

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Назарова И.А., Жевелюк А.Г., Прохоров А.В., Некрасова Т.П.,
Рудакова М.Н., Трандофилов М.М., Волкова Е.Э.

В данной статье описано редкое клиническое наблюдение гигантской гастроинтестинальной стромальной опухоли желудка размерами 29 x 20 x 12 см (весом 5240 г) у мужчины 67 лет, а также рассмотрены причины возникновения, клиническая картина, методы диагностики и лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей.

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 57». Лечебно-диагностическое подразделение № 1
г. Москва, Россия

Ключевые слова: гастроинтестинальные стромальные опухоли, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости.

THE RARE CASE OF GIANT GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF THE STOMACH

Nazarova I.A., Zheveliyuk A.G., Prokhorov A.V., Rudakova M.N.,
Nekrasova T.P., Trandofilov M.M., Volkova E.E.

In this article a rare clinical observation of a 67 years old man with giant gastrointestinal stromal tumor of the stomach (size 29 x 20 x 12 cm, weight 5240 gm), as well as the reasons, clinical picture, diagnostics and treatment methods of gastrointestinal stromal tumors are described.

Municipal clinical hospital № 57. Medical-diagnostic department № 1
Moscow, Russia

Keywords: gastrointestinal stromal tumors, abdominal ultrasound.

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) относятся к самым частым мезенхимальным новообразованиям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и встречаются в 10-20 случаях на 1 000 000 населения ежегодно, а по секционным данным - в 2 случаях на каждые 1000 аутопсий [1]. Распространенность ГИСО не связана с географической, этнической и половой принадлежностью. Медиана возраста при ГИСО приходится на 55-65 лет. ГИСО относятся к группе субмукозных опухолей и развиваются из собственного гладкомышечного слоя ЖКТ, как полагают, в результате генных мутаций интерстициальных межмышечных клеток Кахаля, играющих роль пейсмекеров и координирующих перистальтическую активность ЖКТ от нижней трети пищевода до прямой кишки [2]. Органами типичной локализации ГИСО являются желудок (в 60-70% случаев), тонкая кишка (25-35%), ободочная и прямая кишка (5%). В редких случаях ГИСО обнаруживаются в пищеводе, брыжейке тонкой

или толстой кишки, малом сальнике, забрюшинном пространстве и крайне редко в поджелудочной железе, матке и предстательной железе [3]. К патоморфологическим особенностям ГИСО относятся: подслизистая локализация с интактностью слизистой оболочки, солитарный характер, преимущественно экстраорганный рост, четкие контуры; эластическая, иногда студневидная, консистенция, дольчатая структура, наличие полостей распада, редкое метастатическое поражение регионарных лимфоузлов [4]. Эти особенности позволяют заподозрить ГИСО при клинико-лучевом обследовании в большинстве случаев. Однако дифференциальная диагностика ГИСО остается непростой задачей. Схожую клинико-лучевую картину с ГИСО могут иметь и другие подслизистые опухоли ЖКТ такие, как лейомиома, лейомиосаркома и шваннома, которые раньше (до выделения ГИСО в отдельную нозологическую группу) описывали как ГИСО [5]. Поэтому в настоящее время единственным надежным методом вери-



Рис. 1.

Рис. 1. Рентгенография желудка с бариевой взвесью.

Деформация желудка по малой кривизне экстраорганно растущей опухолью. Дефект наполнения в нижней трети тела желудка, обусловленный полипом.



Рис. 2.

Рис. 2. МРТ, T1-ВИ, аксиальный срез на уровне эпигастрия.

Крупная опухоль брюшной полости, оттесняющая печень и выходной отдел желудка.

фикации ГИСО является иммуногистохимический анализ, основанный на обнаружении опухолевых маркеров ГИСО (CD 117 и CD 34) в биоптатах или удаленной при операции опухоли [6].

К важным характеристикам ГИСО относятся размеры опухоли, так как с учетом локализации, роста и стадии опухолевого процесса они определяют характер и выраженность клинико-лучевой картины, индекс злокачественности (митотическую активность опухоли), выбор метода лечения и прогноз заболевания. В частности, ГИСО желудка размерами 2-5 см обычно являются доброкачественными, протекают латентно, обнаруживаются случайно и могут быть подвергнуты радикальному излечению путем энуклеации или резекции желудка с опухолью с хорошим отдаленным прогнозом.

