

Клинический случай №40
Перитонеальный глиоматоз при тератоме
яичника

Введение

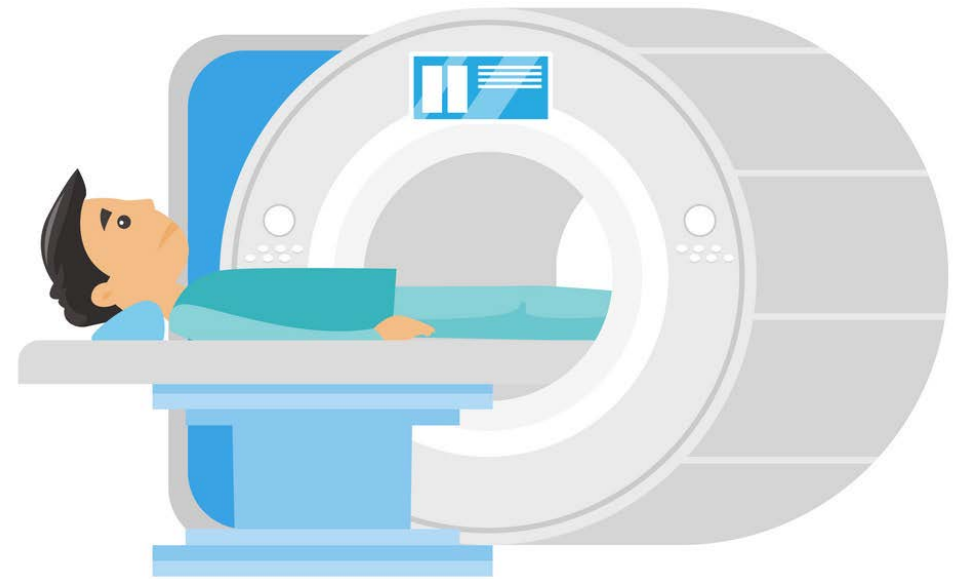
Пациентка А., **33 лет**, была направлена в ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» с диагнозом **новообразования неизвестного/неопределенного характера левого яичника**, установленным в ходе планового обследования у гинеколога.

Анамнез:

- В течение 6 мес от момента направления пациентка на дообследование не являлась.
- За это время стала отмечать **увеличение живота в размерах, снижение массы тела на 15 кг**.
- На момент обращения жалобы на дискомфорт в левой фланковой области, общую слабость, похудание и увеличение живота в размерах.
- Лабораторные общеклинические и биохимические показатели крови в пределах возрастно-половой нормы.
- При осмотре у гинеколога было выявлено новообразование, исходящее из малого таза, размерами до **19–20 см в диаметре**, с **бугристыми неровными контурами**, ограниченно смещаемое, занимающее большую часть брюшной полости.

Инструментальные исследования

- **УЗИ и МРТ малого таза:** объемное новообразование, занимающее весь малый таз и брюшную полость, с распространением до мечевидного отростка, с жидкостным и тканевым компонентами; умеренно выраженный асцит, канцероматоз брюшины.
- **УЗИ-признаки злокачественного новообразования яичников, канцероматоз. Асцит. U-3. ORADS 5.**
- По решению консилиума пациентка госпитализирована в онкологическое гинекологическое отделение ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» для интраоперационной прижизненной патологоанатомической верификации новообразования левого яичника и определения тактики и объема хирургического лечения.



Гистологическое исследование

- На срочное гистологическое исследование прислано новообразование яичника, макроскопически солидно-кистозной структуры, размерами 25,0 × 22,0 × 20,0 см, капсула гладкая блестящая, на разрезе ткань опухоли пестрого вида, с чередованием красных, розовых участков, неравномерной консистенции, с очагами костной плотности.
- В ходе срочного гистологического исследования верифицирована **незрелая тератома левого яичника.**



Рис. 1. Макроскопический вид тератомы яичника на разрезе с чередованием участков опухоли, различных по виду, цвету, консистенции

Гистологическое исследование (продолжение)

