

Успешное минимально инвазивное лечение лейомиомы пищевода у ребенка

Н.Н. Иванова, С.Р. Талыпов, В.Ю. Рощин, Д.Г. Ахаладзе

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Москва

Контактная информация:
Иванова Наталья Николаевна, врач – детский хирург отделения онкологии и детской хирургии НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России.
Адрес: 117997, Москва, ГСП-7, ул. Саморы Машела, 1
E-mail: nafanka85@mail.ru

Лейомиома пищевода – достаточно редкая опухоль у взрослых пациентов и еще более редкая находка у детей. Биопсия или удаление образования необходимо для исключения злокачественного новообразования, особенно при наличии симптомов онкологического заболевания, например, резкого снижения массы тела. Полное удаление доброкачественной опухоли, как правило, приводит к излечению пациента. В данной статье рассматривается клинический случай успешного торакоскопического удаления лейомиомы пищевода у подростка.

Ключевые слова: лейомиома, детская хирургия, торакоскопия

Иванова Н.Н. и соавт. Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 2018; 17 (4): 64–67.
DOI: 10.24287/1726-1708-2018-17-4-64-67

© 2018 by NMRC PHOI

Successful thoracoscopic esophageal leiomyomectomy in an adolescent

N.N. Ivanova, S.R. Talypov, V.Ju. Roshin, D.G. Akhaladze

Dmitriy Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology, Immunology Ministry of Healthcare of Russian Federation, Moscow

Correspondence:
Natalia N. Ivanova, pediatric surgeon of Oncology and surgery department Dmitriy Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology, Immunology Ministry of Healthcare of Russian Federation.
Address: Russia 117997, Moscow, Samory Mashela st., 1
E-mail: nafanka85@mail.ru

Leiomyoma of oesophagus is a rare tumour in adults and even more rare finding in pediatrics. Biopsy or enucleation of tumour is necessary to exclude malignancy, especially in a case of any malignancy symptoms, for example, severe weight loss. Total excision of benign tumour is curative. In our report we present the clinical case of successful thoracoscopic excision of esophageal leiomyoma in adolescent.

Key words: leiomyoma, pediatric surgery, thoracoscopy

Ivanova N.N., et al. Pediatric Hematology/Oncology and Immunopathology, 2018; 17 (4): 64–67.
DOI: 10.24287/1726-1708-2018-17-4-64-67

Лейомиома пищевода – интрамуральная доброкачественная опухоль из гладкомышечной ткани; в 50% случаев она остается бессимптомной, однако может вызывать клинические проявления, которые являются показанием к удалению образования. Лейомиома пищевода нередко диагностируется у взрослых, на долю детского возраста приходится не более 3% наблюдений. За последние 10 лет в иностранной [1–3] и отечественной [4, 5] литературе опубликованы лишь единичные сообщения, посвященные лейомиоме пищевода у детей. Заболевание встречается с одинаковой частотой у лиц обоего пола [6, 7, 3]. Локализуются лейомиомы преимущественно в грудном отделе пищевода (более чем у 90% пациентов), значительно реже (7%) – в его шейном отделе. Локальная форма этой опухоли составляет около 9% случаев; диффузное поражение – 91%; в 35% наблюдений может быть поражен весь пищевод. У детей данная нозология описана также при синдроме Альпорта (гломерулонефрит, прогрессирующая почечная недостаточность, нейросенсорная тугоухость, поражение глаз) [7].

К распространенным клиническим проявлениям болезни можно отнести дисфагию и давящую боль в

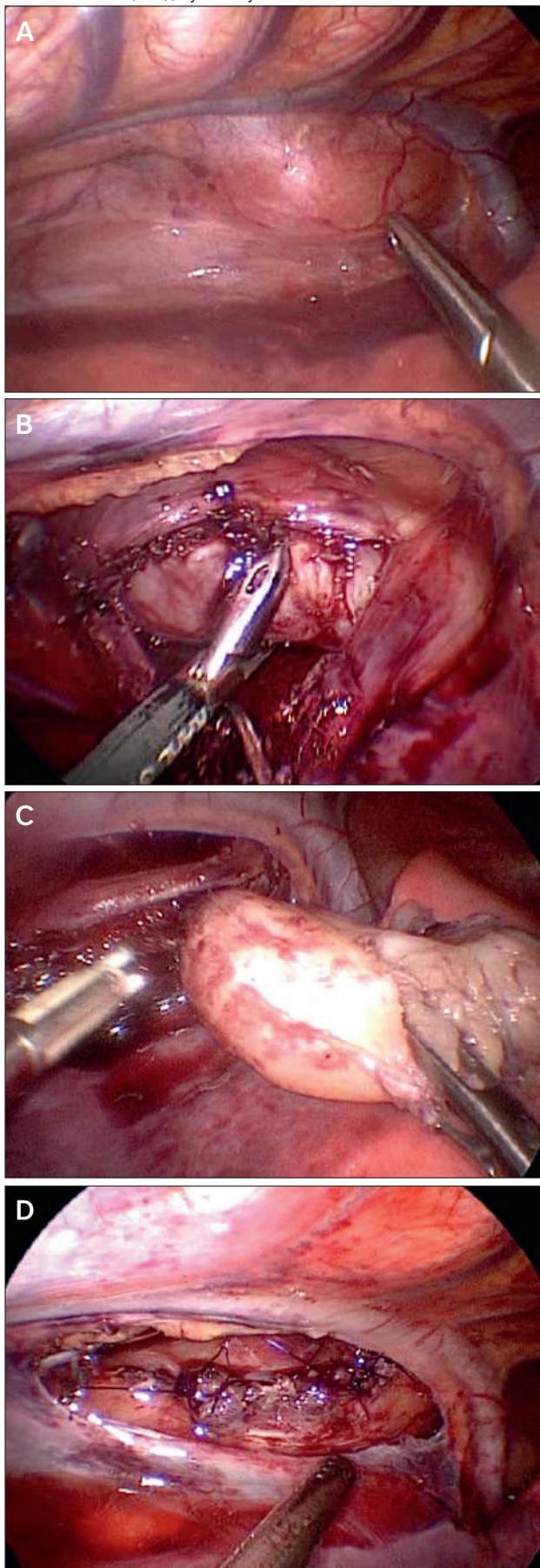
грудной клетке, реже пациенты предъявляют жалобы на изжогу, снижение массы тела, тошноту. Снижение массы тела более чем на 10 кг встречается казуистически редко [5].

