

## ФИБРОМ КОРЕНА МЕЗЕНТЕРИЈУМА ТАНКОГ ЦРЕВА

Радоје ЧОЛОВИЋ, Марјан МИЦЕВ, Сергеј ЗОГОВИЋ, Никица ГРУБОР,  
Мирјана СТОЈКОВИЋ

Институт за болести дигестивног система Клиничког центра Србије, Београд

**КРАТАК САДРЖАЈ:** Фиброми су врло ретко локализовани у абдомену и то у мезентеријуму и оментуму. Аутори приказују 63 године стару болесницу код које је испитивањем због бола у трбуху доказан добро ограничен тумор у трбуху. Операциони налаз: из корена мезентеријума танког црева енуклеисан је фибром, промера  $100 \times 87 \times 70 \text{ mm}$ . Седам месеци после хируршке операције болесница је без тегоба и с нормалним налазом ултрасонографије и компјутеризоване томографије.

**Кључне речи:** мезентеријум танког црева, фибром. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

### УВОД

Фиброми или дезмоидни тумори су ретки бенигни тумори. Они најчешће потичу од скелетних мишића и њихових фасција, а ретко од других органа. Ми смо раније публиковали чланке о дезмоидним туморима предњег зида трбуха [1] и дезмоидном тумору корена мезоа попречног колона [2]. Пре више месеци оперисали смо и болесницу с фибромом корена мезоа танког црева.

### Приказ болеснице

Домаћица, стара 63 године, земљорадник, примљена у болницу због болова испод десног ребарног лука и у епигастријуму, који су се ширили у леђа, а који су почели пре нешто више од шест месеци. Није се жалила на друге тегобе; апетит је остао добар, није губила у тежини, нити се жалила на сметње у пасажу црева. Болесница је била гојазна. Цео објективни налаз је био у границама нормалних налаза, осим што је постојала осетљивост у епигастријуму на дубоку палпацију, где се палпирала тумефакција лопгастог облика, умерено покретна у попречном смеру и сасвим лако осетљива.

Болесница је са собом донела низ налаза амбулантно урађених испитивања. Тако је рендгенски преглед показао да је средњи део желуца био потиснут унапред. Донет ултрасонографски налаз указао је на тумефакт у пределу те-



СЛИКА 1. Ултрасонографски налаз приказује овалну, добро ограничену масу тумора у ретроперитонеуму, промера  $85 \times 75 \text{ mm}$ , која налаже на горњу мезентеријалну артерију.

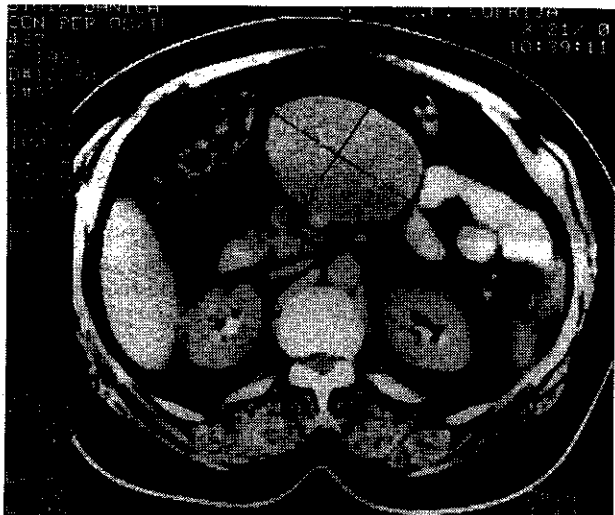
FIGURE 1. Ultrasonography showing a solid, well circumscribed, retroperitoneal mass,  $85 \times 75 \text{ mm}$  in diameter, compressing the superior mesenteric artery.

