

Опухоли кишечника (GIST) в плане дифференциальной диагностики с опухолями малого таза у женщин. Клинические наблюдения

Болдогоева И.М. - к.м.н., врач отделения лучевой диагностики ГБУЗ СО Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

Differential diagnostic of colon Lesion in stromal Sa(GIST) with tumor of female pelvis

Boldogoeva I.M.

Резюме

На примере клинического наблюдения показана ультразвуковая и МР-картина крайне редкого экстраоргана поражения стенки кишечника - стромальной опухоли желудочно-кишечного тракта(GIST), прослежен алгоритм исследования, объяснены причины трудности диагностики.

Ключевые слова: стромальная опухоль желудочно-кишечного тракта(GIST), ультразвуковая диагностика, магнитно-резонансная томография, внеорганный опухоль малого таза, лапароскопия

Summary

Clinical cases of colon lesion in extremely rare gastrointestinal stromal tumor(GIST) are described. Ultrasound and MRI imaging signs of colon lesion, the algorithm of research, reasons of difficulty of diagnostics are explained. Also the brief information on this rare tumor is presented.

Key words: gastrointestinal stromal tumor(GIST), ultrasound diagnostics, Magnetic Resonance Imaging, outorgan tumor of female pelvis, laparoscopy

GIST - это стромальная опухоль желудочно-кишечного тракта, относящаяся к группе редко встречающихся опухолей мезенхимального происхождения. Частота встречаемости составляет 10-20 случаев на 1000000 населения в год. При гистологическом исследовании GIST имеет признаки как нервной, так и гладкомышечной ткани, что еще раз свидетельствует о том, что эти опухоли происходят из клеток стенки кишечника, известных под названием интерстициальных клеток Каяла(ICC's). Эти клетки, как считается, регулируют перистальтику. GIST составляют менее 1% всех первичных опухолей ЖКТ[1], но являются самой распространенной мезенхимальной опухолью данной локализации[2,3]. Чаще других встречаются GIST желудка (60%-70%), затем идет тонкий кишечник (20%-30%), толстая и прямая кишка (5%). Также есть сообщения о первичных GIST сальника и брыжейки. Очень редко эктопические GIST могут обнаруживаться при гинекологическом или ректальном осмотре [4-7].

За прошедшие 10 лет в Свердловском областном диспансере наблюдалось 43 случая GIST. За прошедший год через специализированное отделение придатков прошли 4 пациентки с данной патологией- 2 случая с поражением желудка и 2 с поражением стенки тонкой кишки. Их, как вызвавших наибольшие трудности в дифференциальной диагностике, мы и решили описать в нашей работе.

В настоящей работе представлены 2 наблюдения, прошедших через отделение патологии придатков Свердловского областного онкологического диспансера (рисунки к статье см. на обложке 3 - *прим. ред.*).

1. Большая А. 1951 г.р. была направлена на консультацию в ГБУЗ СО СООД с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку. При осмотре гинекологом справа от матки было выявлено объемное образование d- 5 см, своды свободны.

При дообследовании на УЗИ выявлено образование 67*59*64 мм с довольно четким контуром с неоваскуляцией, при доплерометрии ИР- 0,31, ПИ- 0,98, придатки отдельно не лоцировались, в перешейке интерстициальный узел 13*8*14 мм. По УЗ-картине было высказано предположение о злокачественной опухоли правого яичника, но в плане дифференциальной диагностики нельзя исключить субсерозную миому матки. С учетом этого диагноза, пациентка была направлена на МРТ малого таза, где в проекции правого яичника определялась масса размером

Ответственный за ведение переписки -
Болдогоева Ирина Михайловна
620144 г. Екатеринбург ул. Серова д.25 кв.108
Тел.: 8(343)3561652
Моб.: 89122624985
e-mail iru-2005@sky.ru

70*49 мм. Масса была неоднородной структуры за счет эксцентрично расположенной полости распада с геморрагическим компонентом. В подвздошной области определялись единичные увеличенные лимфатические узлы до 11 мм. В заключение был сделан вывод об объемном образовании в проекции правого яичника, возможно вторичного генеза, сопровождающегося лимфоаденопатией.

