

ТРУДНОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ: КИСТА ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ И САРКОИДОЗ

А.В. Леншин, д.м.н., профессор, А.В. Ильин, к.м.н., Е.А. Игнатъева, Л.Ю. Ошур, к.м.н.

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания

Кисты тимуса представляют собой второе по распространенности кистозное поражение средостения (28,6%) и соответствуют 3-5% всех образований средостения. Большинство из них расположены в переднем средостении. Кисты тимуса могут быть врожденными или приобретенными [6, 9]. Врожденные кисты вызваны ретенцией тимо-фарингиального протока, в просвете которого скапливается жидкость или кровь. Кисты воспалительного происхождения крайне редки. При опухолях вилочковой железы (тимоме) возникновение кисты связано с дегенерацией и некрозом опухоли. Больших размеров кисты могут приводить к сдавлению трахеи и нарушению дыхания.

Симптоматика кист вилочковой железы может быть разнообразной – от бессимптомного течения (50-70%), до осложненного. Достигнув известных размеров, кисты могут вызывать медиастинальный "компрессионный" синдром. В некоторых случаях на первый план выходит миастенический синдром [12]. Опасность кист вилочковой железы заключается в риске нагноения, прорыва в плевру, кровотечения [10].

Кисты тимуса встречаются редко и составляют 1-3% всех новообразований средостения [8], а среди всех кистозных образований средостения – встречаются у 15% [4]. Примерно 50% врожденных кист тимуса случайно обнаруживаются в течение первых двух десятилетий жизни [8].

G. Kondov et al., 2017 [3] описывают редкое, по сути дела парадоксальное по своему клиническому течению заболевание, когда у 52 летней женщины, полностью бессимптомной, с профилактических позиций была сделана рентгенограмма грудной клетки. Обнаружена гигантская киста средостения, которая возникла из вилочковой железы и спускалась вниз в обоих плевральных пространствах, особенно в правой половине грудной полости, где располагалась доминирующая часть кисты. Киста была заполнена 2,5 литрами прозрачной жидкости и сдавила окружающие структуры - сердце и оба легких, особенно правое, которое было частично разрушено.

Приобретенные кисты тимуса могут возникать у пациентов после лучевой терапии болезни Ходжкина, в сочетании с опухолями тимуса [2]. Они могут быть однокамерными или многоячеистыми [5].

Некоторые кисты тимуса могут иметь повышенную плотность, если кровотечение или инфекция возникают, как осложнение и могут быть ошибочно диагностированы как твердые (сольдные) образования. Кальцификация стенки кисты встречается в меньшинстве случаев [11].

Собственное клинико-рентгенологическое наблюдение.

Больной Т., 35 лет, жалоб не предъявлял. При рентгенографии по месту жительства случайно обнаружено образование в средостении. Для уточнения диагноза направлен в консультативную поликлинику «Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания». При клиническом осмотре, проведенных функциональных и лабораторных методов исследования, отклонения от нормы не зарегистрировано. Выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с использованием базовых программ постпроцессинговой обработки первичных томографических изображений.

На рисунке предоставлена комбинация из 6 изображений, представляющих собой различные реконструкции постпроцессинга при МСКТ и, для сопоставления с данными томографии - фото послеоперационного макропрепарата.

Рис. (А) - мультипланарное реформирование (МПР) в коронарной проекции (трахео-бронхиальный срез, режим мягкотканного электронного окна). В области левого корня (стрелка) выявляется округлое образование, тесно прилегающее к левому главному бронху. Структура образования неоднородная, в центре - полость, содержащая жидкость (1,0–4,5 НУ), В паренхиме обоих легких визуализируются сгруппированные мелкие гранулематозные уплотнения (кольцевидные обозначения).

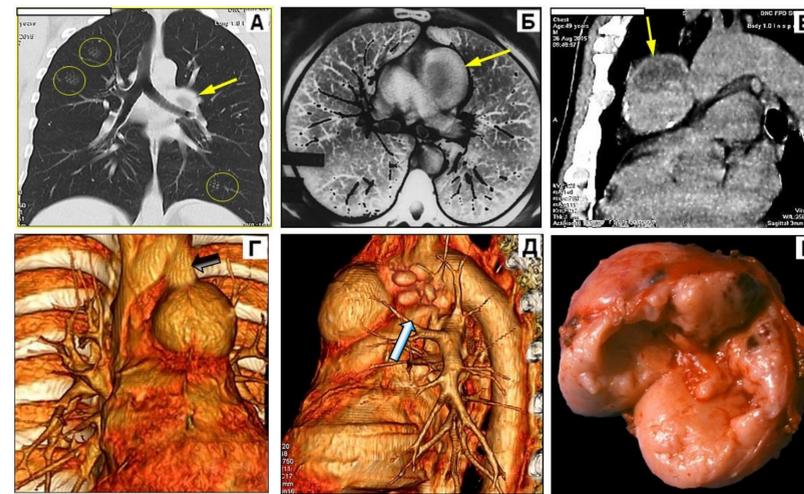
Рис. (Б) – аксиальное сканирование после внутривенного контрастного усиления – визуализируется округлое полостное образование с толстыми стенками, содержащие жидкость. Образование тесно прилежит к контрастированной левой легочной артерии.

