

КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ МАКРОСКОПИЧЕСКИХ ФОРМ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

О.А. Малихова, Б.К. Поддубный, Ю.П. Кувшинов, Г.В. Унгиадзе, А.О. Туманян

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Ключевые слова: неходжкинские лимфомы желудка, неэпителиальные опухоли, эндосонография, эндоскопия

В настоящее время остается проблемой своевременная диагностика злокачественных лимфом вследствие выраженного полиморфизма визуальной картины, зачастую принимаемой как за рак, так и другие неэпителиальные опухоли желудка.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики неходжкинских лимфом желудка эндосонографическим методом и установление их дифференциально-диагностических критериев.

Материалы и методы. Работа базировалась на данных обследования и лечения 250 больных неходжкинскими лимфомами и 40 пациентов с различными макроскопическими типами неэпителиальных образований в желудке. Всем пациентам после видеогастроскопии осуществлялось внутрископическое сканирование, и далее производилась биопсия опухоли.

Результаты. Выполнение на этапе поликлинического осмотра уточняющего ультразвукового сканирования найденной патологии позволяет исключить эпителиальную природу опухоли и предположить ее гистологическую структуру на основе таких критериев, как слой стенки желудка, из которого исходит опухоль, наличие капсулы в выявленном образовании, характер контуров, однородность эхоструктуры, состояние регионарного лимфоколлектора. После анализа указанных проявлений появляется возможность детализировать заключительный диагноз и принимать решение о выборе способа взятия биопсии данной опухоли, что в конечном итоге определяет дальнейшую тактику ведения больного. Эндосонографическая картина различных неэпителиальных опухолей имела при сканировании специфические признаки, которые позволяли проводить дифференциальную диагностику с НХЛ желудка.

В настоящее время остается проблемой своевременная диагностика злокачественных лимфом вследствие выраженного полиморфизма визуальной картины, зачастую принимаемой как за рак, так и другие неэпителиальные опухоли желудка. Таким образом, оптимизация дифференциальной диагностики различных форм неходжкинских лимфом желудка (НХЛ) продолжает оставаться одной из важных проблем онкологии [1]. Традиционные методы диагностики злокачественных новообразований желудка, такие как рентгенологическое исследование с двойным контрастированием бариевой взве-

сью и стандартное эндоскопическое исследование желудка, имеют определенные ограничения. Ими невозможно установить слой, из которого исходит опухоль, выявить ее внутрисстеночное распространение, структуру и провести дифференциальную диагностику при разных гистологических типах [2]. Прогресс в идентификации типов и уточняющей диагностике лимфом и других неэпителиальных опухолей желудка связан с внедрением в практику таких перспективных методик, как увеличительная и узкоспектральная эндоскопия, а также эндосонография [1, 3]. Эндоскопическое ультразвуковое исследование является эффективным в определении глубины инвазии опухоли стенки желудка, распространенности опухолевого процесса по органу. Также позволяет выявить увеличение лимфатических узлов и по опре-

Адрес для корреспонденции

Малихова Ольга Александровна
E-mail: malikhova@inbox.ru

деленным критериям с высокой долей вероятности сделать предположение об их характере.

Материалы и методы исследования

Работа базировалась на данных обследования и лечения 40 больных с различными макроскопическими типами неэпителиальных опухолей и 250 больных НХЛ желудка. Всем пациентам после видеогастроскопии осуществлялось внутриварикозное сканирование, и далее производилась биопсия опухоли различными способами. Эндоскопические исследования проводились при помощи видеоэлектронных систем EVIS EXERA II CV-180 и EVIS EXERA EU-M60 фирмы «Olympus». Визуальный осмотр выполнялся видеогастроскопом GIF-XTQ180. Для эндосонографического обследования был использован видеоэхоэндоскоп GF-UM 160 с радиальным датчиком и изменяющейся частотой сканирования от 5 до 20 МГц, а также ультразвуковые зонды UM-2R-3 и UM-3R-3 с частотой сканирования 12,5 и 20 МГц.

Результаты и обсуждение

В группе, состоящей из 40 пациентов с неэпителиальными злокачественными и доброкачественными новообразованиями, нами был проведен анализ визуальной и эндосонографической картины поражения.

