

Клинический случай №15
Гигантская фиброма яичника с синдромом
Мейгса. D27

Введение

В клинику поступила **пациентка 56 лет** с жалобой на **увеличение живота**.

Анамнез заболевания:

- увеличение живота в объеме пациентка отметила с апреля 2019 г.;
- в течение 1 мес. появились также одышка, отеки нижних конечностей, трофические изменения кожи передней брюшной стенки;
- отмечалось уменьшение количества мочи, с изменением цвета до темно-коричневого.



Увеличенный живот с выраженной сосудистой сетью

Инструментальное исследование (УЗИ)

По данным амбулаторной УЗИ органов малого таза от 03.07.2019 г.:

- размеры матки 44*45*49 мм, М-эхо 2 мм; по задней стенке **интрамуральный миоматозный узел 35*28 мм**;
- справа от матки огромных размеров **бугристый узел размерами 15*13*14 см** солидно-кистозного строения, узел занимает всю правую половину гипогастрия, структура правого яичника не дифференцируется;
- **над маткой кистозно-солидное образование** размером не менее 12 см в диаметре, с муцинозным жидкостным содержимым и солидными разрастаниями с кровотоком, верхний полюс доходит до пупка.

Заключение: эхографическая картина с большей степенью вероятности опухоли яичников с диссеминацией по брюшине на фоне выраженного изменения печени по типу цирроза. Напряженный асцит, спленомегалия. Выраженный лимфостаз обеих нижних конечностей (исключить тромбоз не представляется возможным, не удается визуализировать глубокие вены). Высокое стояние диафрагмы с обеих сторон, выпот в правой плевральной полости.

Госпитализация от 03.07.2019 г

- Произведен **лапароцентез**, установлен дренаж, удалено около 30 л асцитической жидкости.
- **Цитологическое исследование** асцитической жидкости от 04.07.2019 г. – редкие клетки мезотелия. Клеток злокачественного новообразования в исследуемом материале не найдено.
- В анализе крови от 13.06.2019 г. **онкомаркер СА 125** – 766,3 Ед/мл.
- При повторном исследовании пунктата – реактивный экссудат с выраженной макрофагально-гистиоцитарной реакцией.
- Пациентка обследовалась **гепатологом**: исключен первичный цирроз печени и гепатит. Заподозрен синдром Бадда–Киари (патологическое изменение кровотока печени из-за уменьшения просвета сосудов).

Госпитализация от 26.08.2019 г

- Эвакуировано 43 л асцитической жидкости после дренирования брюшной полости.
- Повторное **цитологическое исследование** – опухолевые клетки не обнаружены.



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/98/Diagram_showing_fluid_%28ascites%29_being_drained_from_the_abdomen_CRUK_122.svg/1954px-Diagram_showing_fluid_%28ascites%29_being_drained_from_the_abdomen_CRUK_122.svg.png

Госпитализация от 04.10.2020 г

Обратилась в РНЦРР МЗ РФ 04.10.2020 г. **Цитологическое исследование** (пересмотр) – эритроциты, лимфоидные элементы, макрофаги, клетки реактивного мезотелия. Убедительных данных за рак не обнаружено.

Объективное обследование:

- Состояние тяжелое.
- Пациентка занимает вынужденное положение полусидя, передвигается с посторонней помощью.
- Жалобы на значительное увеличение живота в объеме, одышку.
- Кожа и видимые слизистые бледные. На коже живота выраженная сосудистая сеть.
- Язык обложен белым налетом.
- Частота дыхания – до 25 в мин.

Госпитализация от 04.10.2020 г

Объективное обследование (продолжение):

