

Горелова Е.М., Сниткин Н.А., Гаглоев В.М., Черников А.Н.

Крестцово-копчиковая тератома IV типа с клиническим проявлением опухоли Вильмса у новорождённого

ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород; Федеральное автономное учреждение высшего профессионального образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

Gorelova E.M., Snitkin N.A., Gagloev V.M., Chernicov A.N.

Neonatal sacrococcygeal teratoma mimicking neuroblastoma

Резюме

В статье описывается случай крестцово-копчиковой тератомы (ККТ) IV типа, клинически проявившаяся как нефробластома. На 8 день после рождения у мальчика на УЗИ была выявлена опухоль правой почки, которая была расценена как нефробластома. Опухоль удалена на 25 день после рождения. При гистологическом исследовании установлен диагноз зрелой тератомы.

Ключевые слова: крестцово-копчиковая тератома, новорожденные, опухоль Вильмса

Summary

The authors report a case of sacrococcygeal teratoma mimicking neuroblastoma. A newborn male delivered after abnormal pregnancy was found to have the tumor of right kidney at 8 days age by postnatal ultrasonography. Imaging studies suggested neuroblastoma. On the 25th day after the birth the tumor was removed at surgery. Histopathologic examination of the tumor showed mature teratoma. We have the first case of neonatal sacrococcygeal teratoma type IV mimicking neuroblastoma.

Keywords: sacrococcygeal teratoma, newborn, neuroblastoma

Введение

Крестцово-копчиковые тератомы – это редкий вид опухоли, встречающейся с частотой 1 на 35 000 - 40 000 новорожденных [5, 7]. Около 75% детей с данным пороком развития – девочки. Среди детей до 1 года жизни с опухолевидными образованиями тератомы составляют 20-25%. В связи с тем, что тератомы развиваются из клеток всех трёх зародышевых листков, локализация тератом обычно бывает экстрагонадной. Крестцово-копчиковый отдел позвоночника является самой частой локализацией тератом (около 40%) [5]. Согласно классификации Американской педиатрической академии выделяют 4 группы крестцово – копчиковых тератом [6].

Анатомо-морфологическая классификация (Альтман, 1973):

I. Наружное расположение опухоли (45-52%)

II. Наружное расположение с внутренним компонентом (33-35%)

III. Малый наружный компонент, преобладает внутреннее расположение (7-9%).

IV. Внутреннее (пресакральное) расположение (7-9%).

Диагностика тератом с наружным компонентом не представляет сложности для детского хирурга, но как

видно из представленной классификации III и IV типы опухоли являются более редкой и скрытой аномалией.

Материалы и методы

Практическую ценность представляет редкий клинический случай. Новорождённый ребенок С., 1 сутки, из анамнеза известно, что мальчик родился от 1 беременности, на сроке гестации 39 недель. Беременность протекала на фоне анемии, отмечалась патологическая прибавка в весе беременной. На 20 неделе беременности женщина перенесла респираторное заболевание. Ультразвуковое исследование плода во время беременности не проводилось. Ребенок родился в тазовом предлежании, с массой тела 3300, длиной 52 см, с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 2/2 балла, через 10 мин. – 5 баллов. Состояние в первые сутки крайне тяжелое за счет синдрома дыхательных расстройств. Выражена одышка, в легких выслушиваются множественные влажные хрипы, стонущее дыхание, атония, арефлексия. Ребенок госпитализирован в отделение реанимации. На 4 сутки состояние стабилизировалось, однако оставалось тяжелым, ребенок вялый, плохо сосёт. Отмечается асимметрия глазных щелей, сглаженность носогубного треугольника.

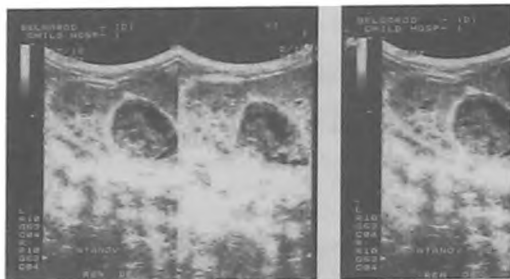


Рис. 1. Кистозное образование в области верхнего полюса правой почки у новорожденного ребенка

Установлено нарушение ликворной динамики 3 ст., перинатальное поражение ЦНС постгипоксического генеза. Проведен курс лечения, направленный на стабилизацию состояния.

