

УДК 616-073.7:617.55

СЛОЖНОСТИ КЛИНИКО-СОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА И ДЕСМОИДА**Кадырова А.И., Миненков Г.О., Абдуллаева А.А., Юсупова Д.В.***Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек,
e-mail: al-kadyrova@yandex.ru*

Проведен детальный анализ литературы и приведенных нами клинических случаев, указывающих на трудности клиничко-сонографической дифференциальной диагностики десмоидных фибром и экстрагенитального эндометриоза мягких тканей передней брюшной стенки, в связи со схожестью их возникновения, роста и течения. Данные нозологические структуры отнесены в отдельную группу заболеваний с агрессивным течением: десмоиды – к местно-деструктивным опухолям со склонностью к рецидивированию, эндометриоз – к опухолеподобным заболеваниям, со склонностью к метастазированию. Их особенностью является то, что они полностью лишены признаков тканевого и клеточного атипизма, при малых размерах клиническое течение может оставаться длительное время бессимптомным. При достижении больших размеров десмоиды передней брюшной стенки имитируют саркому, эндометриоз редко малигнизируется в светлоклеточную карциному. Понятно, какое значение имеет своевременная диагностика, однако как ранняя, так и поздняя их дифференциация представляет определенные сложности. При выявлении схожих клиничко-сонографических изменений мягких тканей передней брюшной стенки нами рекомендовано проведение хирургического лечения с последующей патоморфологической верификацией процесса. Требуется тщательное длительное динамическое наблюдение пациентов из-за высокого риска рецидивирования.

Ключевые слова: абдоминальный эндометриоз, абдоминальный десмоид, ультразвуковое исследование, дифференциальная диагностика

DIFFICULTIES OF CLINICO-SONOGRAPHIC DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ABDOMINAL ENDOMETRIOSIS AND DESMOID**Kadyrova A.I., Minenkov G.O., Abdullaeva A.A., Yusupova D.V.***I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, e-mail: al-kadyrova@yandex.ru*

A detailed analysis of the literature and the clinical cases presented by us, pointing out the difficulties in the clinical and sonographic differential diagnosis of desmoid fibrosis and extragenital endometriosis of the soft tissues of the anterior abdominal wall, in connection with the similarity of their appearance, growth and course. These nosological structures are classified as a separate group of diseases with aggressive course: desmoids belong to locally-destructive tumors with a tendency to recur; endometriosis belongs to tumor-like diseases, with a tendency to metastasis. Their peculiarity is that they are completely devoid of signs of tissue and cellular atypism, at small sizes the clinical course can remain asymptomatic for a long time. When large sizes are reached, the desmoids of the anterior abdominal wall mimic sarcoma; endometriosis is rarely malignant in the clear cell carcinoma. It is clear, what is the significance of timely diagnosis, but both their early and late differentiation presents certain difficulties. When we identify similar clinical and sonographic changes in the soft tissues of the anterior abdominal wall, we recommend surgical treatment followed by pathomorphological verification of the process. A careful long-term follow-up of patients is required because of the high risk of recurrence.

Keywords: abdominal endometriosis, abdominal desmoid, ultrasound, differential diagnosis

Проблема диагностики и лечения экстрагенитального эндометриоза и десмоида передней брюшной стенки продолжает привлекать повышенное внимание онкологов, гинекологов и врачей ультразвуковой диагностики [1, 2].

Экстрагенитальный эндометриоз передней брюшной стенки является редким опухолеподобным поражением. Он развивается в результате имплантации кусочков эндометрия в края операционной раны во время акушерско-гинекологических операций, связанных со вскрытием полости матки [3, 4]. Всего на долю экстрагенитального эндометриоза приходится 6–8% от всех гинекологических заболеваний и 0,03–1% в общей структуре заболеваемости [4]. Чаще он возникает у женщин репродуктивного возраста от 25 до 45 лет. Клинические симпто-

мы зависят от локализации заболевания, но практически всегда прослеживается связь с менструальным циклом женщины [5, 6].