Рис. (В) – МПР в левой боковой проекции, корректировка расположения полости – (верхняя половина образования). В стенке образования визуализируется очаговый кальциноз.

Рис. (Г) – объёмный рендеринг в коронарной проекции – левая доля тимуса обозначена белой стрелкой. Отчетливо визуализируется связь образование с левой долей тимуса.

Рис. (Д) - объёмный рендеринг в левой боковой проекции – синей стрелкой обозначены, как случайная находка при данной реконструкции увеличенные медиастинальные лимфоузлы;

Рис. (Е) послеоперационный макропрепарат – обращает на себя внимание полная сопоставимость (идентичность) анатомических и рентгенологических изменений.



Сделано заключение: кистозно-сольдное образование, исходящее из левой доли вилочковой железы, в сочетании лёгочно-медиастинальной формой саркоидоза.

Обсуждение. В данной конкретной ситуации, после проведения МСКТ-исследования, возникли практически непреодолимые (до биопсии) трудности в постановке диагноза. Положение осложнялось тем, что в данном случае имело место сочетанное поражение: кистозное (с сольдным компонентом) образование переднего средостения и не верифицированный (на тот период) легочно-медиастинальный саркоидоз.

По локализации и морфологическим особенностям патологического образования можно предположить два очень похожих по рентгенологическим проявлениям заболевания: а) тератоидная киста, либо б) киста, исходящая из вилочковой железы (кистозная тимоме), сочетающаяся с внутригрудным саркоидозом. Киста, вместе с опухолью вилочковой железы была удалена путем срединной стернотомии. Послеоперационный диагноз: кистозная тимоме в сочетании с саркоидозом. Что касается полостного образования (наряду с сольдным) в вилочковой железе, патогенез его можно предположить, с учетом операционной находки (после операции), что это псевдокиста, в результате перенесенного хронического воспалительного некроза в первоначально доброкачественной опухоли тимуса.

Данная версия в литературе описывается как редкое заболевание при хроническом воспалении ткани тимуса, вовлекающего сосудистую сеть с последующим некрозом [1]. В литературе описывается кистозная трансформация при раке тимуса [7]. Представлено наблюдение, кистозной дегенерации, после лучевой терапии с химиотерапией [2]

Нами, в качестве предоперационного дифференциального диагноза предполагалось три возможного варианта: наличие кистозной тимомы, лимфангиомы (кисты грудного лимфатического протока) и кистозной тератомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Insler J.E., Seder C.W., Pool M. A Case of vanishing thymoma // Ann. Thorac. Surg. 2020. Vol.110, №2. P.e107-e109.
2. Jeung M.Y., et al. Imaging of cystic masses of the mediastinum // Radiographics. 2002. Spec No. P.S79-93.
3. Kondov G., et al. Giant mediastinal thymic cyst. // Pril. (Makedon Akad. Nauk. Umet Odd Med. Nauki). 2017. Vol.38, №2. P.139-145.
4. Le Pimpec-Barthes F., et al. Mediastinal cysts: clinical approach and treatment // Rev. Pneumol. Clin. 2010. Vol. 66, №1. P.52-62. doi:10.1016/j.pneumo.
5. Matsui H., et al. Multilocular thymic cyst with calcification: report of a case // Kyobu Geka. 2019. Vol. 72, №11. P. 962-965.
6. Nakamura S., et al. Multilocular thymic cyst associated with thymoma: a clinicopathologic study of 20 cases with an emphasis on the pathogenesis of cyst formation // Am. J. Surg. Pathol. 2012. Vol. 36, №12. P.1857-1864.
7. Quagliano P.V. Thymic carcinoma: case reports and review // J. Thorac. Imaging. 1996. Vol. 11, №1. P.66-74.
8. Rodrigues C., Afonso A., Fragata J. Epidermoid thymic cyst - a very rare mediastinal mass // Rev. Port. Cir. Cardiorac. Vasc. 2019. Vol. 26, №4. P.267-268.
9. Vargas D., Suby-Long T., Restrepo C.S. Cystic lesions of the mediastinum // Semin Ultrasound, CT MRI. 2016. Vol. 37, №3. P.212-222.
10. Wang X., Li Y., Chen K., Yang F., Wang J. Clinical characteristics and management of primary mediastinal cysts // Thorac. Cancer. 2020. Vol. 11, №9. P.2449-2456.
11. Yamazaki M., Oyanagi K., Umezumi H., Yagi T., Ishikawa H., Yoshimura N. Quantitative 3D shape analysis of CT images of thymoma: a comparison with histological types // Am. J. Roentgenol. 2020. Vol.214. P. 341-347.
12. Yano M., Numanami H., Akiyama T., Taguchi R., Furuta C., Iwakoshi A., Haniuda M. Thoracoscopic thymectomy for large thymic cyst: myasthenia gravis with thymoma concealed by thymic cyst // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2019. Vol. 29, №3. P.e34-e36.