ла панкреаса, промера  $107 \times 70 \text{ mm}$ , с јасном капсулом. Код нас добијени лабораторијски резултати били су у границама нормалних опсега. Седиментација крви је била  $26 \text{ mm/h}$ . Није било анемије. Крвна група је била "А", Rh-негативна. Ултрасонографски налаз показао је да се "у ретроперитонеуму види солидна, округла, јасно ограничена маса тумора, промера  $85 \times 75 \text{ mm}$ , која компримује мезентеричну артерију (Слика 1). Остали налаз је био нормалан. Налаз компјутеризованом томографијом је показао да се "у пројекцији тела панкреаса налази већа промена, промера  $80 \times 60 \text{ mm}$ , различитог дензитета, с местимичним калцификацијама и која се после примене контраста лако пребјава (Слика 2 и 3). После уобичајене припреме, болесница је хируршки оперисана 15.05.2000. године кроз горњу и делимично доњу медијалну лапаротомију. Експлорацијом абдомена једино је нађен лопгаст, тврд, добро инкапсулисан тумор самог корена мезентеријума танког црева, који лежи на судовима мезентеријума. Пулзације артерија у мезентеријуму испод тумора биле су нормалне, уз истовремен благи венски застој. Пошто је тумор био добро инкапсулисан и ограничен, постепено је енуклеисан, без већег крвављења и без лезије судова мезентеријума и њихових грана. Настали кавитет у корену мезентеријума је делом капитониран и дрениран, а лапаротомија реконструисана на уобичајени начин.

Опис патохистолошког препарата: Овоидни тумор, максималних дијаметара  $100 \times 87 \times 70 \text{ mm}$ , глатке серозне површине, на пресеку делом жиљаво-еластичне, а делом мекано-еластичне конзистенције, сивобеличасте боје и претежно fine фасцикуларне грађе, с нејасно ограниченим нодулусним пољима која дају туберозни изглед на површини. Нодуси су делом јасно ограничени, мада сливени, промера  $15-30 \text{ mm}$ . Преостали део био је миксоматозан, чврст, семитранспарентан (Слика 4 и 5).

Микроскопски налаз: Бенigna пролиферација тумора састављена од униформних вретенастих целуларних елемената с морфолошки врло јасном фиброцитном и фибробластном морфологијом. Ђелије униформне, као и вретенаста једра, без плеоморфизма једара и без митоза. Строма тумора растресита, али претежно везивна, с расплетеним колагеним влакнима, а у мањем делу и с миксоидном променом, ниске до умерене васкуларности. Закључна патохистолошка дијагноза је "Fibromatosis mesenterialis-desmoid".

Постоперациони ток је био сасвим нормалан. Преоперационе тегобе су се изгубиле. На контролном прегледу, 7 месеци после хируршке операције, болесница је без тегоба и с нормалним лабораторијским резултатима, налазом ултразвука и компјутеризоване томографије.

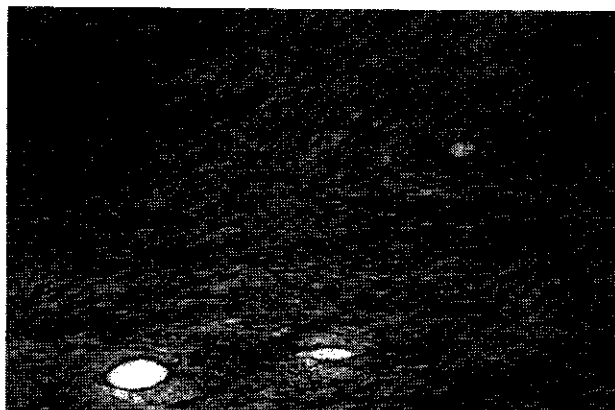


СЛИКЕ 2 и 3. Компјутеризован томограм абдомена приказује добро ограничену, хомогену масу тумора која належе на горње мезентеричне судове.

FIGURES 2 and 3. CT showing a tumorous mass compressing the superior mesenteric vein (fig. 2) and artery (fig. 3).

