

<https://doi.org/10.54500/2790-1203-2023-2-116-98-101>

УДК 616.25-006.3.03

МРНТИ 76.29.49

Описание клинического случая

## Диагностика и лечение солитарно-фиброзной опухоли плевры

Жаркенева М.Б.<sup>1\*</sup>, Макишев А.К.<sup>2</sup>, Жакипбаев К.А.<sup>3</sup>

<sup>1\*</sup> Ассистент кафедры онкологии, Медицинский университет Астана. 010000, Казахстан, Астана, улица Бейбитшилик 49а. E-mail: malika\_astana@mail.ru

<sup>2</sup> Заведующий кафедрой онкологии, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: makishev.a@amu.kz

<sup>3</sup> Доцент кафедры онкологии, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: kassym-64@mail.ru

### Резюме

Диагностика солитарной фиброзной опухоли плевры затруднена из-за отсутствия специфических клинических симптомов и рентгенологических проявлений.

В статье описан клинический случай диагностики солитарной фиброзной опухоли плевры с учетом ее морфологических и иммуногистохимических особенностей.

При подозрении на названную опухоль показано раннее хирургическое удаление новообразования с определением его морфологии и выбор дальнейшей тактики лечения, т.к. со временем условно доброкачественная опухоль может приобрести злокачественный характер и метастазировать.

**Ключевые слова:** солитарная фиброзная опухоль плевры, мезенхимальная опухоль, диффузная цитоплазматическая экспрессия.

Материал поступил: 14.03.2023

Материал принят к печати: 30.03.2023

Ссылка для цитирования: Жаркенева М.Б., Макишев А.К., Жакипбаев К.А. Актуальные вопросы диагностики и лечения солитарно-фиброзной опухоли плевры // Астана медициналық журналы. – 2023. – №2.-Т. 116. -С. 98-101. <https://doi.org/10.54500/2790-1203-2023-2-116-98-101>

### Введение

Солитарно-фиброзная опухоль плевры (СФОП) – являются редкими мезенхимальными опухолями фибропластической природы, способные к рецидивированию после хирургического удаления в 2-14% случаях [1]. Большинство публикаций по данной проблеме носят в основном описательный характер. В связи с этим, нет четких диагностических критериев и стандартов диагностики этих опухолей [2-5]. Для этих опухолей характерны низкая частота метастазирования, склонность к малигнизации и перестройка гена NAT2-STAT6. Учитывая быстрый рост и большие размеры опухоли, необходимо провести дифференциальную диагностику с бронхогенной карциномой, злокачественной

мезотелиомой и плевральной саркомой. Диагностика СФОП затруднена из-за отсутствия специфических клинических симптомов и рентгенологических проявлений, как показано в нашем случае у пациента, у которого была довольно уникальная клиническая картина.

**Цель сообщения:** обсудить актуальные вопросы диагностических методов исследования солитарно-фиброзной опухоли плевры с учетом ее морфологических и иммуногистохимических особенностей.

### Презентация клинического случая

Пациент А., 61 год. При поступлении жаловался на боли в грудной клетке и кашель в течение более 2 месяцев. Обратился в городскую поликлинику, где на флюорографическом исследовании выявлено образование в средостении справа. Для уточнения диагноза и дополнительной диагностики проведено компьютерная томография грудного сегмента с контрастированием: компьютерно-томографические

ангиографические признаки объемного образования (невринома?) заднего средостения справа, хронического бронхита, медиастинальной лимфоаденопатии. По лабораторным данным: отмечалась анемия (Hb-118 г/л), незначительное повышение азотистых шлаков (креатинин-170 мкмоль/л, мочевины - 9,5 ммоль/л).

Данные МРТ представлены на рисунках 1,2.  
Представлена экспансивно растущим крупнобугристым узлом с четкими границами, солидной

структурой и хорошей васкуляризацией, «мышечной» плотностью, порой с заметными питающими сосудами или включением жирового компонента.



