

DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2023-13-3-38-43>

Шваннома желудка и синхронный рак поперечной ободочной кишки: клинический случай

А.Б. Байчоров, М.А. Данилов, Н.С. Карнауков, З.М. Абдулатипова, А.В. Леонтьев, Г.Г. Саакян

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы»; Россия, 111123 Москва, шоссе Энтузиастов, 86, стр. 6

Контакты: Аслан Борисович Байчоров a.baychorov@mknc.ru

С увеличением числа публикаций клинических наблюдений синхронных новообразований разной гистологической принадлежности накапливается опыт диагностики и терапии данной когорты пациентов. Разрабатываются новые клинические рекомендации и стратегии лечения больных первично-множественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта. Значительное число опубликованных клинических случаев демонстрируют рост минимально инвазивных лапароскопических и роботизированных хирургических вмешательств при данной патологии. Также появляется все больше исследований, показывающих радикальность и безопасность выполнения минимально инвазивных эндоскопических внутрипросветных пособий при небольших мезенхимальных опухолях. В данной статье представлен клинический случай доброкачественной шванномы желудка с аденокарциномой поперечной ободочной кишки у пациентки 82 лет.

Ключевые слова: гастроинтестинальная стромальная опухоль, шваннома, колоректальный рак, синхронные опухоли желудочно-кишечного тракта, иммуногистохимическое исследование

Для цитирования: Байчоров А.Б., Данилов М.А., Карнауков Н.С. и др. Шваннома желудка и синхронный рак поперечной ободочной кишки: клиническое наблюдение. Хирургия и онкология 2023;13(3):38–43.
DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2023-13-3-38-43>

Shwannoma of the stomach and synchronous cancer of the transverse colon: a clinical case report

A.B. Baychorov, M.A. Danilov, N.C. Karnaukhov, Z.M. Abdulatipova, A.V. Leontiev, G.G. Sahakyan

A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center of the Moscow Healthcare Department; Bld. 6, 86 Shosse Entuziastov, Moscow 111123, Russia;

Contacts: Aslan Borisovich Baychorov a.baychorov@mknc.ru

With an increase in the frequency of publication of clinical observations with synchronous neoplasms of different histological types, experience is accumulating in the diagnosis and treatment of this cohort of patients. New clinical guidelines and strategies for the treatment of patients with primary multiple neoplasms of the gastrointestinal tract are being developed. A significant number of identified cases of the development of minimally invasive laparoscopic and robotic surgical interventions for primary multiple neoplasms of the gastrointestinal tract, as well as an increasing number of studies demonstrating the integrity and safety of performing minimally invasive endoscopic intraluminal aids in small mesenchymal tumors. The clinical observation presents the data of patient 82 years old with benign schwannoma and adenocarcinoma of the transverse colon.

Keywords: gastrointestinal stromal tumor, schwannoma, colorectal cancer, synchronous tumors of the gastrointestinal tract, immunohistochemical examination

For citation: Baychorov A.B., Danilov M.A., Karnaukhov N.C. et al. Schwannoma of the stomach and synchronous cancer of the transverse colon: a clinical case report. Hirurgiya i onkologiya = Surgery and Oncology 2023;13(3):38–43. (In Russ.).
DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2023-13-3-38-43>

Введение

За последнее десятилетие заметно увеличилось количество публикаций клинических случаев и оригинальных исследовательских работ с большой выборкой пациентов с первично-множественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1–5], что свидетельствует об улучшении методов диагностики и вероятной реализации скрининговых программ. Однако рост числа случаев таких новообразований у пациентов обоих полов должен настораживать онкологическую службу. Необходимо фиксировать данные о таких больных в канцер-регистрах для последующего проведения тщательного анализа, а также выявления факторов риска и предрасположенности к этому заболеванию.

Как известно, шванномы являются довольно редкой формой доброкачественных новообразований желудка, исходящих из нервных волокон (сплетений Ауэрбаха) [6]. На их долю приходится не более 0,2 % всех опухолей желудка [7, 8]. Наряду с доброкачественными шванномами также существуют редкие, но при этом злокачественные формы шванном ЖКТ [9, 10].

