

ОПУХОЛЬ ЯЗЫКА НЕЯСНОГО ГИСТОГЕНЕЗА

Рогов Ю.И.¹, Корнев Н.В.², Анищенко С.Л.², Сыантович А.А.²

¹Белорусский государственный медицинский университет

²Городское клиническое патологоанатомическое бюро

Минск, Беларусь

Введение. Несмотря на внедрение в медицинскую практику целого спектра новых морфологических методов диагностики, включая иммуногистохимические и молекулярно-генетические, ряд опухолевых процессов в организме человека в контексте современных классификаций Всемирной Организации Здравоохранения продолжают оставаться нозологиями с неясным гистогенезом.

Цель представляемого сообщения – акцентировать внимание на морфологических особенностях такого редкого процесса, как хондроидная хористома и её отличие от сходных опухолевых процессов в тканевых структурах языка для совершенствования диагностических подходов.

Методы исследования. Объектом для исследования послужил операционный материал удаленной опухоли у пациента женского пола 39 лет. Согласно анамнезу, новообразование появилось в области спинки языка правее срединной линии несколько лет назад. За прошедшее время существенной динамики роста не отмечалось. При клиническом осмотре было обнаружено слегка выступающее опухолевидное образование розового цвета, размером 8,0х4,0 мм, расцененное как фибропапиллома. После резекции материал был зафиксирован в 10% растворе формалина, обработан по стандартной гистологической методике и залит в парафиновые блоки. Микротомные серийные срезы с этих блоков толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и иммуногистохимическими методами.

Результаты и их обсуждение. На гистологических срезах между многослойным плоским эпителием с явлениями гиперплазии, паракератоза, акантоза и мышечной тканью был обнаружен довольно хорошо ограниченный опухолевый узел, округлой формы, окруженный волокнистой соединительной тканью (рисунок 1).

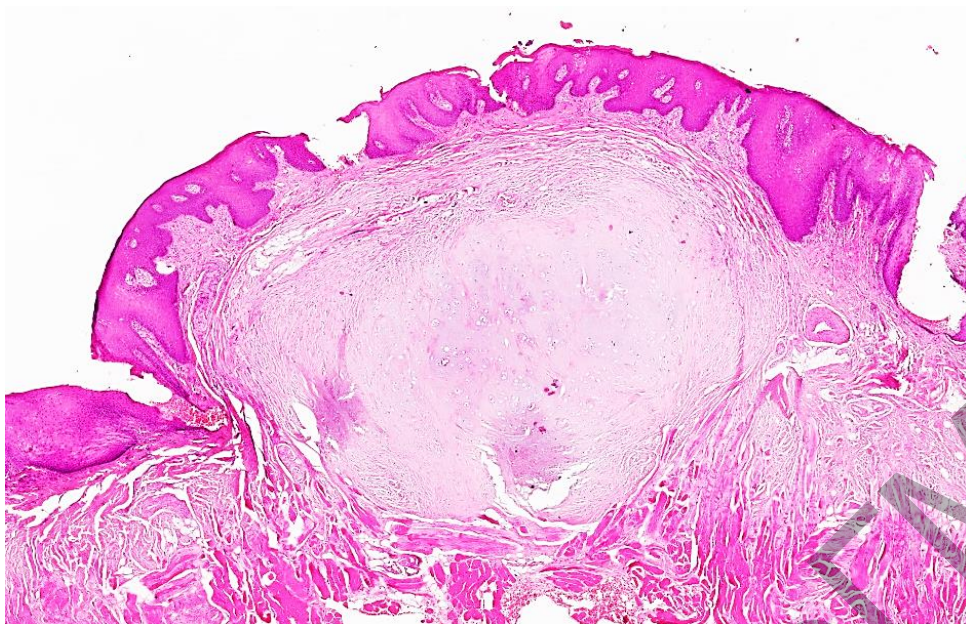


Рисунок 1 – Опухолевидное узловое образование под эпителием с относительно четкими границами. Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение: x40

Он состоял из зрелой ткани гиалинового хряща с нечеткой дольчатостью. Хондроциты варьировали в размерах от малых до больших, имели по одному ядру, располагались среди хондроидного матрикса преимущественно дискретно, без явлений атипии (рисунок 2).