На основании только визуальной картины правомерным первичным заключением эндоскописта является диагноз **неэпителиального образования желудка**. Выполнение на этапе поликлинического осмотра уточняющего ультразвукового сканирования найденной патологии позволяет исключить эпителиальную природу опухоли и предположить ее гистологическую структуру на основе таких критериев, как слой стенки желудка, из которого исходит опухоль, наличие капсулы в выявленном образовании, характер контуров, однородность

экоструктуры, состояние регионарного лимфоколлектора. После анализа указанных проявлений появляется возможность детализировать заключительный диагноз и принимать решение о выборе способа взятия биопсии данной опухоли, что в конечном итоге определяет дальнейшую тактику ведения больного.

Эндосонографическая картина различных неэпителиальных опухолей имела при сканировании специфические признаки, которые позволяли проводить дифференциальную диагностику с НХЛ желудка.

Злокачественные неэпителиальные опухоли желудка (гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST), лейомиосаркома)

GIST — составляют менее 1% от всех первичных опухолей ЖКТ, но являются самой распространенной мезенхимальной опухолью данной локализации, составляя 60–70%.

Лейомиосаркомы желудка встречаются реже и отличаются от GIST по иммунологическим характеристикам.

Следует подчеркнуть, что из-за схожести эндосонографической картины мы можем только предположить наличие неэпителиальной злокачественной опухоли без уточнения ее гистологической принадлежности к GIST или лейомиосаркоме.

Визуальная картина. По характеру роста мезенхимальная опухоль визуализируется как полушаровидной формы подслизистое образование, как правило, больших размеров — от 25 до 150 мм в диаметре (рис. 1 а, б). Опухоль может иметь вид многоузлового образования (рис. 2 а, б) с крупнобугристой поверхностью. Слизистая оболочка над опухолью остается неизменной, розовой, гладкой, блестящей, а также эластичной и подвижной при инструментальной пальпации (рис. 3 а, б); однако

