

Лейомиомы матки и метастазы: описание клинического наблюдения

Т.И. Захарова, Ю.Г. Паяниди, К.И. Жордания, Н.И. Лазарева, Е.В. Коржевская

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Юлия Геннадиевна Паяниди paian-u@rambler.ru

Среди доброкачественных неэпителиальных опухолей тела матки преобладают лейомиомы. По данным литературы, они встречаются у 25% женщин старше 35 лет и составляют 33% всех гинекологических заболеваний. Лейомиома часто является бессимптомной опухолью и у большинства больных обнаруживается при обычных рутинных гинекологических осмотрах. Однако некоторые формы лейомиом обладают определенным метастатическим потенциалом и, несмотря на доброкачественные морфологические признаки, могут метастазировать в легкие. Описаны также случаи смерти больных в результате распространения опухоли по нижней полой вене в правое предсердие.

Ключевые слова: метастазирующая лейомиома, внутривенный лейомиоматоз, метастазы в легких

Uterine leiomyomas and metastases: description of a case

T.I. Zakharova, Yu.G. Payanidi, K.I. Zhordania, N.I. Lazareva, E.V. Korzhevskaya

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Leiomyomas predominate among benign nonepithelial tumors of the corpus uteri. According to the data available in the literature, they occur in 25% of women above 35 years of age and constitute 33% of all gynecological diseases. Leiomyoma is commonly an asymptomatic tumor and detectable in most cases at routine gynecological examinations. However, some forms of leiomyomas have a definite metastatic potential and, despite its benign morphological signs, may metastasize to the lung. Fatal cases resulting from tumor spread along the postcava to the right atrium are described.

Key words: metastasizing leiomyoma, intravenous leiomyomatosis, lung metastases

Клиницистам очень часто приходится сталкиваться с гладкомышечными мезенхимальными опухолями матки. Большинство из них без труда классифицируются как доброкачественные (лейомиомы) или злокачественные на основании их макроскопических и микроскопических проявлений. Однако на практике иногда встречаются такие варианты лейомиом, которые не позволяют однозначно трактовать процесс, поскольку их морфологические признаки не противоречат доброкачественным новообразованиям, а клинически они проявляют себя как злокачественные опухоли. К таким опухолям, в частности, относят метастазирующую лейомиому (МЛ) и внутривенный лейомиоматоз (ВЛ). Существует точка зрения, согласно которой в основе этих двух, казалось бы, не связанных между собой патологических процессов, лежит единый патогенетический механизм — сосудистая инвазия [1]. Предполагают, что именно микроскопическая инвазия сосудов матки опухолью объясняет появление метастазов в отдаленных паренхиматозных органах (например, в легких) при МЛ и является начальной стадией ВЛ, который представляет собой се-

рьезную опасность в связи с распространением «червеобразных» опухолевых масс не только в вены малого таза, но и в нижнюю полую вену (НПВ) и далее вплоть до правого желудочка сердца [1, 2]. При этом описаны случаи метастатического поражения легких. Опухолевая ткань определяется в просвете сосудов, а в ряде случаев можно уловить ее связь с их мышечной оболочкой. Микроскопически новообразование может быть представлено любым из вариантов лейомиомы, чаще всего типичной лейомиомой. Обычно ВЛ состоит из веретеновидных гладкомышечных клеток. Иногда это малоклеточные, необычно васкуляризованные новообразования с различным распределением коллагена в строме. Митотическая активность и клеточная атипия выражены слабо [2].

ВЛ и МЛ — редко встречающиеся заболевания. Впервые этот необычный феномен «метастазирования» доброкачественной опухоли матки в легкое был описан в 1901 г. W. Minakowski. Затем подобные наблюдения были проанализированы Р.Е. Steiner, который ввел термин «метастазирующая фибромиома матки» [3]. С тех пор отдельные сообщения о «метастазиро-

вании» доброкачественных опухолей матки получили более широкое распространение в мировой литературе, но все они, как правило, содержат лишь единичные описания отдельных случаев или небольших серий этих наблюдений [1, 4, 5].

За последние 5 лет в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН было выявлено 4 подобных случая: 1 — МЛ с поражением легких и 3 — ВЛ. Поскольку эти заболевания являются большой редкостью, нам показалось целесообразным более подробно остановиться на одном из них.

Больная А., 49 лет. Менструация началась в возрасте 14 лет, длительность менструального периода — 4 дня через 3 нед, выделения умеренные, боли нет. Пациентка замужем с 21 года. Всего было 6 беременностей, из них 2 завершились родами, а в 4 случаях сделан аборт.