По данным L. Valtaggio и соавт., среди мезенхимальных новообразований соотношение гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) и шванном желудка составляет 45:1 [11]. В связи с этим необходима четкая дифференциация этих патологий до этапа хирургического лечения. В подавляющем большинстве случаев шванномы имеют бессимптомное течение и зачастую случайно выявляются при проведении эндоскопического, эндоскопического ультразвукового (УЗИ) исследований, УЗИ и/или компьютерной томографии (КТ) брюшной полости, а также интраоперационно (в ходе ургентного хирургического вмешательства) [8]. При эндоскопических исследованиях шванномы имеют картину подслизистых новообразований, часто без измененной слизистой [12], и схожи с ГИСО. С учетом того, что наиболее часто рост шванномы исходит из межмышечных нервных волокон, основным методом лечения является радикальное хирургическое вмешательство [6, 13]. Единственным методом дифференциальной диагностики служит иммуногистохимическое (ИГХ) исследование, позволяющее выделять шванномы из ряда других мезенхимальных опухолей [13].

Ниже представлен клинический случай синхронного выявления мезенхимальных опухолей в виде шванном желудка и эпителиальных опухолей колоректальной локализации. В литературе описано немного подобных наблюдений.

Клинический случай

Пациентка К., 82 лет, обратилась в Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы с диагнозом «рак поперечной ободочной кишки, сТ3N0M0, IIa стадия, ГИСО

желудка, анемия средней степени тяжести, токсико-анемический синдром».

Из анамнеза: за 3 мес до обращения в Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы пациентка отметила появление общей слабости, снижение массы тела, дискомфорт в верхних отделах живота.

В ходе колоноскопии ободочная кишка осмотрена до уровня дистального отдела нисходящей ободочной кишки. В нисходящей ободочной кишке визуализируется опухоль размерами до 5 мм, на 2/3 стенозирующая просвет кишки. По данным биопсии верифицирована умеренно дифференцированная аденокарцинома.

По данным эзофагогастродуоденоскопии в средней трети тела желудка, по задней стенке, визуализируется субэпителиальное новообразование шаровидной формы диаметром до 13–14 мм, с эрозированной слизистой, при инструментальной пальпации – плотно-эластичной консистенции.

Взята биопсия. В полученном материале признаков хронического атрофического гастрита и атипичии не выявлено. Есть подозрение на принадлежность новообразования к ГИСО. С учетом первичной резектабельности и относительно небольших размеров опухоли рекомендовано ИГХ-исследование послеоперационного материала.

По данным КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием в области поперечной ободочной кишки выявлена зона циркулярного неравномерного утолщения слизистой размером до 14–21 мм, с бугристым контуром, на протяжении приблизительно 48 мм, неактивно негетерогенно накапливающая контрастный препарат при его внутривенном болюсном введении; в прилежащей параколической клетчатке визуализируются лимфатические узлы размером до 4 мм (рис. 1). На задней стенке желудка определяется округлое образование размерами 51 × 45 мм, накапливающее контрастный препарат. Рентгенологическая картина ГИСО.

После предоперационной подготовки проведено хирургическое вмешательство в объеме расширенной левосторонней гемиколэктомии с D2-лимфаденэктомией и клиновидной резекцией задней стенки желудка. В связи с пожилым возрастом, соматическим статусом пациентки и наличием сопутствующей кардиореспираторной патологией применение лапароскопического доступа с формированием карбоксиперитонеума было нежелательным, поэтому выбран открытый доступ для выполнения операции.

Из протокола операции: при ревизии в брюшной полости выпота и канцероматоза нет. Метастазы в печени визуально и пальпаторно не определяются. В поперечной ободочной кишке ближе к левому изгибу выявлено плотное бугристое опухолевое образование размерами около 6 × 4 × 5 см, визуально не прорастающее в серозную оболочку (рис. 2). С учетом локализации опухоли принято решение о выполнении расширенной левосторонней

