

ДЕЗМОИДНИ ТУМОР У БУРЗИ ОМЕНТАЛИС

Радоје ЧОЛОВИЋ¹, Никица ГРУБОР¹, Владимир РАДАК¹,
Маријан МИЦЕВ¹, Наташа ЧОЛОВИЋ²

¹Институт за болести дигестивног система, Клинички центар Србије, Београд;

²Институт за хематологију, Клинички центар Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Дезмоидни тумор или фиброматоза су термини који означавају бројне бенигне фиброзне туморске пролиферације са склоностима ка локалном инфилтративном расту и рецидивирању, а које, с друге стране, не метастазирају. Приказана је жена старости 31 године, којој је прегледом извршеним због епигастричног бола и палпабилног тумора откривен овалан тумор чврсте конзистенције, димензија 210×140×115 mm, са свим хистолошким карактеристикама дезмоидног тумора, и који је накнадно ексцидиран операцијом из оменталне бурзе. Тумор је компресијом на слезинску вену узроковао левострану портну хипертензију, која се повукла након ексцизије тумора. Постоперациони ток био је нормалан. Код болеснице се дванаест година након извршене операције нису јавиле тегобе, нити знакови локалног рецидива.

Кључне речи: дезмоидни тумор; оментална бурза

УВОД

Дезмоидни тумор или фиброматоза су термини који означавају низ бенигнух фиброзних туморских пролиферација које су по извршењу хируршке ексцизије склоне локалном инфилтративном расту и рецидивирању, али које, с друге стране, никад не метастазирају [1].

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Болесница стара 31 годину прегледана је крајем септембра 1992. године због тромесечног трајања бола у епигастријуму и палпабилног, мало покретног, лоптастог тумора у епигастријуму. Резултати лабораторијских испитивања били су у границама нормалних вредности. Изузев великог, добро ограниченог, овалног тумора, који се налазио између слезине, панкреаса, желуца и леве хемидијафрагме, друге промене нису изнађене. Сем мале, клижуће хијатус херније, налаз горње ендоскопије није забележио друге поремећаје.

Три дана по пријему болеснице операција је извршена левом супкосталном лапаротомијом. Том приликом откривен је велики тумор који је потискивао слезину назад и на доле, присно налегао на леву хемидијафрагму, велику кривину желуца, лијеналну флексуру и трансверзални колон, и вршио компресију на васкуларну петелку слезине. Он је начинио клиничку слику левостране портне хипертензије, јаке дилатације и набреклости венских судова мезоколона трансверзума и желуца, у којем је створио интрамуралне варикозитете. Након што је одвајањем великог оментума од попречног колона широко отворена бурса оменталис, у њој је уочен тумор без јасно дефинисане петелке. Тумор се хранио малим „паразитским“ крвним судовима из околних структура, па је отуд без особитих тешкоћа и без повреде суседних органа могао да буде ексцидиран. Извршене су биопсија јетре и дренажа левог супфренијума и бурзе оменталис.

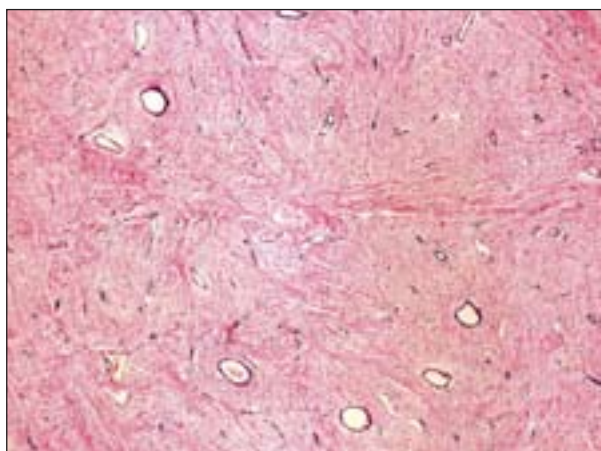
Опис препарата: овалан тумор чврсте конзистенције, глатке сивкасте површине, на пресеку солидне, fine влакнасте, беличастосиве грађе, миксоматозне трансформације, изразито чврсте склерозе, са фокалном дискретном нодуларношћу, мањим слабо дефинисаним пољима цистичног размекшања и јаком хиперемијом, одавао је утисак једноличне, fine влакнасте солидне неоплазме. Димензије тумора биле су 210×140×115 mm.

