

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК (618.14-006.363.03-033.2:616.24):616.248

МЕТАСТАЗИРУЮЩАЯ В ЛЕГКИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЛЕЙОМИОМА МАТКИ У БОЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

А.В.Леншин, А.В.Ильин, Т.А.Мальцева

ФГБУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22

РЕЗЮМЕ

Представлено собственное редкое клиническое наблюдение – метастазирующая в легкие доброкачественная лейомиома матки. При гистологическом и иммуногистохимическом исследованиях признаков малигнизации ни в матке, ни в легких не обнаружено. Фоном заболевания является бронхиальная астма, вуалирующая клиническую картину. В литературе данная патология представляется как казуистика. Демонстрируется сложность диагностики лейомиоматоза легких, особенно на фоне бронхиальной астмы, возможности современных диагностических технологий, способствующих выбору адекватной лечебной тактики у данной категории больных.

Ключевые слова: лейомиоматоз легких и матки, метастазы, бронхиальная астма, лучевая диагностика, компьютерная томография.

SUMMARY

BENIGN LEIOMYOMA OF UTERUS METASTASIZING INTO LUNGS IN PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA

A.V.Lenshin, A.V.Ilin, T.A.Mal'tseva

Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration of Siberian Branch RAMS,
22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000,
Russian Federation

Our own rare clinical observation, benign leiomyoma of uterus metastasizing into lungs, is presented in the article. At histological and immunohistochemical studies there weren't any signs of malignization found either in uterus or in lungs. Bronchial asthma veiling the clinical picture is the background of the disease. In the literature this pathology is given as casuistry. The complexity of lungs leiomyomatosis diagnostics especially against bronchial asthma, possibilities of modern diagnostic technologies contributing to the choice of an adequate treatment tactic in this category of patients are demonstrated.

Key words: leiomyomatosis of lungs and uterus, metastases, bronchial asthma, X-ray diagnostics, computed tomography.

Доля доброкачественных опухолей легких разного генеза и гистологической структуры составляет всего около 8% среди всех оперированных по поводу новообразований легких. Их объединяет медленный рост на протяжении многих лет, отсутствие или скудность клинических симптомов до возникновения различных осложнений, нередкое озлокачествление [5].

К доброкачественным опухолям из гладкомышечных элементов относится лейомиома (ангиолейомиома). Морфологически это четко отграниченный от окружающей ткани плотный, серо-белый узел, слоистый на разрезе. При гистологическом исследовании опухоль образована переплетающимися пучками гладкомышечных клеток, возможны участки фиброза и гиалиноза стромы. Отмечается некоторый полиморфизм опухолевых элементов, однако митозы отсутствуют, подозрения на злокачественную опухоль не возникает. Лейомиома в виде солитарных эндобронхиальных или паренхиматозных узлов в отечественной литературе описана как казуистика, а немногочисленные публикации иллюстрируют лишь единичные клинические наблюдения [1, 2, 6]. Множественные лейомиоматозные узлы, которые встречаются еще более редко, некоторые исследователи называют метастазами аналогичной доброкачественной опухоли матки. Впервые американский врач P.Steiner [12] провел анализ накопленных наблюдений, предложил термин «метастазирующая фибромиома матки» и поднял проблему метастазирования доброкачественной опухоли. В англоязычной литературе принят термин «доброкачественная метастатическая лейомиома» [10]. Ряд авторов предполагает, что в развитии болезни имеет значение генетическая предрасположенность, и это подтверждается частым сочетанием описываемого заболевания с лейомиомой матки [11]. Другие не исключают, что это заболевание может быть связано с эндокринными и иммунными нарушениями [1, 2]. Иммунологические сдвиги создают условия для миграции клеток лейомиомы в другие органы за счет повышения толерантности к гетеротопическим клеткам.

В связи с бессимптомностью клинических проявлений при центральных и периферических доброкачественных опухолях, особенно небольших размеров, их случайно выявляют при рентгенологическом исследовании. Рентгенологическая семиотика абсолютного

большинства одиночных или множественных периферических доброкачественных опухолей легких имеет ряд характерных черт: округлая форма, однородная структура теней с ровными четкими контурами; медленные темпы роста образований при длительном анамнезе; экспансивный рост опухолей, проявляющийся отсутствием признаков прорастания в окружающую легочную ткань. При компьютерной томографии (КТ) регистрируется, что прилегающие кровеносные сосуды и бронхи огибают опухолевую ткань, а при больших размерах опухоли иногда наблюдается компрессия бронхолегочных структур, внутригрудные лимфатические узлы, как правило, не увеличены. Однако в силу особенностей разнородных морфологических подтипов новообразований возможны ложноположительные и ложноотрицательные результаты [9].