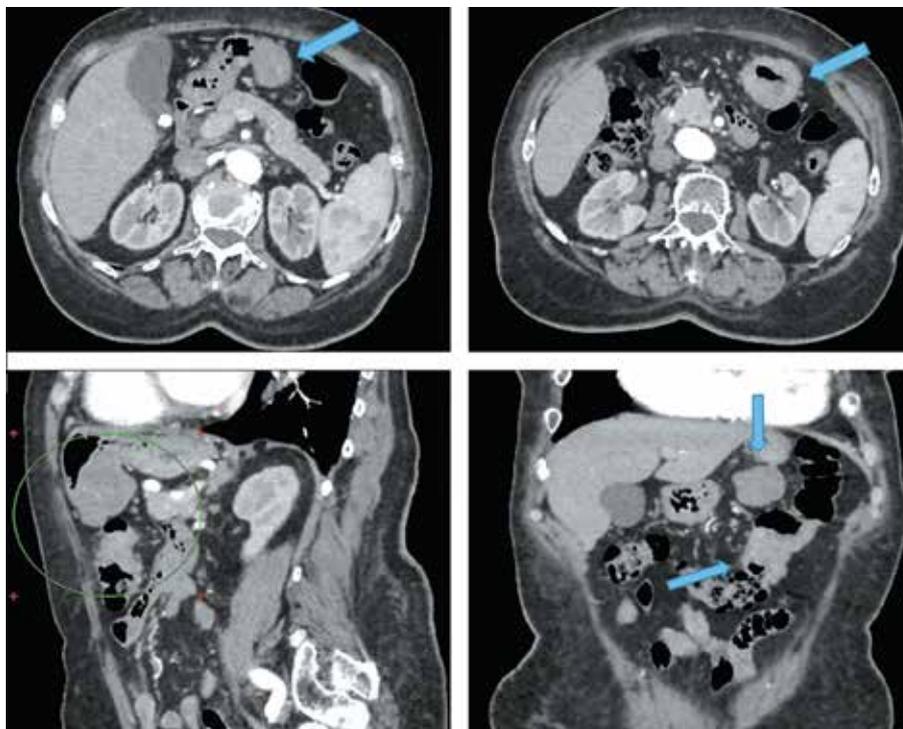


Рис. 1. Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Синими стрелками в аксиальных и фронтальном срезах указаны новообразование, исходящее из задней стенки желудка, и опухоль дистальной трети поперечной ободочной кишки. На сагиттальном срезе зеленым кружком отмечены опухоли желудка и поперечной ободочной кишки, интимно прилежащие друг к другу

Fig. 1. Contrast-enhanced computed tomography of the abdominal cavity. Blue arrows on the axial and frontal sections show a neoplasm originating from the posterior gastric wall, and a tumor of the distal 1/3 of the transverse colon. On the sagittal section green circle shows closely adjacent tumors of the stomach and transverse colon

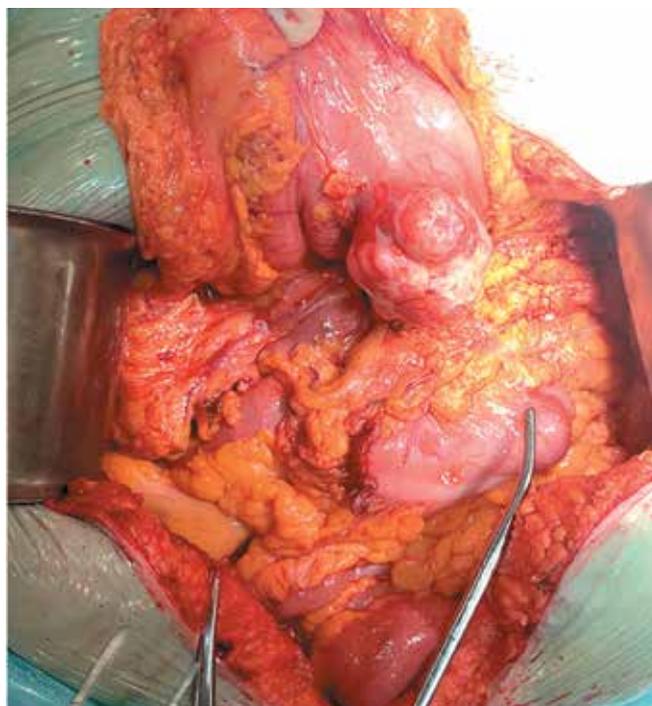


Рис. 2. Интраоперационная картина. Опухоль задней стенки желудка, опухоль дистальной трети поперечной ободочной кишки. Образования локализируются в непосредственной близости друг от друга