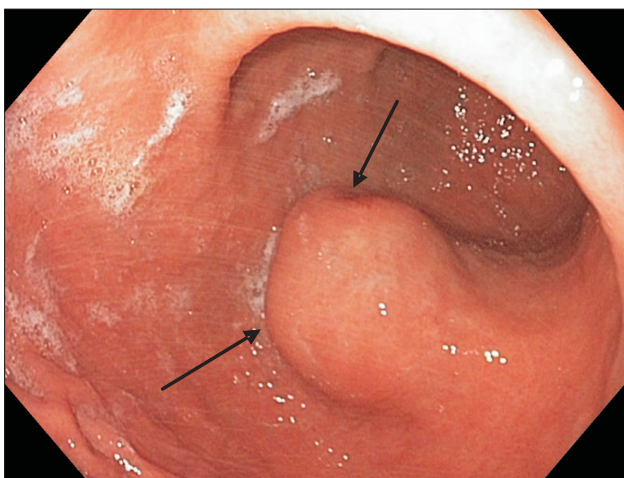


Рис. 1 а. Злокачественная неэпителиальная опухоль желудка

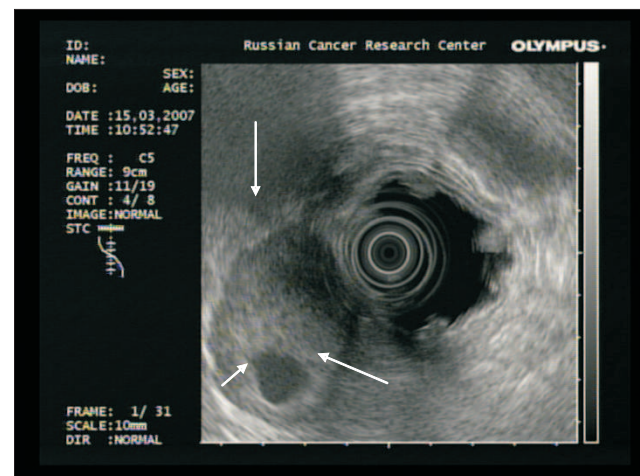


Рис. 1 б. Эндосонограмма злокачественной неэпителиальной опухоли желудка

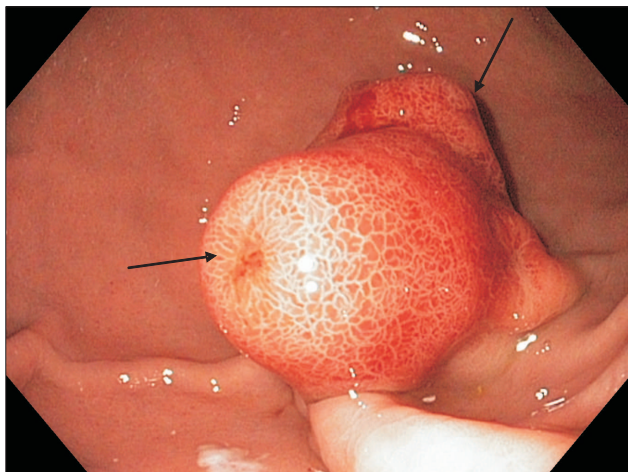


Рис. 2 а. Злокачественная неэпителиальная опухоль желудка

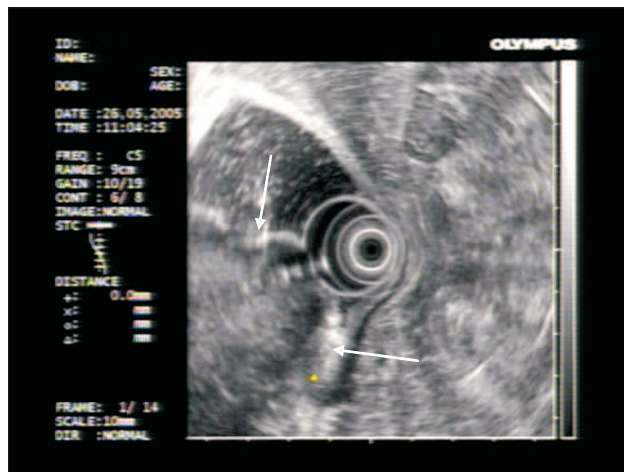


Рис. 2 б. Эндосонограмма злокачественной неэпителиальной опухоли желудка

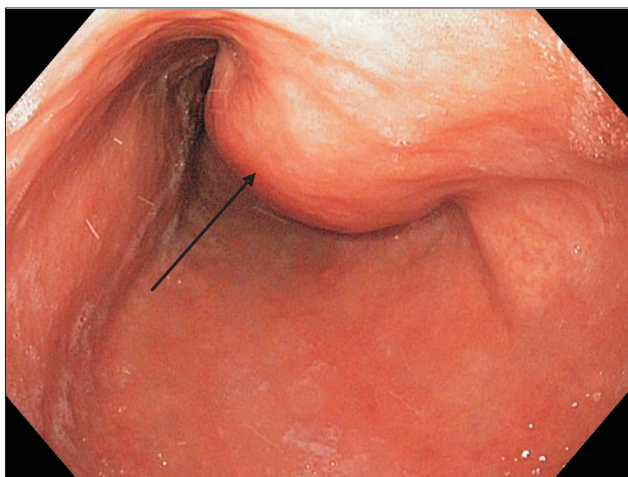


Рис. 3 а. Злокачественная неэпителиальная опухоль желудка

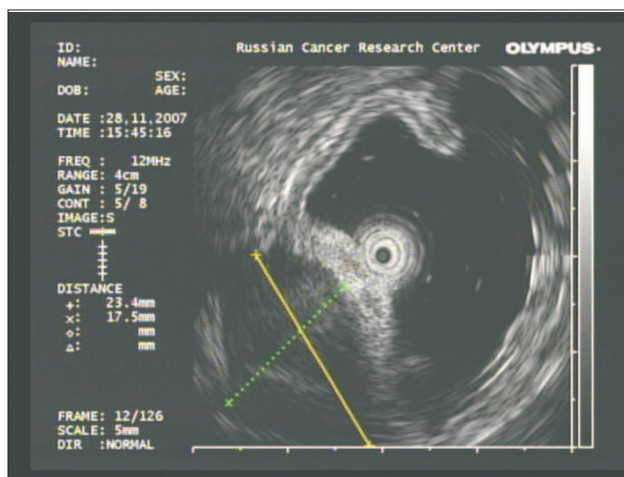


Рис. 3 б. Эндосонограмма злокачественной неэпителиальной опухоли желудка

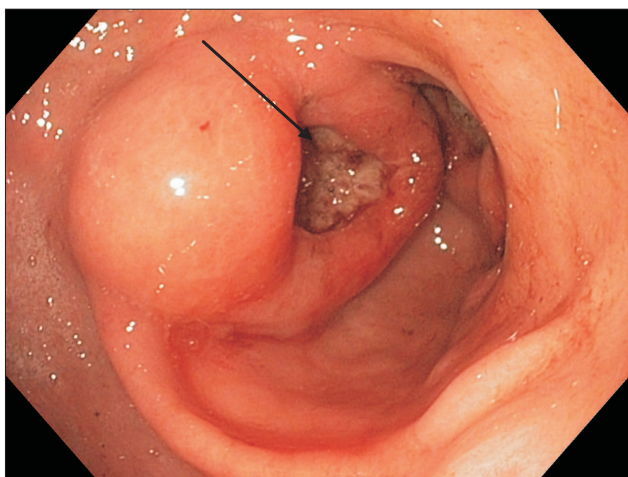


Рис. 4 а. Злокачественная неэпителиальная опухоль желудка с изъязвлением. Стрелкой указан язвенный дефект