ГИСО желудка размерами свыше 10 см, как правило, являются злокачественными, имеют метастазы в печень и диссеминацию по брюшине (в 15-50% случаев), манифестируют аррозивными кровотечениями (в 50%) или симптомами непроходимости ЖКТ на различном уровне (в 10-30%). В этих случаях обычно проводят паллиативные (циторедуктивные) операции, включая гастрэктомию с последующей системной химиотерапией иматинибом (гливеком) с 5-летней выживаемостью в 35-65% случаев [7].

Что касается размеров ГИСО желудка, к сожалению, более чем в половине случаев на момент обнаружения они превышают 10 см и составляют в среднем 6-8 см [8]. В литературе приводятся казуистические случаи гигантских

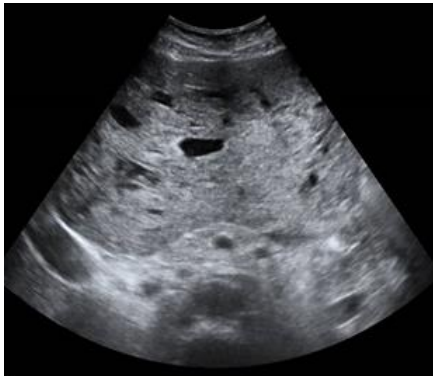
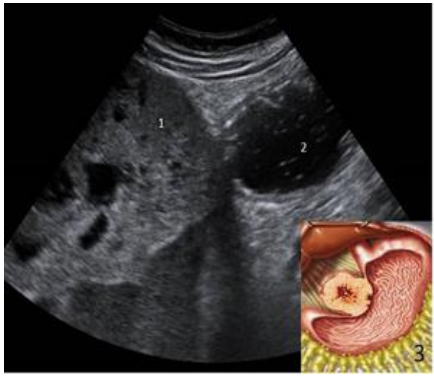
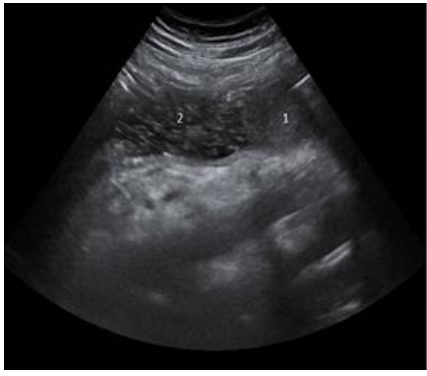
ГИСО желудка размерами 30 см и более и весом до 5,5 кг [9,10].

Мы хотели поделиться наблюдением гигантской ГИСО желудка, которая, несмотря на свои огромные размеры и признаки распада, имела локализованную стадию опухолевого процесса и была успешно удалена оперативным путем.

Описание наблюдения.

Больной П., 67 лет, в течение 6 месяцев жалуется на тяжесть в эпигастрии, слабость, похудание на 12 кг. За 3 месяца до поступления в клинику обнаружил у себя опухолевидное образование в брюшной полости. При амбулаторном обследовании по данным рентгенологического исследования пищевода, желудка и 12-перстной кишки с взвесью сульфата бария акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходит, желудок в форме рога, оттеснен в проекции малой кривизны внеорганным объемным образованием. В нижней трети тела желудка определяется центральный дефект наполнения 5,5 x 5,0 см, обусловленный полипом (Рис. 1).

Рельеф слизистой желудка не изменён, эвакуация не нарушена. При ЭГДС подтверждено наличие полипа тела желудка, слизистая желудка с очагами гиперемии, складки выражены, эластичные. При фиброколоноскопии отмечено смещение поперечной ободочной кишки извне книзу объемным образованием, складки ободочной кишки эластичные, слизистая розового цвета, не изменена. При МРТ органов брюшной полости без контрастного усиления помимо полипа тела желудка в проекции малой кривизны обнаружено гипоинтен-

		
<p align="center">Рис. 3.</p> <p>Рис. 3. УЗИ брюшной полости. Гигантская солидно-кистозная опухоль брюшной полости.</p>	<p align="center">Рис. 4.</p> <p>Рис. 4. УЗИ брюшной полости на фоне гидратации желудка. Опухоль (1), исходящая из стенки тела желудка (2) с экстраорганным ростом. Схема, поясняющая локализацию и рост опухоли (3).</p>	<p align="center">Рис. 5.</p> <p>Рис. 5. УЗИ желудка на фоне гидратации. 1 – полип тела желудка, 2 – антральный отдел желудка.</p>

сивное неоднородное образование овоидной формы размерами 27,5 x 5,5 x 14,4 см, содержащее заполненные кровью полости (Рис. 2).