Рисунок 1 - Объемное образования (невринома?) заднего средостения справа, хронического бронхита, медиастинальной лимфаденопатии



Рисунок 2 - В заднем средостении справа определяется образование мягкой плотности размером 13×12×7 см, интимно прилежащее к диафрагме, сдавливающее и смещающее вверх нижнюю и среднюю доли правого легкого. Обе доли – в состоянии гиповентиляции

После обсуждения с мультидисциплинарной группой решено выполнить операцию в объеме Торакотомия справа, верхнедолевая лобэктомия с ЛД Т1. Интроперационно: При ревизиях

периферическая опухоль в верхней доле размерами до 7,0-8,0 см без прорастания в плевру. Увеличены бронхопульмональные лимфатические узлы от 0,5 до 1,0 см.



Рисунок 3 - Макропрепарат (сбоку). Ткань легкого размером 13х12х7,0 см, на разрезе имеется образование округлой формы, d-5,5 см, сероватого цвета, плотноватой консистенции № 2. 3 фрагмента ткани черного цвета, размерами от 0,5х0,3 см до 1,5х1,0 см

В средостения очаговых образования не выявлено. Междолевые борозды частично разделены

острым путем. Мобилизация сосудов верхней доли с лимфодиссекцией. Длительность операции 1 час

35 мин, кровопотеря - 250 мл. Больной экстубирован через 2 ч. после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан из больницы в удовлетворительном состоянии на 8 сутки после операции.

При макроскопическом описании: Ткань легкого размером 13х12х7,0 см. На разрезе имеется образование округлой формы, d-5,5 см, сероватого цвета, плотноватой консистенции (Рисунок 3).

Микроскопическом описании: в ткани легкого определяется разрастание опухолевой ткани, представленной хаотично расположенными

веретенновидными клетками с округло-овальными ядрами, контур клеток нечеткий, строма фиброзная с полями некрозов, встречаются участки повышенной клеточности, митозы единичные (до 2/40 HPF). В крае резекции бронха – без элементов опухолевого роста. В 7-ми исследованных лимфоузлах отмечается фиброз стромы, массы гемосидерофагов.

Клинико-инструментальные проводились на базе Многопрофильного медицинского центра акимата города Астаны.

У пациента было получено информированное согласие.

## Обсуждение

Описанный клинический случай демонстрирует адекватные клинико-диагностические исследования перед оперативным вмешательством и возможности радикальности хирургической резекции, которая является единственным диагностическим методом обеспечения радикальности лечения. Выбор тактики лечения СФОП опирается на немногочисленные сведения из литературы, в основном посвященные описанию отдельных клинических наблюдений в силу редкости патологии. В связи с тем, что вероятность локального рецидива и злокачественной трансформации для пациентов с СФОП, перенесших

радикальную операцию, сохраняется на протяжении многих лет, необходимо тщательное и долгосрочное динамическое наблюдение в динамике. При злокачественных новообразованиях радикальной хирургической резекции может быть недостаточно, необходимы исследования для определения роли предоперационного и послеоперационного комплексного лечения. В диагностике иммуногистохимический анализ может быть полезен для дифференциации СФОП от мезотелиомы и других подобных опухолей.

## Выводы

Поскольку СФОП имеют малоспецифическое гистологическое строение, а морфологическая картина может наблюдаться фокально при других злокачественных мезенхимальных опухолях (саркомах) - дифференциальная диагностика их затруднена. При подозрении на названную

опухоль показано раннее хирургическое удаление новообразования с определением его морфологии и выбор дальнейшей тактики лечения, т.к. со временем условно доброкачественная опухоль может приобрести злокачественный характер и метастазировать.

