

НЕЙРОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ МАЛОГО ТАЗА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Леонтьев А.В.^{1,3}, Евсеева Е.В.², Серова Н.С.², Данилов М.А.³

Цель. Описать сложности диагностики и лечения нейрогенной опухоли малого таза (шванномы), данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) и роль лучевых методов диагностики при данной патологии.

Материалы и методы. Приведено наблюдение случая нейрогенной опухоли малого таза (шванномы) у пациентки 53 лет. МРТ проводилась с использованием магнитно-резонансного томографа Philips Intera 1,5 T, с внутривенным динамическим контрастным усилением (Омнискан 10,0 мл).

Результаты и обсуждение. Описаны особенности лучевой семиотики шванномы малого таза, возможности МРТ в диагностике этой патологии. Диагноз верифицирован по результатам оперативного вмешательства.

Выводы. Имеются определенные трудности в диагностике и лечении забрюшинных внеорганных опухолей, что связано со скудными клиническими проявлениями и поздним выявлением данной патологии, а также анатомическими особенностями малого таза.

При лучевой диагностике нейроэндокринных опухолей КТ и МРТ обладают равной информативностью и дополняют друг друга, являясь методами выбора. С их помощью удается точно определить размеры и структуру опухоли, соотношение её с окружающими структурами, а также спланировать хирургическое вмешательство и снизить риск возникновения осложнений.

Ключевые слова: МРТ, лучевая диагностика, нейрогенная опухоль малого таза, шваннома.

Контактный автор: Евсеева Е. В., e-mail: len4ikbaby@live.ru

Для цитирования: Леонтьев А.В., Евсеева Е.В., Серова Н.С., Данилов М.А. Нейрогенная опухоль малого таза: особенности диагностики и лечения. REJR 2019; 9(4):197-201. DOI:10.21569/2222-7415-2019-9-4-197-201.

Статья получена: 10.08.19

Статья принята: 14.10.19

PELVIC NEUROGENIC TUMOR: FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

Leontev A.V.^{1,3}, Evseeva E.V.², Serova N.S.², Danilov M.A.³

Purpose. Describe the difficulties of diagnosing and treating a pelvic neurogenic tumor (schwannoma), magnetic resonance imaging (MRI) data and the role of radiology methods in this pathology.

Materials and methods. A case of a pelvic neurogenic tumor (schwannoma) in a 53-year-old patient is presented. MRI was performed using a Philips Intera 1.5 T magnetic resonance scanner with intravenous dynamic contrast enhancement (Omniscan 10.0 ml).

Results. The features of radiation semiotics of pelvis schwannoma, the possibility of MRI in the diagnosis of this pathology are described. The diagnosis was verified by surgery.

There are certain difficulties in the diagnosis and treatment of retroperitoneal extraorganic tumors, which is associated with scant clinical manifestations and the late detection of this pathology, as well as the anatomical features of the small pelvis.

Conclusion. In diagnosis of neuroendocrine tumors (schwannomas), CT and MRI are equally informative and complement each other, they are the methods of choice. With their help, it is possible to accurately determine the size and structure of the tumor, its relationship with the surrounding structures, as well as to plan surgical intervention and reduce

1 – ГБУЗ Городская клиническая больница № 51 ДЗМ.

г. Москва, Россия.

2 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет).

г. Москва, Россия.

3 – ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ

г. Москва, Россия.

1 - City Clinical Hospital No. 51.

2 - Sechenov University.

3 - A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center. Moscow, Russia.

the risk of complications.

Keywords: MRI, radiology, neurogenic pelvic tumor, schwannoma.

Corresponding author: Evseeva E.V., e-mail: len4ikbaby@live.ru

For citation: Leontev A.V., Evseeva E.V., Serova N.S., Danilov M.A. Pelvic neurogenic tumor: features of diagnosis and treatment. REJR 2019; 9(4):197-201. DOI:10.21569/2222-7415-2019-9-4-197-201.

Received: 10.08.19

Accepted: 14.10.19

Нейрогенная доброкачественная опухоль (шваннома) – это новообразование, возникающее в процессе дисэмбриогенеза из зачатков нервных влагаллищ.