Fig. 2. Intraoperative picture. Tumor of the posterior gastric wall, tumor of the distal 1/3 of the transverse colon. The lesions are located very close to each other

гемиколэктомии. Первым этапом рассечена желудочно-ободочная связка от антрального отдела желудка до коротких желудочных сосудов и ворот селезенки с сохранением желудочно-сальниковой сосудистой аркады. По задней стенке желудка определяется бугристая опухоль каменной плотности диаметром до 6 см. Выполнена клиновидная резекция задней стенки желудка в пределах здоровых тканей. Дефект задней стенки желудка ушит двухрядным непрерывным швом. Следующим этапом мобилизованы поперечная ободочная кишка и левые отделы толстой кишки в пределах аваскулярного слоя. Намечены границы резекции на 10 см проксимальнее и на 25 см дистальнее опухоли. Выполнена резекция ободочной кишки с опухолью. Сформирован ручной двухрядный трансверзосигмоанастомоз бок-в-бок.

В ходе патоморфологического исследования послеоперационного материала в толстой кишке обнаружена инфильтративная опухоль, представленная преимущественно плохо сформированными железистыми структурами из атипичных полиморфных клеток с большим количеством митозов, обширными очагами некроза, инвазией в субсерозную жировую клетчатку, участками лимфоваскулярной инвазии, без метастазов в 22 исследованных регионарных лимфатических узлах (рис. 3, а).

Опухоль желудка состояла из веретеновидных клеток, переплетающихся между собой и формирующих пучки, со слабовыраженной атипией. Фигуры митотического

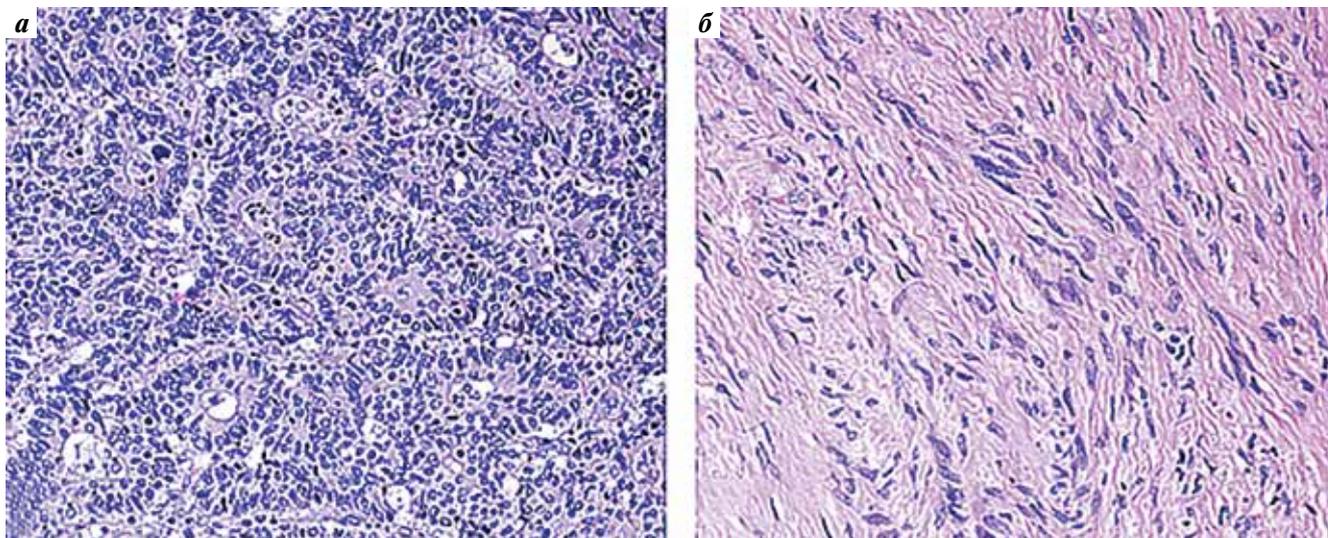


Рис. 3. Гистологическое строение опухолей: а – аденокарцинома толстой кишки; б – веретеновидно-клеточная опухоль желудка. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 200$

