

УДК 618.11-006

СТРУМА ЯИЧНИКА: СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Н.А. Огнерубов, Е.Д. Улитина

Ключевые слова: опухоли яичников; струма яичника; морфологическое строение.

Приведен обзор литературы, посвященный струме яичника, являющейся редкой опухолью и отличающейся значительной вариабельностью морфологического строения. Струма яичника встречается как самостоятельно, так и в сочетании с различными злокачественными опухолями яичников. Авторы приводят два случая из клинической практики.

Загадочность возникновения и сложная предсказуемость течения струмы яичника продолжает волновать онкогинекологов и исследователей различных медицинских специальностей. Струма яичника – редкая тератома, которая чаще соответствует зрелой тератоме, иногда – тератобластоме [1]. Около 50 % струм яичника – монодермальные тератомы [2]. Заболевание составляет менее 1 % опухолей яичников. Малигнизация наблюдается в каждом 10–20 случае [3–4]. Некоторые авторы отмечают неспособность большинства злокачественных новообразований струмы яичника покидать пределы пораженного яичника [5–6]. Постоянно популяется число наблюдений струмы яичника в виде самостоятельного новообразования [7–8] или в составе различных опухолей яичников: муцинозной карциномы, карциноидной опухоли, серозной цистаденомы, серозной цистаденокарциномы [9]. Папиллярный рак чаще других злокачественных новообразований осложняет течение струмы яичника [6, 10]. Прогнозирование течения малигнизированных и доброкачественных струм яичников только по гистологическим признакам подвергается сомнению [11]. В струме яичника может наблюдаться вся патология щитовидной железы [12–13]. Как правило, заболевание развивается в возрасте 50–60 лет, длительно протекает скрыто, может проявляться асцитом, тиреотоксикозом, псевдосиндромом Мейгса, дискомфортом и болями в области малого таза [14–16]. Больные обращаются за медицинской помощью после увеличения живота или сами пальпируют опухолевый узел в проекции придатков матки. При ультразвуковом исследовании выявляется чаще односторонняя опухоль яичника различных размеров и плотности. Окончательный диагноз возможен только после гистологического изучения операционного материала.

В литературе имеется ограниченное число сообщений, посвященных различным аспектам этого заболевания. Поэтому любая информация по данной патологии, безусловно, представляет клинический и научный интерес.

Мы наблюдали случай зрелой струмы яичника у пациентки 71 года, находящейся на лечении в МСЧ № 97 ФМБА России. Из анамнеза известно, что больной в 2003 г. при УЗИ органов малого таза выявлена киста левого яичника. От дальнейшего обследования и

лечения пациентка отказалась. В 2008 г. больная стала замечать увеличение живота. Обратилась за медицинской помощью. При объективном обследовании живот увеличен в объеме, в гипогастрии пальпируется опухоль, исходящая из малого таза, размером 16×22 см, неправильной формы, разнородной консистенции, чувствительная при пальпации, подвижная. При вагинальном исследовании шейка матки конической формы, наружный зев закрыт, матка маленькая, плотная. Своды несколько выбухают. Параметрий не инфильтрирован. При УЗИ органов малого таза размеры матки 34×26×41 мм. Структура миометрия гетерогенная. Толщина эндометрия 3 мм, обычного строения. Выше матки и слева имеется гипоехогенное образование, с перегородками, неравномерной толщины, с неровным внутренним контуром, со взвесью, размером 76×62×80 мм. Рядом расположены два солидных образования, размерами 85×63×90 мм и 70×55×60 мм, средней эхогенности. В позадимаюточном пространстве выявлена жидкость. Заключение: киста левого яичника. Уровень СА 125–53,6 Е/мл. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

18.12.2008 г. выполнена лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено около 300 мл асцитической жидкости. Тело матки нормальной величины, правые придатки без особенностей. На месте левого яичника обнаружена опухоль причудливой формы, размерами 20×15×12 см (рис. 1). Опухоль состояла из тесно расположенных гладкостенных кист диаметром от 0,5 до 6 см. Кисты заполнены прозрачной густой жидкостью желтоватого цвета. В центре опухоли расположен очаг мелкозернистой ткани светлорычневой цвета, неправильной формы, размерами 4×3,5×2 см. Капсула гладкая, блестящая, с выраженным сосудистым рисунком на поверхности. Лимфоузлы таза и парааортальные лимфатические лимфоузлы не увеличены. Большой сальник без очаговых образований. Установлен диагноз рака яичников. По поводу чего выполнена экстирпация матки с придатками и экстирпация большого сальника.

