

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ / PRACTICAL CASES

УДК 616-006.3.03

<http://dx.doi.org/10.22328/2079-5343-2021-12-1-95-98>

© Покладов И.Д., Чернова О.Н., Важенин А.В., Штенцель Р.Э., 2021 г.

СЛУЧАЙ РЕДКОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ МАЛОГО ТАЗА — АНГИОФИБРОМЫ НЕОБЫЧНО БОЛЬШОГО РАЗМЕРА*¹И. Д. Покладов*, ¹О. Н. Чернова, ^{1,2}А. В. Важенин, ³Р. Э. Штенцель*¹Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины, Челябинск, Россия²Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия³Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Образования малого таза встречаются довольно часто. Ангиофибромы среди них очень редки, что вызывает трудности в дифференциальной диагностике. Однако постановка правильного диагноза важна, учитывая большое сходство с другими, часто злокачественными опухолями. По данным литературы, размер ангиофибром не превышает 12 см. В статье представлен случай пациентки с ангиофибромой необычно большого размера.

Ключевые слова: ангиофиброма, доброкачественное образование малого таза, МРТ

*Контакт: Покладов Иван Дмитриевич, ftizi@mail.ru

© Pokladov I.D., Chernova O.N., Vazhenin A.V., Shtentsel R.E., 2021

A CASE OF A RARE PELVIC NEOPLASM — UNUSUALLY LARGE ANGIOFIBROMAS*¹Ivan D. Pokladov*, ¹Oksana N. Chernova, ^{1,2}Andrei V. Vazhenin, ³Regina E. Shtentsel*¹Chelyabinsk Regional Clinical Center for Oncology and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russia²South-Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia³V. A. Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russia

Pelvic tumors are quite common. Of these, angiofibromas are very rare. It causes difficulties in differential diagnosis. But getting the right diagnosis is important, given the great similarity with other, often malignant tumors. According to the literature, the average size of angiofibromas does not exceed 12 cm. We present the case of a patient with an unusually large angiofibroma.

Key words: angiofibroma, benign neoplasm of pelvic, MRI

*Contact: Pokladov Ivan Dmitriyevich, ftizi@mail.ru

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Покладов И.Д., Чернова О.Н., Важенин А.В., Штенцель Р.Э. Случай редкого новообразования малого таза — ангиофибромой необычно большого размера // *Лучевая диагностика и терапия*. 2021. Т. 12, № 1. С. 95–98, <http://dx.doi.org/10.22328/2079-5343-2021-12-1-95-98>.

Conflict of interests: the author stated that there is no potential conflict of interests.

For citation: Pokladov I.D., Chernova O.N., Vazhenin A.V., Shtentsel R.E. A case of a rare pelvic neoplasm — unusually large angiofibromas // *Diagnostic radiology and radiotherapy*. 2021. Vol. 12, No. 1. P. 95–98, <http://dx.doi.org/10.22328/2079-5343-2021-12-1-95-98>.

Введение. Ангиофибромы малого таза — очень редкие доброкачественные мезенхимальные опухоли. Впервые описаны Нисси и соавт. в 1997 г. [1, с. 636–644]. Наиболее часто встречаются в половых путях, вульве и малом тазу у женщин и гораздо реже в области мошонки и паховой области у мужчин [2, с. 365–367].

Гистопатологически эти опухоли происходят из мезенхимальных стволовых клеток и не содержат дифференцированной ткани [3, с. 373–375].

Макроскопически обычно это хорошо отграниченные образования, с четкими границами, в которых никогда не было описано участков некроза и зарегистрированы только единичные случаи с участками кровоизлияний. Размер опухолей колеблется от 0,6 до 12,3 см, средний размер — 3,6 см [4, с. 114].

Микроскопически состоят из веретеновидных клеток, коллагеновых волокон и сосудов малого и среднего калибра, часто гиалинизированных, также могут встречаться включения жира.

В настоящей статье представлен случай крупной ангиофибромы малого таза.