Тазовая забрюшинная локализация нейрогенных опухолей встречается крайне редко и составляет 0,3-3% от всех шванном; опухоль встречается чаще у женщин 30-60 лет в паравертебральных, параренальных и пресакральной областях [1, 2]. Тазовая шваннома исходит из крестцовых нервов или гипогастрального сплетения, в большинстве случаев она имеет доброкачественный характер [3]. Злокачественная шваннома ассоциирована с нейрофиброматозом I типа (болезнь Реклингхаузена) [4]. В 5-18% наблюдений шваннома ассоциирована с нейрофиброматозом II типа [5].

Как правило, опухоли данной гистологической структуры солитарные, носят доброкачественный характер, отличаются медленным ростом. В связи с этим клиническая картина этих опухолей не специфична. Клинические симптомы появляются лишь при больших размерах новообразования, которое сдавливает окружающие органы, нервы и сосуды. Зачастую забрюшинные опухоли являются случайной находкой в ходе обследования по поводу другой патологии.

При лучевой диагностике шванномы КТ и МРТ обладают равной информативностью, дополняя друг друга. По данным КТ определяется степень инвазии в окружающие структуры, измененная сосудистая архитектура. МРТ позволяет получить исчерпывающую информацию о структуре опухоли. Дифференциально-диагностический ряд составляют нейрофиброма, парагангиома, феохромоцитомы, липосаркома, злокачественная фиброзная гистиоцитомы, гематома [6]. В резектабельных случаях диагностическая пункция под контролем УЗИ нецелесообразна в связи с выраженным плеоморфизмом клеток в зонах распада опухоли, что может привести к ложноотрицательному результату, а также в связи с высоким риском кровотечения [7].

Хирургический метод является единственным радикальным методом лечения

нейрогенных опухолей малого таза. Учитывая отсутствие специфической клинической картины, а также анатомические особенности забрюшинного пространства, возникают трудности диагностики и хирургического лечения у данной категории пациентов. Представляем клиническое наблюдение диагностики и хирургического лечения шванномы малого таза.

Клиническое наблюдение.

Пациентка Х., 53 года, ИМТ – 26 кг/м², обратилась в ГБУЗ ГKB №51 ДЗМ с жалобами на периодические боли в области прямой кишки с иррадиацией по внутренней поверхности левого бедра, запоры.

Из анамнеза известно, что пациентке в марте 2013 г. была выполнена лапароскопическая тотальная гистерэктомия с маточными трубами, резекция левого яичника по поводу аденомиоза, тератомы левого яичника, хронического двустороннего сальпингита. После операции в течение двух лет пациентка у гинеколога не наблюдалась, ультразвуковые исследования малого таза не проводились.

В 2015 г. при УЗИ выявлено образование малого таза в проекции левого яичника (размеры образования большая не помнит, медицинской документации не было представлено). Пациентке выполнялись УЗИ-исследования малого таза в динамике, отмечено увеличение в размерах данного образования.

В январе 2018 г. гинекологами данное образование было расценено как киста левого яичника, в связи с чем пациентке было рекомендовано хирургическое лечение. Была выполнена лечебно-диагностическая лапароскопия, при которой в малом тазу, забрюшинно, в пресакральной области слева выявлено плотное, малоподвижное образование, размерами 5,0 x 6,0 см. Над образованием проходит левый мочеточник и наружная ветвь внутренней подвздошной артерии. От удаления данного образования было решено воздержаться, рекомендовано в послеоперационном периоде выполнить МРТ малого таза.

В феврале 2018 г. пациентке была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза с внутривенным контрастированием (Омнискан 10,0 мл), МР-томограф