Fig. 3. Histological structure of the tumors: а – adenocarcinoma of the colon; б – spindle-cell tumor of the stomach. Hematoxylin and eosin staining. $\times 200$

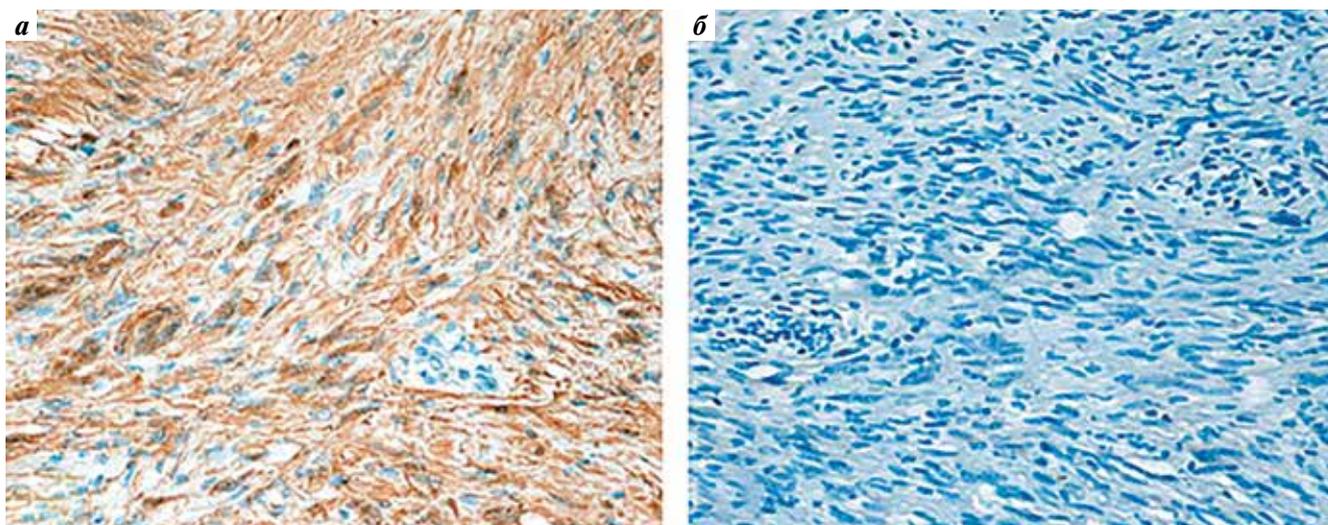


Рис. 4. Иммуногистохимическое исследование опухоли желудка: а – экспрессия S100; б – отсутствие экспрессии CD117

Fig. 4. Immunohistochemical examination of the gastric tumor: а – S100 expression; б – absence of CD117 expression

деления отсутствовали (рис. 3, б). Проведено ИГХ-исследование. Опухолевые клетки экспрессировали S100 и не экспрессировали CD117, DOG1, CD34, SMA, desmin и рапСК. Таким образом, с учетом морфологического строения и иммунофенотипа опухоль была расценена как шваннома стенки желудка (рис. 4).

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 9-е сутки пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Диагноз при выписке: рак поперечной ободочной кишки, pT3N0M0, II стадия, шваннома задней стенки тела желудка.

С учетом наличия фактора негативного прогноза (лимфоваскулярной инвазии), по данным послеоперационного патоморфологического исследования, назначена терапия препаратом капецитабин в дозе 2000 мг/м²/сут (4 курса).

Пациентка находится под динамическим наблюдением в онкологическом диспансере по месту жительства. Признаков прогрессирования основного заболевания не отмечается.

Обсуждение

Шванномы обладают медленным потенциалом роста. В подавляющем большинстве случаев они выявляются у женщин старше 60 лет [14]. Данные опухоли имеют бессимптомное течение (не наблюдаются характерные патогномоничные симптомы). Подтверждением этому является представленное клиническое наблюдение, когда выявление шванномы желудка стало случайной находкой при КТ. Предоперационная дифференциальная диагностика шванном ЖКТ сложна, так

как в КТ-семиотике нет утвержденных критериев шванном, и зачастую эти опухоли могут интерпретироваться как ГИСО [15].