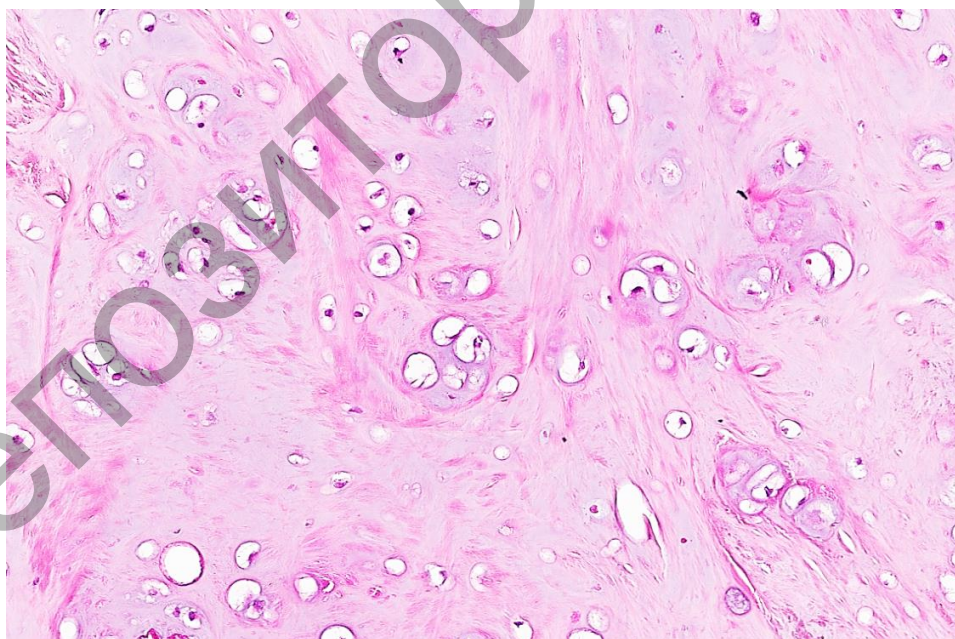


Рисунок 2 – Среди хондроидного, местами волокнистого матрикса определяются хондроциты, расположенные мелкими группами и дискретно. Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение: x200

Митотическая активность и пролиферативный индекс были крайне низкими, некрозы отсутствовали. На одном из серийных срезов рядом с

опухолью определялось увеличенное (утолщенное и извитое) нервное волокно (по типу гиперневрии) (рисунок 3).