В плане дообследования больной был выполнен ряд исследований и получены следующие результаты: УЗИ брюшной полости- нефроптоз I степени справа; ирригоскопия- без органической патологии, R-скопия желудка, где также органической патологии выявлено не было; изменения в пределах возрастной нормы были выявлены и при R-графии органов грудной клетки. При обследовании крови на онкоассоциированный маркер СА-125 показатель был в пределах нормы- 15,3 ед/мл. С учетом полученных данных, больная была госпитализирована в специализированное отделение патологии придатков, где ей было выполнено оперативное вмешательство. Во время операции при ревизии органов малого таза была выявлена солидная опухоль 10*12 см, на ножке, исходящая из серозной оболочки тощей кишки. Произведено удаление опухоли тонкой кишки, экстирпации большого сальника; при гистологическом исследовании- веретенчатый вариант GIST.

2. Больная Б. 1937 г.р. была направлена на консультативный прием в ГБУЗ СО СООД без особых жалоб с диагнозом – миома матки, подозрение на кистому. При осмотре онкогинекологом перед маткой пальпировалось объемное образование d- 6 см. При УЗ-обследовании над маткой было выявлено жидкостное образование с перегородками, с гиперэхогенными включениями, со взвесью

без неовасциции 85*74*90 мм, которое было расценено как муцинозная киста левого яичника, и выявлена гиперплазия эндометрия- «М»- эхо- 6,3 мм, гиперэхогенное.

В плане дообследования были выполнены: анализ крови на онкоассоциированный маркер СА-125- 17,3 ед/мл, ФКС- внутренний геморрой I-II ст., ирригоскопия- без органической патологии, ФГС- атрофический гастрит, бульбит, дуодено-гастральный рефлюкс, рентгенография грудной клетки- в пределах возрастной нормы. При диагностическом выскабливании полости матки получены эпителиальные пласты клеток без признаков злокачественности. Больной поставлен диагноз муцинозной кисты яичника и она была прооперирована. Во время операции была выявлена опухоль кистозной структуры, исходящая из стенки тонкой кишки, расположенная низко, в полости малого таза.

Объем оперативного вмешательства- резекция стенки тонкой кишки при опухоли, гистологически- злокачественная неэпителиальная опухоль, не исключается GIST.

Таким образом, ретроспективно можно сделать вывод, что в данных случаях единственным методом диагностики могла быть лапароскопия или трепан биопсия опухоли. Но в обоих случаях возможности лапароскопии были бы ограничены спаечным процессом, который был выявлен при вхождении в брюшную полость, а в первом случае еще и ножкой, на которой располагалась опухоль, скрытой между петлями кишечника. При кистозной форме опухоли трепан биопсия также могла бы не дать результатов. Поэтому правильный диагноз поставлен только при морфологическом исследовании удаленного при оперативном вмешательстве препарата.■

Литература:

1. Duffaud F., Blay J.V. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: особенности и терапия. *Oncology*. 2003. V. 5. P. 187-197.
2. Miettinen M., Lasota J. Гастроинтестинальные стромальные опухоли- определение, клинические, гистологические, иммуногистохимические и молекулярно-генетические особенности и дифференциальная диагностика. *Virchows Arch*. 2001; 438: P. 1-12.
3. von Mehren M., Watson J.C. Гастроинтестинальные стромальные опухоли. *Hematol. Oncol. Clin. North. Am*. 2005. V. 9. P. 47-564.
4. Belics Z., Csapo Z., Szabo I., Papay J., Szabo J., Papp Z. Гастроинтестинальная стромальная опухоль больших размеров, маскированная под рак яичника. Описание истории болезни. *J. Reprod. Med*. 2003. V. 8. P. 655-658.
5. Zigelboim I., Henao G., Kunda A., Gutierrez C., Edwards C. Гастроинтестинальная стромальная опухоль, маскированная под опухолевидное образование в малом тазу. *Gynecol. Oncol*. 2003. V. 91. P. 630-635.
6. Carlomagno G., Beneduce P. Гастроинтестинальная стромальная опухоль, маскированная под опухолевидное образование яичника. *World J. Surg. Oncol*. 2004. V. 2. P. 15.
7. Nasu K., Ueda T., Kai S., et al. Гастроинтестинальная стромальная опухоль с локализацией в прямокишечно-влагалищной перегородке. *Int. J. Gynecol. Cancer*. 2004. V. 14. P. 373-377.