Лейомиоматоз легких, сочетающийся с лейомиомой матки, иногда прогрессирует после овариоэктомии, а также в результате неоправданного (без доказательства эффективности) лечения эстрогенами. Возможно, это связано с эндокринными и иммунологическими сдвигами в организме. У каждой второй больной ранее была удалена матка [7, 9].

В последние годы в литературе встречаются самые разнообразные определения заболевания: доброкачественная метастазирующая лейомиома матки; злокачественный фиброид; эктопическая лейомиома матки; метастазирующая доброкачественная опухоль матки в легких, диффузный лейомиоматоз легких, легочный лейомиоматоз, фибролейомиоматозная гамартома и др. [3, 4].

По нашему мнению, следует выделять две основные формы лейомиоматоза легких: полифокальный узловой лейомиоматоз – доброкачественная метастазирующая лейомиома, проявляющаяся множественными узлами в легких, и диффузный лимфангиолейомиоматоз. Отличие заключается только в том, какая морфофункциональная единица легочной ткани является преобладающим источником опухолевого роста. При узловом лейомиоматозе поражаются гладкомышечные элементы трахеобронхиального дерева, при лимфангиолейомиоматозе происходит пролиферация гладкомышечных элементов лимфатических сосудов. Диффузный лимфангиолейомиоматоз может быть частью общего дефекта развития гладких мышц в организме и обычно проявляется «сотовой» трансформацией структуры легких.

При множественной узловой форме лейомиоматоза размеры опухолей варьируют от нескольких миллиметров и могут достигать более 10 см [8]. Часто лейомиомы легкого выявляют у женщин, имеющих онкопатологию матки в анамнезе.

Множественные очаги в легких представляют собой часть рентгеновского синдрома диссеминации. Известно, что чувствительность КТ в обнаружении очагов в легочной ткани существенно выше, чем обзорной рентгенографии. Применение КТ позволяет выявить очаги, невидимые на обычных рентгенограммах не менее чем у 30% больных с внелегочной лока-

лизацией первичной опухоли. При этом большая часть выявленных при КТ очагов оказывается метастазами. Вторым аспектом этой проблемы является тот факт, что при наличии одиночного, по данным рентгенографии, образования в легком, последующее применение КТ позволяет дополнительно выявить очаги почти у 25% больных.

У больных с обнаруженными множественными очаговыми изменениями использование КТ направлено на решение задачи дифференциальной диагностики. Множественные очаги, в том числе и у онкологических больных, могут быть обусловлены не только метастатическим поражением легких, но и целым рядом инфекционных заболеваний и интерстициальных процессов. К числу наиболее распространенных следует отнести: полифокальный туберкулез легких (инфильтративно-очаговый, множественные туберкулемы), септические эмболии в легких, паразитарные заболевания (гидатидозные кисты), инфильтративно-конгломеративный саркоидоз, гиперчувствительный пневмонит.

В связи с тем, что описанная патология встречается редко и с учетом трудностей, связанных с диагностикой и дифференциальной диагностикой данного заболевания, в настоящей работе предлагается описание и иллюстрация собственного наблюдения метастазирующей в легкие доброкачественной лейомиомы матки.

Больная X, 45 лет, направлена в декабре 2011 г. в консультативную поликлинику ДНЦ ФПД СО РАМН для проведения КТ с целью уточнения диагноза. Предварительный диагноз, выставленный на основании рентгенографии органов грудной клетки – одиночное округлое образование нижней доли правого легкого (рис. 1). Выявленная картина была неясной. Предполагалась возможность ряда заболеваний: гидатидозная эхинококковая киста, периферическая доброкачественная опухоль легкого, не исключался солитарный метастаз с неуточненным первичным очагом. Фоновое заболевание – бронхиальная астма, умеренная эмфизема легких.

Жалобы на момент обследования обусловлены фоновым заболеванием – бронхиальной астмой, смешанной формы, средней степени тяжести. Больная отмечает дыхательный дискомфорт в утренние часы, кашель с мокротой слизистого характера, насморк, першение в горле, одышку при умеренной физической нагрузке. При объективном исследовании: дыхание везикулярное, сухие хрипы в нижних отделах легких. Спирография: ОФВ₁ 73,6%; ФЖЕЛ 87,5%; ЖЕЛ 83,5%; МОС₅₀ 49,2%; МОС₇₅ 34,4%; ПОС 84,9%; ИТ 87,3%. Заключение: Нарушение на уровне дистальных бронхов. Проба с беротеком положительная: ОФВ₁ + 14,8%. Проба с атровентом положительная: ОФВ₁ + 6,55%. Проба с дистиллированной водой отрицательная: ОФВ₁ - 2,1%. Проба с изокпапнической гипервентиляцией холодным воздухом отрицательная: ОФВ₁ - 1,6%.

