

Паравертебральная грудная мезотелиальная киста у подростка (клиническое наблюдение)

В.И. Зорин^{1,2}, А.Ю. Мушкин¹, В.В. Шломин^{2,3}

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³ Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

Paravertebral thoracic mesothelial cyst in teenager (case report)

V. Zorin^{1,2}, A. Mushkin¹, V. Shlomin^{2,3}

¹ St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

³ City multi-specialty hospital N 2, St. Petersburg

© Коллектив авторов, 2020 г.

Резюме

Представлен опыт лечения пациентки 15 лет, предъявлявшей на протяжении года умеренные (3 из 10 баллов по ВАШ) жалобы на боли в грудном отделе позвоночника. По МРТ выявлено небольшое кистозное паравертебральное образование, располагающееся между телом позвонка и аортой, сопровождающееся деформацией боковой замыкательной пластинки тела Th₅. С учетом неэффективного консервативного лечения и анатомического расположения кисты проведено ее удаление посредством левосторонней торакотомии. Гистологически верифицирована мезотелиальная киста. В послеоперационном периоде — полный регресс жалоб, период наблюдения — 6 месяцев.

Ключевые слова: паравертебральная киста, мезотелиальная киста, позвоночник, вторичный сколиоз, новообразования у детей

Summary

Mesothelial intrathoracic cysts are rare manifested by spinal symptoms. 15 years old girl complained on the moderate backpain (3/10 degree by VAS) in thoracic spine during the one year. MRI revealed a small paravertebral cyst besides the aorta with deformity of left lateral wall of Th₅ vertebral body. The complains resolved completely after open removal of the cyst. The mesothelial cyst verified by morphology, incl. immunohistochemistry. The patient continue to be asymptomatic during a year after surgery.

Key words: paravertebral cyst, mesothelial cyst, spine, secondary scoliosis, neoplasms in children

Введение

Внутригрудные кисты мезотелиального происхождения являются редкой патологией, с которой в

основном сталкиваются торакальные хирурги и кардиохирурги [1]. Ведущая теория возникновения этих кист говорит об их врожденном происхождении, при этом образования могут являться маской ряда нозо-

логических форм и иметь разные размеры, топикку и клиническое течение — от бессимптомного до симптоматического, в том числе протекать с вертебральной манифестацией [2–4].

Учитывая редкость заболевания и сложность принятия лечебно-диагностических решений, приводим собственное наблюдение, представляющее, на наш взгляд, практический интерес для хирургов, травматологов-ортопедов и вертебрологов.

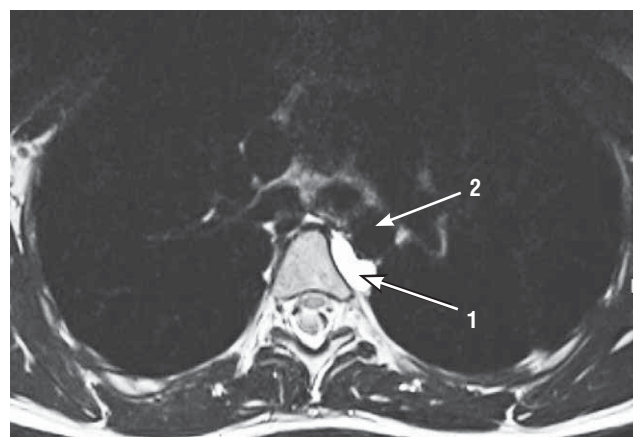
Клиническое наблюдение

Девочка 15 лет поступила в клинику с жалобами на боли в спине на уровне грудного отдела позвоночника.

