



УДК 618.14-006

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АДЕНОМАТОИДНОЙ ОПУХОЛИ ТЕЛА МАТКИ**RARE CASE OF ADENOMATOID TUMOUR OF THE UTERUS****Р.Р. Хабибуллин¹, В.Н. Дмитриев², Т.С. Мухина³, А.В. Нагорный³,
А.В. Тверской³****R.R. Khabibullin¹, V.N. Dmitriev², T.S. Mukhina³, A.V. Nagorniy³, A.V. Tverskoi³**¹⁾ Белгородское областное патологоанатомическое бюро, Россия, 308007, г. Белгород, ул. Некрасова, 7/8²⁾ Белгородский областной онкологический диспансер, Россия, 308010, г. Белгород, ул. Куйбышева, 1.³⁾ Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85.¹⁾ Belgorod Regional pathoanatomical bureau, Russia, 308007, Belgorod, Nekrasov St., 8/9.²⁾ Belgorod Regional Oncological Hospital, Russia, 308010, Belgorod, Kuibishev St., 1.³⁾ Belgorod National Research University, Russia, 308015, Belgorod, Pobedy St., 85.*E-mail: tverskoy@bsu.edu.ru, opab@belnet.ru*

Аннотация. Аденоматоидная опухоль является редким доброкачественным образованием мезотелиального происхождения, с преимущественной локализацией в области тела матки, маточных труб, яичника и, иногда, придатка яичка. Она может имитировать как мягкотканые, так и эпителиальные опухоли. Мы приводим случай аденоматоидной опухоли тела матки с морфологической картиной перстневидно-клеточного рака при окраске гематоксилином и эозином. Иммуногистохимическое исследование с цитокератином AE1/AE3, кальретинином, HMB-45, CD34, SMA, а также PAS-реакция, позволили провести дифференциальную диагностику и исключить метастатическое поражение. Опухолевые клетки не содержали слизи (по результатам PAS-реакции) и гладкомышечный актин, реакция с HMB-45 и CD34 также были отрицательными. Напротив, при реакции с цитокератином AE1/AE3 и кальретинином выявлялась выраженная цитоплазматическая коэкспрессия.

Resume. Adenomatoid tumour is a rare benign entity of a mesothelial origin. It is mainly located in the uterus, fallopian tubes, ovaries, epididymis. It can mimic both soft tissue and epithelial tumours. We present the case of adenomatoid tumour of uterus with the morphology of signet-ring cells cancer which was seen while hematoxylin and eosin staining. Immunohistochemical examination with cytokeratin AE1/AE3, calretinin, HMB-45, CD-34, SMA and PAS-reaction made it possible to perform differential diagnosis and exclude metastatic lesion. Tumour cells did not contain mucin. Reactions with SMA, HMB-45 and CD-34 were negative. But reactions with cytokeratin AE1/AE3 and calretinin were positive.

Ключевые слова: аденоматоидная опухоль тела матки, иммуногистохимическое исследование, морфология.

Keywords: adenomatoid tumour of the uterus, immunohistochemical study, morphology.

Аденоматоидная опухоль тела матки является относительно редкой доброкачественной опухолью мезотелиального происхождения, обычно выявляемой в репродуктивном возрасте [Данилова и др., 2015; Нейштадт, Крулевский, 2009]. Чаще всего она представляет собой случайную находку при гистерэктомии, выполненной по поводу фибромиом матки, и, как правило, является солитарным новообразованием, расположенным под серозной оболочкой и имеющей с ней тесную связь (однако, имеют место и множественные поражения, сочетающиеся с аналогичными процессами в маточной трубе) [Manucha et al., 2015]. Также типичной локализацией является яичник у женщин и придаток яичка у мужчин [Goddard M.J., Grant J.W. 1992; Nogales et al., 2001; Qigley J.C., Hart W.R. 1981].

Термин «аденоматоидная опухоль» был впервые применен в 1945 году Golden и Ash, однако гистогенез опухоли долгое время оставался до конца не выясненным и лишь благодаря современным ультраструктурным и иммуногистохимическим методам удалось доказать её мезотели-

альную принадлежность [Hong et al., 2009]. Морфология опухоли не отличается специфичностью и может симулировать мягкотканые новообразования из других клеток (например, лимфангиому); особое же значение, определяющее прогноз и дальнейшую тактику ведения пациентов, имеет дифференциальная диагностика между аденоматоидной опухолью, протекающей доброкачественно без рецидивов и метастазирования, и вторичным поражением матки метастазами аденокарциномы [Carlier et al., 1986].

