

**С. В. Каплунов<sup>1</sup>, А. И. Иванов<sup>2</sup>, О. В. Сучилина<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Волгоградский областной клинический онкологический диспансер;

<sup>2</sup> Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра онкологии с курсом онкологии и гематологии ФУВ

## ВРОЖДЕННАЯ ТИМОЛИПОМА

УДК 616.438-006.6-053.2

Опухоли тимуса у детей – редкая патология. Тимолипома – это доброкачественная опухоль, состоящая из жировой ткани и гиперплазированной ткани тимуса, встречается в 2–10 % всех опухолей тимуса. Мы представляем клинический случай, иллюстрирующий длительное малосимптомное существование тимолипомы у девочки 12 лет, которое можно расценивать как врождённое состояние.

*Ключевые слова: тимолипома, дети, врожденная опухоль*

**S. V. Kaplunov, A. I. Ivanov, O. V. Suchilina**

## CONGENITAL THYMOLIPOMA

Tumors of the thymus in children—a rare pathology. Thymolipoma is a benign tumor consisting of adipose tissue and hyperplastic thymus tissue, found in 2–10 % of all tumors of the thymus. We present a clinical case illustrating the long-term existence of thymolipoma in a 12-year-old girl, which can be regarded as a congenital condition.

*Key words: thymolipoma, children, congenital*

### ВВЕДЕНИЕ

Опухоли тимуса у детей – редкая патология. Тимолипома – это доброкачественная опухоль, состоящая из жировой ткани и гиперплазированной ткани тимуса, встречается в 2–10 % всех опухолей тимуса [2, 4, 6, 7, 9, 11].

Впервые тимолипому у мальчика 13 лет описали в 1937 г. Andrus и Foot [5]. В <sup>2</sup>/<sub>3</sub> наблюдений левая доля тимуса бывает крупнее правой [1], что отчасти объясняет более частое образование опухолей именно в левой доле. Тимолипомы обладают экспансивным ростом, не метастазируют и при полном удалении – не рецидивируют. При росте из левой доли вилочковой железы тимолипома, моделируясь по сердечному контуру, может имитировать кардиомегалию при обзорной рентгенографии грудной клетки [3].

При компьютерной томографии (КТ) тимолипома имеет неоднородную структуру вследствие чередования жировой и железистой тканей, соотношение этих двух видов ткани варьирует в широких пределах, в связи с этим денситометрические показатели тимолипомы колеблются от –80–100 HU – в зонах скопления жира и до +30–+50 HU – в области фиброзной стромы и остатков железистой ткани [3, 8].

УЗИ тимолипомы выявляет отчётливую капсулу и повышенную эхогенность при отсутствии кровотока в доплеровских режимах [13]. Тимолипомы на T1-изображениях МРТ

имеют высокую интенсивность сигнала из-за содержания жировой ткани, а линейные полосы низкой интенсивности сигнала – это участки фиброзной стромы или ткани вилочковой железы, проходящей через тимолипому [10, 11].

Мы представляем клинический случай, иллюстрирующий длительное малосимптомное существование тимолипомы у девочки 12 лет, которое можно расценивать как врождённое состояние.

### ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка 2004 г. р. (12 лет) поступила в детское отделение Волгоградского онкологического диспансера в январе 2017 г.

Из жалоб у девочки отмечено лишь невозможность наряду со сверстниками бегать на длинные дистанции (кросс) в связи с развитием одышки. Впервые рентгенография грудной клетки (Ro ГК) ребенку была выполнена в возрасте 1 г. 5 мес. по поводу явлений бронхита – на левый контур сердца наслаивается тень объёмного образования (рис. 1).

В возрасте 3 лет 7 мес. девочка обследовалась у кардиолога по поводу сохраняющейся «кардиомегалии» (рис. 2). В возрасте 12 лет на фоне очередного бронхита при рентгенографии ГК левый контур сердца деформирован за счёт наложения тени новообразования левого гемиторакса (рис. 3). КТ ГК в январе 2017 г.: образование с ровными чёткими контурами, занимает до <sup>2</sup>/<sub>3</sub> левого геми-

торакса, размеры 12x8x11 см (рис. 4а, б), плотность неоднородная (от  $-7$  до  $+43$  НУ), имеются гиперденсивные включения (кальцинаты) в заднелатеральных отделах опухоли (рис. 4в), образование исходит из левой доли тимуса (рис. 4г), нижняя доля левого лёгкого компремирована, л/узлы средостения не увеличены, жидкости в плевральных полостях и костно-деструктивных изменений нет. Показатели функции внешнего дыхания – в пределах массо-ростовых и возрастных норм.