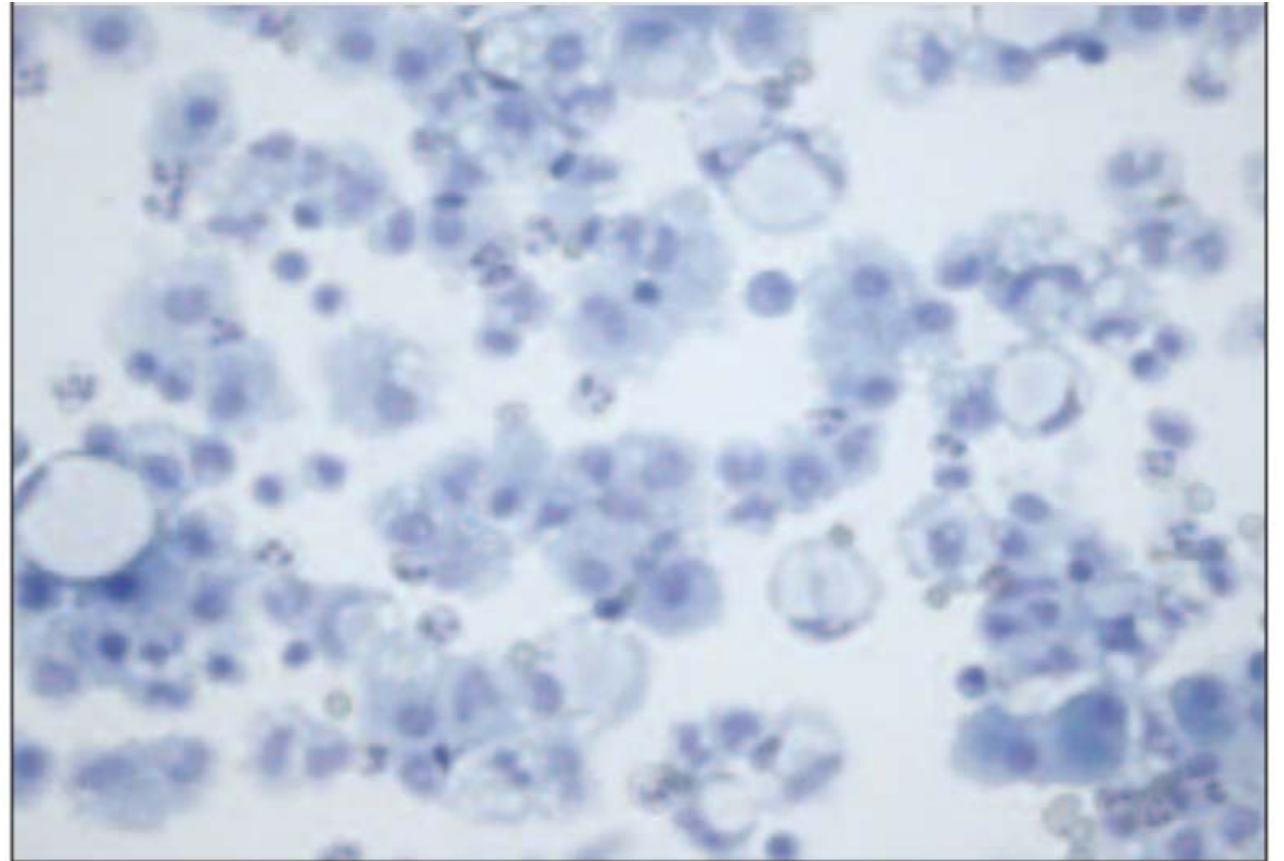
- Артериальное давление – 100/60 мм рт ст., температура – 37,1°C.
- При аускультации в легких дыхание ослаблено в нижних отделах.
- Живот значительно увеличен в объеме, напряжен. При перкуссии притупление во всех отделах.
- Нижние конечности отечны.

Лабораторное обследование:

- гемоглобин – 101 г/л;
- лейкоциты – $8,8 \cdot 10^9$ /л;
- общий белок – 27 г/л;
- СА 125 – 588 Ед/мл.

Тактика

- Проведен **лапароцентез**: эвакуировано 10 л соломенно-желтой асцитической жидкости, опухолевых клеток не обнаружено.
- Проводилась **коррекция общего состояния пациентки** – введение аминокислотных, белковых растворов, плазмозаменителей.



Клетки реактивного мезотелия.

Материал осадка асцитической жидкости (цитоцентрифуга Shandon Cytospin 4). x40. Окраска LDF200