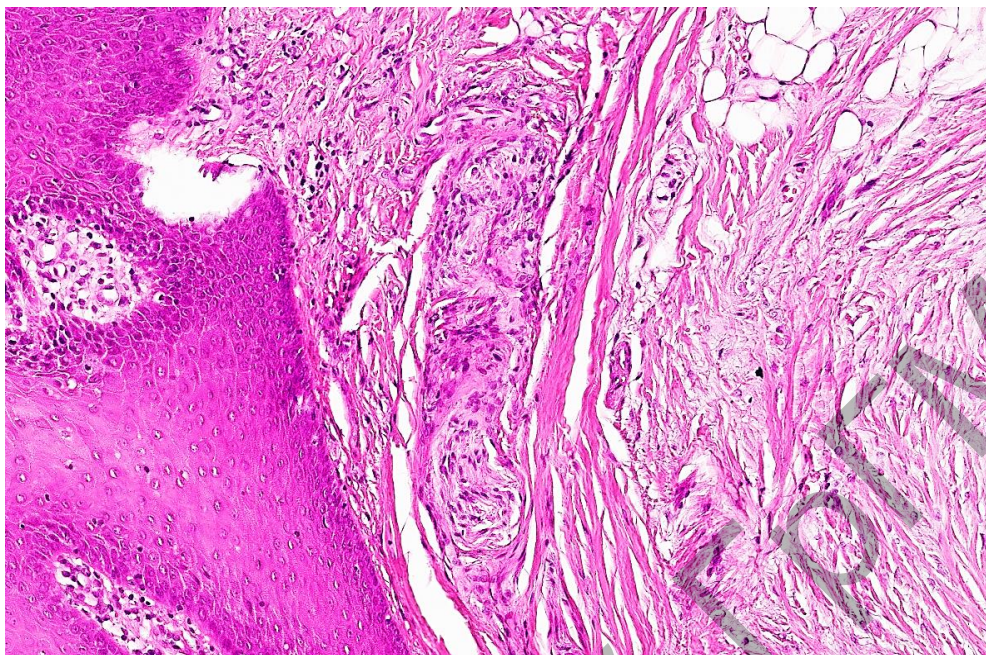


Рисунок 3 – В центре между эпителием слева и опухолевидным узлом справа определяется расположенное вертикально увеличенное нервное волокно.

Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение: x200

Как известно, опухолеподобное образование из зрелой ткани в местах, где последняя в норме отсутствует, относят к хористомам (гетеротопиям). В отличие от них, непропорциональные опухолевидные разрастания из дифференцированных тканей, которые характерны для данной локализации, классифицируются как гамартомы.

Таким образом, необычность наличия зрелого хряща в мягких тканях языка относит этот процесс к хористомам. В доступной литературе имеются описания редких наблюдений разных аномальных образований в языке – костных, щитовидных, сальных и других. Хрящевые хористомы являются довольно редким процессом: в настоящее время описано не более 40 случаев [1]. Термин «хористома» в тканях полости рта был введен в 1971 году S.O.Krolls и соавторами [2, с. 589]. Выделение чисто хондроидного варианта связывают с публикацией D.J.Zegrelli (1977) [3, с. 739], хотя фактически, впервые похожий процесс упомянут в литературе в 1890 году J.Berry под названием «фибро-хондрома языка» [4, с. 81].

Следует отметить, что в данной локализации могут возникать довольно сходные по хондроидности строения опухолевидные образования и истинные опухоли. К ним относятся травматическая хондроматозная метаплазия, хондрома, хондросаркома, плеоморфная аденома, эктомезенхимальная хондромиксоидная опухоль.

Первый из этого списка процесс можно исключить по отсутствию вокруг узла признаков хронического повреждения, воспаления, склероза.

Для опухолей типа хондромы обычно не характерна столь чёткая изолированность среди дифференцированных тканей другого вида, ей присущи более выраженная дольчатость, кластеры хондроцитов. Хондросаркома имеет обычные признаки клеточной и ядерной атипии, повышенной клеточности и митотической активности, инвазивный характер роста.

Плеоморфная аденома, наряду с хондроидными участками, должна иметь и другие характерные элементы. В данном случае отсутствие морфологических эпителиально-клеточных паттернов (трабекулярных, протоковых, кистозных и солидных структур) и миоэпителиальных компонентов, таких как плазмоцитойдные, веретенообразные, эпителиоидные клетки, хондромиксоидной стромы, помогло дифференцировать новообразование от плеоморфной аденомы.

Довольно сходной по клинико-морфологическим характеристикам является эктомезенхимальная хондромиксоидная опухоль. Это редкая доброкачественная неоплазия мягких тканей со склонностью к локализации на дорсальной поверхности языка, как и в рассматриваемом наблюдении, чаще возникающая в той же возрастной группе (40 лет). В настоящее время, согласно классификации опухолей головы и шеи ВОЗ последнего 5-го пересмотра, она также рассматривается как опухоль с неопределённым гистогенезом [5, с. 245]. Но для неё, помимо хондромиксоидного фона, считаются характерными более выраженная дольчатость, пролиферация овальных и веретеновидных клеток, отдельные очаги атипии. Иммуногистохимически она имеет некоторое сходство с плеоморфной аденомой, проявляя позитивность разной степени выраженности к таким маркерам, как GFAP, S100, SMA, p63, PanCK, Desmin, SOX10. В представленном случае наблюдалась только экспрессия, свойственная хрящевой ткани (S100).