Произведено морфологическое исследование. Гистологическое строение центрально расположенного участка опухоли соответствовало доброкачественной кистозной струме яичника. Кисты выстланы атрофированным эпителием, заполнены кристаллизированным

густым коллоидом (рис. 2). Гигантские кисты окружены широкими тяжами гиалинизированной соединительной ткани с тенями некротизированных фолликулов (рис. 3).

Эозинофильная жидкость кист содержит дистрофически измененный фолликулярный эпителий и базофильные шаровидные скопления ядерной пыли. Различные по гистологии участки неправильно распределены в рыхлой строме (рис. 4).

В участках макрофолликулярного строения сосуды формируют тонкостенные кавернозные полости. В стенках кист выявлены очаги макрофолликулярного, микрофолликулярного (рис. 5, 6), эмбрионального вида (рис. 7).

Различные по строению участки струмы распределены хаотично. Тонкостенные капилляры расширены, окружены полями гомогенного эозинофильного вещества, по строению сходного с коллоидом (рис. 8).



Рис. 1. Опухоль левого яичника

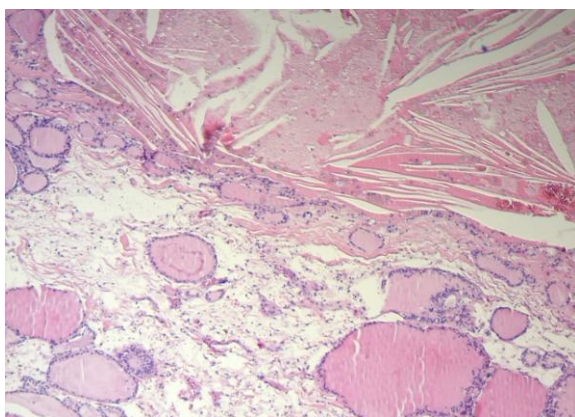


Рис. 2. Строение стенки крупной кисты (Гематоксилин/эозин, $\times 100$)

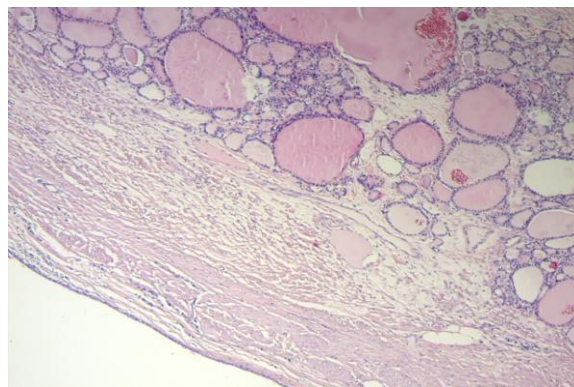


Рис. 3. Строма стенки гигантской кисты (Гематоксилин/эозин, $\times 100$)

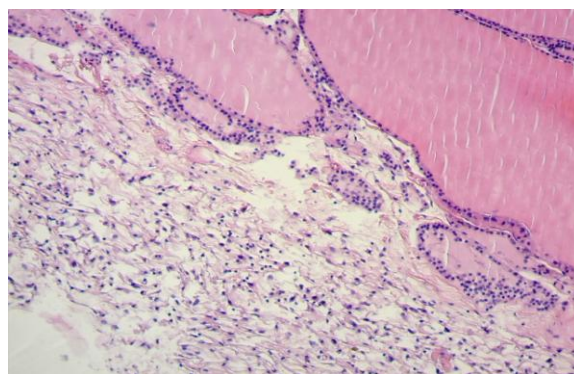


Рис. 4. Строма опухоли (Гематоксилин/эозин, $\times 200$)

