



Брюшная полость | Abdomen

ISSN 1607-0763 (Print); ISSN 2408-9516 (Online)

<https://doi.org/10.24835/1607-0763-874>

Клиническое наблюдение ганглионевромы у пациента с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта

© Варламова Н.Н. *, Зиновьева Е.Н.

ООО «ПолиКлиника ЭКСПЕРТ»; 197110 Санкт-Петербург, ул. Пионерская, 63, Российская Федерация

Ввиду редкой встречаемости, малого спектра клинических проявлений и неспецифичности изменений инструментально-лабораторных данных диагностика ганглионевром в настоящий момент представляет собой сложнейшую задачу в рутинной практике врача. Ганглионевромы имеют медленный рост, что приводит к длительному бессимптомному течению и, как следствие, затрудняет ее своевременную диагностику. В большинстве случаев ганглионеврома является случайной находкой. Жалобы у данных пациентов носят неспецифический характер и имеют прямую зависимость от локализации процесса. Одним из доступных методов ранней визуализации забрюшинных опухолей является ультразвуковое исследование (УЗИ), что делает профилактическое и регулярное УЗИ актуальным методом своевременного выявления внеорганных новообразований. В статье приводится описание клинического наблюдения выявления ганглионевромы у молодого мужчины с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: ганглионеврома, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, диагностическая визуализация

Авторы подтверждают отсутствие конфликтов интересов.

Для цитирования: Варламова Н.Н., Зиновьева Е.Н. Клиническое наблюдение ганглионевромы у пациента с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Медицинская визуализация*. 2021; 25 (2): 98–101. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-874>

Поступила в редакцию: 10.04.20.

Принята к печати: 19.05.20.

Опубликована online: 01.06.21.

A case of ganglioneuroma in a patient with the pathology of the upper gastrointestinal tract

© Natalia N. Varlamova*, Eugenia N. Zinovyeva

EXPERT Clinic Ltd.; 63, Pionerskaya str., St.-Petersburg 197110, Russian Federation

In view of the rare occurrence, the small spectrum of clinical manifestations and the non-specificity of changes in instrumental and laboratory data, the diagnosis of ganglioneuroma at the moment is a very difficult task for the routine of a doctor. Ganglioneuromas have a slow growth, which leads to a long asymptomatic course and, as a result, complicates its early diagnosis. In most cases, ganglioneuroma is random. Complaints in these patients are non-specific and are directly dependent on localization. One of the available methods for imaging retroperitoneal tumors is ultrasound (ultrasound), which makes preventive and regular ultrasound an indispensable method for early detection of extraorgan formations. This article describes the clinical case of ganglioneuroma in a young man with the pathology of the upper gastrointestinal tract.

Keywords: ganglioneuroma, abdominal ultrasound, diagnostic imaging

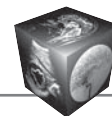
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest. The study had no sponsorship.

For citation: Varlamova N.N., Zinovyeva E.N. A case of ganglioneuroma in a patient with the pathology of the upper gastrointestinal tract. *Medical Visualization*. 2021; 25 (2): 98–101. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-874>

Received: 10.04.20.

Accepted for publication: 19.05.20.

Published online: 01.06.21.



Ганглионевромы (ганглиоглиома, ганглионарная неврома, ганглионарная нейрофиброма, симпатикоцитома) – это зрелые нейрогенные опухоли, исходящие из клеток оболочек симпатических ганглиев. Встречаются относительно редко. Чаще болеют мужчины, в основном в возрасте до 20 лет. Ганглионеврома – это медленно растущая опухоль, протекает бессимптомно, даже достигая больших размеров, и часто обнаруживается случайно. Симптомы ганглионевромы варьируют в зависимости от локализации и величины опухоли. Имеют как доброкачественный, так и злокачественный тип роста, особенно у детей. Способны к рецидивированию и метастазированию [1, 2]. Лечение хирургическое [3, 4]. Прогноз благоприятный.

Механизмы развития ганглионевромы до конца не выяснены. Ученые склоняются к значительной роли в данном вопросе генетического фактора [5, 6].

Наиболее частыми считаются ганглионевромы забрюшинного пространства (32–52% случаев) и заднего средостения (39–43%) [7, 8].

Приводим описание диагностического пути ганглионевромы от случайного выявления до гистологической верификации у молодого мужчины 30 лет с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Пациент обратился в клинику “ЭКСПЕРТ” 07.2018 с жалобами на периодический дискомфорт в эпигастриальной области в течение 10 лет. Поводом для обращения послужила изжога. На основании комплексного клинического исследования, включавшего в себя лабораторно-инструментальные методы диагностики, был поставлен рабочий диагноз: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1–2 степени. Рефлюкс-эзофагит (по Л-А классификации, ст А). Хронический гастрит вне обострения. Бульбит вне обострения. Сопутствующий диагноз: аллергический ринит вне обострения.

По данным предоставленного ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости: экоструктурных изменений органов брюшной полости не выявлено. Назначена патогенетическая и симптоматическая терапия. На контрольный визит пациент не явился.