Десмоидные опухоли являются редкими мускулоапоневротическими опухолями мезенхимального происхождения, возникающими в результате пролиферации хорошо дифференцированных фибробластов. На долю десмоидов приходится 0,03% всех новообразований и 3,5% всех опухолей мягких тканей, чаще поражают молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет [7]. Принята теория их травматического происхождения на почве надрывов мышц и соединительнотканых элементов. Кроме того, отмечается связь его возникновения с беременностью и последующими родами, приемом оральных контрацептивов, гиперэстрогенией [3].

Золотым стандартом для диагностики опухолей и опухолеподобных заболеваний мягких тканей передней брюшной стенки является УЗИ. Вместе с тем еще не полностью изучены его возможности в дифференциальной диагностике описываемых заболеваний, в связи с отсутствием разработанных систематизированных сонографических критериев [1]. Процент диагностических ошибок остается высоким и достигает 60–90% [3]. Все вышеперечисленное позволяет считать проведенное исследование актуальным.

Цель исследования: провести детальный сравнительный анализ приведенных нами клинических случаев с данными литературы для выявления достоверных клинико-эхографических критериев в дифференциальной диагностике эндометриоза и десмоида передней брюшной стенки.

Материалы и методы исследования

В период с мая 2014 г. по сентябрь 2017 г. под нашим наблюдением находились три женщины фертильного возраста 23, 30 и 38 лет. Две из них получили стационарное лечение по поводу эндометриоза и одна по поводу десмоида мягких тканей передней брюшной стенки. Всем было проведено комплексное обследование, включающее сбор анамнестических данных, гинекологическое обследование, клинико-лабораторное обследование, УЗИ и МРТ объемных новообразований передней брюшной стенки, ТАПБ опухолей под ультразвуковым контролем, оперативные вмешательства в объеме иссечения в пределах здоровой ткани с последующим гистоморфологическим исследованием. Комплексная сонографическая визуализация выполнена на ультразвуковом сканере GE Logic P6 (США) с использованием стандартных методик. В зонах интереса мягких тканей проводили доплерографию сосудов с исследованием скорости кровотока и анализом доплеровского спектра эхосигналов.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая симптоматология экстрагениального эндометриоза и десмоидной фибромы мягких тканей передней брюшной стенки включали в себя наличие болезненного опухолеподобного образования, прогрессивный автономный рост, способность инфильтрировать окружающие мягкие ткани, а также схожие клинико-анамнестические признаки, такие как прием оральных контрацептивов и оперативное родоразрешение. Общими сонографическими признаками являются неправильная форма, неровные контуры, солидная неоднородная структура. В режиме доплеровского сканирования во всех наблюдениях отмечалось наличие интранодулярных сосудов. Приводим клинические случаи.

Эпизод 1. Пациент Б., 30 лет, обратилась с жалобами на болезненные и обильные менструации (дисменорея, гиперполименорея), болезненные половые контакты (диспареуния), припухлость и асимметрию мягких тканей слева от пупка, наличие более тупого характера, усиливающихся во время менструации и спадающих после. На основании локального статуса, данных УЗИ, гистероскопии, выскабливания полости матки установлен клинический диагноз – аденомиоз матки. Акушерско-гинекологический анамнез: регулярные и болезненные менструации начались с 15 лет, продолжительностью по 7 дней, регулярная половая жизнь – с 19 лет. Три беременности, из них 2 родов в 2008 и 2011 гг. через кесарево сечение, а также 1 медицинский аборт. В 2014 г. при УЗИ передней брюшной стенки в мягких тканях мезогастрия слева от пупка, в толще прямой мышцы живота, было обнаружено солидное объемное образование, на сосудистой артериальной ножке, толщиной до 16 мм, с четкими неровными контурами, размером до 37,7x13,0x29,5 мм (рис. 1).

С учетом вышеизложенного была назначена гормонотерапия диферелином 11,25 мг каждые три месяца. На фоне проводимого лечения при УЗИ отмечалась положительная динамика, в виде уменьшения размеров объемного образования на 62% (рис. 2).

Однако, через год, ссылаясь на соматический дискомфорт, больная отказалась продолжать гормональное лечение. Вышеописанные жалобы вновь появились в сентябре 2017 г., в связи с чем была проведена операция в объеме иссечения опухоли в пределах здоровой ткани. Макропрепарат: на фоне поперечно-полосатых мышечных волокон обнаружено образование без четких контуров и границ, размерами 37,0x41,2 мм, плотной консистенции. На разрезе оно серо-розового цвета, с очагами кровоизлияний. Гистологическое заключение: эндометриоз прямой мышцы передней брюшной стенки (рис. 3).