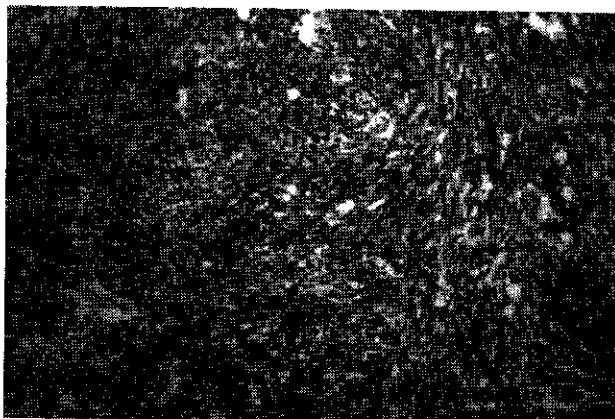
### ДИСКУСИЈА

Фибром се дефинише као прогресивна локална инвазивна лезија, изграђена од једнообразних фибробласта, који стварају обиље колагена. Најчешће су добро ограничени, али обично нису добро инкапсулисани, локалног су инвазивног раста, али не метастазирају [3]. Склони су рецидивисању ако се у целини не уклоне [4]. Најчешће се јављају на предњем зиду трбуха. У абдомену се јављају ретко. Први случај локализације у абдомену публиковао је Строде 1954 [5]. Најчешће се јавља у мезентеријуму (што смо и ми описали код 31 године старе болеснице [2]) и оментуму [6]. Фиброматоза мезентеријума припада групи поремећаја названих "фиброматозе", које се одликују пролиферацијом фибробласта, без евидентне инфламационе реакције или дефинитивне неоплазије. Она може бити дифузна, мултифокусна или локализована нодусна форма. Локализована нодусна форма се често назива "дезмоидним тумором" [7].



СЛИКА 4. Уснопљени распоред релативно правилне вретенасте-ћелијске фибробласте и/или фиброцитне пролиферације (HE, 100 x).

FIGURE 4. Fascicular arrangement of regular spindle-cell proliferation consistent with fibroblast/fibrocyte cell morphology (HE, 100 x).



СЛИКА 5. Све ћелије тумора показивале су једино имунореактивност с анти-виметин-моноклонским антителом, док су реакције с другим антителима остале негативне (антитело анти-виметин, имунохистохемијски метод LSAB/AEC, 64 x).

FIGURE 5. The whole tumour cell population showed strong immunoreactivity with anti-vimentine monoclonal antibody, whilst all other antibodies failed to demonstrate immunoreactivity (anti-vimentine immunohistochemistry, LSAB/AEC method, 64x).

Прегледом литературе до 1963. откривено је 47 примарних солидних тумора мезентеријума. То су били фиброми, најчешће солидни примарни тумори мезентеријума, али се јављају и липоми, фибромиоми, лејомиоми, неурофиброми и њихови малигни облици [8]. Цистичне тумефакције се јављају чешће од солидних [8]. Најчешће се јављају у мезентеријуму илеума, ређе у мезоколону или гастрохепатичком лигаменту и мезоу апендикса. Чешће су локализовани периферно у мезентеријуму односно мезоу колона и обично су срасли с цревом. Тада могу довести до торзије и акутног абдомена [9]. Веома ретко могу довести до перитонитиса због перфорације тумора услед централне некрозе [10].

Фибром мезентеријума се јавља као изолован тумор или у склопу Гарднеровог синдрома који је аутозомно-доминантно наследно обољење. У склопу Гарднеровог синдрома, осим мултиплих колоректалних полипа, остеома, себацеозних циста, одонтома,

## SMALL BOWEL MESENTERY FIBROMA

R. CHOLOVITSH, M. MICEV, S. ZOGOVITSH, N. GRUBOR, M. STOJKOVITSH  
Institute of Digestive Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Fibromas are rarely localized in the abdomen, but almost always in the mesentery or omentum. We present a 63-year old woman in whom the examination of the upper abdominal pain showed a well distinct abdominal mass at the level of the lower edge of the pancreas. During the operation a tumour, 100 × 87 × 70 mm in size, from the radix of small

bowel mesentery, was excised. Seven months later the patient is symptom-free with normal ultrasonographic and CT findings.

**Key words:** Small bowel mesentery, fibroma. (SRP ARH CELOK LEK).

прекобројних зуба, може се јавити и фиброза ретроперитонеума [11].

Вероватна дијагноза се последњих година поставља уз помоћ ултрасонографије и компјутеризоване томографије [7, 12].

Потпуна ексцизија је једини успешан метод лечења који је праћен ниским степеном рецидива. Радиотерапија, хемиотерапија и терапија хормонима су од мале додатне користи [13].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Čolović R, Janković R, Popović M, Krivokapić Z. Desmoidni tumori. *Srp Arh Celok Lek.* 1987;115:605-8.
2. Čolović R, Čolović M, Micev M, Matić S. Desmoidni tumor mezenterijuma. *Prikaz bolesnice. Arch Gastroenterohepatol* 1994;13:50-1.
3. Benninghoff D, Robbins R. Nature and treatment of the desmoid tumors. *Arch Surg* 1964; 91: 132-7.
4. Dahn I, Jonsson N, Landh C. Desmoid tumors. A series of 33 cases. *Acta Chir Scand* 1963;126:305-14.
5. Strode JE. Desmoid tumors. Particularly related to their surgical removal. *Ann Surg* 1954;139:335-40.