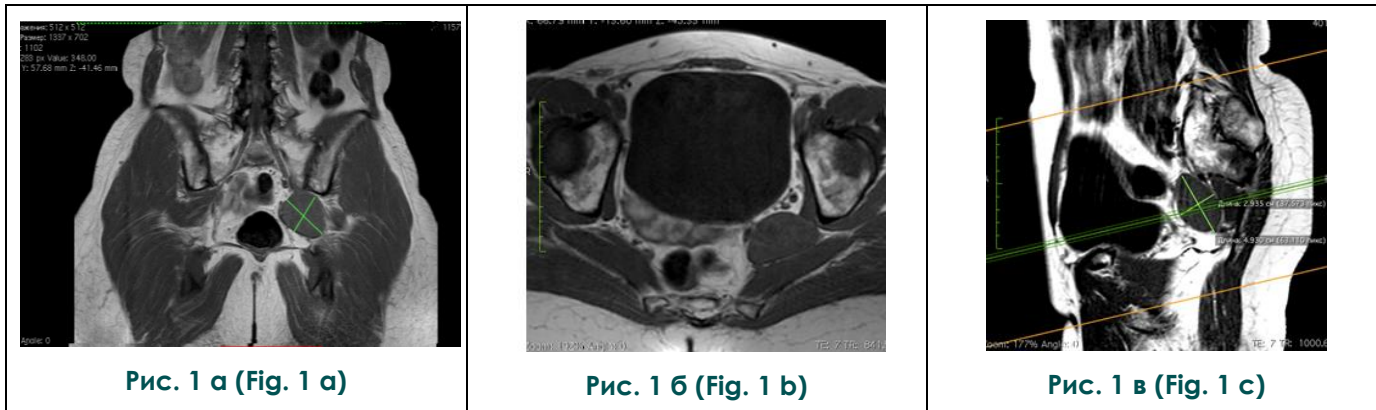


Рис. 1 а (Fig. 1 a)

Рис. 1 б (Fig. 1 b)

Рис. 1 в (Fig. 1 c)

Рис. 1. МРТ органов малого таза, T1-ВИ, корональная, аксиальная и сагиттальная плоскости соответственно.

В проекции левого яичника визуализируется неправильной формы кистозно-солидное образование с четкими контурами, неоднородной структуры, изоинтенсивное, размерами 5,0x3,0x5,5 см.

Fig. 1. MRI of the pelvic organs. T1-WI, coronal, axial and sagittal planes, respectively.

In the projection of the left ovary, there is an irregularly shaped cystic solid mass with smooth contours, a heterogeneous structure, isointense, 5.0 × 3.0 × 5.5 cm in size.

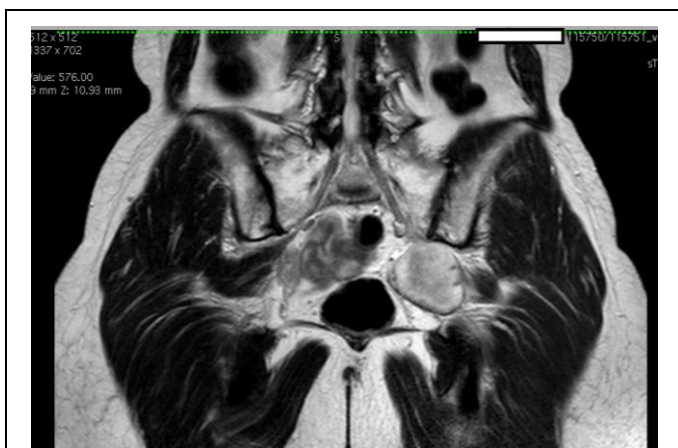


Рис. 2 (Fig. 2)

Рис. 2. МРТ органов малого таза, T2-ВИ, аксиальная плоскость.

В проекции левого яичника визуализируется неправильной формы кистозно-солидное образование с четкими контурами, неоднородной структуры, гипер-, изоинтенсивное, с наличием тонких перегородок, размерами 5,0x3,0x5,5 см. При внутривенном динамическом усилении образование нерезко, неоднородно накапливает контрастный препарат.

Fig. 2. MRI of the pelvic organs, T2-WI, axial plane.

In the projection of the left ovary, there is an irregularly shaped cystic solid mass with smooth contours, heterogeneous structure, hyper-, isointensive, with the presence of thin septa, 5.0 × 3.0 × 5.5 cm in size. With intravenous dynamic enhancement, the mass indistinctly heterogeneously accumulates a contrast agent.

Philips Intera 1,5 T, (рис. 1, 2). В проекции левого яичника визуализировалось неправильной формы кистозно-солидное образование с четкими контурами, неоднородной структуры, гипер-, изоинтенсивное по T2 и изоинтенсивное по T1, с наличием тонких перегородок, размерами 5,0x3,0x5,5 см. Образование интимно прилежало к левой грушевидной и внутренней запирающей мышцам, несколько деформируя их. По внутренней поверхности данное образование огибала внутренняя подвздошная артерия без признаков нарушения кровотока. При внутривенном динамическом усилении образование нерезко, неоднородно накапливало контрастный препарат. От оперативного лечения больная отказалась.