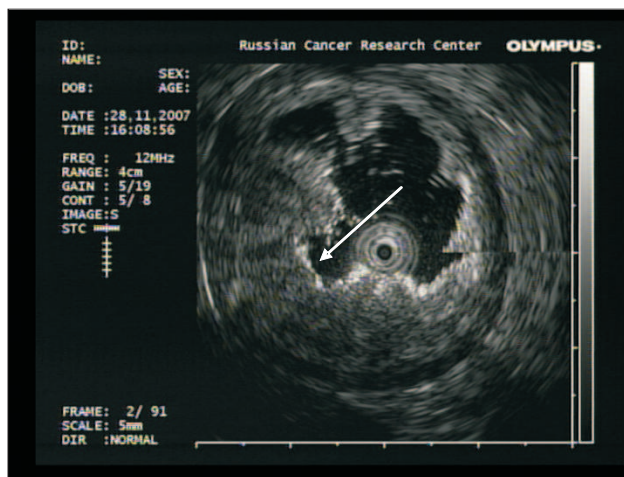


Рис. 4 б. Эндосонограмма злокачественной неэпителиальной опухоли желудка с изъязвлением. Стрелками указан язвенный дефект

в местах изъязвлений или вторичного прорастания опухоли в слизистый слой стенки желудка отмечалась ее гиперемия, отечность, инфильтрированность, при инструментальной пальпации слизистая оболочка становится неподвижной, фиксированной, фрагментировалась при взятии биопсии. Консистенция ее плотная, визуальные границы четкие, зачастую с изъязвлениями в центре (рис. 4 а, б). При биопсии ткань опухоли легко кровоточит. Диагноз GIST ставился путем исключения других опухолей на основе данных иммуногистохимического исследования.

Эндосонографическая картина. Визуализировалось гипоехогенное образование, исходящее из мышечного слоя. При наличии изъязвлений отмечалось нарушение целостности слизистого слоя и отсутствие дифференцировки подслизистого и мышечного слоев с инфильтрацией слизистого слоя по периферии язвенного дефекта. Опухоль, как правило, при сканировании имела неровные и нечеткие контуры, структура ее неоднородная с анэхогенными включениями, также отмечался массивный экзогастральный компонент.

Лейомиома — доброкачественная опухоль, растущая из гладкомышечных волокон собственно мышечного слоя желудка. Она составляет от 0,6 до 4% всех опухолей желудка.

Визуальная картина. В 16 наблюдениях при лейомиоме желудка выявлялись образования округлой или овальной формы, размерами от 1 до 3 см в диаметре, с гладкой поверхностью, подвижные по отношению к слизистому слою стенки желудка, плотной консистенции, слизистая оболочка над образованием оставалась неизменной, розовой, гладкой, блестящей, эластичность ее сохранена (рис. 5 а, б).

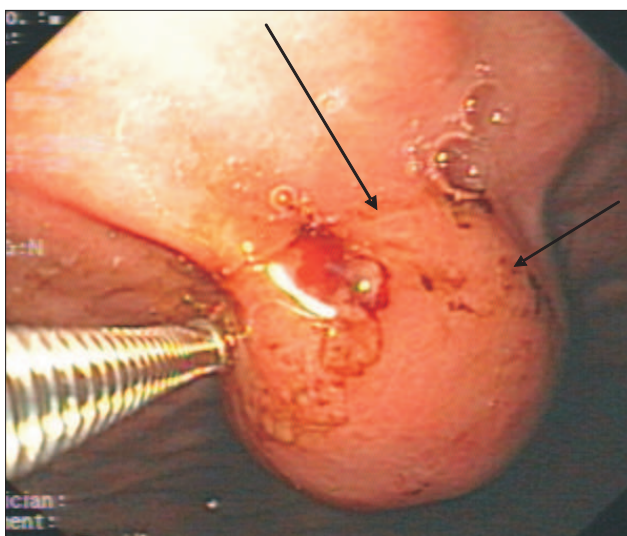


Рис. 5 а. Доброкачественная неэпителиальная опухоль желудка

В 9 случаях на вершине опухоли слизистая оболочка была поверхностно изъязвлена с тромбированным сосудом в дне язвы. При инструментальной пальпации опухоль была плотноватой консистенции с положительным симптомом «шатра».