В представленном нами клиническом наблюдении опухоль в желудке имела КТ-картину, схожую с локализованной формой ГИСО. При проведении стандартной эндоскопической щипковой биопсии и последующего гистологического исследования послеоперационного материала возникло подозрение на ГИСО. С учетом локализованной формы опухоли в желудке и синхронной опухоли в поперечной ободочной кишке пациентка прооперирована. Неoadъювантное лечение, согласно клиническим рекомендациям, не было показано. В ходе ИГХ-исследования послеоперационного материала установлен диагноз «шваннома желудка и аденокарцинома поперечной ободочной кишки».

Важно отметить, что сложности в дифференциальной диагностике шванном ЖКТ могут наблюдаться не только при КТ, но и при стандартной эндоскопической диагностике с биопсией, которая является крайне неинформативным методом и требует обязательного применения эндоскопического УЗИ с тонкоигольной биопсией и последующим ИГХ-исследованием [12, 16].

Как известно, хирургическое лечение является единственным методом терапии шванном ЖКТ [13]. Ряд наблюдений демонстрирует радикальность и безопасность применения методов эндоскопического удаления при небольших размерах шванном (<2 см) [17, 18]. В связи с широким внедрением современных методов эндоскопической визуализации, оперативной эндоскопии и профилактической эндоскопической диагностики ЖКТ становятся возможными своевременное выявление новообразований и их радикальное устранение с помощью прогрессивных методов оперативной эндоскопии.