Наибольшей диагностической ценностью при лейомиоме пищевода обладают эзофагография, компьютерная томография (КТ), фиброэзофагоскопия (ФЭС), эндосонография пищевода [8]. При ФЭС (по *Postlethwait*) можно выявить объемное образование, покрытое интактной подвижной слизистой оболочкой, сдавливающее просвет или деформирующее пищевод без признаков стеноза или обструкции [9]. На основании данных рентгенологических и эндоскопических методов исследования проведение дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода невозможно, в связи с чем обязательной считается гистологическая верификация диагноза [7, 9].

Показания к оперативному лечению: наличие клинической симптоматики, размеры образования более 40 мм, признаки злокачественного образования (неровные края, увеличение регионарных лимфатических узлов, неоднородная структура, изъязвления слизистой, рост опухоли) [7]. При отсутствии выше-

Рисунок 2

Интраоперационные фотографии: А – общий вид образования; В – щипцевая биопсия опухоли; С – этап удаления опухоли; D – стенка пищевода ушита узловыми швами



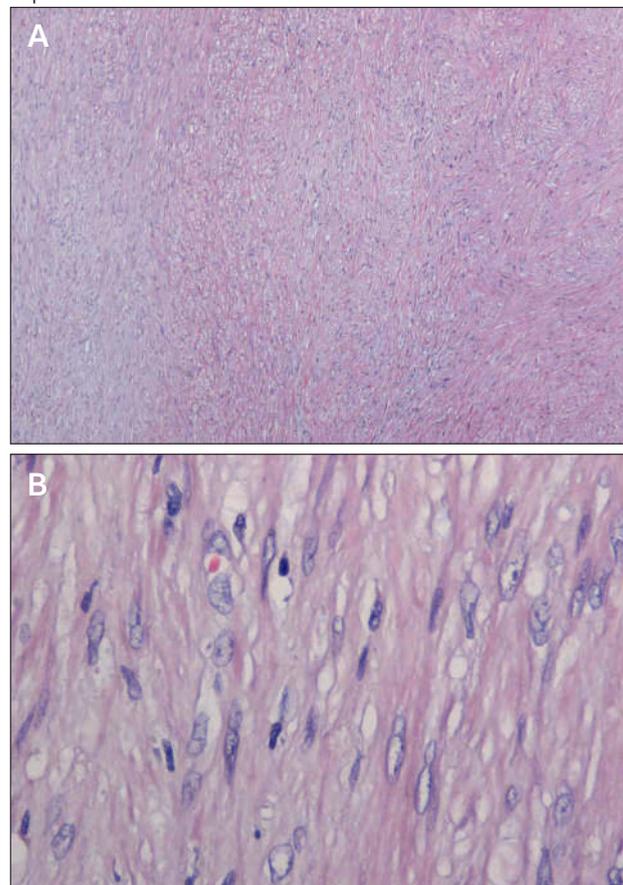
пищевода рассечена до подслизистого слоя. Образование охватывает окружность пищевода до 1/2 его диаметра. Выполнена щипцевая биопсия опухоли, получены два фрагмента ткани для экспресс-гистологического исследования: опухоль в капсуле, на срезе солидная, практически не кровоточит (рисунок 2 В). По результатам экспресс-гистологического исследования данных за злокачественный процесс не выявлено. Продольно рассечена мышечная стенка, опухоль выделена из сращений с мышечным и подслизистым слоями. Выполнена энуклеация опухолевого узла в псевдокапсуле без нарушения целостности слизистой оболочки пищевода. Ткань опухоли плотная, бледного беловатого цвета, что расценено как косвенные признаки доброкачественного образования (рисунок 2 С). Мышечная стенка ушита узловыми швами (PDS 3/0) (рисунок 2 D). Плевральная полость санирована антисептическим раствором, дренирована. Интраоперационная кровопотеря – 10 мл. Ребенок экстубирован в операционной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гистологический материал (рисунок 3) представлен крупными фрагментами патологической ткани, состоящей из веретеновидных клеток среднего размера без признаков атипии, с умеренным или