Выводы. Хондроидная хористома языка – это редкое доброкачественное новообразование, которое может вызвать необходимость тщательной дифференциальной диагностики со сходными по клиническим и морфологическим проявлениям процессами разной степени злокачественности. Гистогенез этого образования предположительно связан с дисэмбриогенезом [1]. Наличие изменённой аномальной нервной структуры рядом с хористой в приведенном случае вполне может быть подтверждением этой теории. Стандартным методом лечения является хирургическое иссечение, после которого рецидивы отмечены не были.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chondroid choristoma of the tongue. A rare case report / S. Nezam, R. Nishat, S. A. Khan, J. N. Shukla // National Journal of Maxillofacial Surgery. – 2022. – Vol. 13, suppl. 1. – P. S121–S126.
2. Krolls, S. O. Osseous choristomas (osteomas) of intraoral soft tissues / S. O. Krolls, J. R. Jacoway, W. N. Alexander // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1971. – Vol. 32. – P. 588–595.
3. Zegarelli, D. J. Chondroma of the tongue / D. J. Zegarelli // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1977. – Vol. 43. – P. 738–745.

4. Berry, J. Fibro-chondroma of tongue / J. Berry // Transactions of the Pathological Society of London. – 1890. – Vol. 41. – P. 81.

5. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and Neck Tumours / WHO Classification of Tumours Editorial Board. – 5th ed. – Lyon : IARC, 2024. – Vol. 9. – 836 p.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ РОЗАИ-ДОРФМАНА

**Рогов Ю.И.¹, Москвин А.А.², Корнев Н.В.², Сыантович А.А.²,
Анищенко С.Л.², Латушкина М.И.²**

¹*Белорусский государственный медицинский университет*

²*Городское клиническое патологоанатомическое бюро
Минск, Беларусь*

Введение. Болезнь Розаи-Дорфмана представляет собой нелангергансоклоточный гистиоцитоз с различными клиническими проявлениями, в зависимости от вовлечения в патологический процесс тех или иных органов. В редких случаях отмечены первичные поражения кожи. Впервые заболевание было описано J. Rosai и R.F. Dorfman в 1969 году как «синусовый гистиоцитоз с массивной лимфаденопатией» и характеризуется ими в качестве доброкачественной нозологии [1, с. 64]. Позже появились сведения о возможных экстранодальных и диссеминированных поражениях с довольно агрессивным клиническим поведением. В настоящее время, согласно классификации гематолимфоидных опухолей 5-го пересмотра ВОЗ, это название не рекомендовано к употреблению [2, с. 512]. Заболевание относят к гистиоцитарно/макрофагальной группе.

Цель. Представить редкое наблюдение болезни Розаи-Дорфмана в коже и дать описание морфологических особенностей такого поражения для совершенствования диагностических подходов.

Методы исследования. Объектом исследования послужил операционный материал удаленной опухоли у пациента мужского пола 54 лет. Согласно анамнезу, безболезненное новообразование появилось в области туловища несколько месяцев назад в виде слегка выступающего пальпируемого коричневатого узла, безболезненного, медленно увеличивающегося в размерах. Сопутствующих заболеваний (опухолевых, аутоиммунных и других) выявлено не было. После резекции узла материал был зафиксирован в 10% растворе формалина и с клиническим диагнозом «Эпидермальная киста» отправлен на исследование в патологоанатомическое бюро. При макроскопической оценке объекта он представлял собой участок кожи размером 2,5х1,5х1,5 см, с мягким сероватым узлом диаметром около 1,5 см в центре. После вырезки кусочки ткани были обработаны по стандартной гистологической методике и залиты в парафиновые блоки. Микротомные серийные срезы с этих блоков толщиной