Анамнез заболевания. Хронический бронхит с детства. Бронхиальная астма установлена в 2003 году. Проводилась базисная поддерживающая терапия:

беклазон 1000 мкг/сутки. Последнее стационарное лечение в пульмонологическом отделении по месту жительства в июле 2010 года. Настоящее ухудшение в течение трех недель после переохлаждения. Из анамнеза жизни. Уроженка Амурской области. Образование среднее специальное. В 2001 г. оперирована по поводу меланомы кожи спины. В 2005 г. диагностирована миома матки. Состояла на диспансерном учете у гинеколога по месту жительства. В связи с частыми и обильными маточными кровотечениями и неэффек-

тивностью консервативного лечения в 2009 г. прооперирована – выполнена экстирпация матки с придатками. При гистологическом исследовании обнаружена фибролейомиома. Исследование крови на онкомаркеры дало отрицательный результат.

При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в обоих легких обнаружены множественные (п 7) округлые образования, наибольшее из них диаметром 26 мм (рис. 2, 3).

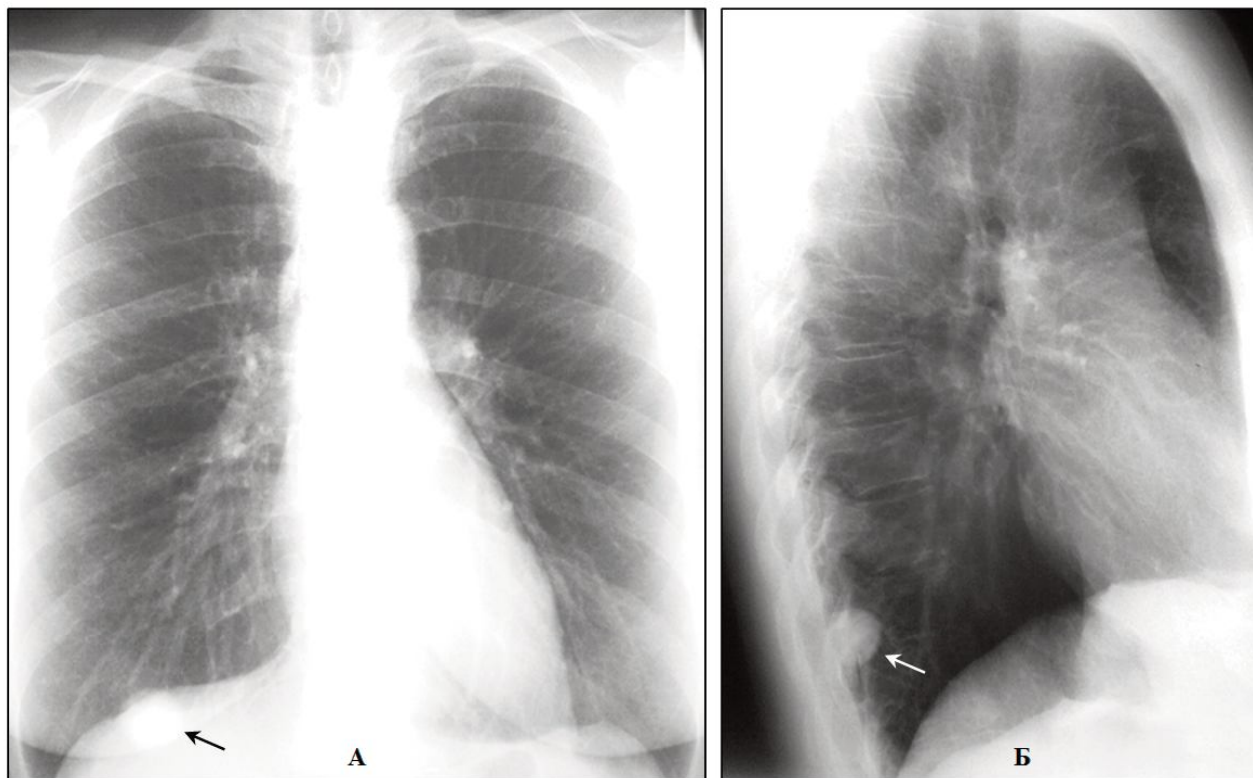


Рис. 1. Больная X, 45 лет. Рентгенограммы органов грудной клетки в прямой (А) и правой боковой проекциях (Б). В S₁₀ нижней доли правого легкого определяется одиночное округлое, с четкими ровными контурами, однородной структуры образование (стрелки) диаметром 26 мм, тесно прилегающее к задне-костальной плевре. В прямой проекции образование позиционируется с правым куполом диафрагмы и трудно различимо.