Рисунок 3

Фрагменты гистологического материала: × 40 (А), × 400 (В); окраска – гематоксилин-эозин



низким ядерно-цитоплазматическим соотношением, ядра – овоидные. Митотическая активность низкая. Описанные элементы формируют разнонаправленные, компактно организованные пучки различной длины. При окраске по Перлсу депозиты железа не выявлены. В части препаратов визуализируется капсула. При иммуногистохимическом исследовании выявлена экспрессия мышечно-ассоциированных маркеров *Desmin*, *SMA*, *MSA*, *Caldesmon* и *Calponin*. Проллиферативная активность по Ki67 – не более 1%.

В 1-е сутки послеоперационного периода ребенок находился в отделении реанимации и интенсивной терапии, затем был переведен в отделение хирургии. Послеоперационный период протекал без осложнений. Минимальная энтеральная нагрузка начата на 2-е сутки, плановое обезболивание отменено, ребенок был полностью активизирован на 2-е сутки; с 3-х суток после операции назначен общий стол. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Дренаж удален на 4-е сутки. Пациент был выписан на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства. В течение 6 месяцев послеоперационного наблюдения отдаленных осложнений не отмечено; данных за рецидив опухоли не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лейомиома пищевода – редкая опухоль у детей. Частота ее выявления составляет от 0,006 до 0,1%, а клинические проявления встречаются еще реже [6, 7, 9]. Биопсия/удаление образования необходимо для исключения злокачественного новообразования, особенно при наличии симптомов онкологического заболевания, например, резкого снижения массы тела. Помимо злокачественной опухоли, дифферен-

циальную диагностику следует проводить с гастроинтестинальной стромальной опухолью. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании для лейомиомы типичны положительная реакция на десмин и SMA, отсутствие экспрессии CD117 и CD34, в отличие от гастроинтестинальных стромальных опухолей, которые равномерно экспрессируют CD117, часто – CD34 и обычно негативны к десмину и SMA [11].

При отсутствии повреждения слизистой оболочки пищевода риск формирования свищей минимален. В связи с риском формирования стеноза рекомендован контроль – фиброгастроудоденоскопия (ФГДС) через 3 месяца после операции. Полное удаление опухоли, как правило, приводит к излечению пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Минимально инвазивные методики у детей применимы и существенно облегчают течение послеоперационного периода. Удовлетворительный результат лечения у описанного нами пациента – следствие мультидисциплинарного подхода к диагностике, лечению и выполнению наименее травматичного хирургического вмешательства в адекватном объеме.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

ORCID

Ivanova N.N. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8648-3378>

Talypov S.R. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5308-6544>

Roshin V.Ju. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9375-7517>

Akhaladze D.G. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1387-209X>

Литература

- Gupta V., Lal A., Sinha S.K. Leiomyomatosis of the esophagus: experience over a decade. *J Gastrointest Surg* 2009; 13 (2): 206–11.
- Lee L.S., Nance M. Familial massive leiomyoma with esophageal leiomyomatosis: an unusual presentation in a father and his 2 daughters. *J Pediatr Surg* 2005; 40: E29–E32.
- Macke R.A., Luketich J.D. Minimally invasive enucleation of a large, extensively calcified esophageal leiomyoma. *J Thorac & Cardiovas Surg* 2014; 4: 52–4.
- Иванов А.П., Коляков А.Л. Реконструктивная хирургия пищевода у детей. *Педиатр* 2017; 8: M180.
- Кузьмичев П.П., Гандуров С.Г. Лейомиома пищевода. *Здравоохранение Дальнего Востока* 2011; 3 (49): 49–52.
- Newman B. Thoracic Neoplasms in Children. *Radiologic Clinics North Am* 2011; 49 (4): 633–64.
- Ha C., Regan J., Cetindag I.B. Benign Esophageal Tumors. *Surgical Clin North Am* 2015; 95 (3): 491–514.
- Сигал Е.И., Сигал Р.Е. Видеоторакоскопия в лечении доброкачественных подслизистых новообразований пищевода. *Поволжский онкологический вестник* 2016; 24 (2): 48–51.
- Murphy J.T., Foglia R.P. Chapter 24: Pediatric Gastrointestinal Tumors. *Pediatric Surgery* 2012; 483–90. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-07255-7.00034-9>
- Everitt N.J., Glinatsis M. Thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the esophagus. *Br J Surg* 1992; 79 (7): 643.
- Liang Cheng, Bostwick D.G. *Essentials of anatomic pathology*. Springer 2011: 135–7.