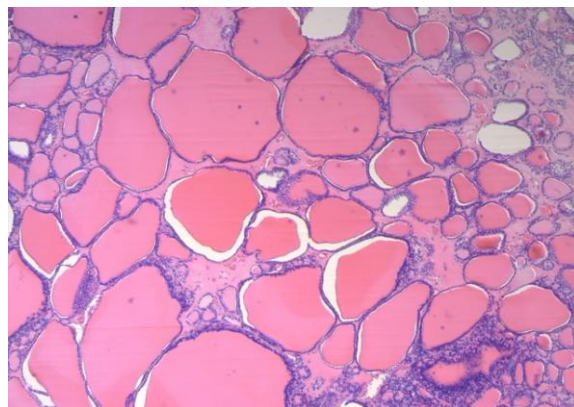


Рис. 5. Макрофолликулы в струме (Гематоксилин/эозин, $\times 100$)

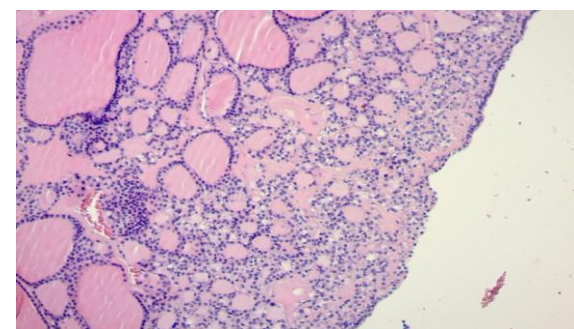


Рис. 6. Микрофолликулы в струме (Гематоксилин/эозин, $\times 200$)

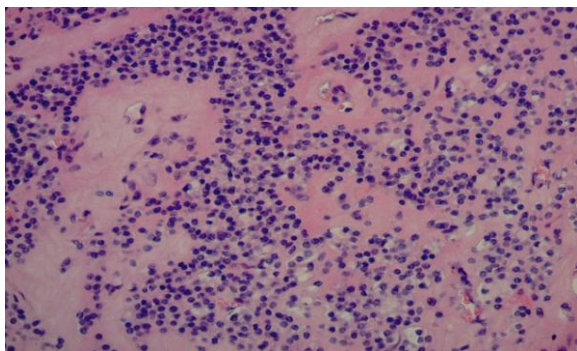


Рис. 7. Участок опухоли в виде аденомы эмбрионального строения (Гематоксилин/эозин, $\times 400$)

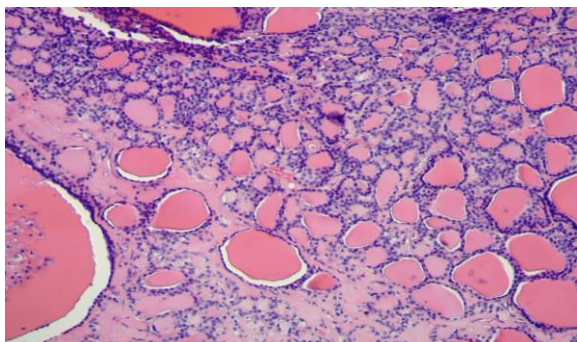


Рис. 8. Мозаичное строение ткани струмы (Гематоксилин/эозин, $\times 100$)

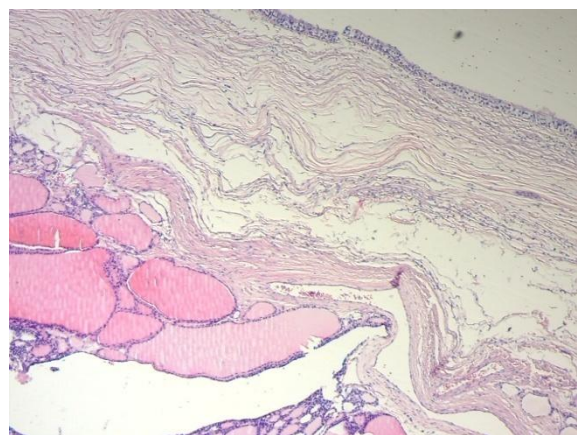


Рис. 9. Мерцательный эпителий респираторного типа выстилает кисту, в стенке которой – фиброзно-мышечная строма (Гематоксилин/эозин, $\times 100$)

Лишь небольшой фрагмент опухоли представлен производными мезодермы и эктодермы (рис. 9).