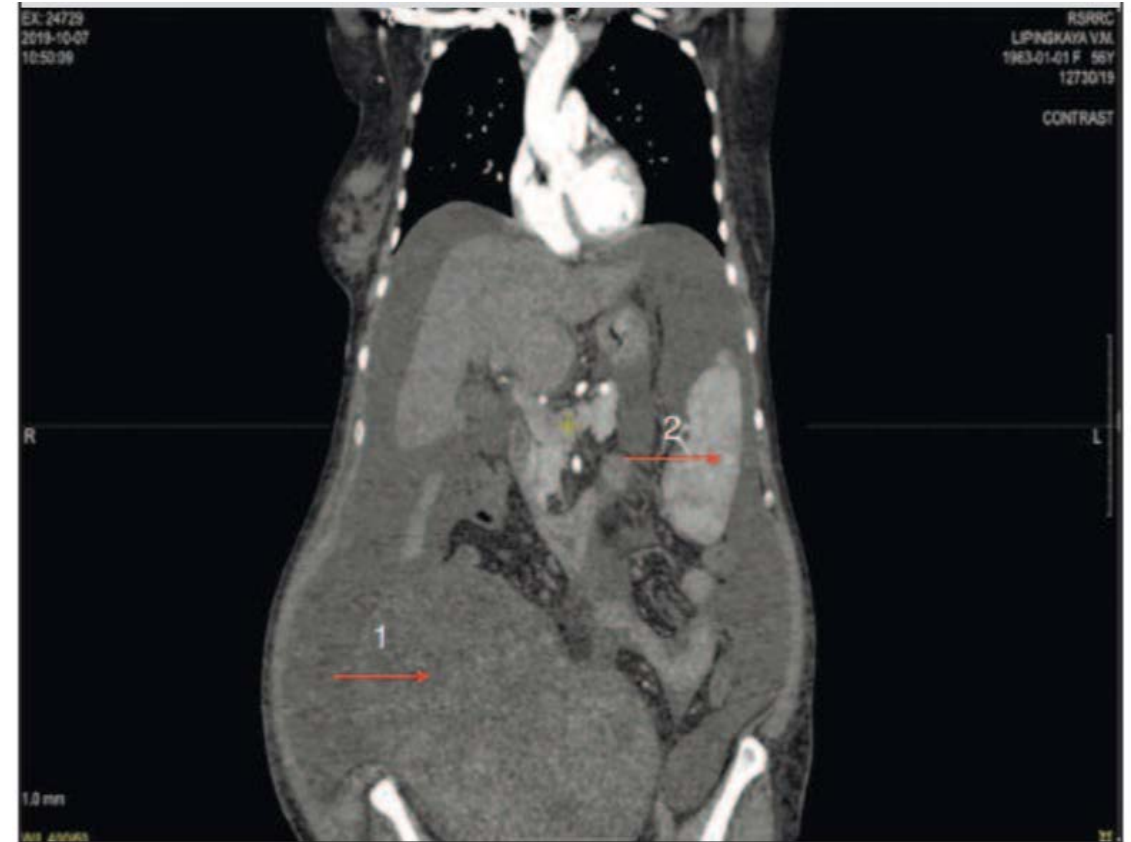
Инструментальная диагностика (МСКТ с контрастом)

Заключение:

- Двусторонний гидроторакс – 1,0 см справа и 0,5 см слева.
- Печень обычного размера с четкими контурами, внутривенные вены не расширены, портальная вена – 1,4 см в диаметре.
- Селезенка увеличена – 14,0*7,0*16,0 см, содержит кисту – 1,0 см, селезеночная вена диффузно расширена до 1,2 см (компенсаторно, за счет сдавления нижней полой вены).
- Функция почек не нарушена, однако они сдавлены в забрюшинном пространстве. Чашечно-лоханочная система не расширена.
- Диффузная гиперплазия надпочечников.
- Во всех пространствах брюшной полости, в латеральных каналах, больше справа, большое количество жидкости.

Инструментальная диагностика (МСКТ с контрастом)

- Опухоль (кистозно-солидная, с четкими контурами), исходящая из правого яичника, занимает всю правую половину брюшной полости, имеет размер 20,0*21,0*21,0 см.
- Опухоль сдавливает нижнюю полую вену до нитевидного просвета.
- Уровней жидкости и воздуха в толстой и тонкой кишках не выявлено.