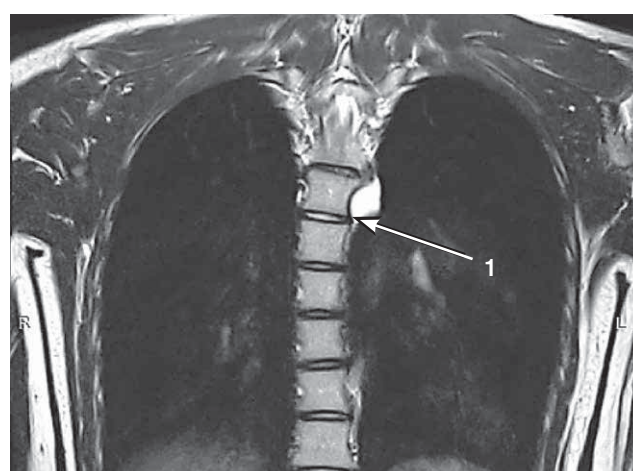
Анамнез жизни — без особенностей. Из анамнеза заболевания известно, что боли в спине беспокоят на протяжении года, не имеют четкой локализации, носят эпизодический характер, не связаны с двигательной активностью. Наличие травм или эпизодов общих клинических проявлений (повышение температуры, интоксикационный синдром) в дебюте заболевания исключает. Выраженность болей оценивает в 3 балла по 10-балльной визуальной аналоговой шкале. В течение года по месту жительства получала НПВС — без существенного клинического эффекта. При магнитно-резонансной томографии (МРТ), проведенной в первые месяцы от возникновения жалоб, было обнаружено небольшое паравертебральное жидкостное образование (киста?), исходно расцененное как случайная лучевая находка. После динамического наблюдения в связи с сохранением болевого синдрома и отсутствием других видимых патологических изменений пациентка направлена в Клинику детской хирургии и ортопедии СПб НИИФ с лечебно-диагностической целью.

При поступлении — общесоматический статус без особенностей. Локально: при осмотре грудной клетки и области позвоночника отмечается легкая сколиотическая правосторонняя дуга с вершиной на Th_{VI-VII}. Пальпация остистых отростков и паравертебрально безболезненна; движения сохранены в полном объеме, безболезненны. Консультирована неврологом — патологической симптоматики не выявлено. Лабораторные показатели — без особенностей.

По данным МРТ, выполненных с интервалом в один год, паравертебрально на уровне тела Th_V слева выявляется кистозное образование с гиперинтенсивным сигналом. Размер образования на первичной томограмме 1,4×1,0×2,0 см, на момент госпитализации в клинику (рис. 1) — 1,6×1,3×2,3 см. Выявленное патологическое объемное паравертебральное образование не позволяло, на наш взгляд, полноценно объяснить субъективные жалобы пациентки. Незначительное, но пропорциональное увеличение его размеров было объяснено физиологическим ростом пациентки в пубертатный период. Необычным в трактовке образования как случайной лучевой находки являлась контактная деформация наружной замыкательной пластинки тела Th_V, что могло



а



б



в

Рис. 1. Магнитно-резонансные томограммы грудного отдела позвоночника пациентки М., 15 лет: аксиальный (а), коронарный (б) и сагиттальный (в) срезы. 1 — паравертебральное кистозное образование, 2 — аорта. Минимальная сколиотическая деформация, выявляемая по фронтальному срезу (б)