Остальные органы брюшной полости и брюшные лимфоузлы не изменены. Таким образом, по данным предварительного обследования высказано предположение о наличии гигантской лейомиосаркомы желудка с признаками распада, сочетающейся с полипом тела желудка.

При поступлении в клинику состояние больного удовлетворительное, пациент нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких при аускультации везикулярное дыхание, проводится симметрично во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 130/75 мм рт. ст. Пульс 72 в 1 мин. Живот не вздут, участвует в дыхании всеми отделами, деформирован за счет наличия опухолевидного образования диаметром около 30 см. В эпигастрии пальпируется безболезненная мягкоэластическая опухоль. Перистальтика кишечника не нарушена. Стул регулярный. В анализах крови и мочи отклонений от нормы не выявлено, за исключением увеличения СОЭ до 45 мм/час. Значения онкомаркеров крови (СА19-9, СА242 и СА125) в пределах нормы. При трансабдоминальном УЗИ органов брюшной полости, включая гидросонографию желудка (на фоне перорального заполнения желудка 600 мл дегазированной воды), установлено, что гигантское солидно-кистозное образование исходит из мышечного слоя малой кривизны желудка и характеризуется внеорганным ростом, слизистая желудка в зоне локализации опухоли структурно не изменена (Рис. 3, Рис. 4).

В нижней трети тела желудка на задней

стенке определяются солидное округлое образование 4,7 x 4,6 см средней эхогенности, с четкими контурами, однородной структуры, легко флотирующее и исходящее из слизистой оболочки желудка (Рис. 5).

Проведенная полифокальная чрескожная биопсия гигантской опухоли под УЗ-навигацией иглой 16G оказалась неинформативной (получена некротическая ткань).

18.10.12 выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия, удаление гигантской опухоли брюшной полости, дистальная субтотальная резекция желудка, регионарная лимфодиссекция. При ревизии брюшной полости опухоль занимает всю свободную брюшную полость, исходит из нижней трети тела желудка и интимно прилежит к висцеральной поверхности левой доли печени. В печени, малом и большом сальнике, париетальной брюшине метастазов не выявлено. Произведена мобилизация опухоли от большого сальника и прилежащих органов с дополнительной краевой резекцией левой доли печени с опухолью. Макроскопически опухоль размерами 29 x 20 x 12 см (весом 5240 г), исходит из задней стенки тела желудка, мягкоэластической консистенции, покрыта плотной белесоватой капсулой, на разрезе – с кистозными полостями до 3,5 см в диаметре, заполненными жидкой темной кровью (Рис. 6, Рис. 7).

В нижней трети тела желудка – полип 4,5 x 4,3 см, на широком основании, покрыт неизменной слизистой оболочкой (Рис. 8). Перигастральные лимфоузлы 1-го порядка плотной консистенции, на разрезе белесовато-розового цвета. Патогистологическое заключение: стромальная опухоль смешанного типа, сочетающая веретенноклеточный, эпителиодный и саркома-



Рис. 6.

Рис. 6. Макропрепарат удалённой опухоли желудка.

Крупная мягкотканная опухоль, покрытая псевдокапсулой.

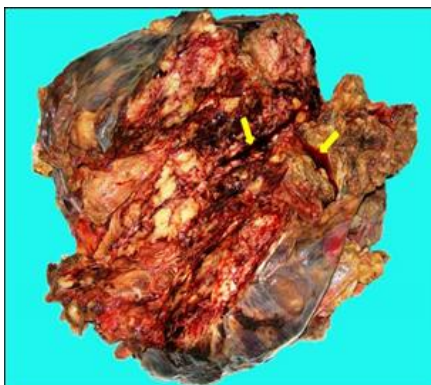


Рис. 7.

Рис. 7. Макропрепарат удалённой опухоли желудка на разрезе.

Полости распада (стрелки).



Рис. 8.

Рис. 8. Макропрепарат. Резецированный желудок.

Гиперпластический полип тела желудка (указан стрелкой).

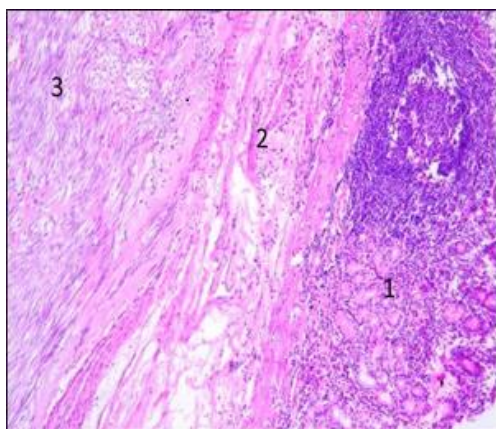


Рис. 9.

