

Ю. Е. Демидчик, А. Э. Колобухов**, М. В. Фридман****

ОДНОКОМПОНЕНТНАЯ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНАЯ ЭКСТРАГОНАДНАЯ ТЕРАТОМА (СЕМИНОМА) ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

Кафедра онкологии Белорусского государственного медицинского университета, Минский городской клинический онкологический диспансер**,
городское патологоанатомическое бюро Минска****

Первичная семинома средостения встречается в 2 – 5 % от общего числа герминогенных опухолей и 1% злокачественных опухолей этой локализации [1,2,3,8].

Впервые о наличии герминогенной ткани в тератобластоме средостения было указано Fridman в 1951 году [10] и за последнее десятилетие в литературе описано около 300 наблюдений первичных семином средостения [1,6,7,8].

Семинома средостения может возникать в любом возрасте, но чаще до 30 лет. Согласно существующему представлению, опухоль развивается из герминогенных клеток, «потерянных» в процессе эмбриогенеза [3,10].

В 75 % случаев новообразование в средостении выявляется в ходе профилактических обследований при полном отсутствии клинических проявлений. Основными симптомами заболевания являются кашель, боль в грудной клетке, субфебрильная температура. Обычно это свидетельствует о больших размерах опухоли и ее инвазии в соседние органы.

Приводим собственное наблюдение.

У больного Л., 23 лет, при профилактической флюорографии выявлено расширение тени средостения, вызванное округлым опухолеподобным образованием около 60 мм в диаметре, которое не определялось на флюорограммах 10-месячной давности. От предложенной госпитализации в хирургический стационар пациент отказался.

Через 2,5 месяца произведена контрольная рентгенография органов грудной клетки. Отмечено увеличение размеров опухоли до 105г90г65 мм и приобретение ею бугристого контура. Высказано предположение о злокачественной природе новообразования (рис. 1, 2). Получено согласие больного на госпитализацию и лечение.



Рис.1. Рентгенограмма больного Л. Деформация правого контура тени средостения



Аортография Прослеживаются магистральные артерии шеи и средостения. Сосуды в опухоли не определяются

Обследование в условиях стационара не выявило сопутствующих заболеваний и очагов опухолевого роста вне грудной полости.

Оперативное вмешательство произведено 21.10.1999 г. После полной продольной стернотомии обнаружена опухоль эластической консистенции, занимавшая верхний отдел переднего средостения и распространявшаяся кзади по перикарду до стенки трахеи и снизу до корня правого легкого. Слева ее граница определялась на уровне устья внутренней яремной вены. Правая (латеральная) граница новообразования четко не дифференцировалась. Имелось прорастание медиастинальной плевры на участке 6х7 см. Опухоль распространялась параваскулярно вдоль верхней полой вены и ее ветвей, прилежала к дуге аорты, но не прорастала указанные сосуды. Лимфатические узлы не были увеличены.

При интраоперационном гистологическом исследовании получено заключение “злокачественная опухоль неэпителиального генеза”. Новообразование было отделено от сосудов и удалено вместе с окружающей клетчаткой и лимфатическими узлами переднего средостения. Макроскопически опухоль представляла собой узел без капсулы 105х98х67 мм дольчатой структуры на

разрезах с очагами деструкции и кровяными лакунами. Более плотные участки располагались по периферии новообразования (рис.3).

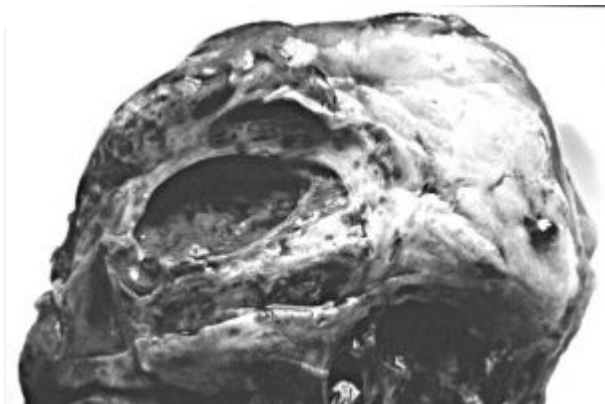


Рис.3. Макропрепарат. В центральных отделах опухоли выявлены полостные структуры, заполненные кровью и тканевым детритом. Солидные участки располагаются по периферии новообразования