Эпизод 2. Пациент Ж., 23 года, в 2016 г. обратилась с жалобами на наличие болезненного образования в мягких тканях справа от пупка. Из анамнеза одни роды через кесарево сечение в 2013 г. Гинекологический статус без особенностей. Последние полтора года принимает оральные контрацептивы. При УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки справа от пупка, в толще подкожно-жировой клетчатки, фасции и в толще прямой мышцы, обнаружено фиксированное гипоехогенное солидное объемное образование, болезненное при компрессии датчиком, с четкими неровными контурами и интранодулярным кровотоком, размером 34,6 x 45,0 мм (рис. 4).



Рис. 1. Эхографическая картина до начала лечения

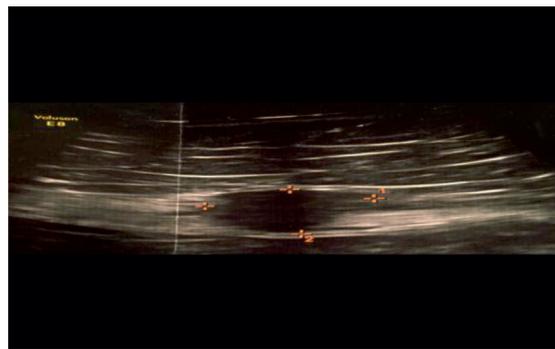


Рис. 2. Эхографическая картина спустя 6 месяцев от начала лечения

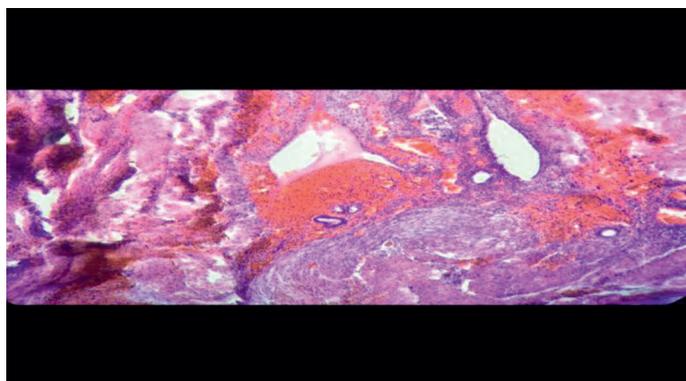


Рис. 3. Эндометриоз прямой мышцы передней брюшной стенки. Окраска гематоксилином и эозином, x100

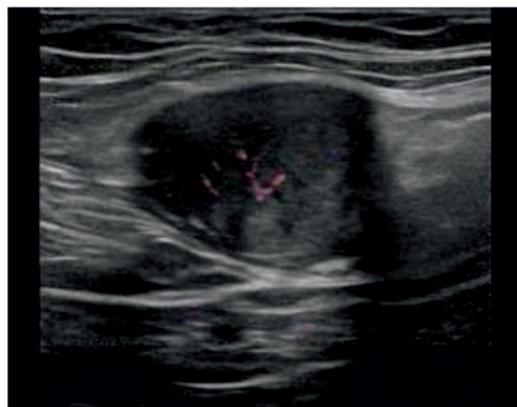
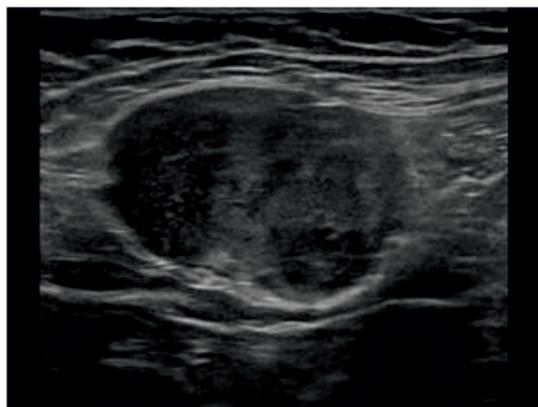