Спустя 10 мес пациент вновь обратился в клинику “ЭКСПЕРТ” с аналогичными жалобами после “светлого” промежутка. При проведении УЗИ органов брюшной полости на ультразвуковом сканере GE Logiq S 8 экспертного класса в воротах печени выявлено ограниченное гипоэхогенное солидное образование размерами 33 × 33 × 35 мм с четкими ровными контурами, однородной структуры, при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) и энергетическом доплеровском картировании кровотоков не определялся (см. рисунок).

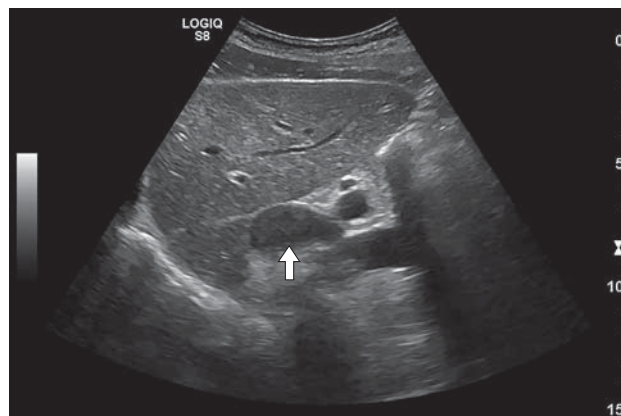


Рисунок. Эхограмма. Ограниченное гипоэхогенное солидное образование в воротах печени (стрелка).

Figure. Ultrasound examination. Delimited hypoechoic solid formation in the gates of the liver (arrow).

Экстравазальной компрессии сосудов (аорты, чревного ствола (ЧС), верхней брыжеечной артерии (ВБА)) не выявлено. Учитывая установленные изменения, пациент направлен на компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с контрастированием для определения распространенности процесса и наличия кальцификатов. На КТ: в области ворот печени выявлено узловое образование с четкими ровными контурами размерами 39 × 34 × 37 мм, денситометрическая плотность около +33 HU, после внутривенного контрастирования до +44 HU. Ткань аналогичных характеристик, без четких контуров, выявлена вокруг ВБА размерами 18 × 12 мм. Изменения расценены как увеличение лимфатических узлов неуточненного характера. Рекомендована консультация онколога. Пациент направлен в специализированное учреждение для определения тактики дальнейшего ведения. Пациенту выполнена совмещенная позитронно-эмиссионная и компьютерная томография (ПЭТ/КТ), при которой в воротах печени определено гиподенное образование, распространяющееся до устья ВБА, общим размером около 42 × 34 × 46 мм с умеренно повышенной метаболической активностью с SUV_{max} 2,54. Также выявлены единичные поднижнечелюстные и верхний яремный лимфоузлы справа с незначительной повышенной метаболической активностью неспецифического генеза. Рекомендована консультация гематолога. Решено провести тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) под эндоскопическим ультрасонографическим (ЭУС) контролем. При ЭУС выявлено образование в воротах размерами 43,8 × 23,2 мм, тесно прилежащее к печени, ограниченное от нее соединительнотканной прослойкой. Расценено как увеличенный лимфоузел (?) или добавочная доля печени (?). При ТАБ исследовано 8 препаратов: злокачественные опухолевые клетки и опухолевые элементы в представленном материале



не обнаружены. При контрольном УЗИ органов брюшной полости: размер образования 25 × 33 × 39 мм, убедительно эхоконтрастные образования по ходу ВБА не определялись, убедительных ультразвуковых данных о стенозе ЧС, ВБА не получено. Коллегиально состояние расценено как опухоль забрюшинного пространства неуточненного генеза. Пациент направлен в отделение онкологии профильного стационара, где на основании данных диагностического комплекса: УЗИ, ЭУС, КТ, ПЭТ/КТ и результатов цитологического исследования, спустя 2 мес после выявления образования, было выполнено оперативное иссечение опухоли забрюшинного пространства в пределах резектабельности образования. Морфологическая картина и иммунофенотип опухоли соответствуют ганглионевроме. На контрольных КТ-снимках через 1 мес после операции: в воротах печени, муфтообразно обхватывая ЧС и ВБА, визуализируется участок с четкими ровными контурами, размерами 24 × 21 × 31 мм, плотностью +27 HU, гиповаскулярный. Складывается впечатление о наличии перегородок в структуре. Расценено как участок остаточной ткани или продолженный рост. При проведении КТ-контроля через 2 мес после операции выявлен участок в воротах печени прежних размеров и плотности – без отрицательной динамики, “свежих” очагов не выявлено. Пациент находится под наблюдением онколога и гастроэнтеролога. Прогноз благоприятный, но не исключен вариант прогрессирования образования.