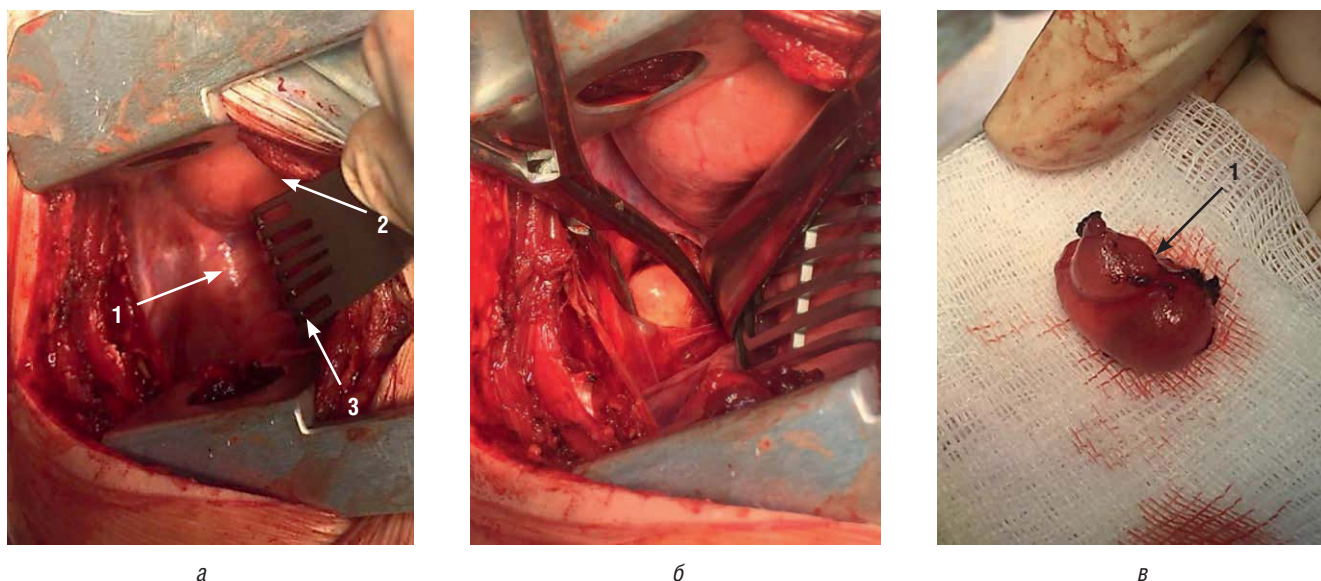


Рис. 2. Операционные фотографии: *а* — фотография операционной раны (до вскрытия плевральной полости): 1 — край кистозного образования; 2 — левое легкое; 3 — аорта; *б* — этап выделения кисты после рассечения и разведения на ней зажимом париетальной плевры; *в* — удаленная киста (макропрепарат)

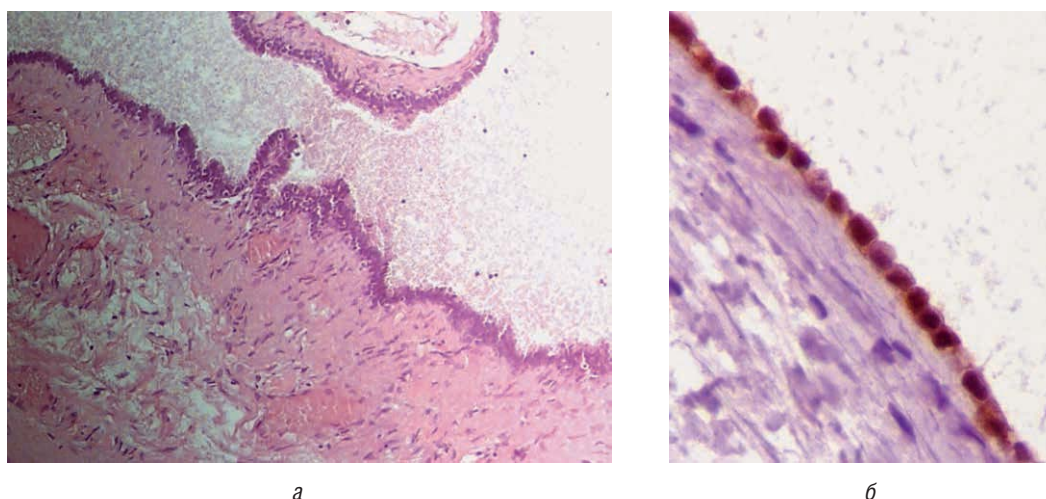


Рис. 3. Гистологическая картина удаленного образования: *а* — мезотелиальная киста: фиброзная ткань, мезотелиальная выстилка кисты; окрашивание гематоксилином и эозином, $\times 100$; *б* — мезотелиальная киста: экспрессия калретинина, $\times 200$

свидетельствовать о длительном компрессионном воздействии на тело позвонка.

Тем не менее, помимо субъективных, но весьма умеренных жалоб на боли в спине, девочка и ее родители отмечали выраженный психологический дискомфорт из-за хронического характера болевого синдрома и факта наличия патологического кистозного образования. В связи с этим после длительного обсуждения ситуации с родителями решено провести лечебно-диагностическую операцию, при этом, учитывая расположение кисты непосредственно между аортой и телом позвонка, приняли решение о ее выполнении из торакотомического доступа.

Ход операции. В положении на правом боку проведена торакотомия в четвертом межреберье слева. При

ревизии в левой плевральной полости выпота нет. У боковой поверхности тела Th₄ экстраплеврально определяется объемное образование размером 1,5×2 см, пальпаторно — мягко-эластичное, уходящее под ствол аорты; окружающие ткани без видимых изменений (рис. 2, *а*). Над образованием рассечена париетальная плевра, отведен ствол грудной аорты, после чего образование выделено из окружающих тканей и полностью удалено без повреждения оболочки. Через отдельный прокол установлен дренаж для активной аспирации в левую плевральную полость. Послойное ушивание операционной раны. Асептическая наклейка.