Рис. 4. Эхографическая картина описанного объемного образования

При повторных сонографических исследованиях в динамике отмечена тенденция к росту опухолевидного образования до 50,4x45,8 мм в поперечнике, без УЗ-признаков инвазии в подлежащие ткани. В клинической картине отмечалось увеличение интенсивности болей, которые име-

ли место и в период менструального цикла. Была проведена чрескожная аспирационная пункционная биопсия. Цитологические данные за скопление зрелых фиброцитов и клеток, подобных фибробластам, что может соответствовать десмоиду мягких тканей. Проведена колоноскопия до уровня

купола слепой кишки. Патологических изменений исследованных отделов толстой кишки не выявлено.

Больной был проведен курс терапии зодаксом, но без видимого эффекта, в связи с чем была произведена операция в объеме иссечения солидного объемного образования с резекцией передней брюшной стенки.

Гистологическое заключение: десмоид с инфильтрацией прямой мышцы живота и жировой клетчатки (рис. 5). В течение девяти месяцев после операции данных за рецидив заболевания не выявлено, пациентка остается под клиническим наблюдением.

Эпизод 3. Пациентка К., 38 лет, обратилась с жалобами на боль в области palpируемого уплотнения в области передней брюшной стенки. При физикальном обследовании по переднелатеральному контуру прямой мышцы живота обнаружена опухоль около 3 см в поперечнике. Имеется также отягощенный акушерский анамнез – две операции кесарева сечения в 2006 и 2012 гг. Нарушения менструального цикла не отмечает, жалоб по гинекологическому профилю не предъявляет. При колоноскопии патологических изменений не выявлено. По

данным УЗИ в мягких тканях гипогастрия слева, в толще прямой и косых мышц, определяется солидное объемное образование низкой акустической плотности, гетерогенной структуры, размером до 27,8x30,5 мм в поперечнике. В режиме доплеровского картирования определяется интра- и перинодулярная артериальная перфузия.

По данным МРТ в мягких тканях брюшной стенки слева, на 6–7 см выше лобка и латерально от послеоперационного шва, определялось гетерогенное солидное образование 3,0x2,5 см с поражением прямой и косых боковых мышечных пучков и фасций. Контуры образования нечеткие, местами «лучистые» за счет перифокальной инфильтрации. Отмечается повышение интенсивности МР-сигнала в T1W режиме сканирования и умеренно выраженное утолщение веретеновидных мышц прямой мышцы живота вокруг поражения. Заключение: неоплазма мягких тканей передней брюшной стенки, не исключается малигнизация. Больной была выполнена эксцизионная биопсия. Гистологические данные за эндометриоз с перифокальной инфильтрацией мягких тканей.