Пациентка 42-х лет оперирована по поводу быстрорастущих субсерозных фибромиом тела матки. Два опухолевых узла диаметром 0.5 и 2.5 см мягко-эластичной консистенции, белесовато-серого цвета, дольчатого строения были удалены во время операции.

При микроскопическом исследовании препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, в большем из узлов среди структур типичной лейомиомы определялся очаг из железисто-подобных тубулярных структур, местами сливающихся между собой, с формированием кистозных полостей, выстланных однослойным кубическим эпителием с низкой митотической активностью (рис. 1). В отдельных участках имелись скопления эпителиоидно- и перстневидноподобных клеток. Местами определялись скопления типичных перстневидных клеток, с базофильным, оттесненным на периферию, ядром и оптически «пустой» цитоплазмой. При проведении ШИК-реакции на определение слизи в опухолевых клетках был получен отрицательный результат.

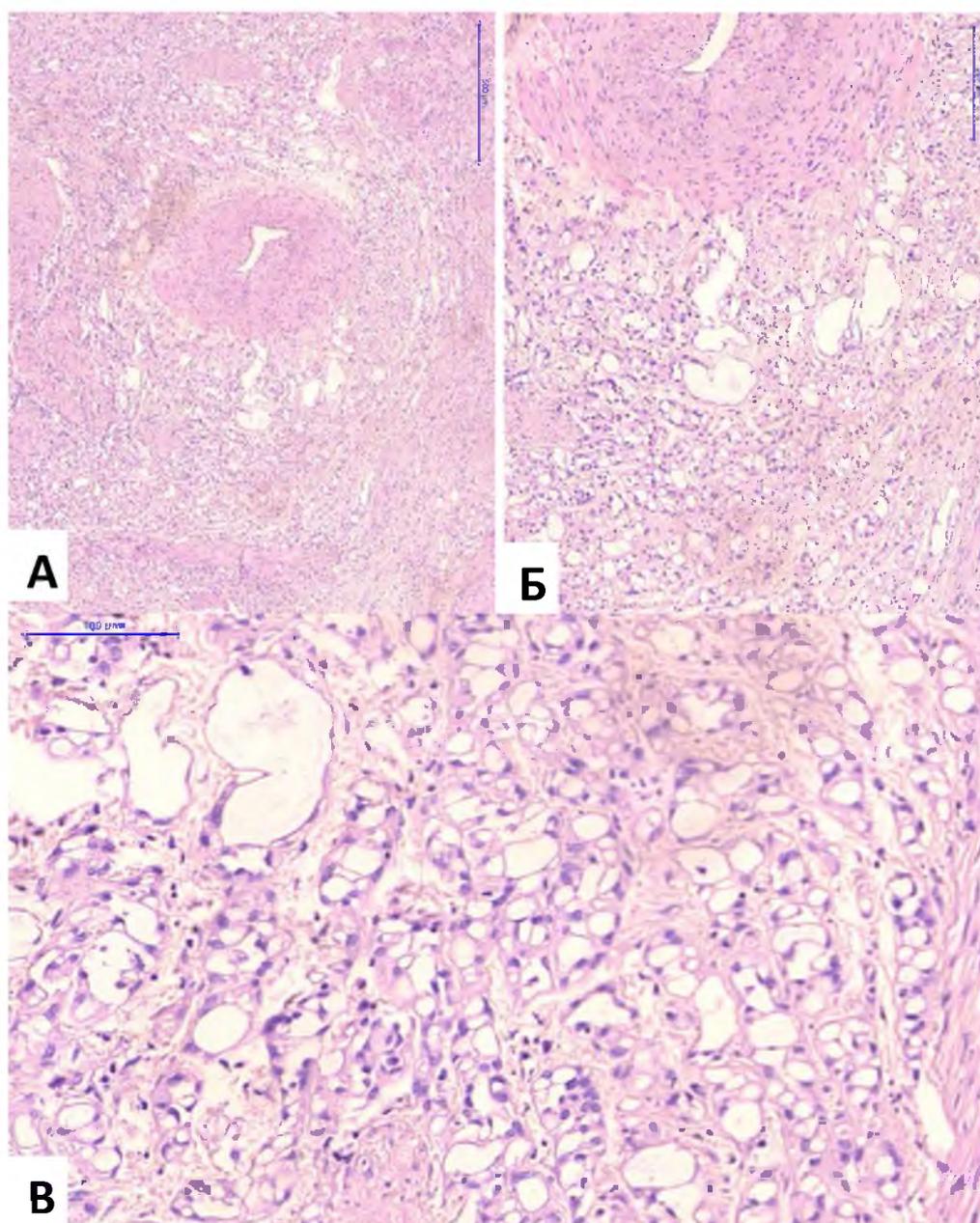


Рис. 1. Аденоматоидная опухоль тела матки: А – $\times 50$, Б – $\times 100$, В – $\times 200$. Окраска гематоксилином и эозином
 Fig. 1. Adenomatoid tumour of uterus: А – $\times 50$, Б – $\times 100$, В – $\times 200$. H & E stain