Анамнез. Больная М., 34 лет, в январе 2019 г. самостоятельно обнаружила объемное образование в области внутренней поверхности правого бедра, другие жалобы отсутствовали. Пациентка обратилась в лечебное учреждение по месту жительства. Результаты выполненных исследований представлены ниже.

Общий анализ крови: без особенностей

Общий анализ мочи: эритроциты 250(+++) кл/мкл, кетоновые тела 9(+) ммоль/л, в остальном без особенностей.

Данные других лабораторных исследований: Ca-125 12 ед./мл; РЭА 1,4; Ca 19-9 — 2.

Заключение УЗИ малого таза: киста влагалища.

Гистологическое заключение: материал, полученный при трепанобиопсии, малоинформативен. Достоверных признаков наличия новообразования в представленном материале не выявлено. Фрагмент правого яичника с фиброзом коркового слоя, стационарный эндоцервикоз, хронический высокоактивный цервицит. Кисты гартнерова хода.

С данными результатами для дообследования пациентка была направлена в Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины.

Для оценки динамики процесса и уточнения диагноза в нашем учреждении было проведено повторное МРТ-исследование малого таза (рис. 1–3). Исследование проводилось на аппарате GE SIGNA HDe 1,5 T. Протоколы исследований включали

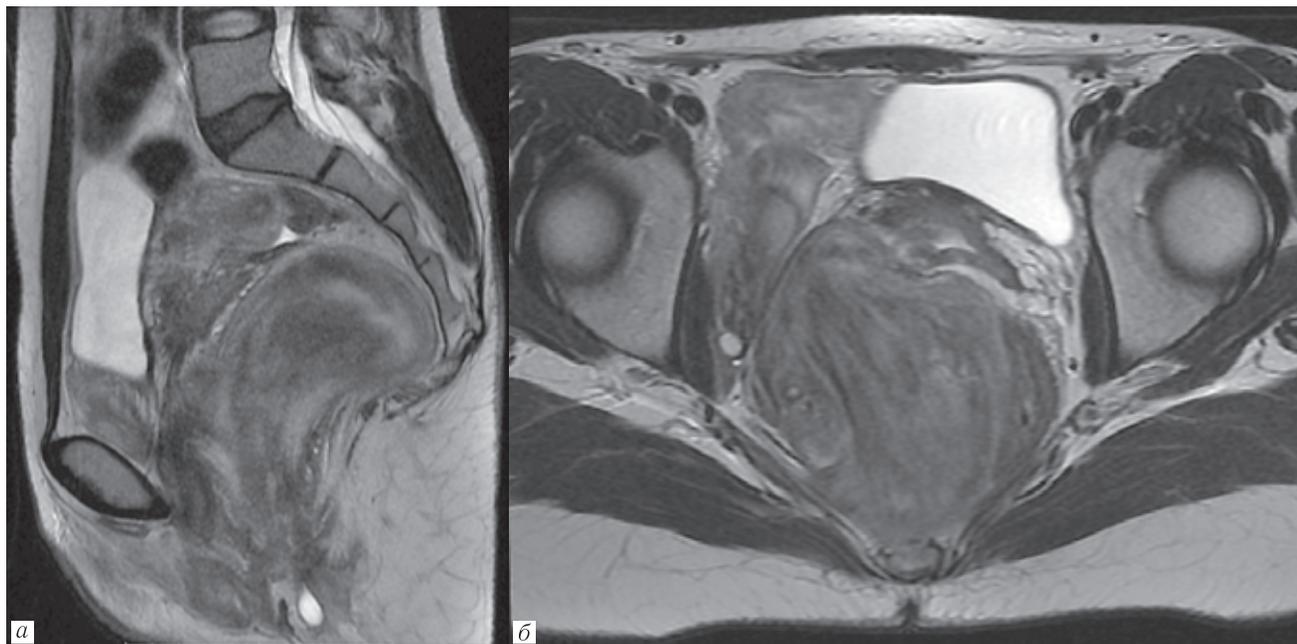


Рис. 1. На T2-ВИ в сагиттальной (а) и аксиальной (б) плоскостях определяются четкие контуры и «слоистая» структура образования, схожий с миометрием МР-сигнал. Признаки инвазии в прилежащие органы отсутствуют
Fig. 1. MRI T2 sagittal images (a) and MRI T2 axial images (б) — clear outline and «layered» structure of the neoplasm, similar to the myometrium MR signal. There are no signs of invasion of adjacent organs

Заключение УЗИ брюшной полости: деформация желчного пузыря.