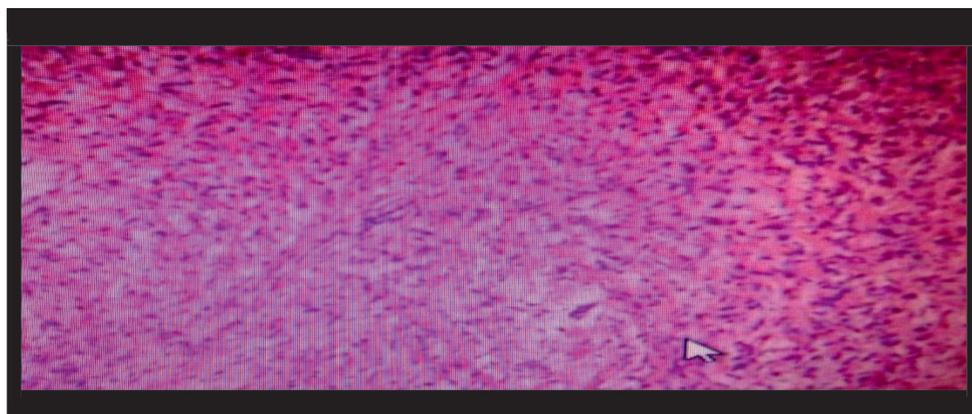


Рис. 5. Окраска гематоксилином и эозином, x100

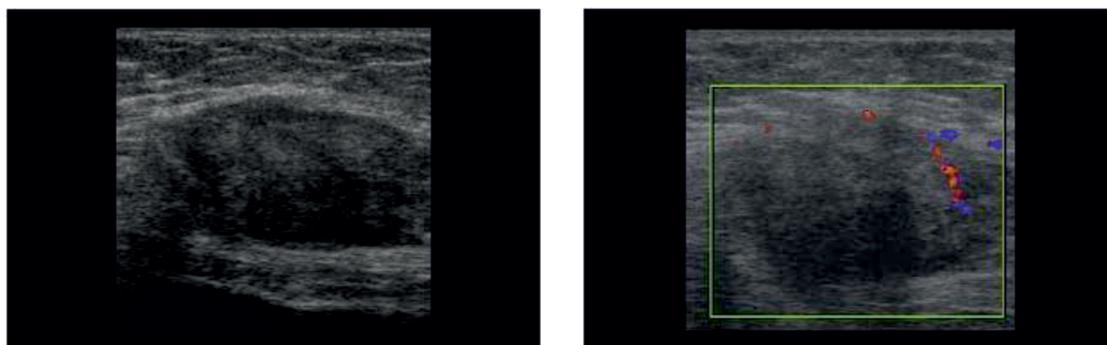


Рис. 6. Эхографическая картина описываемого объемного образования

В приведенных клинических случаях наглядно представлены определенные трудности в дифференцированной клинико-сонографической интерпретации представленных нами форм опухолевых образований. Во всех случаях анализируемые параметры крови находились в пределах нормы, а маркеры опухолей были отрицательными. Клинически выделена триада симптомов, состоящая из акушерской истории кесарева сечения, наличия опухолеподобных узлов вблизи хирургического рубца и цикличности болей. По многочисленным источникам литературы дифференциально-диагностическими критериями абдоминального эндометриоза является цикличность болей, умеренное увеличение опухолевого узла во второй фазе менструального цикла и нодулярная регрессия при гормонотерапии. Однако в наших наблюдениях мы отметили симптом цикличности при абдоминальном десмоиде, что подкрепляем также данными литературы [2, 8]. Кроме того, в литературе описываются случаи бессимптомного течения эндометриоза передней брюшной стенки, что также приносит затруднения в клинической диагностике [9, 10].

Атипичные презентации как эндометриоза, так и десмоида часто создают большую диагностическую проблему с учетом различных визуальных представлений описанных опухолей мягких тканей, особенно при оценке пациента с перенесенными операциями. Это также совпадает с представленными нами клиническими случаями. Эндометриозные очаги имеют более разнообразную картину: опухоли могут быть гетерогенно солидной или кистозной структуры, разнородной эхоплотности с достаточно четкими неровными контурами, в некоторых случаях могут иметь хорошо очерченный гиперэхогенный ободок и интранодулярные сосуды, что зачастую придает им неспецифичный и малоинформативный характер. По данным исследований J. Casillas резюмирует об отсутствии конкретных дифференциальных критериев десмоидных опухолей от других солидных масс [11].

Мы провели систематический поиск литературы по вопросам дифференциальной диагностики и лечения эндометриоза и десмоида брюшной стенки. Детальный анализ литературы показал, что установить окончательный клинический диагноз невозможно лишь на основании клинико-инструментальных исследований, поскольку они имитируют друг друга ввиду идентичности факторов риска, клинической манифестации, многоликой экосемиотики. Патофизиология сложна и противоречива. В литературе описан уникальный случай

сосуществования двух нозологий в одной опухолевой массе передней брюшной стенки у одного индивидуума, верифицированных гистологически [8].

В лечении по данным литературы отмечено, что уровень успешной медикаментозной терапии низкий, отмечается лишь временное облегчение симптомов, часто сопровождаемое рецидивом после прекращения приема препарата. Кроме того, наблюдается высокий риск развития побочных эффектов, таких как аменорея, увеличение веса, гирсутизм, возникновение угрей [10], что клинически проявлялось и в наших описываемых эпизодах.