Больная осмотрена в феврале 2013 г., признаков возврата заболевания нет. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза патологии не выявлено. В щитовидной железе с помощью УЗИ обнаружены множественные кистозные образования в обеих долях, размерами от $0,2 \times 0,3$ до $1,24 \times 0,7$ см. В крови концентрация ТТГ, Т3, Т4 в пределах нормы.

Второй случай струмы яичника мы наблюдали у больной 60 лет, находящейся на лечении в МСЧ № 97.

Из анамнеза известно, что заболела в феврале 2012 г. остро, когда появилась клиника респираторной инфекции. При рентгенографии грудной клетки выявлен двусторонний экссудативный плеврит. Находилась на обследовании в противотуберкулезном диспансере. При спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки в плевральных полостях с обеих сторон – выпот толщиной до: справа – 31 мм, слева – до 42 мм. По плевре – очаговые образования 2–6 мм. Заключение: признаки метастатического поражения плевры. Произведена биопсия плевры. При гистологическом исследовании выявлена картина низкодифференцированной карциномы. При ультразвуковом исследовании органов малого таза в проекции правого яичника визуализируется неправильной формы образование размером 77×50 мм, состоящее из двух образований средней эхогенности, с неоднородной структурой в виде анэхогенных включений неправильной формы. В задиматочном пространстве определяется свободная жидкость в значительном количестве. Заключение: подозрение на заболевание правого яичника. Уровень СА 125–75 Е/мл. Установлен диагноз рак яичников ст. IV T4N×M1, метастазы в плевре, плеврит, асцит. Учитывая степень распространенности опухолевого процесса, больной начато проведение полихимиотерапии по схеме: таксол 175 мг/м² и цисплатин 75 мг/м² с интервалом 21 день. Проведено 5 циклов. Получена регрессия опухоли. В августе 2012 г. выполнена лапаротомия. Из брюшной полости удалено 3 литра асцитической жидкости. При ревизии правый яичник замещен гладкостенной кистой диаметром 3,5 см. С ней связана двухкамерная киста размерами $5 \times 4,5 \times 4,5$ см. Капсула кист матовая, покрыта налетом желтого цвета (рис. 9). Лимфоузлы таза и парааортальные лимфатические лимфоузлы не увеличены. В большом сальнике определяются метастатические отсеки размером до 5 мм. Выполнена экстирпация матки с придатками и экстирпация большого сальника. Макроскопически толщина стенки кисты составила 0,1–0,5 см. Утолщенный участок стенки размерами $1,0 \times 1,0 \times 0,5$ см представлен мелкозернистой тканью светло-коричневого цвета. Перегородка кисты покрыта рыхлой тканью серого цвета, тонко папиллярного вида (рис. 10).

Утолщенный участок стенки меньшей кисты образован, в основном, тканью щитовидной железы (рис. 11).

