опухоль в области угла желудка по малой кривизне, расположенная в подслизистом слое размером до 25 мм в диаметре, с эластичной структурой, грубым рубцом на вершине и свежими активно кровоточащими грануляциями (рис. 1). Биопсия опухоли не проводилась из-за риска кровотечения.

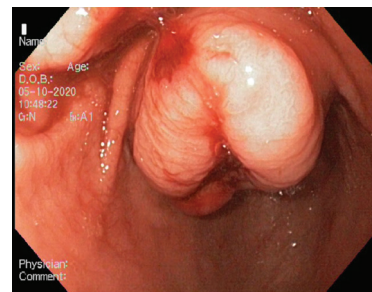


Рис. 1. Видеоэзофагогастродуоденоскопия: эндоскопия миксомы желудка

В плане дообследования больному были выполнены эндосонография новообразования, рентгенография органов грудной клетки, СКТ органов брюшной полости и УЗИ полости малого таза – признаков синхронной опухолевой патологии и метастатического поражения органов-мишеней выявлено не было. На основании проведенного обследования был сформулирован клинический диагноз: Подозрение на ГИСО угла желудка, Ст. I, $T_1N_0M_0$. Из-за выраженной сердечно-сосудистой патологии хирургическое лечение в объеме резекции желудка больному было не показано, в связи с чем предложено эндоскопическое вмешательство. После стандартной плановой предоперационной подготовки 05.10.2020 г. больному была выполнена эндоско-

Науч.-иссл. институт онкологии Томского нац. иссл. медицинского центра Российской академии наук: **КОСТРОМИЦКИЙ Дмитрий Николаевич** – к.м.н., н.с., d.n.kostromitsky@tomonco.ru, ORCID: 0000-0001-5691-2349, **ДОБРОДЕЕВ Алексей Юрьевич** – в.н.с., dobrodeev@oncology.tomsk.ru, ORCID: 0000-0002-2748-0644, **АФАНАСЬЕВ Сергей Геннадьевич** – д.м.н., проф., зав. отделением, Afanasievsg@oncology.tomsk.ru, ORCID: 0000-0002-4701-0375, **ФЕСИК Евгения Анатольевна** – к.м.н., врач патологоанатом, fesik-evgeniya@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-5327-6834, **МЕНЬШИКОВ Кирилл Юрьевич** – к.м.н., эндоскопический хирург, kiri-78@mail.ru, ORCID: 0000-0002-4244-6364, **ТАРАСОВА Анна Сергеевна** – к.м.н., н.с., anna.tarasova@sibmail.com, ORCID: 0000-0001-7006-602X, **АВГУСТИНОВИЧ Александра Владимировна** – к.м.н., с.н.с., aov862@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-7301-7581, **УРМОНОВ Умиджон Бутабекович** – врач-онколог, UrmonovUB@oncology.tomsk.ru, ORCID: 0000-0003-2804-4227.

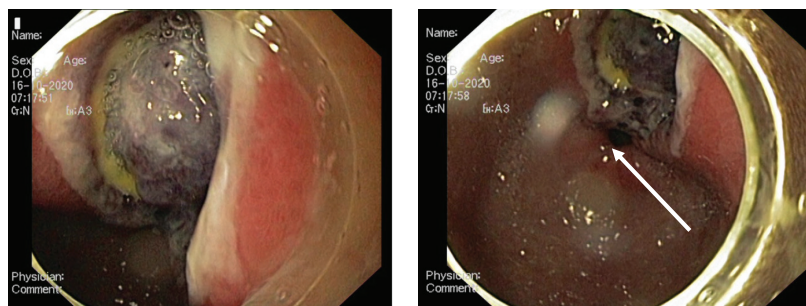


Рис. 2. Эндоскопическая электродиссекция подслизистого образования стенки желудка в модификации PEMR ESD. Интраоперационные эндоскопы после иссечения опухоли: а - дефект слизистой оболочки 30 мм в диаметре, дно язвы представлено мышечным слоем стенки желудка; б - стрелкой указан пилорический канал

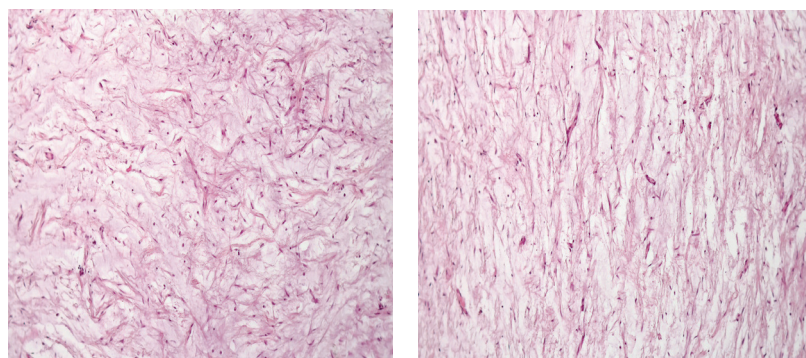


Рис. 3. Микрофото миксомы желудка. Окраска гематоксилином и эозином, ув.×200

пическая электродиссекция подслизистого образования стенки желудка в модификации PEMR ESD (рис. 2).