Данные рентгенографии грудной полости: без патологии.

Заключение МРТ органов малого таза: картина объемного образования малого таза, с признаками распространения на стенку нижнеампулярного отдела прямой кишки, анальный канал, признаками инвазии во влагалище, шейку матки.

Заключение колоноскопии: без структурной патологии.

В плановом порядке в учреждении по месту жительства проведена диагностическая лапароскопия, трепанобиопсия забрюшинной опухоли, биопсия правого яичника, кроме того, одномоментно выполнена коагуляция эндометриоидных очагов и локальное иссечение задней стенки влагалища с кистами гартнерова хода, биопсия шейки матки.

серии МР-томограмм органов брюшной полости и забрюшинного пространства в сагиттальной, аксиальной и фронтальной плоскостях на T1-, T2-ВИ, в режиме FatSat, ДВИ и построение ADC карт, выполнено болюсное контрастное усиление.

В правой половине малого таза, внебрюшинно, определяется крупное объемное, мягкотканное образование, протяженное по форме и овоидное на аксиальных срезах, выполняющее несколько изгибов по своему протяжению. Аксиальные размеры — до 13×7 см, краниокаудальная протяженность — не менее 15 см. Верхний полюс образования — на уровне ректосигмоидного изгиба, нижний — подходит к коже правой половины промежности. Образование имеет довольно ровные, четкие контуры практически на всем протяжении, за исключением самых нижних отделов в промежности, смещает все органы и структуры малого таза, деформирует и широко прилежит

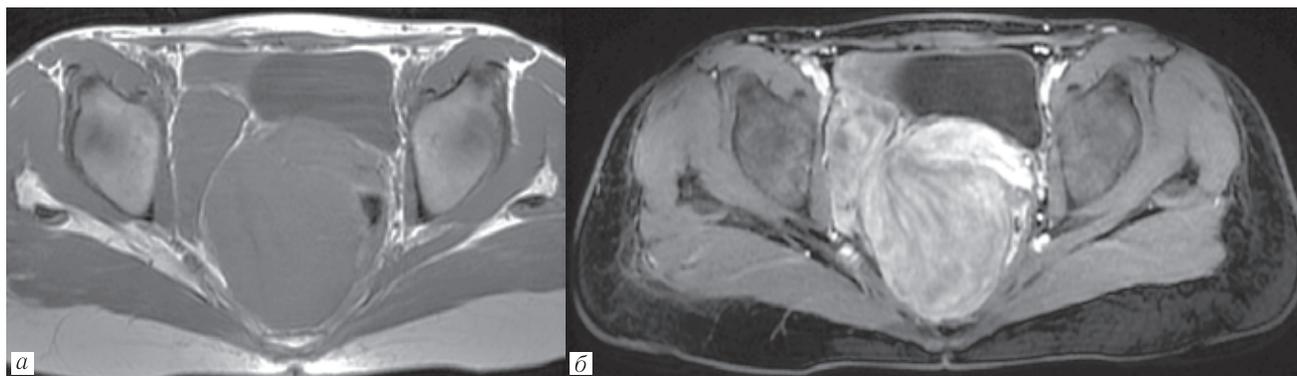


Рис. 2. На T1-ВИ в аксиальной плоскости (а) отмечается отсутствие геморрагических участков. На T1-ВИ после контрастирования (б) регистрируется неоднородное, слоистое накопление контрастного вещества (в вензную фазу)
Fig. 2. MRI T1 axial images (а) — absence of hemorrhagic areas. MRI T1 axial images after intravenous injection (б) heterogeneous, layered enhancement in the venous phase