26.07.2018 г. была выполнена МРТ малого таза, по данным которой размеры данного образования без динамики.

В ноябре 2018 г. пациентка была консультирована колопроктологом ГКБ № 51 г. Москва; учитывая увеличение в размерах пресакрального образования за последние три года по данным МРТ, прогрессирование клинической симптоматики (в том числе наличие болей по внутренней поверхности левого бедра во время проведения трансвагинального УЗИ органов малого таза), было рекомендовано удаление данного образования и определение дальнейшей тактики лечения по результатам гистологического исследования операционного препарата.

03.12.2018 г. под комбинированной анестезией пациентке было выполнено лапароскопическое удаление пресакрального новообразования малого таза. Длительность операции - 125 минут. Объем кровопотери - 50,0 мл.



Рис. 3 а (Fig. 3 а)

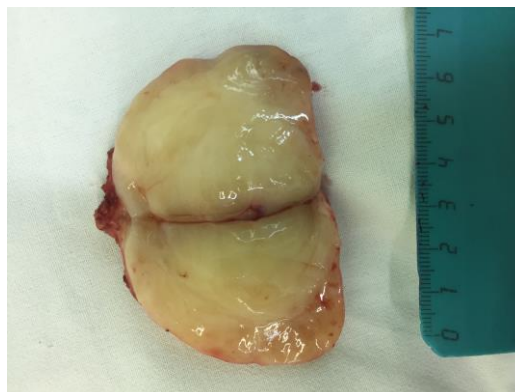


Рис. 3 б (Fig. 3 б)

Рис. 3. Макропрепарат.

а - Узловое образование, желтовато-серого цвета, эластической консистенции, размерами 6,0x4,0x3,5 см. б - На разрезе гомогенное, волокнистое.

Fig. 3. Gross specimen.

а - nodular mass, yellowish-gray color, elastic consistency, 6.0x4.0x3.5 cm in size. б - on the section, homogeneous, fibrous.

Макроскопически удаленная опухоль представляла узловое образование, серого цвета, эластической консистенции, размерами 6,0 x 4,0 x 3,5 см. На разрезе гомогенное, волокнистое (рис. 3).

Гистологическое исследование макропрепарата: миксоидное неэпителиальное новообразование из пучков веретеновидных и округлых клеток в миксоидной строме, без митозов и некроза.

Иммуногистохимическое исследование: реакции с АТ к виментину, S100, NSE, CD34, GFAP (в немногочисленных клетках), Ki 67 (единичные клетки, менее 1%) положительные в клетках опухоли. Реакции с АТ к гладкомышечному актину, десмину, кальдесмону отрицательные в клетках опухоли.

Заключение: морфологическая картина и фенотип опухоли соответствует миксоидной нейрофиброме (шваннома) без признаков злокачественности.

Хирургических осложнений в послеоперационном периоде не было. Дренаж удален на 1-е сутки после операции. Швы сняты на 7-е сутки, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Однако в 1-е сутки у больной была диагностирована неврологический дефицит в виде снижения мышечного тонуса в левой стопе, снижение силы в левой стопе до плегии и гипестезия дистальных отделов дерматомов L5, S1 слева. Больная консультирована неврологом, выполнено: МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и малого таза, электронейромиография, УЗДГ сосудов нижних конечностей. В ходе обследования данных за травматическое повреждение и сдавление

крупных нервных стволов не выявлено. По результатам ЭНМГ – полученные данные не были характерны для периферического поражения нервов (данных за фибулярный туннельный синдром нет) и более характерны для высокого поражения L5-S2 сегментов спинного мозга и корешков. F- волны нейронального уровня поражения.

Пациентке было начато комплексное лечение с целью ликвидации неврологического дефицита (терапия ингибиторами холинэстеразы, лечебная физкультура и массаж, физиотерапевтическое лечение). Через 6 месяцев после операции движения и чувствительность левой стопы восстановлены полностью.

Обсуждение.