Послеоперационный период у больного протекал без осложнений. Пероральное кормление начато со 2-х сут, полное восстановление функции желудочно-кишечного тракта произошло на 3-и сутки, и на 4-е сутки после операции больной был выписан из отделения. По данным послеоперационного морфологического исследования № 24731-32/20 (29.10.2020 г.), опухоль представлена веретенообразными клетками, с овальным ядром, эозинофильной цитоплазмой. Опухолевые клетки расположены в обильной миксоидной строме с многочисленными мелкими сосудами. Заключение: миксома желудка, без прорастания слизистой желудка. По границам резекции опухолевой ткани нет (рис. 3).

Таким образом, был сформулирован окончательный клинический диагноз: Миксома желудка, осложненная изъязвлением и кровотечением. Эн-

доскопическая электродиссекция подслизистого образования антрального отдела желудка в модификации PEMR ESD (23.10.2020 г.).

При контрольном обследовании через 2 месяца после хирургического лечения, по данным видеоэзофагогастроскопии (15.12.2020 г.), в проекции угла желудка визуализируется рубец до 13 мм по длиннику, без признаков воспаления и рецидива.

Заключение. Данное клиническое наблюдение свидетельствует о сложности дифференциальной диагностики мезенхимальных опухолей желудка. В связи с тем, что миксома желудка является редкой патологией, ведущая роль в постановке окончательного диагноза отводится морфологическому исследованию. В случае невозможности проведения радикальных резекций из-за выраженных сопутствующих заболеваний показано выполнение эндоскопических электрорезекций, которые обеспечивают удовлетворительные онкологические результаты.

Литература

1. Buleje J., Acosta Ó., Guevara-Fujita M., Enriquez Y., Taxa L., Machicado E., Lizaraso-Caparó F., Fujita R. Mutational profile of KIT and PDGFRA genes in gastrointestinal stromal tumors in Peruvian samples. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015 Feb;107(2):72-78. PMID: 25659388.
2. Comandone A., Boglione A. Importanza delle mutazioni nella prognosi e terapia medica dei GIST [The importance of mutational status in prognosis and therapy of GIST]. *Recenti Prog Med.* 2015 Jan;106(1):17-22. Italian. doi: 10.1701/1740.18950. PMID: 25621775.
3. Diaconescu M.R., Diaconescu S. Mesenchymal (non-epithelial) "non-GIST" tumors of the digestive tract. *Chirurgia (Bucur).* 2012 Nov-Dec;107(6):742-50. PMID: 23294952.
4. Ha C., Regan J., Cetindag I.B., Ali A., Mellinger J.D. Benign esophageal tumors. *Surg Clin North Am.* 2015 Jun;95(3):491-514. doi: 10.1016/j.suc.2015.02.005. Epub 2015 Mar 21. PMID: 25965126.
5. Nasralla A., Alwabari M., Alsaif O., Amr S. Gastric Plexiform Fibromyxoma Arising in the Cardia in an Adolescent Male: A Rare Tumor with an Unusual Location. *Case Reports in Surgery*, vol. 2020, Article ID 9037960, 7 pages, 2020. doi: 10.1155/2020/9037960
6. Quero G., Musarra T., Carrato A., Fici M., Martini M., Dei Tos A.P., Alfieri S., Ricci R. Unusual focal keratin expression in plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor: A case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2016 Jul;95(28):e4207. doi: 10.1097/MD.0000000000004207. PMID: 27428222; PMCID: PMC4956816.
7. Ricci R., Dei Tos A.P., Rindi G. GISTogram: a graphic presentation of the growing GIST complexity. *Virchows Arch.* 2013 Oct;463(4):481-7. doi: 10.1007/s00428-013-1467-4. Epub 2013 Aug 23. PMID: 23975171.
8. Su H.-A., Yen H.-H., Chen C.-J. An Update on Clinicopathological and Molecular Features of Plexiform Fibromyxoma. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 2019, Article ID 3960920, 26 pages, 2019. doi: 10.1155/2019/3960920
9. Takahashi Y., Suzuki M., Fukusato T. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach. *World J Gastroenterol.* 2010 Jun 21;16(23):2835-40. doi: 10.3748/wjg.v16.i23.2835. PMID: 20556828; PMCID: PMC2887578.
10. Uçar A.D., Oymaci E., Carti E.B., Yakan S., Vardar E., Erkan N., Mehmet Y. Characteristics of Emergency Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST). *Hepatogastroenterology.* 2015 May;62(139):635-40. PMID: 26897944.
11. Zhou J., Xu J., Jiang G., Ma Y., Qi J., Li W., Zhang D. Gastrointestinal stromal tumor with a PDGFRA mutation masquerading as gastric plexiform fibromyxoma: A comparative clinicopathological study of two cases. *Oncol Lett.* 2017 Feb;13(2):887-892. doi: 10.3892/ol.2016.5486. Epub 2016 Dec 12. PMID: 28356974; PMCID: PMC5351284.