Рис. 9. Микропрепарат фрагмента стенки желудка с опухолью (x100, окраска гематоксилином и эозином).

1- слизистая оболочка, 2 – подслизистый слой, 3 – опухоль, замещающая мышечный слой и растущая в брюшную полость.

тозный варианты, с очагами некрозов и кровоизлияний, с образованием псевдокапсулы; 3-й степени злокачественности; хронический неактивный гастрит, гиперпластический полип тела желудка (Рис. 9).

Фрагменты перигастральных лимфоузлов с признаками гиперплазии лимфоидной ткани. При иммуногистохимическом исследовании подтверждена ГИСО желудка с низким риском рецидивирования (CD117 (+++), CD34 (+++), митотический индекс менее 5). Течение послеоперационного периода гладкое, пациент получает системную химиотерапию иматинибом.

Обсуждение.

К особенностям наблюдения относятся: а)

несоответствие гигантских размеров ГИСО желудка, выраженности клинико-рентгенологической и эндоскопической картины заболевания (вероятно, это объясняется мягкоэластической консистенцией и внеорганным ростом опухоли); б) отсутствие регионарных и отдаленных метастазов, несмотря на крупные размеры опухоли и признаки распада (это позволило выполнить оперативное вмешательство и надеяться на благоприятный прогноз заболевания); в) редкое сочетание ГИСО с крупным гиперпластическим полипом желудка; г) высокая эффективность трансабдоминальной гидросонографии желудка (это позволило не только обнаружить опухоль, но в большей мере уточнить органную принадлежность, характер роста и местную распространенность опухолевого процесса и, тем самым, помочь определить тактику лечения).

Вывод.

ГИСО желудка является одной из самых частых мезенхимальных опухолей ЖКТ, которая на момент обнаружения нередко достигает размеров свыше 10 см. Размеры ГИСО желудка могут не всегда строго коррелировать со стадией опухолевого процесса и выраженностью клинико-лучевой картины. В индивидуальных случаях, с учетом локализации и характера роста опухоли, крупные и даже гигантские размеры ГИСО желудка позволяют провести хирургическое вмешательство и надеяться на благоприятный прогноз заболевания. При опухолях желудка рекомендуем в качестве уточняющего метода шире применять трансабдоминальную гидросонографию желудка, позволяющую в некоторых случаях получить важную (для выбора тактики лечения) диагностическую информацию.

Список литературы:

1. Серяков А.П. Гастроинтестинальные стромальные опухоли // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2010. № 4. С. 49 - 57.
2. Никулин М.А., Стилиди И.С. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: обзор материалов ASCO 2010 // *Современная онкология*. 2010. Том 12. № 3. С. 8 - 11.
3. Liegl-Atzwanger B., Fletcher J.A., Fletcher C.D. Gastrointestinal stromal tumors // *Virchows Arch*. 2010. N. 456. P. 111 - 127.
4. Иванов Ю.И. Особенности клинического течения, диагностики и лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей // *Клиническая практика*. 2012. № 1. С. 59 - 64.
5. Miettinen M., Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis // *Arch Pathol Lab Med*. 2006. N. 130. P. 1466 - 1478.
6. Sepe P.S., Brugge W.R. A guide for the diagnosis and management of gastrointestinal stromal cell tumors // *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009. N. 6. P. 363 - 371.
7. Fülöp E., Marcu S., Milutin D., Borda A. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, diagnosis and management // *Rom J Morphol Embryol*. 2009. N. 50. P. 319 - 326.
8. Анурова О.А., Снизур П.В., Филиппова Н.А., Сельчук В.Ю. Морфологическая характеристика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта // *Архив патологии*. 2006. Том 68. № 1. С. 10 - 13.
9. Константинова М.М., Кризер А.Г., Королев С.В. и др. Гигантская гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка // *Хирургия*. 2011. № 2. С. 69 - 72.
10. Zhou L., Liu C., Bai J.G., et al. A rare giant gastrointestinal stromal tumor of the stomach traversing the upper abdomen: a case report and literature review // *World J Surg Oncol*. 2012. N. 66. P. 2 - 5.