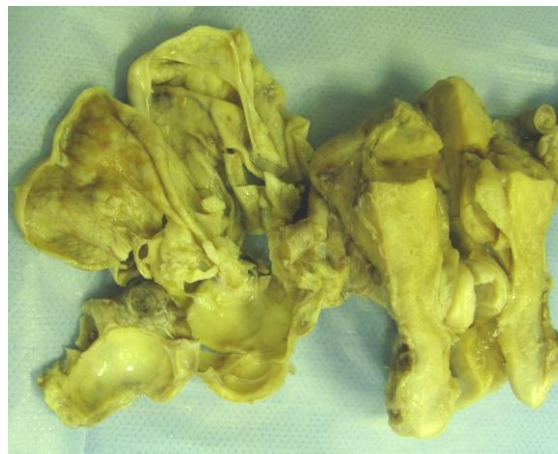


Рис. 10. Кистозная струма яичника

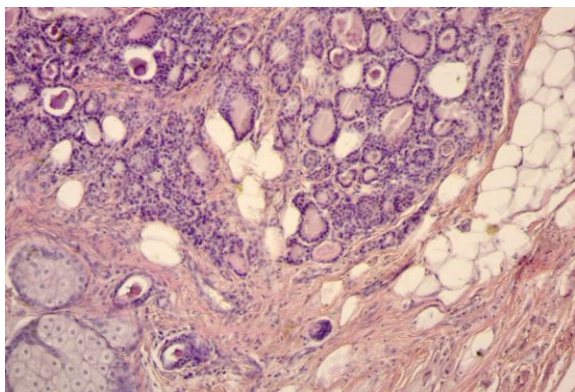


Рис. 11. Ткань щитовидной железы среди единичных фрагментов производных эктодермы (Гематоксилин/эозин, $\times 100$). Стенка кисты очагово выстлана мерцательным эпителием респирационного типа (рис. 12)

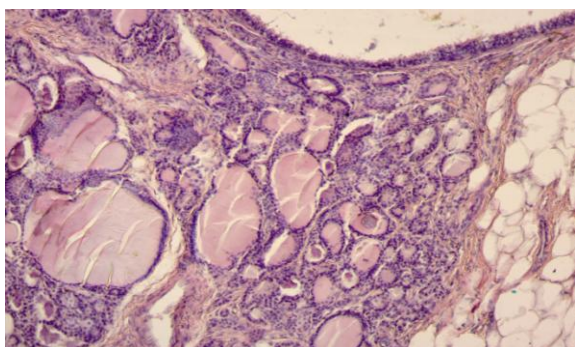


Рис. 12. Респираторный эпителий выстилает участок поверхности кисты (Гематоксилин/эозин, $\times 100$)

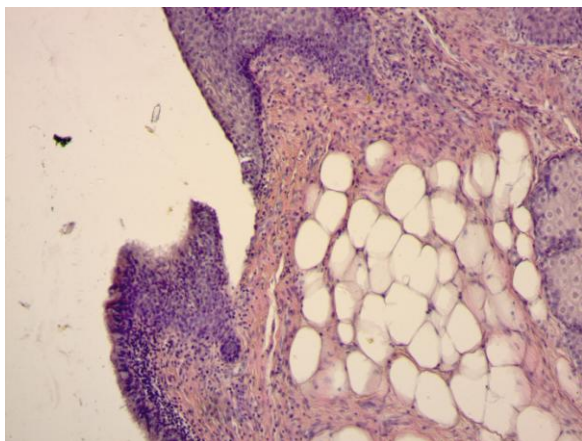


Рис. 13. Эпителий кистозной зрелой тератомы яичника (Гематоксилин/эозин, $\times 200$)

В кисте однорядный эпителий чередуется с многослойным плоским неороговевающим эпителием (рис. 13).

Прилежащая к кистозной тератоме и струме яичника двухкамерная киста разделена перегородкой. Папиллярные структуры перегородки образованы атипичным серозным эпителием (рис. 14).

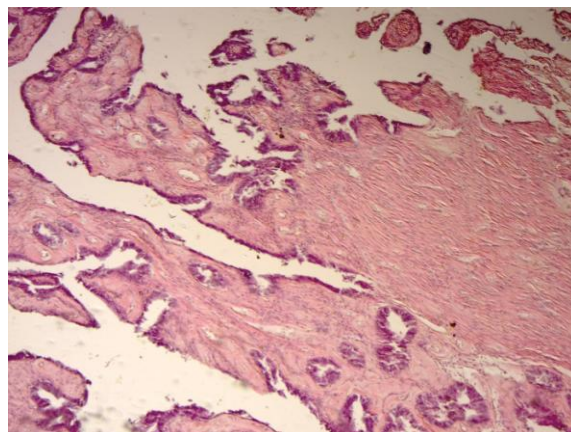


Рис. 14. Серозная папиллярная аденокарцинома, прилежащая к струме яичника ($\times 200$)