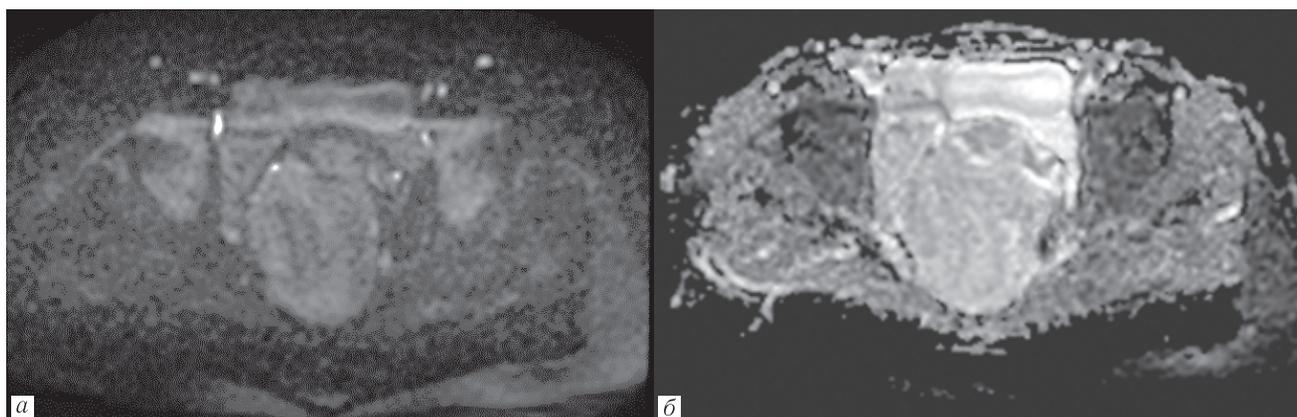


Рис. 3. Образование не ограничивает диффузию на ДВИ (а) и при построении ИКД карт (б)
Fig. 3. Neoplasms do not restrict diffusion on the DWI (а) and ADC (б)

к ним, четких признаков инвазии не выявлено. Структура образования слоистая, МР-сигнал образования преимущественно приближается к сигналу от миометрия, в нижних отделах имеются тубулярные жидкостные включения и небольшие округлые простые кисты. Гиперинтенсивных участков на T1-ВИ, гипоинтенсивных на T2-ВИ не выявлено. Признаков истинного ограничения диффузии на серии ДВИ, и ИКД-картах нет. Накопление контраста образованием в виде слоев, в нижних отделах — неравномерное. Яичники — без особенностей расположения, размеров, структуры, в правом — признаки доминирующего фолликула размерами 30×25 мм. Прямая кишка резко оттеснена влево, распластана на образовании, но стенки ее не изменены. Шеечно-маточный угол выпрямлен, матка оттеснена кпереди, не увеличена, полость ее не расширена, толщина переходного слоя нормальная. На небольшом участке шейки по задне-правому контуру граница образования и шейки матки не прослеживается. Мочевой пузырь деформирован, имеет четкие контуры и нормальную толщину стенок, мочеточники не расширены. Кровеносные сосуды таза не расширены. Увеличенные лимфатические узлы на уровне таза не визуализируются. На уровне исследования костной патологии не выявлено.

Заключение: МРТ-картина крупного внебрюшинного мягкотканного образования правой поло-

вины малого таза, больше данных, свидетельствующих о его доброкачественной природе. Органную принадлежность установить сложно из-за крупных размеров образования.

Перед повторной трепанобиопсией было выполнено контрольное УЗИ малого таза.

Заключение УЗИ: в малом тазу максимально справа визуализируется гипоэхогенное образование вытянутой формы, с ровными четкими контурами, размером 60×28 мм, при ЦДК картируются единичные сосуды.

Выполнена повторная трепанобиопсия образования малого таза.

Гистологическое заключение: в объеме исследованного материала морфологическая картина может соответствовать росту мягкотканного новообразования неопределенного потенциала злокачественности.

Заключение иммуногистохимического исследования: в пределах исследованного материала гистологическая картина и иммунофенотип опухоли могут соответствовать шванноме (неврилемоме).