- С учетом гистологических данных объем хирургического лечения составил левостороннюю аднексэктомию, резекцию сальника, биопсию брюшины правой и левой подвздошной, паравезикальной и диафрагмальной областей, дугласова пространства.
- Макроскопически сальник представлен желтой дольчатой тканью мягкоэластичной консистенции, инъецированной сосудами, без визуальных изменений, без узловых образований и очаговых уплотнений ткани, с равномерным диффузным сетчатым рисунком по типу инъецированности сосудами.
- Проведено **плановое микроскопическое исследование опухоли** после стандартной гистологической обработки тканевого материала опухоли яичника, сальника и фрагментов брюшины. При световой микроскопии опухоль яичника сформирована соединительнотканными стенками кист с фиброзом и выстилкой цилиндрическим эпителием. В некоторых полях зрения определяются структуры кожи, представленные зрелым многослойным плоским эпителием с придатками в виде волосяных фолликулов, сальных и потовых желез. В иных полях зрения определяются мелкокалиберные кисты, выстланные многослойным плоским неороговевающим эпителием; некоторые кисты выстланы эпителием кишечного и бронхиального типов. Определяются участки глиальной ткани, а также фокусы (>3 в поле зрения) незрелой нейроэктодермы. Элементы незрелой нейроэктодермы в капсуле опухоли яичника отсутствуют. Опухолевых эмболов в сосудах, периневральной и периваскулярной инвазии не выявлено.

Гистологическое исследование

- При гистологическом исследовании во фрагментах сальника и брюшины различных локализаций выявлено множество разноразмерных округлых узелков из зрелой глиальной ткани, в некоторых полях зрения – с лимфогистиоцитарной скудной инфильтрацией.
- **Гистологическое заключение:** ICD-O code 9080/3 – **незрелая тератома левого яичника high grade (grade 3). Зрелый глиоматоз grade 0** сальника, брюшины правой и левой подвздошной, диафрагмальной, паравезикальной областей и дугласова пространства с признаками низкоактивного воспалительного процесса. Фиброз, очаговый гиалиноз брюшины правого и левого бокового каналов.

