

УДК 616-006.314.03+616.71-002.28-053.2

В.Д. Маліщук, Т.П. Овсійчук, Ф.О. Гаврилюк, Б.О. Ласкавий

Випадок комбінації лімфангіоми з екзостозом лопатки

Херсонська обласна дитяча клінічна лікарня, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.2(59):67-68; DOI 10.15574/PS.2018.59.67

У статті наведений клінічний випадок поєднання лімфангіоми з екзостозом лопатки. Локалізація, розміри екзостозу та деформація підлеглих ребер – все вказує на хронічну травматизацію, що може бути причиною ушкодження та проліферації лімфатичної тканини. З точки зору ембріогенезу обидві вади є порушенням ембріонального розвитку мезодерми, тому неможливо виключити комбіновану пухлину.

Ключові слова: екзостоз, лімфангіома, діти.

Combination of lymphangioma with the scapula exostosis: a clinical case

V.D. Malischuk, T.P. Ovsyichuk, F.O. Gavrilyuk, B.O. Laskaviy*Kherson Oblast Children's Clinical Hospital, Ukraine*

The article presents a clinical case of a combination of lymphangioma with exostosis of the scapula. Localization, exostosis size and deformation of the adjacent ribs – all indicate chronic traumatism, which may be the cause of damage and proliferation of lymphatic tissue. In embryogenesis, both developmental defects are a consequence of violation of the mesodermal embryonic development, therefore it is impossible to exclude a combined tumor.

Key words: exostosis, lymphangioma, children.

Случай комбинации лимфангиомы с экзостозом лопатки

В.Д. Малищук, Т.П. Овсийчук, Ф.О. Гаврилюк, Б.О. Ласкавий*Херсонская областная детская клиническая больница, Украина*

В статье приведен клинический случай сочетания лимфангиомы с экзостозом лопатки. Локализация, размеры экзостоза и деформация подлежащих ребер – все указывает на хроническую травматизацию, что может быть причиной повреждения и пролиферации лимфатической ткани. С точки зрения эмбриогенеза, оба порока являются нарушением эмбрионального развития мезодермы, поэтому невозможно исключить комбинированную опухоль.

Ключевые слова: экзостоз, лимфангиома, дети.

Екзостоз – кісткове або кістково-хрящове розростання на поверхні кістки (у вигляді лінійних або кулястих утворень) [4]. Зазвичай це захворювання не супроводжується ніякими проявами і залишається непомітним, доки не досягне значних розмірів. Найчастіше екзостози виникають у дитячому та юнацькому віці у період фізіологічного росту. У порядку спадання частоти екзостози спостерігаються в ділянці великогомілкової кістки, стегна, малогомілкової кістки, плечової кістки і кісток передпліччя, клубової кістки і лопатки, ключиці тощо. Плеснові і п'ясні кістки страждають рідше, зазвичай при великій кількості екзостозів. Дуже рідко страждає хребет; тоді екзостози ростуть з дужок і поперечних відростків, але ніколи з тіла хребця [1].

Лімфангіома – це доброякісна пухлина, яка походить з лімфатичних судин та характеризується формуванням множинних кіст різного розміру [3]. Незважаючи на те, що ембріологічні події, що ведуть до їх розвитку, залишаються незрозумілими, вони, як

вважають, виникають як доброякісна проліферація ектопованої лімфатичної тканини. Найчастіше зустрічаються у ділянці голови та шиї, у 90% випадків виявляються протягом першого року життя [2].

Наводимо *клінічний випадок* поєднаної патології – лімфангіоми з екзостозом лопатки у дитини.

У хірургічному відділенні Херсонської дитячої обласної клінічної лікарні лікувалася дитина 2003 р.н. зі скаргами на наявність утворення в ділянці спини. При огляді по внутрішньому краю лівої лопатки розташоване утворення до 9,0 см у діаметрі, м'яко-еластичної консистенції, не поєднане зі шкірою. На рентгенограмі органів грудної клітки патології не виявлено. Ультразвукове дослідження новоутворення з дослідженням кровообігу: зліва від кута лопатки до хребта знаходиться велике утворення розміром 88x100x30 мм з множинними перетинками та неоднорідним анехогенним вмістом, наявний посилений кровотік у підлеглих судинах, індекс резистентності 0,5.