Микроскопски налаз: анализом узорака из различитих делова тумора утврђена је варијабилна целуларност вретенастих стромалних ћелија, местимично дебљих овалних набубрелих једара, распоређених у сноповима, са мноштвом колагених влакана између њих. Те су ћелије биле фасцикуларно организоване са издуженим, вретенастим једрима, и највише су подсећале на фибробласте и фиброците. Ипак, установљено је и присуство ћелија са несигурном хистолошком диференцијацијом, ретким хистиоцитидним и недиферентованим мезенхималним елементима, од којих су неки имали звездаст облик. Нуклеарног атипизма и митоза није било. Тумор је био добро васкуларизован и местимично је, нарочито периваскуларно, имао едематозну строму и мања поља миксоматозне трансформације (Слике 1, 2 и 3).

Постоперациони ток био је нормалан. Код болеснице се дванаест година након извршене операције нису јавиле тегобе, нити знакови локалног рецидива.

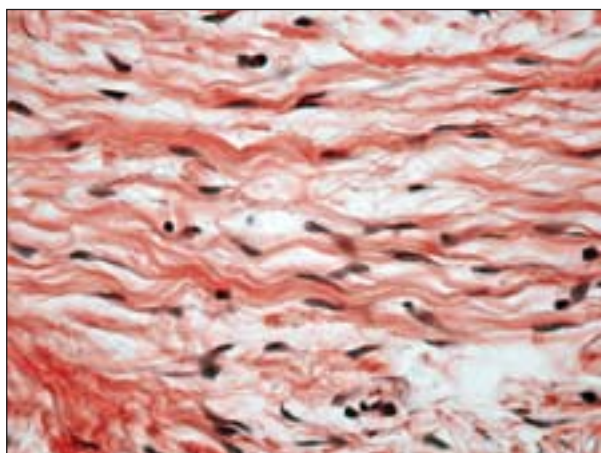
ДИСКУСИЈА

Дезмоидни тумори су ретки и чине мање од 0,1% свих тумора [2]. Развијају се из фасција или мишићних апонеуроza. По правилу се јављају као изоловани тумори, знатно ређе као дифузна интраабдоминална фиброматоза [4], и локализовани су на предњем трбушном зиду, мезентеријуму и ретроперитонеуму [3]. Хистолошки гледано, они су бенигне, а локално агресивне туморске лезије.



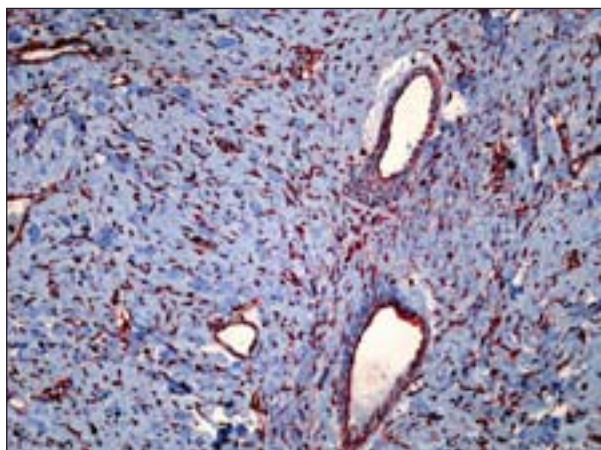
СЛИКА 1. Дезмоидни тумор показује хистолошку организацију фиброматозе с умереном количином колагена и местимично мукоидном или едематозном основом (H&E, 13x).

FIGURE 1. Desmoid tumor revealed moderately collagenized fibromatosis with focally oedematous and mucoid matrix (H&E, 13x).



СЛИКА 2. Нека поља фиброматозе показују хијалинизацију колагених влакана (H&E, 100x).

FIGURE 2. Some areas of fibromatosis showed hyalinized collagen fibers (H&E, 100x).



СЛИКА 3. Имунохистохемијска анализа показала је искључиво конзистентну антивиментинску реактивност (антивиментин, LSAB+ метод, 64x).

FIGURE 3. Immunohistochemical analysis revealed only consistent anti-vimentin reactivity. (Anti-vimentin, LSAB+ method, 64x).

У већини случајева дезмоидни тумори настају као обољења са непознатим узроком. Претпоставља се да би они каткад могли бити узроковани траумом која може бити и хируршке природе [5]. У неким случајевима дезмоидни тумори јављају се код оболелих од фамилијарне аденомиоматозне полипозе [6-9] или Гарднеровог синдрома [9].