Послеоперационный период протекал без осложнений: дренаж при отсутствии отделяемого удален к концу

первых суток, выписана в удовлетворительном состоянии на седьмые сутки после операции.

Гистологическое заключение: кистозное образование; его стенка представлена фиброзной тканью, выстлана одним слоем мезотелиальных клеток со светлой цитоплазмой и округлыми гиперхромными ядрами (рис. 3). При иммуногистохимическом исследовании — экспрессия Her-EP4, калретинина, WT1 (патоморфолог — Новицкая Т.А.).

Заключительный диагноз: мезотелиальная паравертебральная (Th_v слева) киста грудной полости (левого гемиторакса).

В динамике в течение 6 мес с момента операции жалоб не предъявляет.

Обсуждение

Представленное клиническое наблюдение, на наш взгляд, интересно не только редкостью, но и особенностями клинических и лучевых проявлений патологии.

Публикации, посвященные внутригрудным мезотелиальным кистам, крайне редки: так, система PubMed по запросу «mesothelial intrathoracic cyst» (дата обращения 02.02.2020) выдает лишь 10 публикаций, относящихся к клиническим наблюдениям.

Мезотелиальные кисты в основном описаны у взрослой популяции, чаще имеют плевроперикардальную и гораздо реже — эктопическую локализацию [5], лишь одна публикация относится к пациенту детского возраста [6]. В основном эти образования выявляются как бессимптомные находки, но, достигая значительных размеров, могут манифестировать гемодинамическими и респираторными нарушениями [5, 7, 8].

Лишь в одном из представленных в литературе наблюдений приводится сходная с нашим случаем локализация кисты на уровне позвонка Th_v у женщины 27 лет, клинически проявлявшаяся радикулопатией [4].

Тактика ведения пациентов при мезотелиальных кистах неоднозначна. Так, при клинически манифестном течении предлагается хирургическое лечение с удалением кисты, с учетом размеров и топографии образования проводимая посредством торакоскопических либо торакотомических доступов [5, 6, 9]. В случае бессимптомного течения показания к операции носят диагностический характер при невозможности дифференцировать образование с опухолевым процессом, в том числе злокачественным [10].

Особенностями нашего наблюдения явились следующие.

- Подростковый возраст больной и ортопедические проявления патологии в виде боли в спине и сколиотической установки грудного отдела. Однако незначительная выраженность болей и отсутствие четкого локального характера не

позволили рассматривать их как имеющие прямую связь с обнаруженным образованием, расцененным как случайная лучевая находка при первичном обращении.

- Кистозный характер образования и некоторое увеличение его в течение периода наблюдения по месту жительства потребовали соблюдения принципа онкологической настороженности.
- К принятию решения о лечебно-диагностической операции нас подтолкнули не только жалобы, носившие весьма умеренный характер, но и психологический дискомфорт пациентки и ее родителей на фоне неэффективной симптоматической терапии.
- Прилегающий к образованию позвонок Th_v имел деформацию бокового отдела тела. Подобное изменение может быть объяснено длительно существующим давлением, причем, на наш взгляд, не столько самой кистой (при удалении она представляла собой эластичное, ненапряженное образование), сколько гидравлическим усилением аортальной пульсации через нее.

Основной особенностью наблюдения и, соответственно, вмешательства является топография кисты: ее расположение между стволом аорты и телом позвонка потенциально затрудняло выделение кисты, что заставило отказаться от эндоскопического вмешательства в пользу открытого и потребовало участия в операции сосудистого хирурга.

Заключение

В клинической практике травматолога-ортопеда (вертебролога) могут встречаться редкие заболевания, требующие принятия нестандартных решений. С учетом междисциплинарной патологии к таким состояниям следует отнести и паравертебральную мезотелиальную кисту, при которой кажущаяся «случайной» лучевая находка может оказаться напрямую связана с имеющимися жалобами.