Пациентке в плановом порядке по месту жительства была произведена операция — радикальное удаление опухоли промежности.

Гистологическое заключение: доброкачественное мягкотканное образование из веретеновидных

клеток, гистологическая картина и иммунофенотип опухоли наиболее соответствуют ангиофиброме.

После установления диагноза пациентка взята под наблюдение в учреждение по месту жительства, без признаков рецидива в течение следующего года.

Обсуждение результатов. Данный клинический случай представляет интерес по целому ряду причин. Крупные образования малого таза, действительно, не редкость, но в дифференциальном ряду среди них ангиофиброма занимает одно из последних мест в связи с нехарактерной для данных образований локализацией и необычно большими размерами, ведь по данным литературы их средний размер не превышает 3,6 см. Кроме того, большой размер

вызвал трудности в определении органной принадлежности и вероятной инвазии в близлежащие органы и ткани. Из-за особенностей структуры опухоли при МР-исследовании отмечался ее необычно слоистый характер. Интерес случаю добавляет и тот факт, что данные различных исследований, таких как УЗИ, колоноскопия и даже диагностическая лапароскопия, в некоторых моментах противоречили друг другу, как и результаты гистологических исследований, выполненных на разных этапах диагностики заболевания. Только выполненная радикальная резекция с последующим иммуногистохимическим исследованием помогла достоверно подтвердить доброкачественную природу образования.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Nucci M.R., Granter S.R., Fletcher C.D.M. Cellular angiofibroma: a benign neoplasm distinct from angiofibroblastoma and spindle cell lipoma // *Am. J. Surg. Pathol.* 1997. Vol. 21. P. 636–644. doi: 10.1097/0000478-199706000-00002.
2. Lee S.H., Yang J.W., Do J.M. et al. Angiofibroblastoma-like tumor of the scrotum // *Korean J. Urol.* 2010. Vol. 51. P. 365–367. doi: 10.4111/kju.2010.51.5.365.
3. Emtage J.B., Parker J., Marcet J.E., Finan J., Lockhart J., Hernandez D.J. A large cellular angiofibroma of the male pelvis presenting with obstructive voiding: A case report and review of the literature // *Canadian Urological Association Journal.* 2013. Vol. 7 (5–6). e373–5. Published online 2013 May 13. doi: 10.5489/cuaj.1222.
4. Mandato V.D., Santagni S., Cavazza A., Aguzzoli L., Abrate M., La Sala G.B. Cellular angiofibroma in women: a review of the literature // *Diagn. Pathol.* 2015. Vol. 10. P. 114. Published online 2015 Jul 19. doi: 10.1186/s13000-015-0361-6.

Поступила в редакцию/Received by the Editor: 20.11.2020 г.

Авторский вклад в подготовку статьи:

Вклад в написание текста статьи; изучение и анализ литературы, связанной с темой статьи — *И.Д.Покладов*. Консультация МР-исследований, предоставленных в статье; помощь в диагностике — *О.Н.Чернова*. Вклад в анализ данных и выводы — *Р.Э.Штенцель*. Вклад в подготовку рукописи — *О.Н.Чернова, А.В.Важенин, Р.Э.Штенцель*.

Сведения об авторах:

Покладов Иван Дмитриевич — врач 2 категории (стаж работы 7 лет) государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; 454087, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Блюхера, д. № 42; e-mail: fitzi@mail.ru; ORCID 0000–0002–1854–4036;

Чернова Оксана Николаевна — кандидат медицинских наук, врач высшей категории, заведующая отделением рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; 454087, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Блюхера, д. № 42; e-mail: cherox-chel@mail.ru; ORCID: 0000–0002–5131–3141;

Важенин Андрей Владимирович — профессор, доктор медицинских наук, академик Российской академии наук, заслуженный врач РФ, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; 454087, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Блюхера, д. № 42; заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 454048, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; ORCID: 0000–0002–7807–8479, SPIN-код: 1350–9411;

Штенцель Регина Эдуардовна — врач-ординатор 2-го года федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2; e-mail: regina-74chunia@mail.ru; ORCID: 0000–0001–9435–0033.