При лучевой диагностике нейроэндокринных опухолей (в т.ч. шванном) КТ и МРТ обладают равной информативностью и дополняют друг друга, являясь методами выбора. С их помощью удастся точно определить размеры и структуру опухоли, соотношение её с окружающими структурами, а также спланировать хирургическое вмешательство. «Золотым» стандартом в диагностике новообразований малого таза является МРТ с внутривенным контрастным усилением, которая позволяет описать точную локализацию и структуру опухоли, ее взаимоотношение с окружающими органами, магистральными сосудами и нервными стволами. Данные характеристики, в свою очередь, позволяют планировать объем радикального хирургического вмешательства. Пункционную биопсию нейрогенных опухолей малого таза зачастую провести невозможно из-за особенностей локализации, а также не целесообразно в

связи с выраженным полиморфизмом клеток в зонах распада опухоли, что в свою очередь может привести к ложным результатам и вызвать массивное кровотечение.

Учитывая отсутствие на дооперационном этапе морфологической верификации опухоли, как правило, интимное прилежание опухоли к прямой кишке, хирургическое лечение данным пациентам проводят колопроктологи. Несмотря на современное электрохирургическое оборудование, возможности дооперационной диагностики, частота ранних послеоперационных осложнений достигает 35%. После радикально выполненной операции часто возникает неврологический дефицит разной степени тяжести. Снизить риск возникновения интраоперационных и послеоперационных осложнений, изучить анатомические особенности малого таза пациента, а также оценить ситуацию на дооперационном этапе помогают такие методы лучевой диагностики, как МРТ и КТ органов малого таза.

При лечении пациентов с нейрогенными опухолями возникает необходимость в мультидисциплинарном подходе с привлечением смежных специалистов (лучевые диагносты, колопроктологи, гинекологи, неврологи и нейрохирурги).

References:

1. Conti P, Pansini G, Mouchaty H, Capuano C, Conti R. Spinal neurinomas: retrospective analysis and long-term outcome of 179 consecutively operated cases and review of the literature. *Surg Neurol.* 2004; 61 (1): 34-44.
2. Li Q, Gao C, Juzi JT, Hao X. Analysis of 82 cases of retroperitoneal schwannoma. *ANZ J Surg.* 2007; 77 (4): 237-240.
3. Chan PT, Tripathi S, Low SE, Robinson LQ. Case report — ancient schwannoma of the scrotum. *BMC Urol.* 2007; 23 (7): 1-4.
4. Jindal T, Mukherjee S, Kamal MR, et al. Cystic schwannoma of the pelvis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013; 95 (1): 1-2.
5. Baten E, Lerut J, Kempeneers I. Hybrid open/closed resection procedure for ancient retroperitoneal Schwannoma: case report and review of the literature. *Acta Chir Belg.* 2016; 116 (5): 289-292.
6. Singh M, Kumar L, Chejara R. Diagnostic dilemma of a rare,

Заключение.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможности МРТ в диагностике нейрогенных опухолей малого таза, а также использования лапароскопического доступа в лечении пациентов со шванномами малого таза. Опасность повреждения подвздошных сосудов, мочеточников, пристеночных вен таза, нервов пояснично-крестцового сплетения сохраняется на всех этапах операции, соответственно, данной категории пациентов должно быть проведено адекватное обследование с выполнением МРТ малого таза с контрастированием на дооперационном этапе с целью определения объема радикального хирургического вмешательства. Адекватное дооперационное обследование, радикальный объем хирургического вмешательства, хорошая подготовка хирурга позволят снизить число интра-, послеоперационных осложнений и избежать рецидива опухоли.

Источник финансирования и конфликт интересов.

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки исследования и конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

giant retroperitoneal schwannoma: a case report and review of literature. Case Rep Oncol Med. 2014; 1-4.

7. Walczak DA, Jaguścik R, Olborski B, Falek W, Trzeciak PW. Retroperitoneal «ancient» Schwannoma — a rare case of rare location: case report and literature review. *Pol Przegl Chir.* 2012; 84 (12): 646-650.

8. Tortorelli AP, Rosa F, Papa V, et al. Retroperitoneal schwannomas: diagnostic and therapeutic implications. *Tumori.* 2007; 93 (3): 312-315.

9. Xu H, Sha N, Li HW, et al. A giant pelvic malignant schwannoma: a case report and literature review. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015; 8 (11): 15363-15368.

10. Kim S.H., Cho N.H., Tallini G., Dudas M., Lewis J.J., Cordon-Cardo C. Prognostic role of cyclin D1 in retroperitoneal sarcomas. *Cancer (Phila.)* 2001; 91: 428-34.