Эндосонографическая картина. При эндосонографии выявляется гипоехогенное образование, исходящее и локализующееся в пределах мышечного слоя стенки желудка, с четкими ровными контурами, небольших размеров, в ряде случаев состоящее из нескольких узловых образований («брюшек»), разделенных перегородками, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Характерным для лейомиомы является наличие краевой гипоехогенной плотности узкой, постепенно утолщающейся полоски мышечного слоя в начале неизменной толщины и переходящей в ткань опухоли (рис. 6 а, б).

При больших размерах лейомиома оттесняла слизистый и подслизистый слои, которые были не утолщены и сохраняли свою структуру. У 1 больного гипоехогенная опухоль местами имела неоднородную структуру, участки неровности контуров, гиперэхогенные и анэхогенные включения. По данным биопсии, это оказалась лейомиосаркома.

Дополнение к визуальному осмотру эхоэндоскопии дало нам возможность выявлять слой стенки желудка, из которого исходит опухоль, предполагать ее гистологическую структуру, максимально быстро верифицировать найденную патологию, избрав глубокий способ биопсии, и способствовать определению адекватности тактики ведения больных этой группы.

Анализ визуальной и эндосонографической картины таких опухолей желудка позволил нам выделять признаки, которые свидетельствуют о

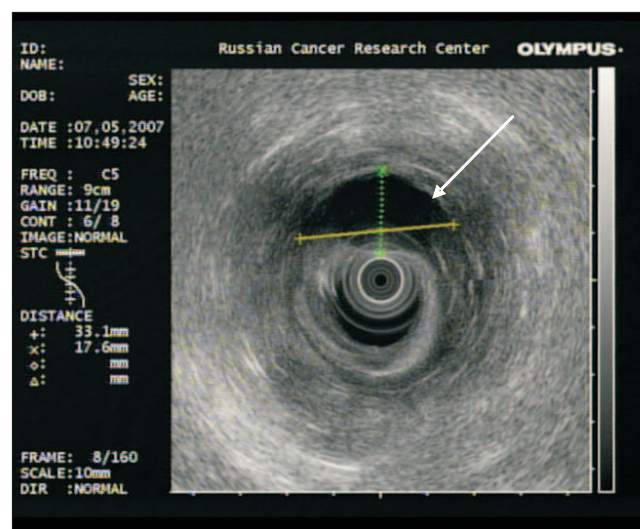


Рис. 5 б. Эндосонограмма доброкачественной неэпителиальной опухоли желудка

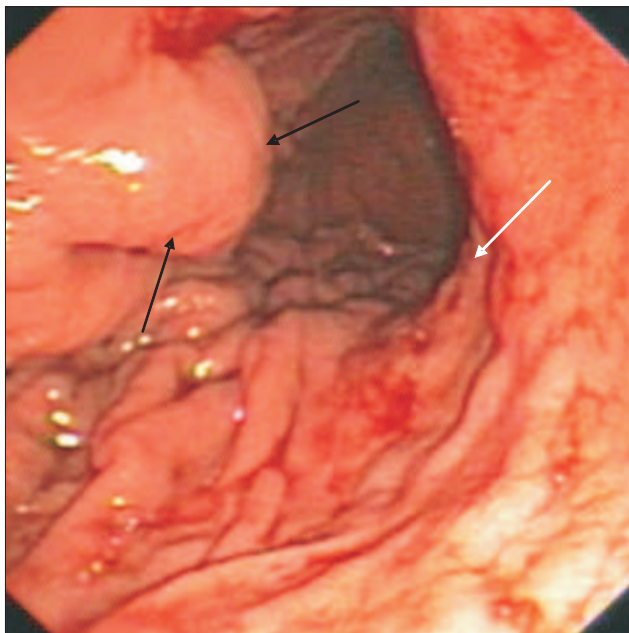


Рис. 6 а. Доброкачественная неэпителиальная опухоль желудка



Рис. 6 б. Эндосонограмма доброкачественной неэпителиальной опухоли желудка

Таблица 1. Визуальные дифференциально-диагностические критерии НХЛ и неэпителиальных опухолей желудка