Поэтому основным резюмирующим ключом в дифференциальной диагностике является обязательная хирургия с гистологической верификацией [5, 6], которая несет не только подтверждающий характер, но и позволяет выявить ранние признаки риска малигнизации очагов [12]. По немногочисленным источникам в 5–8% случаев возникновения десмоида наблюдается малигнизация, в результате чего на месте опухоли развивается плоскоклеточный рак, что может проявляться прогрессирующим ростом опухоли [2, 12]. Авторами предложено рассматривать десмоиды как фибросаркомы с низким уровнем злокачественности, несмотря на доброкачественную гистологию и отсутствие метастазирования. Эндометриоз передней брюшной стенки редко малигнизируется в эндометриозид или светлоклеточную карциному [6, 10, 13].

Однако следует помнить, что хирургический метод не всегда приводит к гарантированному излечению, высокий риск развития локальных рецидивов особенно характерен для десмоидных опухолей (от 40% до 100%), что требует продолжительного последующего наблюдения [12, 14].

Заключение

Таким образом, выявленные клинико-эхографические признаки абдоминального эндометриоза и десмоида имеют много общего. Относительно редкая встречаемость, а также вариабельность проявлений не позволяет провести достоверную дифференциальную диагностику между ними в допатоморфологический период обследования. Окончательная верификация процесса возможна только после гистологического или иммуногистохимического подтверждения с длительным наблюдением ввиду высокого риска рецидивирования.

Список литературы

1. Lou L., Teng J., Qi H., Ban Y. Sonographic appearances of desmoid tumors. *J. Ultrasound Med.* 2014 Aug;33(8):1519-25. DOI: 10.7863/ultra.33.8.1519.

2. Birol Vural, Fisun Vural, and Bahar Müezzinoğlu. An Abdominal Wall Desmoid Tumour Mimicking Cesarean Scar Endometriomas: A Case Report and Review of the Literature. *J. Clin Diagn Res.* 2015 Sep; 9(9): QD14–QD16.
3. Mihaela Grigore, Demetra Socolov et al. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Review. Med. Ultrason.* 2017, Vol. 19, no. 4, 430–437 DOI: 10.11152/mu-1248.
4. Огнерубов Н.А., Улитина Е.Д., Огнерубова М.А. Эндометриоз послеоперационного рубца, случай из практики // Вестник ТГУ. – 2013. – Т. 18, вып. 5. – С. 2867–2869.
5. Katuscia Menni, MD, Luca Facchetti, MD, and Paolo Cabassa, MD. Extragenital endometriosis: assessment with MR imaging. A pictorial review. *Br J. Radiol.* April 2016; 89(1060): 20150672.
6. Hatice Karaman, Feridun Bulut, Aysel Ozaşlamacı. Endometriosis externa within the rectus abdominis muscle. *Ulus Cerrahi Derg.* 2014; 30(3): 165–168.
7. Marcus Overhaus, Pan Decker et al. Desmoid tumors of the abdominal wall: A case report *World J. Surg Oncol.* 2003; 1: 11.
8. Jaqueline Majors, Nathaniel F. Stoikes et al. Case Report Resection and Abdominal Wall Reconstruction of a Desmoid Tumor with Endometrioma Features. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Surgery.* Vol. 2016, Article ID 9453450, 4 p.
9. Hensen J.H., Van Breda Vriesman A.C., Puylaert J.B. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J. Roentgenol.* 2006 Mar; 186(3):616–20.
10. Mani Anand, Sanjay Deshmukh. Massive Abdominal Wall Endometriosis Masquerading as Desmoid Tumour. *J. Cutan Aesthet Surg.* 2011 May-Aug; 4(2): 141–143.
11. Casillas G.J., Sais J.L. Greve. Imaging of intra- and extraabdominal desmoid tumors. *Radiographics.* 1991Nov; 11(6): 959–968.
12. Athanasios Economou, Xanthi Pitta et al. Desmoid tumor of the abdominal wall: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* -20115:326.
13. Sosa-Duran EE, Aboharp-Hasan et al. Clear cell adenocarcinoma arising from abdominal wall endometriosis. *Cir.* 2016 May-Jun; 84(3):245-9. DOI: 10.1016/j.circir.2015.06.024. Epub 2015 Aug 11.
14. El Hassane Kabiri et al. Desmoid tumors of the chest wall. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery,* 2001, Vol. 19, Issue 5, P. 580–583