Рис. 2. Мультиспиральная КТ. Мультипланарная реконструкция КТ-изображений, оптимальные уровни (томографические срезы). А – прямая проекция, срединный срез; Б – прямая проекция, задние отделы; В – правая боковая проекция. В обоих легких определяются множественные (п 7) узловые образования (стрелки).

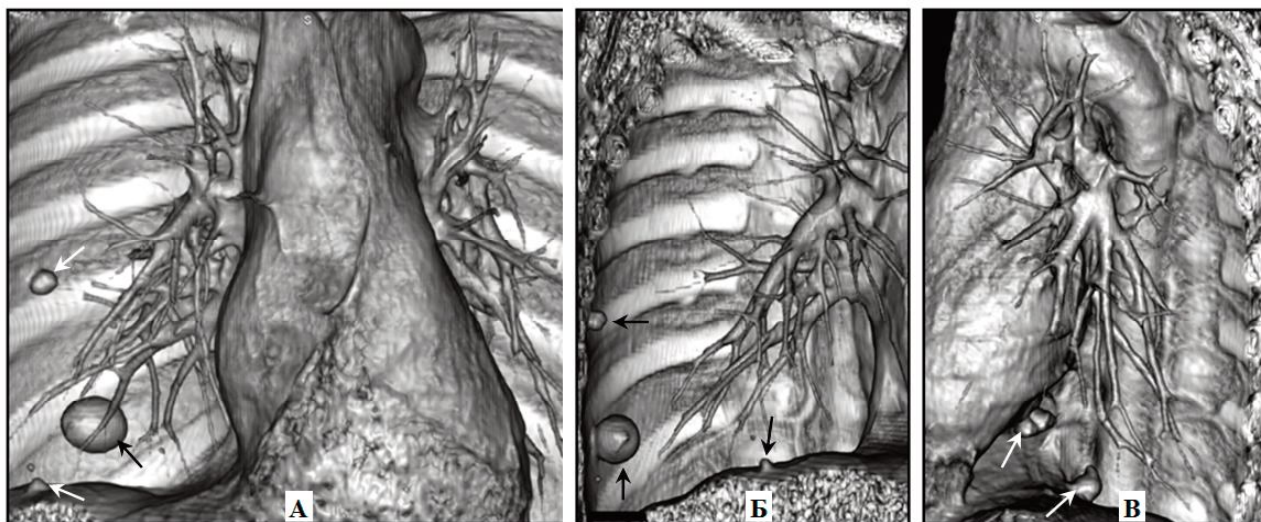


Рис. 3. Мультиспиральная КТ, 3D реконструкция. А – прямая проекция, Б – правая косая, В – левая косая проекции. В различных сегментах обоих легких, больше в нижних зонах, определяются множественные (n 7) узловые образования (стрелки), тесно прилегающие к париетальной плевре.

Таким образом, в результате проведенного МСКТ-исследования в обоих легких выявлено 7 узловых образований, различных размеров (наибольшее – 20 мм). Обращает на себя внимание, что они располагаются преимущественно в плевральной зоне и интимно связаны с костальной плеврой. По данным МСКТ-сканирования, учитывая множественный характер округлых и очаговых образований, можно с уверенностью сделать заключение, что имеет место опухолевый метастатический процесс. Денситометрические характеристики полностью исключают множественные гидатидозные (жидкостные) эхинококковые кисты. Первичным очагом может быть, с учетом анамнестических данных, либо удаленная 2 года назад доброкачественная лейомиома матки, либо меланома кожи. Правильно округлая форма образований, ровные, четкие («штампованные») контуры в большей мере характерны для лейомиом.

Проведена трансторакальная биопсия: гистологическая картина пролиферирующей лейомиомы, митозы не зарегистрированы.