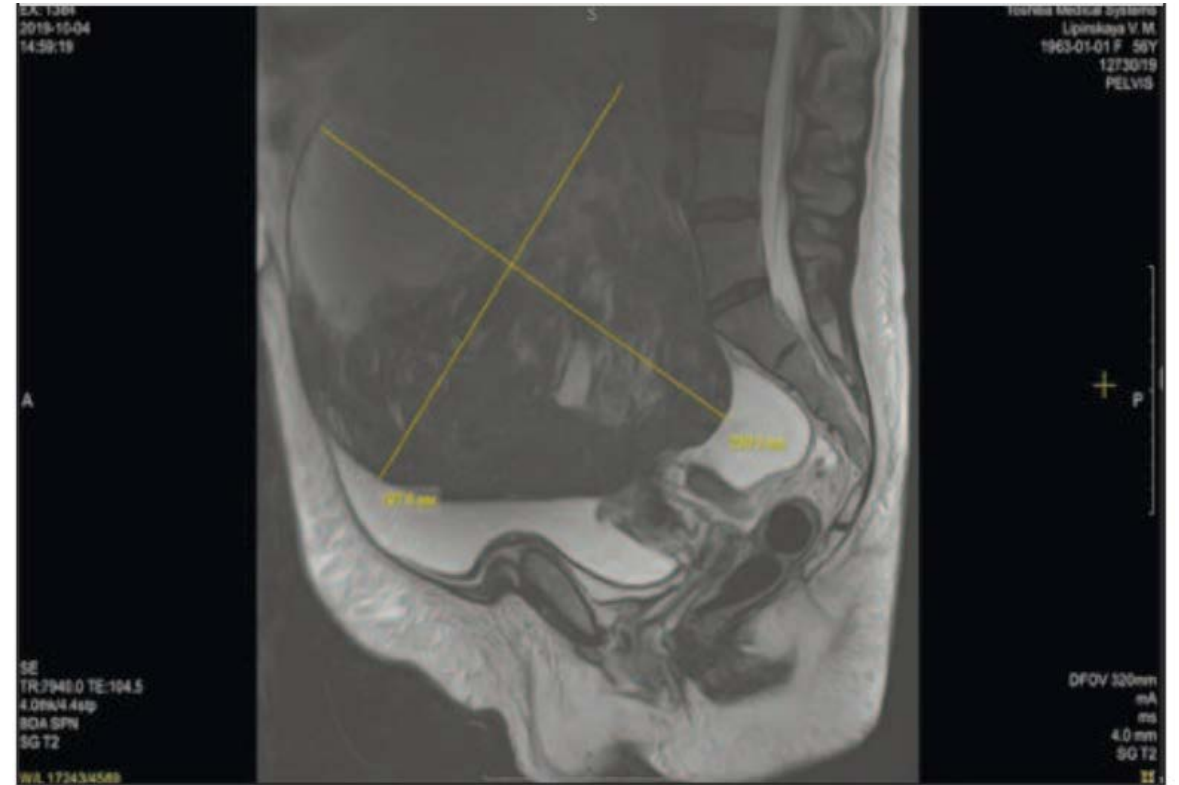


МСКТ органов брюшной полости.
1 – образование яичника, 2 – селезенка

Инструментальная диагностика (МРТ с контрастом)

- В полости таза, с некоторой латерализацией вправо, визуализируется патологическое кистозно-солидное образование размером 20*19*23 см.
- Яичники не дифференцируются.
- В полости таза определяется большое количество свободной жидкости.

Заключение: МР-картина образования малого таза больших размеров.
Выраженный асцит.



МРТ органов малого таза с контрастированием

Операция

- 09.10.2019 г. В РНЦРР была проведена **экстирпация матки с придатками.**
- Удалена **опухоль правого яичника больших размеров (6,5 кг),** матка с левыми придатками.
- По данным срочного интраоперационного исследования опухоли – **фиброма яичника.**