Иммуногистохимическое исследование выполнено с целью дифференциальной диагностики между мягкоткаными новообразованиями (лейомиома, периваскулярная эпителиоидноклеточная опухоль и др.) и метастазами карциномы с перстневидноклеточной морфологией из невыясненного первичного очага.

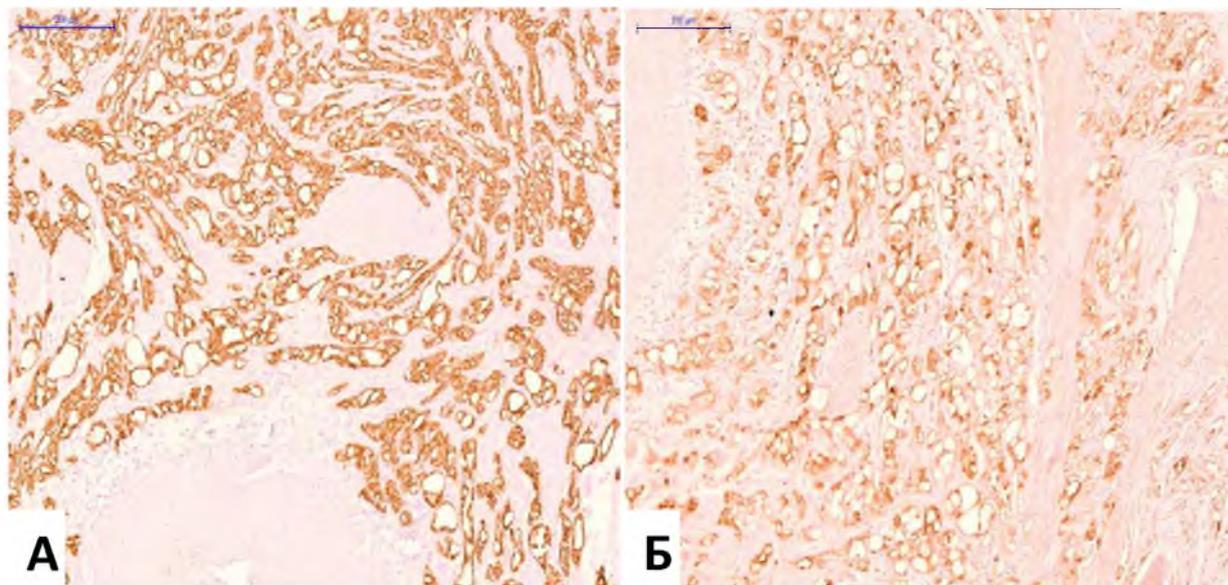


Рис. 2. Иммуногистохимическое исследование: ярко выраженная цитоплазматическая коэкспрессия цитокератина AE1/AE3 и кальретинина; $\times 100$

Fig. 2. Immunohistochemical examination: cytoplasmic expression of AE1/AE3 (A) and calretinin (B); $\times 100$

В опухолевых клетках определялась ярко выраженная цитоплазматическая коэкспрессия цитокератина AE1/AE3 (маркер эпителиальной дифференцировки) и кальретинина (маркер мезотелиальной принадлежности клеток, рис. 2). Реакции на HMB-45 (антиген, ассоциирующийся с ранними стадиями образования меланосомы), CD34 (маркер эндотелиальных клеток сосудов), SMA (маркер определения гладкомышечных опухолей) отрицательные, что позволило исключить лейомиому и периваскулярную эпителиоидноклеточную опухоли, имеющих сходную морфологическую картину (рис. 3-4).