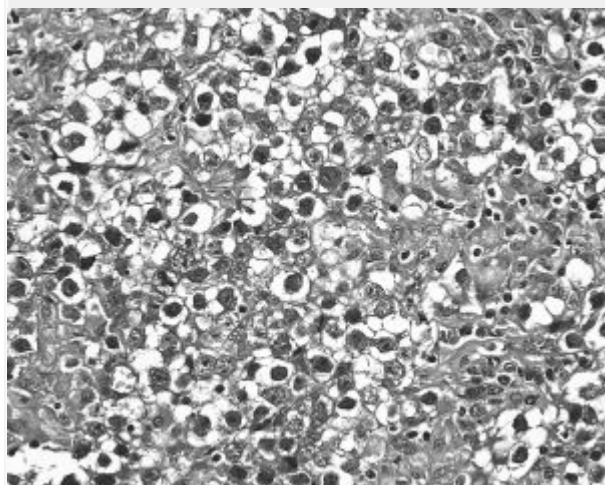


Рис.4. Мономорфные клетки опухоли среднего размера со светлой цитоплазмой, центрально расположенными ядрами. Окраска гематоксилин и эозин, увеличение x400

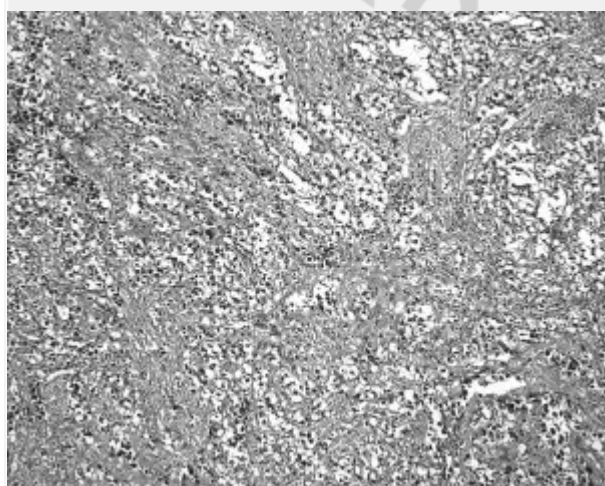


Рис.5. Опухолевые комплексы разделены фиброзными трабекулами с мононуклеарной инфильтрацией. Окраска гематоксилин и эозин, увеличение x50

Гистологически удаленное образование имело вид типичной семиномы (рис. 4, 5).

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 11 сутки начата адьювантная химиотерапия. Первый курс лечения включал циклофосфан 1600 мг, цисплатин 100 мг и этопозид 300 мг. Через месяц проведена лучевая терапия с величиной суммарной поглощенной дозы 30 Gy при фракционировании по 2 Gy и курс полихимиотерапии с применением цисплатина 120 мг и циклофосфана 1200 мг. В феврале 2000 г. лекарственное лечение было завершено введением цисплатина 140 мг и этопозида 200 мг.

При контрольном обследовании через 2,5 года признаков рецидива опухоли и ее метастазов не выявлено.

Первичные семиномы следует дифференцировать с другими новообразованиями переднего средостения, прежде всего с тератомой, несеминомыми герминоклеточными новообразованиями, тимомой и злокачественной лимфомой. Последовательность хирургического, лучевого и лекарственных методов лечения может быть различной. После радикального лечения больных первичными семиномами средостения вероятность излечения достигает 80-85%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albuquerque K.V., Mistry R.C., Deshpande R.K., Desai P.B. Primary germ cell tumours of the mediastinum // *Indian J Cancer*. – 1994. - №4. – P. 250-256.
2. Dulmet E.M., Macchiarini P., Suc B., Verley J.M. Germ cell tumors of the mediastinum. A 30-year experience // *Cancer*. - 1993. - №6. – P. 1894-1901.
3. Gonsales-Crussi F. Extragonadal teratomas. Atlas of Tumor Pathology, Second Series, Fascicle 18. Washington: Armed Forces Institute of Pathology.- 1982.- P. 86-87.
4. Gutierrez Delgado F., Tjulandin S.A., Garin A.M. Long term results of treatment in patients with extragonadal germ cell tumours // *Eur J Cancer*. - 1993. - №7. – P. 1002-1005.
5. Jyothirmayi R., Ramadas K., Jacob R. et al. Primary malignant germ cell tumours of the mediastinum - results of multimodality treatment // *Acta Oncol*. - 1997. - №3. – P. 317-321.
6. Kitami A., Suzuki T., Suzuki S., Hori G. Primary seminoma in the middle mediastinum: case report in a 69-year-old male // *Jpn J Clin Oncol*. – 1998. - №2. – P. 142-144.
7. Lemarie E., Assouline P.S., Diot P. et al. Primary mediastinal germ cell tumors. Results of a French retrospective study // *Chest*. – 1992. - №5. – P. 1477-1483.
8. Moran C.A., Suster S., Przygodzki R.M., Koss M.N. Mediastinal seminomas - a clinicopathologic and immunohistochemical study of 120 cases // *Cancer*. – 1997. - №4. – P. 691-698.
9. Osada H., Kojima K., Yamate N. Primary mediastinal seminoma. Efficacy of chemo-radiotherapy alone // *Thorac Cardiovasc Surg*. – 1998. - №9. – P. 810-814.
10. Fridman N. The comparative morphogenesis of extragenital and gonadal teratoid tumors // *Cancer*. – 1951. - №11. – P. 215-276.