

Стрельчик В.В.

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЛИТАРНОЙ ФИБРОЗНОЙ ОПУХОЛИ

Научные руководители ассист. Акоюн М.С., Сьянтович А.А.

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро», г. Минск

Актуальность. Солитарная фиброзная опухоль (СФО) – редкая мезенхимальная опухоль, относящаяся к категории пограничных (редко метастазирующих) или злокачественных фибробластических и миофибробластических новообразований согласно последней классификации ВОЗ 2020 года. Патогенез СФО связан со слиянием генов *NAV2-STAT6*, расположенных в хромосомном регионе 12q13. Из-за отсутствия характерных клинических и морфологических особенностей, а также ее сходства с другими опухолями мягких тканей диагностика СФО остается сложной задачей.

Цель: определить иммуноморфологические особенности СФО.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе учреждения здравоохранения «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» и кафедры патологической анатомии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет». Изучены готовые гистологические препараты, окрашенные гематоксилином и эозином, а также результаты иммуногистохимического исследования с антителами к CD34, CD99, BCL2, STAT6, S100, SMA, DOG1 от 8 пациентов с солитарной фиброзной опухолью, 7 пациентов с гастроинтестинальной стромальной опухолью (ГИСО), 12 пациентов с взбухающей дерматофибросаркомой (ВДФС) и 3 пациентов с синовиальной саркомой (СС).

Результаты и их обсуждение. Соотношение мужчин и женщин в группе СФО составило 1:1,7, средний возраст 53,2 года. 75% случаев СФО локализовались в легком, 12,5% – в простате, 12,5% – в матке.

Гистологически СФО характеризовалась пролиферацией веретенообразных клеток в коллагеновой строме, демонстрируя сториформный (муаровый) рисунок с чередованием гипо- и гиперклеточных зон. В 75% случаев выявлялись тонкостенные крупные ветвящиеся кровеносные сосуды, имеющие форму «оленьего рога», в 37,5% случаев были выявлены очаги коагуляционного некроза. Митотический индекс варьировал от 1 до 12 митозов на 10 HPF, в среднем 3,25 митоза, 37,5% случаев характеризовались 4-мя и более митозами на 10 HPF. При ИГХ-исследовании экспрессия CD34 наблюдалась в 100% случаев, STAT6 – в 100%, BCL2 – в 75%, CD99 – в 62,5%; SMA, S100 и DOG1 были негативны.

Иммунофенотипическая картина в случаях с гастроинтестинальной стромальной опухолью, взбухающей дерматофибросаркомой и синовиальной саркомой характеризовалась следующим образом: ГИСО – CD34 86%, CD99 28%, SMA 28%, DOG1 100%, S100 14%, STAT6 и BCL2 были негативны; ВДФС – CD34 100%, CD99 50%, SMA 25%, STAT6, BCL2, S100 и DOG1 были негативны; СС – CD99 100%, BCL2 67%, SMA 33%, CD34, S100 и DOG1 были негативны.

Выводы. Гистологическая картина солитарной фиброзной опухоли малоспецифична, имеет схожие черты строения с другими опухолями мягких тканей, такими как гастроинтестинальная стромальная опухоль, взбухающая дерматофибросаркома и синовиальная саркома. Зачастую, решающее значение в дифференциальной диагностике имеет комплексное иммуногистохимическое исследование. STAT6 показал высокую чувствительность (100%) и специфичность (100%) в отношении солитарной фиброзной опухоли, что позволяет включать этот маркер в панель антител для дифференциальной диагностики опухолей мягких тканей.