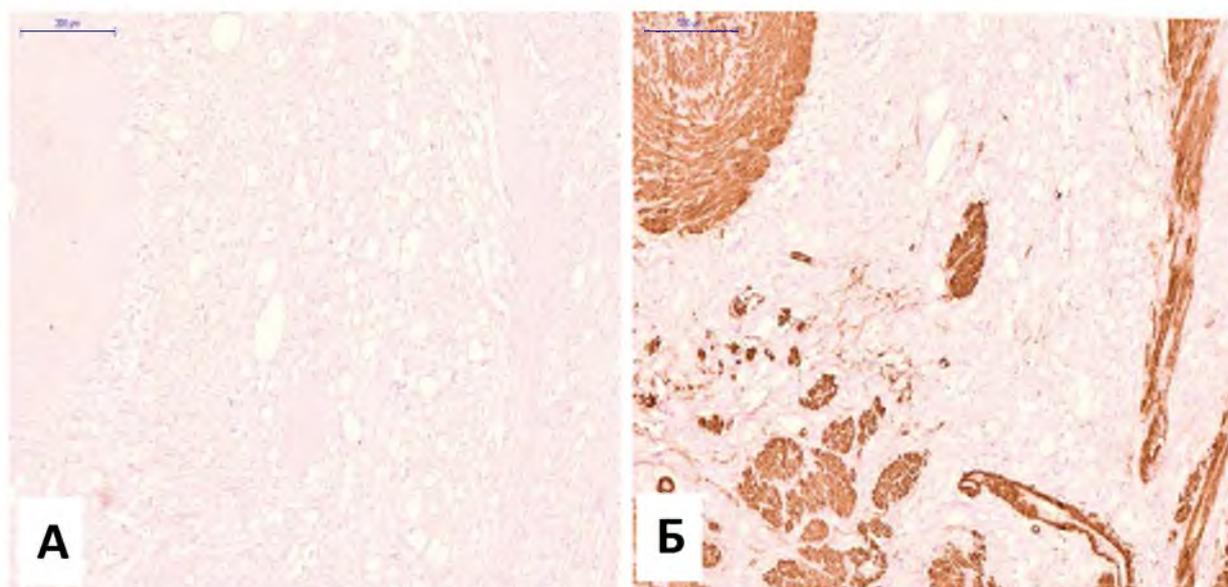


Рис. 3. Отрицательная иммуногистохимическая реакция на HMB-45 (A) и на SMA (B); $\times 100$

Fig. 3. Negative immunohistochemical reaction with HMB-45 (A) and SMA (B); $\times 100$