Визуальные дифференциально-диагностические критерии	Критерии, характерные для неэпителиальных опухолей желудка	Критерии, характерные для НХЛ желудка
Полиморфизм проявлений	Отсутствует	+++
Мультицентричность поражения	Отсутствует	+++
Эластичность стенок	Отсутствует	Присутствует
Изъязвления на поверхности опухолевого узла	Нечасто, носят одиночный характер, язвы глубокие, с нависающими валикообразными краями	Встречаются чаще, носят множественный характер, зачастую поверхностные

Таблица 2. Эндосонографические дифференциально-диагностические критерии НХЛ и неэпителиальных опухолей желудка

Эндосонографические дифференциально-диагностические критерии	Критерии, характерные для неэпителиальных опухолей желудка	Критерии, характерные для НХЛ желудка
Слой стенки желудка, из которого исходит опухоль	Мышечный	Глубокие слои слизистого слоя и подслизистый слой
Слой стенки желудка, по которому опухоль распространяется	Не имеют распространения	По подслизистому слою
Капсула опухоли	Имеется	Отсутствует
Мультицентричность	Отсутствует	Присутствует
Эхогенность	Всегда снижена, соответствует эхогенности мышечного слоя стенки желудка	Снижена или гетероэхогенная с гипоэхогенными включениями

возможной злокачественной природе неэпителиальной опухоли:

1. Размер опухоли превышает 3 см.
2. Опухоль имеет неправильную форму, нечеткие контуры.
3. Слизистая оболочка над опухолью разрыхлена, инфильтрирована, эрозирована или изъязвлена.
4. Распространение опухоли за пределы подслизистого слоя стенки желудка.
5. Плотность опухоли снижена, неоднородная, с гиперэхогенными или анэхогенными очагами.
6. Наличие массивного экзогастрального компонента опухоли.
7. Увеличение регионарных лимфатических узлов.

При оценке перечисленных признаков в случае совокупности трех и более критериев можно предполагать злокачественную гистологическую структуру. Несмотря на это, следует помнить, что окончательный диагноз мы имеем право поставить только при наличии гистологического заключения, поэтому активное проведение аспирационной, ступенчатой или петлевой биопсии под контролем ЭУЗИ у всех найденных неэпителиальных образований является обязательным условием.

Одной из основных задач нашего исследования являлось определение дифференциально диагностических критериев НХЛ и неэпителиальных опухолей желудка, которые также подразделяются на визуальные и эндосонографические критерии (табл. 1, 2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., Франк, Г.А. Онкология. Национальное руководство. М., «Гэотар-медиа». 2008, с. 677-397.
2. Труфанов Г.Е., Рязанов В.В., Лыткин М.В., Лыткина С.И. Лучевая диагностика опухолей желудка. СПб., «ЭЛБИ-СПб». 2007, с. 7-17.
3. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. 2008.
4. Van Dam J., Sivak M.V. Gastrointestinal Endosonography SAUNDERS. 1999, 296 p.

Статья поступила 30.11.2010 г., принята к печати 21.12.2010 г.
Рекомендована к публикации Б.Е. Полоцким

EUS SCANNING IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF VARIOUS MACROSCOPIC FORMS OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMAS AND NON-EPITHELIAL GASTRIC TUMORS

Malikhova O.A., Poddubniy B.K., Kuvshinov U.P., Ungiadze G.V., Tumanyan A.O.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russian Federation

Key words: nonhodgkins lymphomas of stomach, endosonography, endoscopy

Nowadays diagnostics of gastric malignant lymphomas is still a big challenge due to wide polymorphism of visual picture and is frequently misdiagnosed with cancer or non-epithelial gastric tumors.

Aim of the study. To improve ultrasonic diagnostics of gastric non-Hodgkins lymphomas by novel differential and diagnostic criteria.

Materials and methods. 250 patients with gastric non-Hodgkins lymphomas and 40 patients with macroscopic non-epithelial gastric tumors were evaluated. All patients underwent esophagogastroscope following EUS scanning and tumor biopsy.

Results. EUS scanning during ambulatory primary patient evaluation may exclude epithelial tumors from differential diagnosis and suppose its histologic structure according to underlying tumor gastric wall layer, presence of capsule, contours characters, echostructure homogeneity and regional lymphoid collectors condition. After detailed evaluation of these parameters final impression can be made and biopsy method maybe chosen. EUS picture of various non-epithelial tumors had specific signs which allowed to carry out differential diagnostics from gastric non-Hodgkin lymphomas during scanning.