Гистологическое исследование

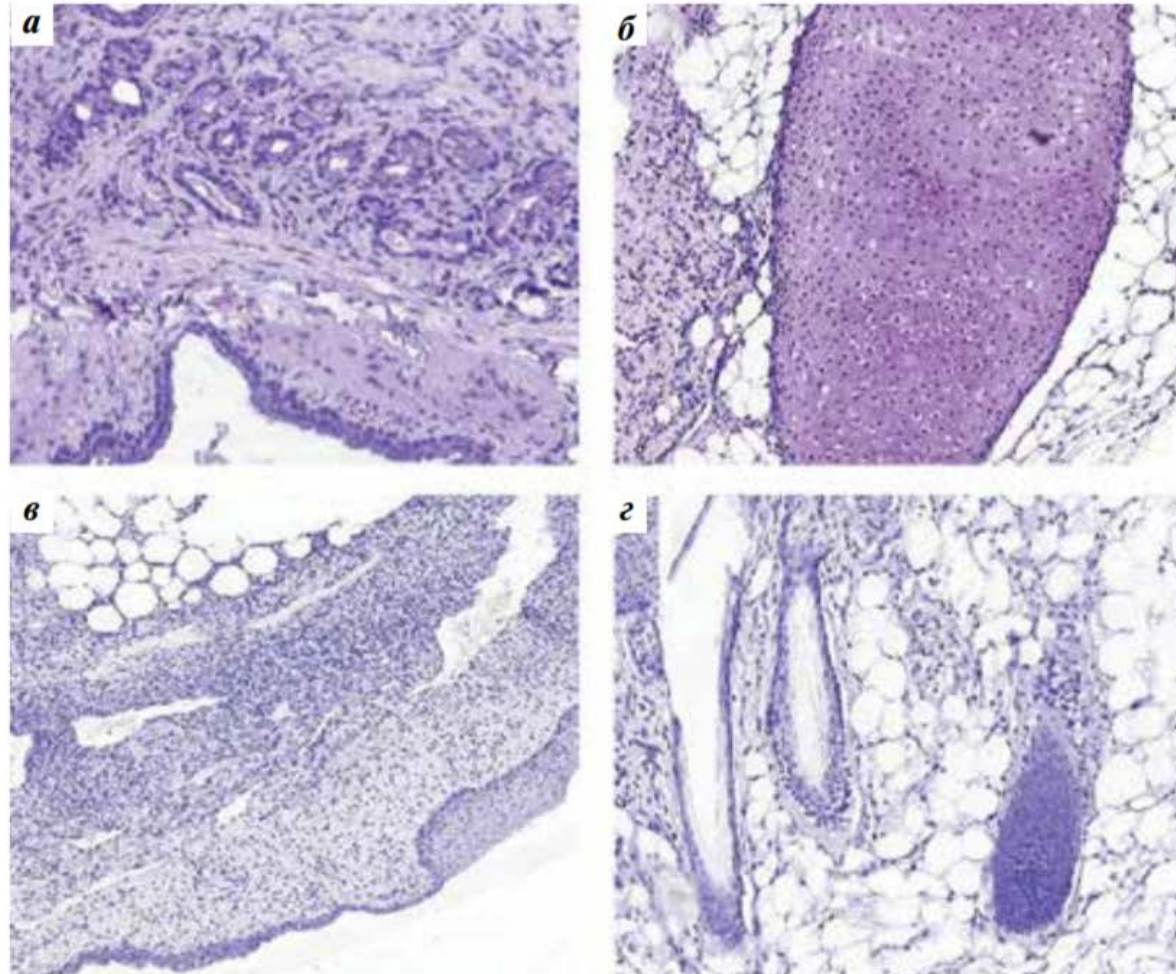


Рис. 2. Микроскопическая картина зрелого компонента тератомы яичника. Участки зрелой тератомы яичника: а – структуры придатков кожи в ткани опухоли; б – участки зрелой хрящевой и жировой ткани; в – зрелый многослойный плоский эпителий; г – придатки кожи (волосяные фолликулы) в жировой ткани. Окрашивание гематоксилином и эозином, $\times 200$

Гистологическое исследование



Рис. 3. Фрагменты сальника: *а* – макроскопический вид ткани сальника, фиксированного в 10 % нейтральном формалине. На фоне серо-желтых участков ткани сальника определяются диффузно очаги ткани серо-коричневого цвета, однородной консистенции; *б* – иммуногистохимическая экспрессия в ткани сальника маркера GFAP в очагах зрелой глиальной ткани, световая микроскопия, $\times 100$

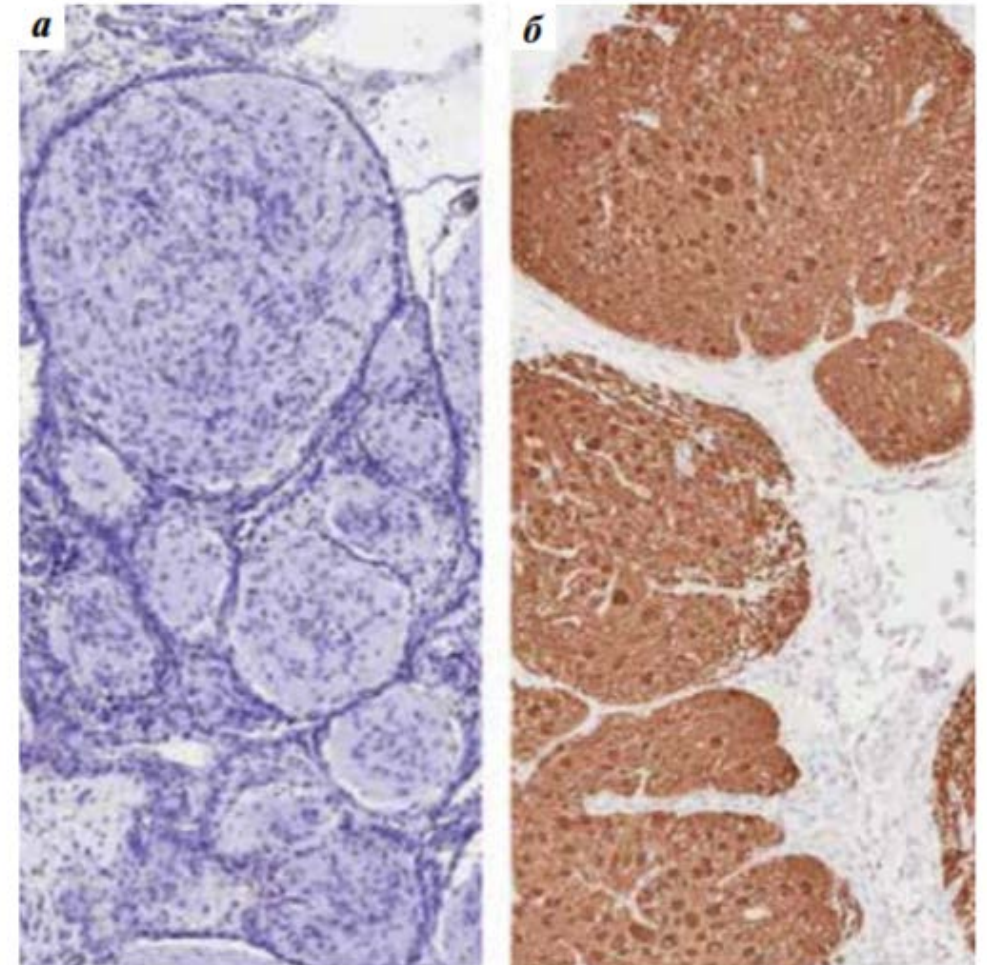


Рис. 4. Глиальные очаги в сальнике: *а* – окрашивание гематоксилином и эозином; *б* – иммуногистохимическая экспрессия GFAP, $\times 200$