Сегодня среди широкого спектра диагностических лучевых методов УЗИ является методом выбора. Случайное выявление забрюшинного образования при УЗИ брюшной полости у пациента с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволило не пропустить редкую “немую” патологию и тем самым определить круг диагностических и лечебных мероприятий, направленных на улучшение здоровья пациента. Говоря о пользе ранней диагностики заболеваний, важно правильно использовать алгоритм диагностических инструментов в качестве скринингового исследования. Таким образом, в описанном диагностическом алгоритме имело место сочетание методов медицинской визуализации, где первичным диагностическим звеном явилось УЗИ органов брюшной полости.

Заключение

Сегодня одним из важнейших направлений в медицине является профилактическое. Периодичность обследования направлена на раннее выявление патологии. Одним из методов профилактической медицины можно выделить рутинное, скрининговое УЗИ.

Участие авторов

Варламова Н.Н. – концепция и дизайн исследования, подготовка и редактирование текста.

Зиновьева Е.Н. – проведение исследования, анализ и интерпретация полученных данных, подготовка и редактирование текста.

Authors' participation

Varlamova N.N. – concept and design of the study, text preparation and editing.

Zinovieva E.N. – conducting research, analysis and interpretation of the obtained data, text preparation and editing.

Список литературы [References]

1. Scherer A., Niehues T., Engelbrecht V., Mödder U. Imaging diagnosis of retroperitoneal ganglioneuroma in childhood. *Pediatr. Radiol.* 2001; 31 (2): 106–110. <https://doi.org/10.1007/s002470000381>
2. Retrosi G., Bishay M., Kiely E.M., Sebire N.J., Anderson J., Elliott M., Drake D.P., Coppi Pd., Eaton S., Pierro A. Morbidity after ganglioneuroma excision: Is surgery necessary? *Eur. J. Pediatr. Surg.* 2011; 21: 33–37. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263195>
3. Strother D.R., London W.B., Schmidt M.L., Brodeur G.M., Shimada H., Thorner P., Collins M.H., Tagge E., Adkins S., Reynolds C.P., Murray K., Lavey R.S., Matthay K.K., Castleberry R., Maris J.M., Cohn S.L. Outcome after surgery alone or with restricted use of chemotherapy for patients with lowrisk neuroblastoma: results of Children's Oncology Group study P9641. *J. Clin. Oncol.* 30 (15): 18428, 2012. (<http://dx.doi.org/10.4184/asj.2014.8.1.74>)
4. lehara T., Hamazaki M., Tajiri T., Kawano Y., Kaneko M., Ikeda H., Hosoi H., Sugimoto T., Sawada T.; Japanese Infantile Neuroblastoma Cooperative Study Group. Successful treatment of infants with localized neuroblastoma based on their MYCN status. *Int. J. Clin. Oncol.* 2013; 18 (3): 389–395. <http://dx.doi.org/10.4184/asj.2014.8.1.74>
5. Мартынович Н.Н., Макаров С.В. Диагностика злокачественных новообразований у детей: Учебное пособие; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. Иркутск: ИГМУ, 2013. 129 с. Martynovich N.N., Makarov S.V. Diagnostika zlokachestvennyh novoobrazovaniy u detej: uchebnoe posobie; GBOU VPO IGMU Minzdrava Rossii. Irkutsk: IGMU, 2013. 129 p. (In Russian)
6. Sznawajs A., Pon E., Matthay K.K. Congenital malformation syndromes associated with peripheral neuroblastic tumors: A systematic review. *Pediatr. Blood Cancer.* 2019; 66 (10): e27901. <https://doi.org/10.1002/pbc.27901>
7. Lonergan G.J., Schwab C.M., Suarez E.S., Carlson C.L. Neuroblastoma, ganglioneuroblastoma, and ganglioneuroma: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics.* 2002; 22 (4): 911–934. <https://doi.org/10.1148/radiographics.22.4.g02j115911>
8. Rha S.E., Byun J.Y., Jung S.E., Chun H.J., Lee H.G., Lee J.M. Neurogenic tumors in the abdomen: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics.* 2003; 23 (1): 29–43. <https://doi.org/10.1148/rg.231025050>



Для корреспонденции*: Варламова Наталья Николаевна – 197110 Санкт-Петербург, ул. Красного Курсанта, д. 25, кв. 28.
Тел.: +7-921-924-23-05. E-mail: topsi2005@mail.ru

Варламова Наталья Николаевна – врач ультразвуковой диагностики клиники “ЭКСПЕРТ”, Санкт-Петербург.
<https://orcid.org/0000-0002-9905-4089>

Зиновьева Евгения Николаевна – канд. мед. наук, доцент, главный врач, врач-гастроэнтеролог клиники “ЭКСПЕРТ”, Санкт-Петербург.

Contact*: Natalia N. Varlamova – apt. 28, 25, Krasnogo Kursanta str., St.-Petersburg 197110, Russian Federation. Phone: +7-921-924-23-05.
E-mail: topsi2005@mail.ru

Natalia N. Varlamova – doctor of ultrasound diagnostics of EXPERT Clinic, St.-Petersburg. <https://orcid.org/0000-0002-9905-4089>

Eugenia N. Zinovyeva – Cand. of Sci. (Med.), assistant professor, chief doctor, gastroenterologist of EXPERT Clinic, St.-Petersburg.