## Литература

1. Рябов А.Б., Пикин О.В., Абу-Хайдар О.Б. Злокачественный вариант солитарной фиброзной опухоли плевры в сочетании со стойкой гипогликемией: клиническое наблюдение //Сибирский онкологический журнал. - 2020. - Т. 19. - №. 2. - С. 147-152. [\[CrossRef\]](#)
1. Riabov A.B., Pikin O.V., Abu-Khaidar O.B. Zlokachestvennyi variant solitarnoi fibroznoi opukholi plevry v sochetanii so stoikoi gipoglikemiei: klinicheskoe nabliudenie (A malignant variant of a solitary fibrous tumor of the pleura in arterial hypertension with persistent hypoglycemia: a clinical case) [in Russian]. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal*. 2020; 19(2): 147-152. [\[CrossRef\]](#)
2. Fletcher C., Bridge J.A., Hogendoorn P.C.W., Mertens F. WHO classification of tumours of soft tissue and bone: WHO classification of tumours, World Health Organization. 2013; 5: 468 p. [\[Google Scholar\]](#)
3. Kurman R.J., Carcangiu M.L., Herrington C.S. World Health Organisation classification of tumours of the female reproductive organs. *International agency for research on cancer*. 2014: 85-101. [\[Google Scholar\]](#)
4. Olson N.J., Linos K. Dedifferentiated Solitary Fobrous Tumor: A Consice Review. *Arch. Pathol. Lab Med*. 2018; 42 (7): 1064-1070. [\[CrossRef\]](#)
5. Козлов Н.А., Цыганкова А.В., Абдуллаев А.Г. Солитарная фиброзная опухоль: особенности клинического течения, лучевой и лабораторной диагностики, терапия //Современная онкология. - 2021. - №23(4). - С. 655-659. [\[CrossRef\]](#)
5. Kozlov N.A., Tsygankova A.V., Abdullaev A.G. Solitarnaia fibroznaia opukhol': osobennosti klinicheskogo techeniia, luchevoi i laboratornoi diagnostiki, terapiia (Solitary fibrous tumor: features of the clinical course, radiation and laboratory diagnostics, therapy) [in Russian]. *Sovremennaia onkologiya*. 2021; 23(4): 655-659. [\[CrossRef\]](#)

## ПЛЕВРАНЫҢ ЖАЛҒЫЗ ТАЛШЫҚТЫ ІСІКТЕРІН ДИАГНОЗИЯ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Жаркенева М.Б. <sup>1\*</sup>, Макишев А.К. <sup>2</sup>, Жакипбаев Қ.Ә. <sup>3</sup>

<sup>1\*</sup> Онкология кафедрасының ассистенті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.

E-mail: malika\_astana@mail.ru

<sup>2</sup> Онкология кафедрасының меңгерушісі, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.

E-mail: makishev.a@amu.kz, 0000-0001-9874-4005

<sup>3</sup> Онкология кафедрасының доценті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.

E-mail: kassym-64@mail.ru

### Түйіндеме

Плевраның солитарлы талшықты ісігін диагностикалау оның арнайы клиникалық белгілері мен рентгенологиялық көріністерінің болмауына байланысты қиындық тудырады.

Мақалада морфологиялық және иммуногистохимиялық ерекшеліктерін ескере отырып, плевраның солитарлы талшықты ісік диагностикасының клиникалық жағдайы сипатталған.

Егер аталмыш ісікке күдік туындаса, оның морфологиясын анықтай отырып, ісіктерді хирургиялық жолмен ерте алып тастау және одан әрі емдеу тактикасын таңдау көрсетіледі. Себебі, уақыт өте келе шартты түрде қатерсіз ісік қатерліге айналып, метастаздалуы мүмкін.

Түйін сөздер: плевраның жалғыз фиброзды ісігі, мезенхималық ісік, диффузды цитоплазмалық экспрессия.

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SOLITARY FIBROUS TUMORS OF THE PLEURA

Zharkeneva M.<sup>1\*</sup>, Makishev A.<sup>2</sup>, Zhakipbaev K.<sup>3</sup>

<sup>1\*</sup> Assistant of the Department of Oncology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: malika\_astana@mail.ru

<sup>2</sup> Head of the Department of Oncology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: makishev.a@amu.kz

<sup>3</sup> Associate Professor of the Department of Oncology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: kassym-64@mail.ru

### Abstract

Diagnosis of a solitary fibrous tumor of the pleura is difficult due to the lack of specific clinical symptoms and radiological manifestations.

The article describes a clinical case of diagnosing a solitary fibrous tumor of the pleura, taking into account its morphological and immunohistochemical features.

If the named tumor is suspected, early surgical removal of the neoplasm with the determination of its morphology and the choice of further treatment tactics are indicated, because, over time, a conditionally benign tumor can become malignant and metastasize.

Keywords: solitary fibrous tumor of the pleura, mesenchymal tumor, diffuse cytoplasmic expression.