Клінічний випадок



Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) установи. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дитини.

Проведено оперативне втручання – видалення лімфангіоми. Післяопераційний перебіг без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. Гістологічний висновок: лімфангіома.

Під час контрольного огляду через шість місяців виявлено утворення у проекції післяопераційного рубця. Проведено багатозрізову комп'ютерну томографію органів грудної клітки – на внутрішній поверхні кута лівої лопатки розташований грибоподібний екзостоз до 3,0 см у діаметрі, оточений кістоподібними утвореннями загальним розміром 55x35x76 мм, що деформує підлеглі ребра. Проведено операцію з резекції кута лопатки з екзостозом, видалення лімфангіоми. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Гістологічний висновок: кістково-хрящовий екзостоз, лімфангіома. Проведено контрольний огляд дитини через рік: скарг немає, післяопераційний рубець без ознак запалення та гіпертрофії, патологічних утворень у проекції рубця та внутрішнього краю лопатки немає. Від контрольної томографії батьки відмовились.

Висновки

Випадкове поєднання цих двох аномалій є малоймовірним. Локалізація, розміри екзостозу та де-

формація підлеглих ребер – все вказує на хронічну травматизацію, що може бути причиною ушкодження та проліферації лімфатичної тканини. Проте літературні джерела описують як можливі ускладнення екзостозів тільки ушкодження прилеглих кровоносних судин з тромбозом та формуванням аневризм [5].

З точки зору ембріогенезу обидві вади є порушенням ембріонального розвитку мезодерми, тому неможливо виключити комбіновану пухлину. На жаль, дані літератури не дають вичерпної відповіді на це питання. Саме це й призвело до затримки зі встановленням діагнозу та проведенням радикального втручання.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Davies A Mark, Pettersson Holger. (2002). Pettersson Holger, Ostensen Harald, (Eds.). Radiography of the Musculoskeletal System. Geneva: World Health Organization. 177, 189.
2. Fonkalsrud EW. Lymphatic disorders (2006). In JL Grosfeld, JA Jr O'Neill, JA Coran, AG Coran (Eds.). Pediatric Surgery. 6th ed. Chicago: Mosby Elsevier: 2137–45.
3. Gedikbasi Ali, Gul Ahmet, Sargin Akif, Ceylan Yavuz. (2007). Cystic hygroma and lymphangioma: associated findings, perinatal outcome and prognostic factors in live-born infants. Archives of Gynecology and Obstetrics. 276;5:491–498. doi 10.1007/s00404-007-0364-y.
4. John S McDonald. (2016). Tumors of the Oral Soft Tissues and Cysts and Tumors of Bone. In McDonald and Avery's (Eds.). Dentistry for the Child and Adolescent. Tenth ed.
5. Vasseur M, Fabre O. (2000). Vascular complications of osteochondromas. J Vasc Surg. 31;3:532–8.

Відомості про авторів:

Малишук Володимир Дмитрович – зав. дитячого хірургічного відділення Херсонської обласної дитячої клінічної лікарні. Адреса: м. Херсон, вул. Українська, 81; тел. (0552) 49-12-65.

Овсійчук Тарас Петрович – лікар-ординатор дитячий уролог, Херсонська обласна дитяча клінічна лікарня. Адреса: м. Херсон, вул. Українська, 81; тел. (0552) 49-12-65.

Комаровський Сергій Венедиктович – лікар-ординатор дитячий уролог, Херсонська обласна дитяча клінічна лікарня. Адреса: м. Херсон, вул. Українська, 81; тел. (0552) 49-12-65.

Гаврилюк Федір Олегович – лікар-ординатор дитячий хірург, Херсонська обласна дитяча клінічна лікарня. Адреса: м. Херсон, вул. Українська, 81; тел. (0552) 49-12-65.

Стаття надійшла до редакції 18.01.2018 р.