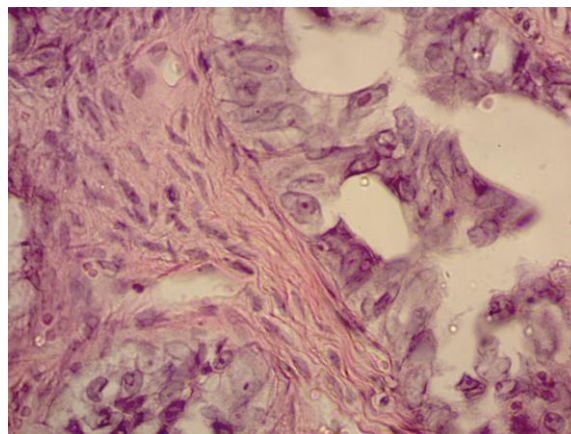


Рис. 15. Эозинофильные ядрышки в ядрах атипичного эпителиа кистозной серозной аденокарциномы яичника (Гематоксилин/эозин, $\times 400$)

Серозный эпителий папиллярных структур – с выраженным клеточным атипизмом, эозинофильными ядрышками, типичными для серозного рака яичника (рис. 15).

Гистологическое заключение: серозная цистаденокарцинома правого яичника без прорастания капсулы. Струма яичника. Дермоидная киста правого яичника. В сальнике метастазы серозной аденокарциномы яичника. В послеоперационном периоде проведено 3 цикла полихимиотерапии по аналогичной схеме. В декабре 2012 г. у больной появились признаки прогрессирования заболевания в виде развития двустороннего метастатического плеврита. По поводу чего больной начата полихимиотерапия по схеме: гемзар 1000 мг/м² и карбоплатин 5 АУС.

Представленный первый случай иллюстрирует разнообразие гистологического строения струмы яичника. Во втором наблюдении коварство онкогенеза напоминает о своем существовании сочетанием струмы яичника с серозной аденокарциномой. Несогласуемость клиники и морфологии струмы яичников требует не только тщательного и своевременного обследования, но и детального гистологического анализа всех макроскопически разнородных участков опухоли. Нарушение

дифференцировки эпителия осложняет диагностику между папиллярным серозным раком яичника и низкодифференцированным папиллярным раком щитовидной железы. Следует учитывать особенности строения ядрышек опухолевых клеток серозной аденокарциномы яичника, которые не наблюдаются при папиллярном раке щитовидной железы. Регресс очагов опухолевого роста в салнике после химиотерапии, направленной на серозный рак, подтверждает правильность постановки диагноза в данном случае. Существование в струме яичника неизмененных фолликулярных структур щитовидной железы вызывает определенный оптимизм.