Динамика

- Пациентка консультирована д. м. н., проф. С.В. Хохловой (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»). С учетом возраста, клинико-инструментальных данных, объема поражения за пациенткой установлено динамическое наблюдение с проведением контрольных исследований. В ближайшем периоде наблюдения (8 мес) данных, указывающих на прогрессирование заболевания, не выявлено.

Обсуждение

- **Злокачественные новообразования яичников**, такие как рак яичников (РЯ), незрелая тератома и др., представляют собой опухолевые процессы различного гистогенеза, диагностика которых возможна при помощи различных инструментальных методов.
- Очаги зрелой глиальной ткани на поверхности брюшины, сальника и абдоминальных лимфатических узлов определяются как **перитонеальный глиоматоз (ПГ)**. Встречается ПГ у пациентов со зрелой или незрелой тератомой различных органов.
- Хотя патогенез ПГ остается неясным, существует несколько **теорий формирования и развития ПГ**. **Теория лимфатической диссеминации** указывает на возможность миграции нервных клеток по лимфатическим сосудам. Данное мнение авторами было высказано на основании обнаружения очагов зрелой глиальной ткани в лимфатических узлах: парааортальных и тазовых. Другая теория состоит в том, что ПГ **происходит из незлокачественных стволовых клеток**, которые дифференцируются в глиальные клетки при изменении окружающей среды, и его генетический фон отличается от такового тератомы. Одна из широко распространенных теорий гласит, что ПГ возникает **в результате имплантации незрелой нервной или зрелой глиальной ткани в брюшину**, и это происходит после хирургического лечения или спонтанного разрыва капсулы тератомы.

Обсуждение

- По мнению некоторых авторов, глиальные очаги генетически не связаны с тератомой. В исследовании было показано, что глиальные имплантаты при ПГ не связаны с тератомой яичников и возникают из нормальных клеток, таких как плюрипотентные мюллеровы стволовые клетки. Возможно, перитонеальные стволовые клетки могут дифференцироваться в глиальные клетки при стимуляции некоторых факторов, секретируемых тератомами.
- По **данным КТ** ПГ проявляется в виде мягкотканых перитонеальных узелков и новообразований, уплотнением сальника и сопутствующим асцитом, новообразованием в области придатков, напоминающим тератому. На T2-взвешенных **МР-изображениях** отложения глиальной ткани являются многодольковыми и имеют однородную высокую интенсивность сигнала. Результаты визуализации глиоматоза брюшины идентичны результатам визуализации перитонеального карциноматоза при РЯ.

Обсуждение

- Часто ПГ диагностируют в ходе **гистологического исследования**. Иногда дифференцировка ПГ от канцероматоза при низкодифференцированных эпителиальных опухолях яичников может быть затруднена. ПГ может быть подтвержден иммуногистохимической **экспрессией глиальной ткани нейронального маркера GFAP**, представляющий собой белок промежуточных филаментов, который экспрессируется при развитии астроцитов в нервной ткани плода.
- ПГ может трансформироваться в злокачественные глиальные новообразования, такие как глиобластома, однако это происходит довольно редко.

Авторы

А.Ю. Шаманов - ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; Россия, 454087 Челябинск; ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 454048 Челябинск.

В.В. Савец - ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; Россия, 454087 Челябинск; ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 454048 Челябинск.

С.В. Хохлова - ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»; Россия, 117997 Москва.

Г.В. Сычугов - ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; Россия, 454087 Челябинск; ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 454048 Челябинск.

К.С. Аристархова - ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины».

Л.В. Ярина - ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; Россия, 454087 Челябинск; ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 454048 Челябинск.

Ю.В. Ключник - ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины».

Источник: Шаманова А. Ю. и др. Перитонеальный глиоматоз при тератоме яичника: краткий обзор литературы и случай из практики //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2023. – Т. 19. – №. 1. – С. 136-142.