Следует отметить, что даже незначительная, но длительно сохраняющаяся болевая симптоматика приводит к психологическому дискомфорту у пациентов. В случае визуализации возможного причинного субстрата это должно рассматриваться как дополнительное показание к лечебно-диагностическому вмешательству, которое может не только обеспечить понимание природы патологического процесса, но и, как в нашем случае, привести к купированию жалоб. Решение об операции должно приниматься пациентом и его представителями осознанно ввиду отсутствия гарантии достижения положительного клинического результата.

Список литературы

1. *Ranchordás S., Gomes C., Abecasis M., Gouveia R., Abecasis J., Lopes L.R., Fazendas P.* Simple mesothelial pericardial cyst in a rare location. *Rev. Port. Cardiol.* 2016 Sep; 35 (9): 497. e1-4. doi: 10.1016/j.repc.2015.11.029. Epub 2016 Aug 4.
2. *Generali T., Garatti A., Gagliardotto P., Frigiola A.* Right mesothelial pericardial cyst determining intractable atrial arrhythmias. *Interact Cardiovasc Thorac. Surg.* 2011 May; 12 (5): 837–9. doi: 10.1510/icvts.2010.261594. Epub 2011 Feb 8.
3. *Comoglio C., Sansone F., Delsedime L., Campanella A., Ceresa F., Rinaldi M.* Mesothelial cyst of the pericardium, absent on earlier computed tomography. *Tex. Heart Inst. J.* 2010; 37 (3): 354–7.
4. *Perrini P., Benedetto N., Buccoliero A.M., Di Lorenzo N.* Thoracic radiculopathy from a paravertebral mesothelial cyst. *Acta Neurochir (Wien)* 2006 Sep; 148 (9): 989–91. Epub 2006 Jun 29.
5. *Manac'h D., Riquet M., Kao B., Souilamas R., Le Pimpec Barthes F., Briere J., Dujon A., Faillon J.M.* Intrathoracic coelomic cysts. *Rev. Pneumol. Clin.* 1999 Mar; 55 (1): 13–9. French.
6. *Naik-Mathuria B.J., Cotton R.T., Fitch M.E., Popek E.J., Brandt M.L.* Thoracoscopic excision of an intrathoracic mesothelial cyst in a child. *J. Laparoendosc Adv. Surg. Tech. A.* 2008 Apr; 18 (2): 317–20. doi: 10.1089/lap.2007.0095.
7. *Bouma W., Klinkenberg T.J., Van De Wauwer C., Timens W., Mariani M.A.* Removal of a giant intrathoracic cyst from the anterior mediastinum. *J. Cardiothorac Surg.* 2014 Sep 20; 9: 152. doi: 10.1186/s13019-014-0152-2.
8. *Bacha S., Chaouch N., Mlika M., Racil H., Cheikhrouhou S., Chabbou A.* Unusual location of an intrathoracic mesothelial cyst in the posterior and upper mediastinum. *Rev. Mal. Respir.* 2016 Sep; 33 (7): 626–9. doi: 10.1016/j.rmr.2015.10.740. Epub 2015 Nov 17. French.
9. *Mouroux J., Venissac N., Leo F., Guillot F., Padovani B., Hofman P.* Usual and unusual locations of intrathoracic mesothelial cysts. Is endoscopic resection always possible? *Eur. J. Cardiothorac Surg.* 2003 Nov; 24 (5): 684–8.
10. *Matsuoka H., Matsubara H., Sugimura A., Uchida T., Ichihara T., Nakazawa T., Nakajima H.* Mesothelial cyst derived from chest wall pleura growing after thoracic surgery: a case report. *J. Med Case Rep.* 2019 Jan 6; 13 (1): 1. doi: 10.1186/s13256-018-1944-0.

Поступила в редакцию 21.03.2020 г.

Сведения об авторах:

Зорин Вячеслав Иванович — кандидат медицинских наук, врач травматолог-ортопед клиники детской хирургии и ортопедии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2-4; доцент кафедры детской хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова; 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41; e-mail: zoringlu@yandex.ru; ORCID 000-0002-9712-5509;

Мушкин Александр Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель клиники детской хирургии и ортопедии, руководитель научно-клинического центра патологии позвоночника Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2-4; e-mail: aymushkin@mail.ru; ORCID 0000-0002-1342-3278;

Шломин Владимир Владимирович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением сосудистой хирургии Городской многопрофильной больницы № 2; 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5; доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова; 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.