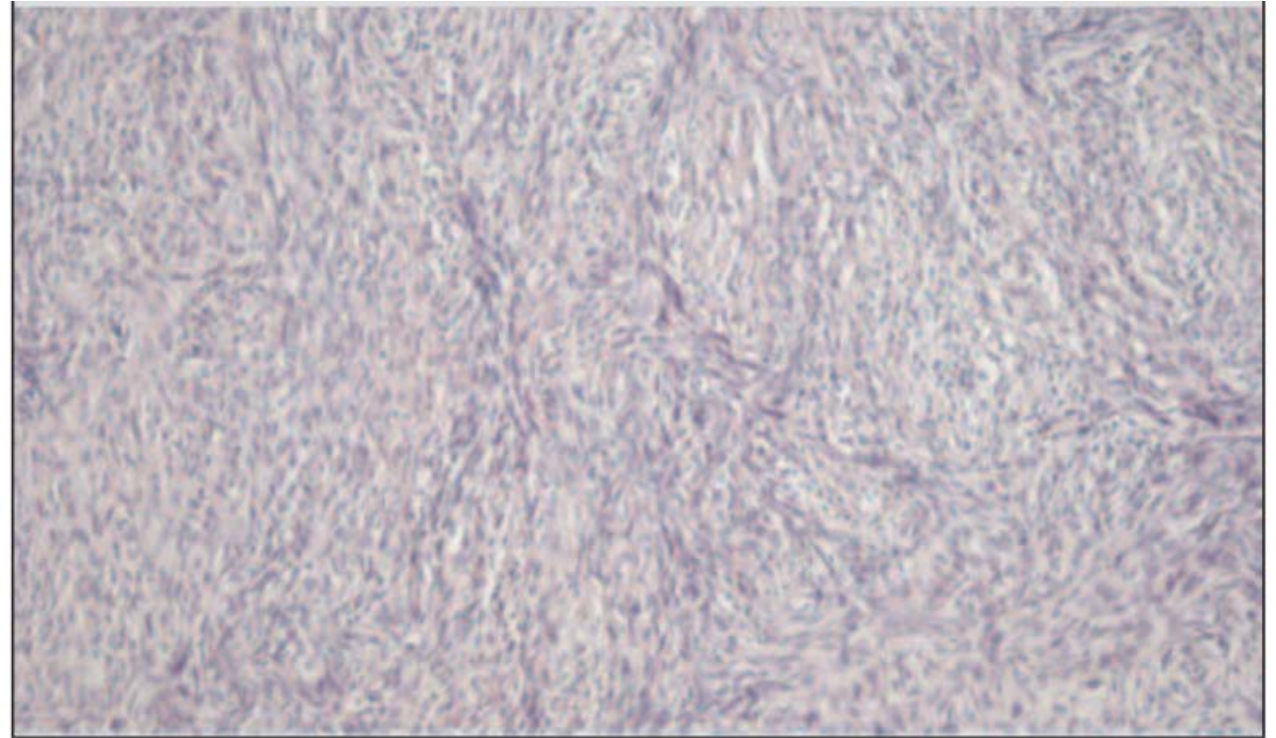


Фиброма яичника. Плановое гистологическое исследование операционного материала.

Макроскопический вид опухоли на разрезе. Правый яичник 27*32*17 см с маточной трубой длиной 12 см. Ткань яичника замещена опухолью 27*32*17 см. Ткань опухоли кистозно-солидного строения, тяжистая, мягко-эластичная.

Гистологическое исследование

- Эндометрий атрофичен.
- Расширенные крипты цервикального канала.
- Влагалищная часть шейки покрыта многослойным плоским эпителием.
- Правый яичник: фиброма, мелкие серозные кисты. Правая маточная труба обычного гистологического строения.
- Левый яичник: мелкие серозные кисты. Левая маточная труба обычного гистологического строения.



Фиброма яичника. Плановое гистологическое исследование операционного материала. Микроскопическое исследование x20. Окраска гематоксилином и эозином.

Послеоперационный период

- Отмечалось выделение асцитической жидкости по дренажу в течение 12 дней с постепенным уменьшением.
- Дренаж удален на 12-е сутки. После удаления дренажа накопления жидкости не отмечено.
- Отеки нижних конечностей полностью отсутствовали. Диурез адекватный.
- Пациентка выписана на 14-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.



<https://www.athulyaliving.com/blogs/wp-content/uploads/2020/06/athulya-jun29.jpg>

Обсуждение

- **Фибромы яичников** относятся к опухолям стромы полового тяжа.
- Фибромы являются довольно распространенной **доброкачественной солидной опухолью**, часто ошибочно диагностируемой как фиброма матки или как злокачественная неоплазия яичника. Они диагностируются в 1–6% среди всех неоплазий придатков матки.
- При фибромах яичника **жалобы пациенток неспецифичны**. При значительных размерах образования может возникнуть неспецифический симптомокомплекс: болевой синдром, ощущение дискомфорта, нарушение функции соседних органов. При опухолях больших размеров появляются жалобы на увеличение живота в объеме, одышку, отеки нижних конечностей, дизурические явления.
- Требуется особое внимание сочетанию фибромы яичника с двумя клиническими **синдромами – Демонса–Мейгса** (асцит, гидроторакс, анемия) и, крайне редко – **Горлина–Гольца** (наличие кератоцист нижней челюсти и базально-клеточной карциномы).

Авторы

И.Б.Антонова, Н.А.Бабаева, О.И.Алешикова, Н.В.Мельникова, Н.А.Болотина, И.А.Лазукина, А.В.Люстик, Т.А.Моцкобили, Ф.Ш.Рустамова - ФГБУ Российский научный центр рентгенорадиологии МЗ РФ, Москва

Источник: Антонова И. Б. и др. Гигантская фиброма яичника с синдромом Мейгса. Клиническое наблюдение //Трудный пациент. – 2020. – Т. 18. – №. 8-9. – С. 31-35.