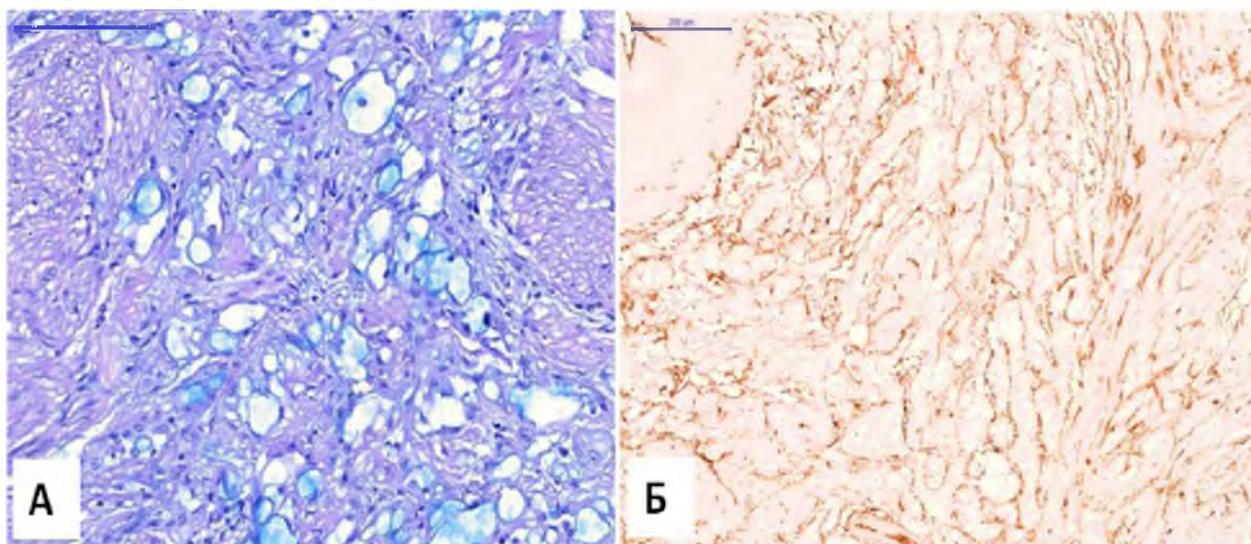


Рис. 4. Отрицательная ШИК-реакция (А) и негативная на CD34; ×200
 Fig. 3. Negative PAS-reaction and immunohistochemical reaction with CD34; ×200

Таким образом, при рутинном микроскопическом исследовании (окраске гематоксилином и эозином) провести дифференцировку между аденоматоидной опухолью тела матки и метастазами перстневидно-клеточного рака не представляется возможным. В подобных сложных в диагностическом плане ситуациях иммуногистохимическое исследование является решающим для постановки окончательного диагноза.

Список литературы References

- Данилова Н.В., Андреева Ю.Ю., Завалишина Л.Э., Кекеева Т.В., Шикеева А.А., Мальков П.Г., Франк Г.А. 2015. Опухоли тела и шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика. Руководство для врачей., под. ред. Ю.Ю.Андреевой, Г.А.Франка.-М.: Практическая медицина. 304.
- Danilova N.V., Andreeva Ju.Ju., Zavalishina L.Je., Kekeeva T.V., Shikeeva A.A., Mal'kov P.G., Frank G.A. 2015. Opuholi tela i shejki matki. Morfologicheskaja diagnostika i genetika. Rukovodstvo dlja vrachej [Tumors of a body and neck of a uterus. Morphological diagnostics and genetics], pod. red. Ju.Ju.Andreevoj, G.A.Franka.-M.: Prakticheskaja medicina. 304. (in Russian)
- Нейпштадт Э.Л., Крулевский В.А. 2009. Дифференциальная диагностика опухолей тела матки. Руководство. СПб. 288.
- Nejshtadt Je.L., Krulevskij V.A. 2009. Differencial'naja diagnostika opuholej tela matki [Differential diagnosis of tumors of a body of a uterus]. Rukovodstvo. SPb. 288. (in Russian)
- Manucha V., Azar A., Shwayder J.M., Hudgens J.L., Lewin J. 2015. Cystic adenomatoid tumor of the uterus. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 11 (4): 967-9.
- Goddard M.J., Grant J.W. 1992. Adenomatoid tumours: a mucin Histochemical and immunohistochemical study. *Histopathology*, 20: 57-71.
- Nogales F.F., Isaac M.A., Hardisson D., Bocincu L., Palacios J., Ordi J., Mendoza E. 2001. Adenomatoid tumours of the uterus: an analysis of 60 cases. *International journal of gynecological pathology*. 21: 34-40.
- Qigley J.C., Hart W.R. 1981. Adenomatoid tumours of the uterus. *American journal of clinical pathology*. 76: 627-635.
- Hong R., Choi D.-Y., Choi S.J., Lim S.-C. 2009. Multicentric infracted leiomyoadenomatoid tumor: a case report. *International journal of clinical and experimental pathology*. 2: 99-103.
- Carlier M., Dardick I., Lagace A., Sreerman V., 1986. Adenomatoid tumor of the uterus: presentation in endometrial curetting. *Int. J. Gynaecol. Pathol*. 5: 69-74.