

СЛУЧАИ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

ЗЕРНИСТО-КЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

Ю.Л. Кокорина, А.В. Дорошенко, Н.Г. Крицкая, Н.В. Васильев, В.М. Перельмутер, Е.М. Слонимская

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Больная С, 1963 г.р., обратилась в диагностический центр 15.10.03 НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН с жалобами на наличие уплотнения в правой молочной железе, которое впервые обнаружила 4 мес назад. При клиническом осмотре пациентки выявлено, что молочные железы средних размеров, симметричные, пальпаторно на границе верхних квадрантов правой молочной железы определяется узловое образование округлой формы, до 2 см в диаметре, ограниченно подвижное, безболезненное, кожа над ним не изменена, симптом "площадки" отрицательный. Выделений из сосков нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При проведении маммографии отмечено наличие проявлений замедленной инволюции ткани молочных желез, узловых образований не выявлено. Ультразвуковое исследование показало, что в проекции верхних квадрантов правой молочной железы субмаммарно определялось округлое образование с четкими, ровными контурами, однородной структуры, до 1,5 см в диаметре. Складывалось впечатление о межмышечном расположении опухоли. При проведении тонкоигольной пункции и цитологическом исследовании биоптата получены данные за фиброаденому. Пациентке предложено оперативное лечение в объеме иссечения опухоли.

Во время выполнения операции, после рассечения кожи, подкожной клетчатки, ткани молочной железы, обнаружено, что опухолевое образование располагается между волокнами большой грудной мышцы, фиксировано к последним. Произведено иссечение узла в пределах здоровых тканей, гемостаз, ушивание раны.

Макропрепарат представлен опухолевым образованием округлой формы, до 1,5 см в диаметре,

тугоэластичной консистенции, с участками окружающей мышечной ткани. На разрезе опухоль бурого цвета, с нечеткими границами, капсула не выражена.

При гистологическом исследовании операционного материала было выявлено, что опухолевые элементы образуют группы и альвеолярные структуры, которые прорастают в мышечную ткань. Ядра большинства опухолевых клеток нормохромные, полигональной формы, располагаются в центре. В отдельных клетках ядра гигантские, гиперхромные, неправильной формы. Цитоплазма всех опухолевых клеток обильна, с выраженной эозинофильной зернистостью.

Проведено иммуногистохимическое исследование. Ткань опухоли обработана антителами к S-100 (маркеру шванновских клеток), Vimentin (маркеру клеток мезенхимального происхождения) и Muramidase (лизоциму-маркеру гистиоцитов/макрофагов). Реакция в опухолевых клетках на эти маркеры оказалась положительной, а на Desmin (маркер мышечных клеток) - отрицательной. Полученные данные позволили сделать заключение о том, что описанная гистологическая картина и иммуногистохимический фенотип опухолевых клеток соответствуют злокачественной зернисто-клеточной опухоли. Особенностью иммунофенотипа опухолевых элементов явилась коэкспрессия S-100 и Muramidase.

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением.

В Международной классификации опухолей мягких тканей 1994 г. зернисто-клеточная опухоль (опухоль Абрикосова) перемещена из груп-

пы опухолей неясного гистогенеза (классификация 1969 г.) в группу опухолей нервной ткани. При проведении иммуногистохимического исследования зернисто-клеточной опухоли в большинстве случаев отмечается, что опухолевые элементы экспрессируют S-100 протеин — маркер нервной ткани, а также наблюдается экспрессия виментина и нейронспецифической эналазы. Вместе с тем имеются данные о том, что в этих новообразованиях, кроме иммунофенотипа шванновских клеток, могут выявляться маркеры гистиоцитарной и гладкомышечной дифференцировки. Кроме того, хотя разные варианты клеточной дифференцировки не нашли отражения в последней классификации, их нужно учитывать при интерпретации результатов иммуногистохимического исследования [4].

Заболевание встречается в возрасте от 20 до 60 лет. Чаще процесс локализуется в коже (38,57%), пищеводе (19,64%), языке (10%). Описаны случаи выявления опухоли Абрикосова в гипофизе, молочной железе, икроножных мышцах, мышцах бедра, гортани, легких, двенадцатиперстной кишке, разных отделах толстого кишечника, промежности [1, 3, 6]. Размер опухоли, как правило, не превышает 4 см, и лишь в отдельных случаях наблюдаются новообразования до 20 см. Чаще встречаются одиночные узлы, но могут быть и множественные.

Трудность постановки диагноза связана с отсутствием специфической клинической и рентгенологической картины. Не всегда удается точно поставить диагноз и при цитологическом исследовании. Часто опухоль принимают за плоскоклеточную карциному, особенно при локализации в верхних дыхательных путях и пищеводе. Основными методами диагностики зернисто-клеточной опухоли являются гистологическое и иммуногистохимическое исследования.

Большинство зернисто-клеточных опухолей имеют доброкачественную природу, но встречаются и злокачественные варианты, поэтому нередко возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики между

ними. А.К. Апатенко и П.Н. Семенцов [2] проанализировали 142 случая опухоли Абрикосова и только в трех наблюдениях высказались о злокачественной природе новообразований и пришли к выводу, что критериями злокачественного роста являются: сочетание полиморфизма и гиперхромии ядер с наличием митозов и инфильтративным ростом.

Одной из последних работ, посвященных зернисто-клеточным опухолям, является исследование американских ученых [5]. Анализируя 73 случая заболевания, авторы определили 6 критериев, характеризующих злокачественность процесса: некроз опухоли, веретенообразная форма клеток, высокая митотическая активность (более 2 митозов на 10 полей зрения при 200-кратном увеличении), высокий ядерно-цитоплазматический показатель, ядро с большими ядрышками, полиморфизм. По совокупности обозначенных критериев предложено выделять 3 группы опухолей: при присутствии трех и более критериев новообразования трактуются как злокачественные, одного или двух — атипичные, при наличии только полиморфизма — доброкачественные опухоли.

В лечении зернисто-клеточной опухоли предпочтение отдается оперативным методам, так как консервативная терапия неэффективна. При наличии злокачественного варианта опухоли Абрикосова прогноз заболевания считается неблагоприятным в связи с высоким риском развития рецидива и отдаленных метастазов.

Литература

1. Апатенко А.К., Семенцов П.Н. // Арх. пат. 1973. Вып. 1. С. 18-24.
2. Апатенко А.К., Семенцов П.Н. // Арх. пат. 1975. Вып. 2. С. 16-21.
3. Почуев Т.П., Фомин С.Д. // Рос. онкеш. журн. 2001. № 4. С. 47-50.
4. Смирнов А. В. Иммуногистохимия в диагностике опухолей мягких тканей: Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. Казань, 2004, 451с.
5. Fanburg-Smith J.C., Meis-Kindblom J.M., Fante R., Kindblom L.G. // Am.J. Surg. 1998. Vol. 22, № 7. P. 779-794.
6. Huber M., Meier I., Stamm B., Schmid M. // Schweiz Med. Wochenschr. 1987. Vol. 117, № 29. P. 1112-1116.

Поступила 1.10.04