Заключение

Каждый новый случай выявления синхронных новообразований ЖКТ разной нозологической принадлежности должен рассматриваться мультидисциплинарной командой в индивидуальном порядке с выбором оптимальной тактики лечения. При выявлении мезенхимальных новообразований необходимо проводить ИГХ-исследование уже на дооперационном этапе, что требует наличия опытных специалистов-морфологов для качественной дифференциации шванном и ГИСО.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. AlBaqmi K.H., AlMudaiheem F.A., Boghdadly S. et al. Multiple primary malignancies of the colon, stomach, and kidney in a patient with bowel obstruction requiring emergency surgery: a case report. *Am J Case Rep* 2020;21:e926472. DOI: 10.12659/AJCR.926472
2. Gilg M.M., Gröchenig H.P., Schlemmer A. et al. Secondary tumors of the GI tract: origin, histology, and endoscopic findings. *Gastrointest Endosc* 2018;88(1):151–8.e1. DOI: 10.1016/j.gie.2018.02.019
3. He W., Zheng C., Wang Y. et al. Prognosis of synchronous colorectal carcinoma compared to solitary colorectal carcinoma: a matched pair analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2019;31(12):1489–95. DOI: 10.1097/MEG.0000000000001487
4. Lee S.C., Nam K., Nam D. et al. Early gastric cancer with three gastric gastrointestinal stromal tumors combined with synchronous colon cancer: a case report. *World J Surg Onc* 2020;18(1):231. DOI: 10.1186/s12957-020-02013-4
5. Suh B.J., Oh S.J., Shin J.Y. et al. Simultaneous robotic subtotal gastrectomy and right hemicolectomy for synchronous adenocarcinoma of stomach and colon. *J Robot Surg* 2017;11(3):377–80. DOI: 10.1007/s11701-017-0681-5
6. Bohlok A., El Khoury M., Bormans A. et al. Schwannoma of the colon and rectum: a systematic literature review. *World J Surg Oncol* 2018;16(1):125. DOI: 10.1186/s12957-018-1427-1
7. Sanei B., Kefayat A., Samadi M. et al. Gastric schwannoma: a case report and review of the literature for gastric submucosal masses distinction. *Case Rep Med* 2018;2018:1230285. DOI: 10.1155/2018/1230285
8. Sunkara T., Then E.O., Reddy M., Gaduputi V. Gastric schwannoma—a rare benign mimic of gastrointestinal stromal tumor. *Oxf Med Case Reports* 2018;2018(3):omy002. DOI: 10.1093/omcr/omy002
9. Lauricella S., Valeri S., Masciana G. et al. What about gastric schwannoma? A review article. *J Gastrointest Cancer* 2021;52(1):57–67. DOI: 10.1007/S12029-020-00456-2
10. Morales-Maza J., Pastor-Sifuentes F.U., Sanchez-Morales G.E. et al. Clinical characteristics and surgical treatment of schwannomas of the esophagus and stomach: a case series and systematic review. *World J Gastrointest Oncol* 2019;11(9):750–60. DOI: 10.4251/wjgo.v11.i9.750
11. Voltaggio L., Murray R., Lasota J. et al. Gastric schwannoma: a clinicopathologic study of 51 cases and critical review of the literature. *Hum Pathol* 2012;43(5):650–9. DOI: 10.1016/j.humpath.2011.07.006
12. Takasumi M., Hikichi T., Takagi T. et al. Efficacy of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration for schwannoma: six cases of a retrospective study. *Fukushima J Med Sci* 2017;63(2):75–80. DOI: 10.5387/fms.2015-21
13. Mekras A., Krenn V., Perrakis A. et al. Gastrointestinal schwannomas: a rare but important differential diagnosis of mesenchymal tumors of gastrointestinal tract. *BMC Surg* 2018;18(1):47. DOI: 10.1186/s12893-018-0379-2
14. Tashiro Y., Matsumoto F., Iwama K. et al. Laparoscopic resection of schwannoma of the ascending colon. *Case Rep Gastroenterol* 2015;9(1):15–9. DOI: 10.1159/000373882
15. He M.Y., Zhang R., Peng Z. et al. Differentiation between gastrointestinal schwannomas and gastrointestinal stromal tumors by computed tomography. *Oncol Lett* 2017;13(5):3746–52. DOI: 10.3892/ol.2017.5955
16. Yoon J.M., Kim G.H., Park D.Y. et al. Endosonographic features of gastric schwannoma: a single center experience. *Clin Endosc* 2016;49(6):548–54. DOI: 10.5946/ce.2015.115
17. Tan Y., Tan L., Lu J. et al. Endoscopic resection of gastric gastrointestinal stromal tumors. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2017;2:115. DOI: 10.21037/tgh.2017.12.03
18. Zhai Y.Q., Chai N.L., Li H.K. et al. Endoscopic submucosal excavation and endoscopic full-thickness resection for gastric schwannoma: five-year experience from a large tertiary center in China. *Surg Endosc* 2020;34(11):4942–9. DOI: 10.1007/s00464-019-07285-w

Вклад авторов

А.Б. Байчоров: написание текста статьи, научное редактирование, обзор публикаций по теме статьи, сбор и обработка материала;
Н.С. Карнаухов: патоморфологическое исследование;
З.М. Абдулатипова, Г.Г. Саакян: обзор публикаций по теме статьи, сбор и обработка материала;
М.А. Данилов, А.В. Леонтьев: редактирование.

Authors' contribution

A.B. Baychorov: article writing, scientific editing, review of publications on the topic of the article, collection and processing of material;
N.S. Karnaukhov: pathomorphological research;
Z.M. Abdulatipova, G.G. Sahakyan: review of publications on the topic of the article, collection and processing of material;
M.A. Danilov, A.V. Leontiev: editing.

ORCID авторов / ORCID of authors

А.Б. Байчоров / A.B. Baychorov: <https://orcid.org/0000-0003-0641-0572>
М.А. Данилов / M.A. Danilov: <https://orcid.org/0000-0001-9439-9873>
Н.С. Карнаухов / N.S. Karnaukhov: <https://orcid.org/0000-0003-0889-2720>
З.М. Абдулатипова / Z.M. Abdulatipova: <https://orcid.org/0000-0002-8599-8089>
А.В. Леонтьев / A.V. Leontiev: <https://orcid.org/0000-0003-3363-6841>
Г.Г. Саакян / G.G. Sahakyan: <https://orcid.org/0000-0001-5436-3630>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.
Funding. The work was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов. Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.
Compliance with patient rights. The patient gave written informed consent to the publication of his data.