6. Mackenzie DH. The fibromatosis. A clinicopathological concept. *Br Med J* 1972;4:277-81.
7. Forte MD, Brant WE. Spontaneous isolated mesenteric fibromatosis. Report of a case. *Dis Col Rectum* 1988;31:315-7.
8. Adams JT, Kumer FR. Pure Fibroma of the Mesentery. *Am J Surg* 1966;111:734-7.
9. Hashmonai M, Hampel N, Auslaender L, Schramek A. Acute abdomen due to torsion of a pedunculated mesenteric fibroma. *Surgery* 1975;78:665-7.
10. Cole KP. Peritonitis due to perforated mesenteric fibroma-an hormonal aetiology? *Postgrad Med J* 1988;64:971-2.
11. Schiffman MA. Familial multiple polyposis associated with soft and hard tissue tumors. *JAMA* 1962;179:514-22.
12. Richard J, Carrette MF, Bandghene F et al. Les tumeur desmoides du mesentere dans le cadre du syndrome de Gardner. *J Radiol* 1989;70:711-5.
13. Sampliner JE, Paruleker S, Jain B, Pitluk HC, Aniel M. Intra-abdominal mesenteric desmoid tumors. *Am Surg* 1982;48:316-9.

RADOJE ČOLOVIĆ

Institut za bolesti digestivnog sistema Kliničkog centra Srbije  
Beograd

*Рукопис је достављен уредништву 7. XII 2000. године*

## ВЕСТИ

### XXXVIII КАНЦЕРОЛОШКА НЕДЕЉА И XV СТРУЧНИ САСТАНАК МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА ОНКОЛОШКИХ ИНСТИТУЦИЈА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Београд, 8-9. новембар 2001. године

У организацији Института за онкологију и радиологију Србије и Канцеролошке секције Српског лекарског друштва, традиционални годишњи састанак канцеролога је одржан по 38. пут.

Учеснике су поздравили председник Канцеролошке секције Српског лекарског друштва др Зора Нешковић-Константиновић, директор Института за онкологију и радиологију Србије доц. др Ненад Боројевић, потпредседник Владе Србије проф. др Жарко Кораћ, продекан Медицинског факултета у Београду проф. др Снежана Симић, помоћник директора Института за здравствену заштиту Србије "Милан Јовановић-Батут" проф. др Славенка Јанковић, директор Института за онкологију Сремска Каменица проф. др Душан Јовановић и председник Интересне групе медицинских сестара Југославије Верица Мирковић.

Радни део скупа је почео веома запаженим предавањем др Барбаре Вех-Шмитг (*Schmidt*), консулганта СЗО, под називом "Palliative care: more than a competent care for the terminally ill patient only - a concept".

У оквиру главне теме ове Канцеролошке недеље "Мултимодални приступ лечењу одмаклог карцинома ректума" одржано је више уводних предавања, која су се односила на све аспекте овог проблема - дијагностику, различите модалитете лечења, као и преглед прогностичких и предиктивних фактора. Дискусија о изложеним постерима омогућила је размену искустава с колегама из различитих онколошких института и диспанзера Србије.

"Округли сто", под називом "Добра научна пракса и Добра клиничка пракса" био је посвећен етици науке. Тиме се наша научна заједница придружује паневропској иницијативи обезбеђења квалитета у науци, одн. обавези свих институција науке, универзитета и самосталних научних института, научних друштава, уредништва научних часописа и агенција које финансирају науку - да саме регулишу област свога деловања. Аутори уводних предавања су изнели препоруке међународне комисије за професиону саморегулативу у науци и изнели шта је до сада урађено, а шта тек предстоји да се уради у нашој земљи. Истакнута је морална обавеза свих професионалних научника да промовишу високе етичке принципе науке у свим срединама у којима остварују своју делатност. Плодна дискусија, која се продужила и после званичног завршетка овог "округлог стола", потврдила је веома велику заинтересованост наше заједнице науке за ову тему.

*Наславак на 50. страници*