В 2004 г. больная была прооперирована в Нижегородском онкологическом диспансере по поводу лейомиомы матки в объеме экстирпации матки с правыми придатками.

В декабре 2008 г. при обследовании по месту жительства у пациентки выявлено опухолевое образование в правой подвздошной области с опухолевым тромбом в НПВ и метастазами в легких. От лечения она отказалась. С января 2010 г. больная стала отмечать появление одышки при физической нагрузке и эпизодические потери сознания. Пациентка поступила в торако-абдоминальное отделение РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с предварительным диагнозом: рецидив лейомиосаркомы матки с врастанием в правую общую подвздошную вену, тромбозом НПВ до правого предсердия и желудочка сердца, наличие множественных метастазов в легких.

Пациентке было проведено обследование. 26.02.2010 г. выполнена компьютерно-томографическая ангиография органов грудной клетки и брюшной полости. Заключение: в правой подвздошной области определяются 2 опухолевых узла с неровными четкими контурами размерами 5,1 × 3,2 × 2,5 и 3,7 × 3,5 × 3,1 см. Кпереди от грушевидной мышцы справа визуализируется мелкий опухолевый узел диаметром до 1,2 см, от которого в правую внутреннюю

подвздошную вену распространяется опухолевый тромб. Опухолевый тромб через правую общую подвздошную вену распространяется в просвет НПВ (рис. 1). На уровне отхождения почечных вен размер тромба в просвете НПВ составляет 3,3 см, при этом диаметр самой НПВ — 4 см. Опухолевый тромб распространяется в правое предсердие и пролабирует в правый желудочек (рис. 2). В нижних долях обоих легких определяются множественные метастазы до 2,1 см в диаметре (рис. 3).

26.02.2010 г. пациентке выполнена эхокардиография. Заключение: в полости правого предсердия лоцируется образование больших размеров (опухолевый тромб диаметром 6,7 × 2,3 см), пролабирующее в диастолу полости правого желудочка. Убедительных данных о связи со створками трикуспидального клапана нет. Гипертрофии миокарда не выявлено, глобальная сократительная способность миокарда сохранена. Фракция выброса — 71%.

В марте 2010 г. больной проведено хирургическое лечение. Выполнена лапаротомия, удалены левые придатки матки и опухоль правой подвздошной области, проведены стернотомия, тромбэктомия из НПВ, правого предсердия и желудочка сердца.

Гистологическое исследование

Макроскопическое описание: опухолевое многоузловое новообразование общими размерами 10 × 7 × 5 см представлено студенистого вида желтоватой блестящей волокнистой тканью. Опухолевый тромб диаметром 20 см также представлен тканью аналогичного строения.

Микроскопическое описание: опухолевый узел (рис. 4) и опухолевый тромб в НПВ (рис. 5) имеют идентичное строение и представлены гладкомышечной опухолью — интравенозным лейомиоматозом. При пересмотре готовых препаратов (операционный материал от 2004 г.) в теле матки также наблюдалась картина интравенозного лейомиоматоза (рис. 6).

Для подтверждения диагноза было проведено иммуногистохимическое исследование с использованием панели антител к виментину, десмину, СД-10, S100-протеину, СД-34, Н-калдесмону, гладкомышечному актину, Ki-67, рецепторам эстрогена и прогестерона.



Рис. 1. ВЛ в НПВ



Рис. 2. ВЛ в правом предсердии



Рис. 3. Метастаз внутрисосудистой лейомиомы в правом легком

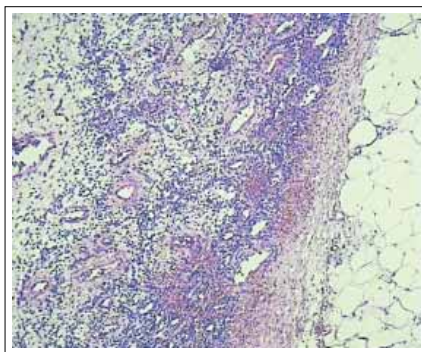


Рис. 4. Внутрисосудистая лейомиома. Рецидивная опухоль, окруженная жировой тканью, $\times 5$

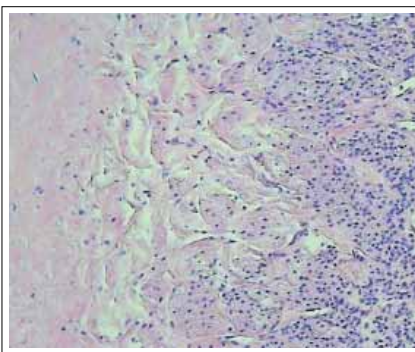


Рис. 5. Интравенозный лейомиоматоз. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 50$