Данное наблюдение убедительно иллюстрирует возможности современных лучевых диагностических технологий: проведена успешная диагностика редкой опухолевой патологии легких; при МСКТ выявлено дополнительно 6 округлых образований, не видимых на рентгенограммах, даже при ретроспективном их анализе; трехмерная реконструкция изображения создала благоприятные условия для прицельной трансторакальной биопсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириллов М.М. Случай лейомиоматоза легких // Новые Санкт-Петербург. врач. вестн. 2010. №1. С.86–87.
2. Доброкачественная метастазирующая лейомиома матки с поражением легких / О.В.Пикин [и др.] // Рос. онкол. журн. 2010. №2. С.46–47.
3. Садовников А.А., Панченко К.И., Смирнова

М.Ю. Лейомиоматоз легких // Пробл. туб. и бол. легких. 2006. №7. С.47–50.

4. Суханова Е.М., Черняев А.Л. Доброкачественная метастазирующая в легкие фибролейомиома матки // Пульмонология. 1999. №3. С.90–92.

5. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. 600 с.

6. Харченко В.П., Галил-Оглы Г.А., Кузьмин И.В. Онкоморфология легких. М.: Калина, 1994. 186 с.

7. Cura M., Smoak W., Dala R. Pulmonary meningioma: false-positive positron emission tomography for malignant pulmonary nodules // Clin. Nucl. Med. 2002. Vol.27, №10. P.701–704.

8. Unusual Primary Lung Tumors: A Radiologic-Pathologic Overview / A.Gimenez [et al.] // Radiographics. 2002. Vol.22. P.601–619.

9. Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy / J.P.Horstmann [et al.] // Cancer. 1997. Vol.39, №1. P.314–321.

10. Benign metastasizing leiomyoma in the lung / R.Maredia [et al.] // Radiographics. 1998. Vol.18, №3. P.779–782.

11. Shin M.S., Fulmer J.D., Ho K.J. Unusual computed tomographic manifestations of benign metastasizing leiomyomas as cavitary nodular lesions or interstitial lung disease // Clin. Imaging. 1996 Vol.20, №1. P.45–49.

12. Steiner P. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus: report of a case and review of the literature // Am. J. Pathol. 1939. Vol.15, №1. P. 89–107.

REFERENCES

1. Kirillov M.M. *Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti* 2010; 1:86–87.
2. Pikin O.V., Frank G.A., Vursol D.A., Efremov G.D., Astakhov D.N. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal* 2010; 2:46–47.
3. Sadovnikov A.A., Panchenko K.I., Smirnova M.Yu. *Problemy tuberkuleza i boleznei legkikh* 2006; 7:47–50.

4. Sukhanova E.M., Chernyaev A.L. *Pul'monologiya* 1999; 3:90–92.
5. Trakhtenberg A.Kh., Chissov V.I. *Klinicheskaya onkopul'monologiya* [Clinical Oncopulmonology]. Moscow: GEOTAR-Meditsina; 2000.
6. Kharchenko V.P., Galil-Ogly G.A., Kuz'min I.V. *Onkomorfologiya legkikh* [Lung Oncomorphology]. Moscow: Kalina; 1994.
7. Cura M., Smoak W., Dala R. Pulmonary meningioma: false-positive positron emission tomography for malignant pulmonary nodules. *Clin. Nucl. Med.* 2002; 27(10):701–704.
8. Gimenez A., Franquet T., Prats R., Estrada P., Vilalba J., Bague S. Unusual Primary Lung Tumors: A Radiologic-Pathologic Overview. *Radiographics* 2002; 22:601–619.
9. Horstmann J.P., Pietra G.G., Harman J.A., Cole N.G., Grinspan S. Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy. *Cancer* 1997; 39(1):314–321.
10. Maredia R., Snyder B.J., Harvey L.A., Schwartz A.M. Benign metastasizing leiomyoma in the lung. *Radiographics* 1998; 18(3):779–782.
11. Shin M.S., Fulmer J.D., Ho K.J. Unusual computed tomographic manifestations of benign metastasizing leiomyomas as cavitary nodular lesions or interstitial lung disease. *Clin. Imaging.* 1996; 20(1):45–49.
12. Steiner P. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus: report of a case and review of the literature. *Am. J. Pathol.* 1939; 15(1):89–107.

Поступила 03.02.2012

Контактная информация

Анатолий Васильевич Ленишин,

д-р мед. наук, проф., руков. лаборатории рентгено-функциональных методов исследования дыхательной системы, зав. отделением лучевой диагностики, 675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22.

E-mail: lenshin42@mail.ru

Correspondence should be addressed to

Anatoliy V. Lenshin,

Head of Laboratory of X-Ray-Functional Research of Respiratory System,

Head of Department of X-Ray Diagnostics,

Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration SB RAMS, 22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation.

E-mail: lenshin42@mail.ru