Будући да се симптоми дезмоидних тумора најчешће не испољавају, разлог за обраћање лекару оних који су од њега оболели неретко су палпабилни тумор и болови слабијег интензитета. Симптоми се понекад јављају због компресије на суседне органе.

Ови тумори се лече хируршким путем. Да би се избегла појава локалног рецидива нужно је извршити ресекцију до у макроскопски и микроскопски нормално, здраво ткиво (такозвана R0 ресекција), што код неких локализација може подразумевати и ресекцију дела органа, или чак његово потпуно одстрањење. Непотпуна ресекција резултира локалним рецидивом.

Самостална или комбинована примена хормонске терапије (*tamoxifen*), нестероидних антиинфламаторних лекова, интерферона, хемиотерапије и радиотерапије, бележи врло слабе резултате [1, 5]. Приказан је случај потпуне регресије тумора на хормонску терапију (преднисоне) и његове еволуције у ретроперитонеалну фиброзу, која је довела до билатералне хидронефрозе [9].

Уколико је ексцизија локализованог дезмоидног тумора извршена у потпуности, до у здраво ткиво, прогноза исхода његових лечења је повољна. С друге стране, прогноза дифузне форме болести је неповољна [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Kikkawa A, Kido A, Kumai T, Hoshida T. Extraabdominal fibromatosis in retroperitoneal space. *World J Surg Oncol* 2004; 2:33.
2. Obiglio HO, Cerini CE, Pujato RM, Gramisu MO, Lema BE, Arevalo CE. Diagnostic value of abdominal pain in intra-abdominal desmoid tumor. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1992; 22:57-9.
3. Casillas J, Sais GJ, Greve JL, Iparraquirre MC, Morillo G. Imaging of intra- and extraabdominal desmoid tumors. *Radiographics* 1991; 11:959-68.
4. Singal AK, Agarwala S, Mannan SA, Gupta AK, Bhan MK, Mitra DK. Diffuse intra-abdominal fibromatosis-report of a new entity with review of literature. *Trop Gastroenterol* 2004; 25:28-31.
5. Kersting S, Herbst H, Senninger N, Mittelkotter U. Intra-abdominal fibromatosis after appendectomy as cause for ileus. *Zentralbl Chir* 2004; 129:317-20.
6. Arai N, Mitomi H, Uesugi H, Aihara S, Ohtani Y, Okayasu I. An aggressive desmoid tumor in a patient with familial adenomatous polyposis: immunohistochemical findings. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:530-2.
7. Healy JC, Reznick RH, Clark SK, Phillips RK, Armstrong P. MR appearances of desmoid tumors in familial adenomatous polyposis. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169:465-72.
8. Kadmon M, Moslein G, Buhr HJ, Herfarth C. Desmoid tumors in patients with familial adenomatous polyposis (FAP). Clinical and therapeutic observations from the Heidelberg polyposis register. *Chirurg* 1995; 66:997-1005.
9. Umemoto S, Makuuchi H, Amemiya T, Yamaguchi H, Oka S, Owada T, Koizumi K. Intra-abdominal desmoid tumors in familial polyposis coli: a case report of tumor regression by prednisolone therapy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34:89-93.

DESMOID TUMOR WITHIN LESSER SAC

Radoje ČOLOVIĆ¹, Nikica GRUBOR¹, Vladimir RADAK¹, Marijan MICEV¹, Nataša ČOLOVIĆ²

¹Institute of Digestive System Diseases, Clinical Center of Serbia, Belgrade;

²Institute of Hematology, Clinical Center of Serbia, Belgrade

ABSTRACT

Desmoid tumors or fibromatoses comprise a number of benign fibrous proliferative lesions that have local infiltrative growth and tendency to recur after incomplete excision. They never metastasize. The authors present a 31-year old woman who, due to epigastric pain and palpable mass detected on presentation, underwent the excision of firm tumorous mass, 210x140x115mm in diameter, from the lesser sac. Compressing the splenic vein, the tumor caused left-sided portal hypertension which subsided after the mass was removed. The recovery was uneventful. The histological examination verified typ-

ical desmoid tumor. Twelve years after surgery, the patient remained symptom-free with no signs of recurrence.

Key words: desmoid tumor; lesser sac

Radoje ČOLOVIĆ
Institut za bolesti digestivnog sistema
Klinički centar Srbije
Dr Koste Todorovića 6, Beograd
Tel.: 011 361 0715 / lokal 133
E-mail: marcolov@eunet.yu