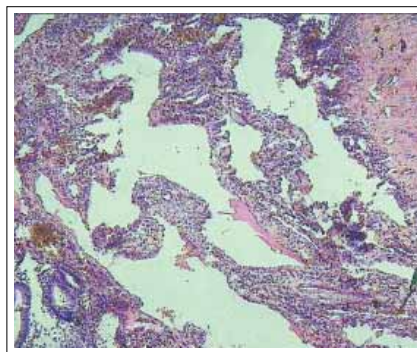


Рис. 6. Внутрисосудистая лейомиома матки, окраска гематоксилином и эозином, $\times 50$

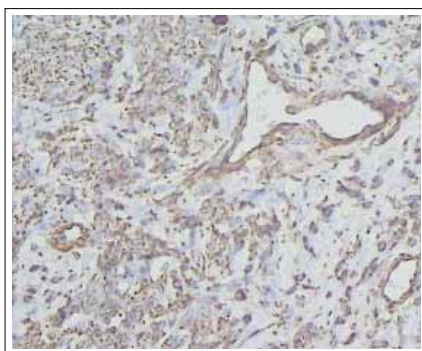


Рис. 7. Виментин в клетках гладкомышечной опухоли и стенках сосудов. Иммуногистохимическое исследование, $\times 200$

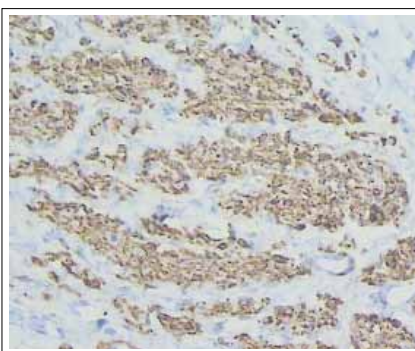


Рис. 8. Гладкомышечный актин в клетках опухоли, $\times 20$

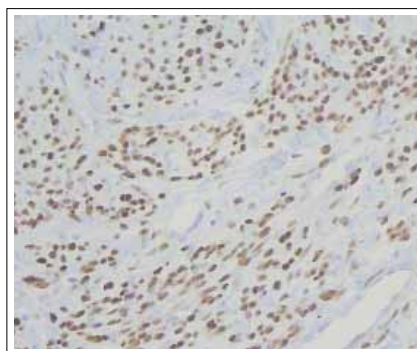


Рис. 9. Эстроген в клетках опухоли

Отмечена экспрессия опухолевыми клетками виментина (рис. 7), десмина, Н-калдесмона, гладкомышечного актина (рис. 8), рецепторов эстрогена (рис. 9). Индекс пролиферативной активности Ki-67 составил 0. Экспрессия остальных маркеров отсутствовала.

Заключение: выявленный морфо- и иммунофенотип опухоли и опухолевого тромба в НПВ соответствует интравенозному лейомиоматозу, источником которого явились вены миометрия и тела матки.

Таким образом, окончательный клинический диагноз был изменен: интравенозный лейомиоматоз матки, состояние после нерадикальной операции в 2004 г., продолженный рост, интравенозный лейомиоматоз правой подвздошной области с врастанием в правую общую подвздошную вену, тромбозом НПВ до правого предсердия и желудочка сердца, наличие множественных метастазов в легких.

После операции состояние больной значительно улучшилось. Она была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства. На следующем этапе лечения пациентке была назначена гормонотерапия мегестом и золадексом.

Необходимо отметить, что в нашем наблюдении у пациентки имел место ВЛ, являющийся очень редким заболеванием, а его распознавание было довольно трудным. Согласно рекомендациям ВОЗ, основным методом лечения таких больных следует считать хирургический — экстирпацию матки с придатками [2]. При условии удаления всей пораженной ткани прогноз, как правило, благоприятный. При наличии остаточной опухоли или метастатическом поражении легких показано проведение гормонотерапии. В этих случаях рекомендуется использование ингибиторов ароматаза и антиэстрогенов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Canzoneiri V., D'Amore E.S.G., Bartoloni G. et al. Leiomyomatosis with invasion. A unified pathogenesis regarding leiomyoma vascular microinvasion, benign metastasing leiomyoma and intravenous leiomyomatosis. Virch Arch 1994;425:541–5.
2. World Health Organization classification of tumours. International Agency for Research on Cancer (IARC). In: Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. F.A. Tavassoli, P. Devilee eds. Lyon: IARC Press, 2003; p. 218–42.
3. Steiner P. Metastazing fibroleiomyoma of the uterus. Am J Pathol 1939; 15:89–109.
4. Marshall J., Morris D. Intravenous leiomyomatosis of the uterus: case report. Ann Surg 1959;149:126.