Результаты и обсуждение

На 18 сутки после рождения проведено УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: правая почка размерами 58 x 23 мм. В области верхнего полюса правой почки выявлено опухолевидное образование овальной формы 32 x 28 мм, неоднородное по структуре, с жидкостными включениями (рис. 1). Исследование дополнено внутривенной урографией, на которой выявлено, что правая почка расположена обычно, верхний полюс не дифференцируется, собирательная система её не расширена, но смещена в каудальном направлении. В проекции верхнего полюса определяется опухолевидное образование округлой формы размерами 40 x 30 мм с толстой стенкой, однородное по тени. По результатам лучевых методов диагностики нельзя исключить кистозную форму опухоли Вильмса.

После предоперационной подготовки на 27 сутки жизни проведено оперативное вмешательство: срединная лапаротомия. Вскрыта задняя париетальная брюшина. У верхнего полюса правой почки расположена опухоль размерами 40 x 60 мм, имеет кистозно-солитарное строение, не связана с почкой. Опухоль выделена из окружающих тканей и удалена. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением.

При гистологическом исследовании опухоль определена как зрелая тератома с некрозом. Мальчик выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

В течение 5 лет пациент находился на диспансерном учете у онколога областной детской поликлиники. Рецидивов, метастазов опухоли не выявлено. С 8-летнего возраста ребенок наблюдается у нефролога по поводу гипоплазии правой почки, вторичного пиелонефрита.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует трудности диагностики крестцово-копчиковой тератомы IV типа. Для своевременной диагностики следует четко придерживаться выработанного алгоритма, включающего антенатальное УЗИ, постнатальный сонографический скрининг, компьютерную томографию зоны интереса. Показания к пункционной биопсии новообразования для цитологической верификации ограничены в связи с идентичной тактикой при опухолях забрюшинного пространства у новорожденных (тератома, нейробластома, нефробластома и др.), а именно, удаление опухоли по установлению диагноза с последующей морфологической верификацией. ■

Горелова Е.М., врач детский хирург хирургического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород; Сниткин Н.А., заведующий отделением гнойной хирургии ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород; Гаглоев В.М., врач детский хирург хирургического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», доцент кафедры педиатрии с курсом детских хирургических болезней к.м.н., г. Белгород; Черников А.Н., врач детский хирург отделения гнойной хирургии ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», ассистент кафедры педиатрии с курсом детских хирургических болезней, к.м.н., г. Строитель; Автор, ответственный за переписку - Горелова Екатерина Михайловна, 308024 г. Белгород, ул. Августа 44-143, т. 89102038302. E-mail: ekaterina-gorelova@rambler.ru

Литература:

1. Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Волошин В.В. Крестцово-копчиковая тератома плода: фатальный порок или излечимая патология? // Ультразвуковая диагностика, 1997. - № 4. - С. 89-92.
2. Демидов В.Н., Машинцев Н.В. Эхографическая характеристика крестцово-копчиковых тератом (клинические наблюдения) // Пренатальная диагностика, 2008. - №2. - С. 110-116.
3. Дерунова В.И. Тератомы крестцово-копчиковой области у детей // Вестник РГМУ, 2005. - № 3. - С. 109.
4. Ибрагимов Р.Р., Кустов С.М., Лузянин Ю.Ф., Лакунина Е.А. и др. Крестцово-копчиковая тератома. 4-й тип опухоли. Пренатальная диагностика. Динамическое наблюдение и перинатальный исход // Ультразвуковая диагностика. Акушерство. Гинекология. Педиатрия, 2001. - № 4. - С. 302-305.
5. Клеменко В.Н. Внегонадные герминогенные опухоли // Практическая онкология, 2006. - Т.7. - С. - 63-68.
6. Altman R.P. Randolph J.G., Lilly J.R. Sacrococcygeal teratoma // J. Pediatr. Surg, 1974. - V.9. - P. 389-398.
7. Woolley M.M. Тератомы // Детская хирургия / К.У.Ашкрафт, Т.М. Холдер. СПб.: ООО «Раритет», 1999. - Т. 3. - С. 193-207.