Приведенные случаи свидетельствуют о том, что струма яичников может наблюдаться как в самостоятельном варианте, так и в сочетании со злокачественными опухолями яичников. При сочетании злокачественных опухолей яичников со струмой отмечается их агрессивное течение и низкая эффективность лекарственной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Robboy S.J., Shaco-Levy R., Peng R.Y., Snyder M.J., Donahue J., Bentley R.C., Bean S., Krigman H.R., Roth L.M., Young R.H.* Malignant struma ovarii: an analysis of 88 cases, including 27 with extraovarian spread // *Int J. Gynecol. Pathol.* 2009. Sep. V. 28 (5). P. 405-422.
2. *Damarey B., Farine M., Vinatier D., Collinet P., Lucot J., Kerdraron O., Poncelet E.* Mature and immature ovarian teratomas: US, CT and MR imaging features // *J. Radiol.* 2010. Jan. V. 91 (1 Pt 1). P. 27-36.
3. *Choudhary S., Fasih N., Mc Innes M., Marginean C.* Imaging of ovarian teratomas: appearances and complications // *J. Med. Imaging Radiat. Oncol.* 2009. Oct. V. 53 (5). P. 480-488.
4. *Yücesoy G., Cakiroglu Y., Muezzinoglu B., Besnili B., Yucesoy I.* Malignant struma ovarii: a case report // *J. of Korean Medical Science.* 2010. V. 25 (2). P. 327-329.
5. *Roth L.M., Talerman A., Wadsley J., Karseladze A.I.* Risk factors in thyroid-type carcinoma arising in ovarian struma: a report of 15 cases with comparison to ordinary struma ovarii // *Histopathology.* 2010. Jul. V. 57 (1). P. 148-152.
6. *Salman W.D., Singh M., Twaij Z.* A case of papillary thyroid carcinoma in struma ovarii and review of the literature // *Patholog. Res. Int.* 2010. Aug. 2010. V. 2. P. 352-356.
7. *Manini C., Magistris A., Puopolo M., Montironi P.L.* Cystic struma ovarii: a report of three cases // *Pathologica.* 2010. Feb. V. 102 (1). P. 36-38.
8. *Piragua S.C., Otis C.N., Prefontaine M., Pantanowitz.* Cystic struma ovarii (with macrocystic change) // *Int J. Surg Pathol.* 2008. Oct. V. 16 (4). P. 433-435.
9. *Dhingra K.K., Jain P., Garg A., Khurana N.* Coexistent struma ovarii and serous cystadenofibroma in the same ovary // *Int. J. Gynecol. Pathol.* 2009. May. V. 28 (3). P. 231-233.
10. *Wolff E.F., Hughes M., Merino M.J., Reynolds J.C., Davis J.L., Cochran C.S., and Celi F.S.* Expression of Benign and Malignant Thyroid Tissue in Ovarian Teratomas and the Importance of Multimodal Management as Illustrated by a BRAF-Positive Follicular Variant of Papillary Thyroid Cancer // *Endocr. Pathol.* 2010. Sep. V. 21 (3). P. 199-203.
11. *Shaco-Levy R., Peng R.Y., Snyder M.J., Osmond G.W., Veras E., Bean S.M., Bentley R.C., Robboy S.J.* Malignant struma ovarii: a blinded study of 86 cases assessing which histologic features correlate with aggressive clinical behavior // *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2012. Feb. V. 136 (2). P. 172-178. doi: 10.5858/arpa.2011-0092-OA.
12. *Berendt-Obolonczyk M., Siekierska-Hellmann M., Wojtylak S., Obolonczyk L.* From struma ovarii to Hashimoto disease-an unusual diagnosis of primary hypothyroidism: Case report // *Gynecol. Endocrinol.* 2012. Jan. V. 28 (1). P. 43-45.
13. *Bozkurt N.C., Karbek B., Ozkaya E.C., Cakal E., Delibaşı T.J.* Struma ovarii presenting with Hashimoto's thyroiditis: a case report // *Med. Case Reports.* 2011. Dec. V. 12. № 5. P. 572.
14. *Wei Jiang, Xin Lu, Zhi Ling Zhu, Xi Shi Liu, and Cong Jian Xu.* Struma ovarii associated with pseudo-Meigs' syndrome and elevated serum CA 125: a case report and review of the literature // *J. Ovarian. Res.* 2010. V. 3. P.18.
15. *Wirtz E.D., Bothwell N., Klem C.* Role of the otolaryngologist in the treatment of struma ovarii // *Laryngoscope.* 2010. Feb. V. 120 (2). P. 259-260.
16. *Yoo S.C., Chang K.H., Lyu M.O., Chang S.J., Ryu H.S., Kim H.S.* Clinical characteristics of struma ovarii // *J. Gynecol. Oncol.* 2008. Jun. V. 19 (2). P. 135-138.

Поступила в редакцию 1 июля 2013 г.

Ognerubov N.A., Ulitina E.D. STRUMA OVARY: CASE HISTORIES

The literature devoted to the Struma ovary, which is a rare tumor and differing considerably variability of morphological structure, is given. Struma ovary occurs either alone or in combination with a variety of malignant tumors of the ovary. The authors present two cases of clinical practices.

Key words: ovarian cancer; ovarian goiter; morphological structure.