Биохимические показатели и общий анализ крови – без изменений. АФП = 0,52 МЕ/мл (норма до 5,5). УЗИ брюшной полости – без патологии.

Оперирована 08.02.17 г. – торакотомия слева, удаление опухоли левого гемиторакса, тимэктомия. Наркоз с раздельной бронхиальной интубацией при выключении вентиляции левого главного бронха. Опухоль больших

размеров (до 12x11см), исходит из левой доли тимуса, сдавливает сердце и нижнюю долю левого лёгкого, в диафрагму и в корень левого лёгкого не прорастает. Опухоль острым путём мобилизована, отделена от элементов корня левого лёгкого, диафрагмального нерва, перикарда, дуги аорты – опухоль удалена.

Далее произведена мобилизация оставшихся левой и правой долей тимуса с отделением от медиастинальной плевры правой плевральной полости, тимус удален. Макропрепарат: опухоль плотной консистенции, структура на разрезе солидная с плотными участками кальцинатов (рис. 5).

П/о период гладкий, заживление раны первичное. Пациентка выписана на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии. Рентгенологический контроль ГК через 1 месяц после операции – без патологии (рис. 6).

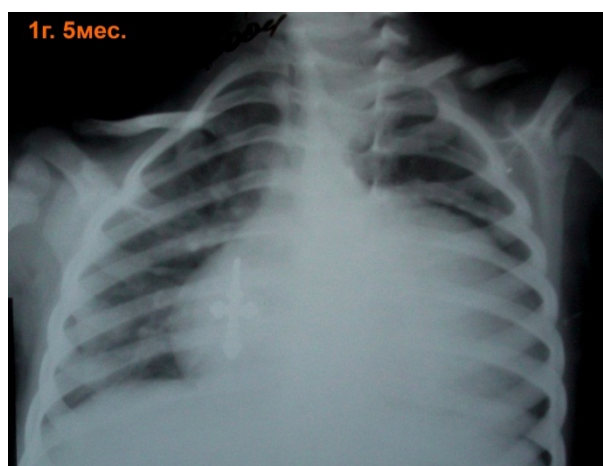


Рис. 1. Обзорная рентгенография грудной клетки в возрасте 1 год 5 месяцев – на левый контур сердца наслаивается тень объемного образования

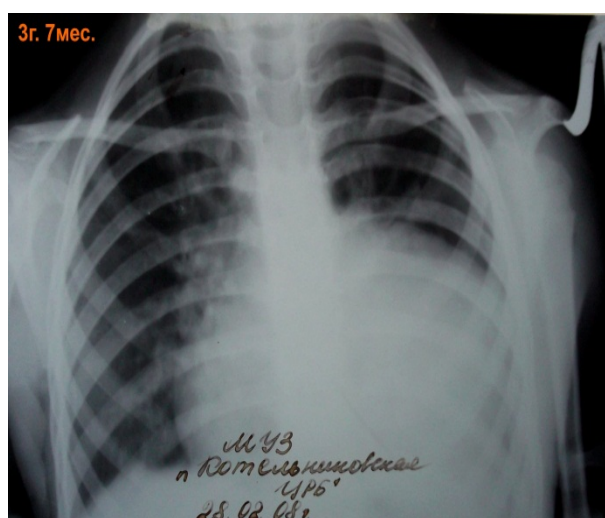


Рис. 2. Обзорная рентгенография грудной клетки в возрасте 3 года 7 месяцев – псевдокардиомегалия

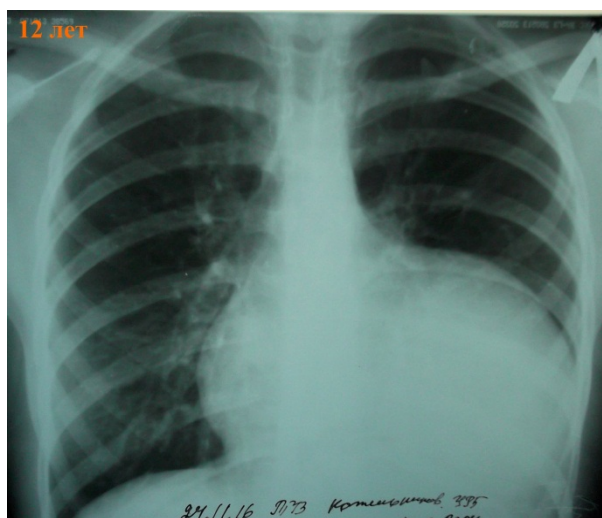


Рис. 3. Обзорная рентгенография грудной клетки в возрасте 12 лет – новообразование левого гемиторакса

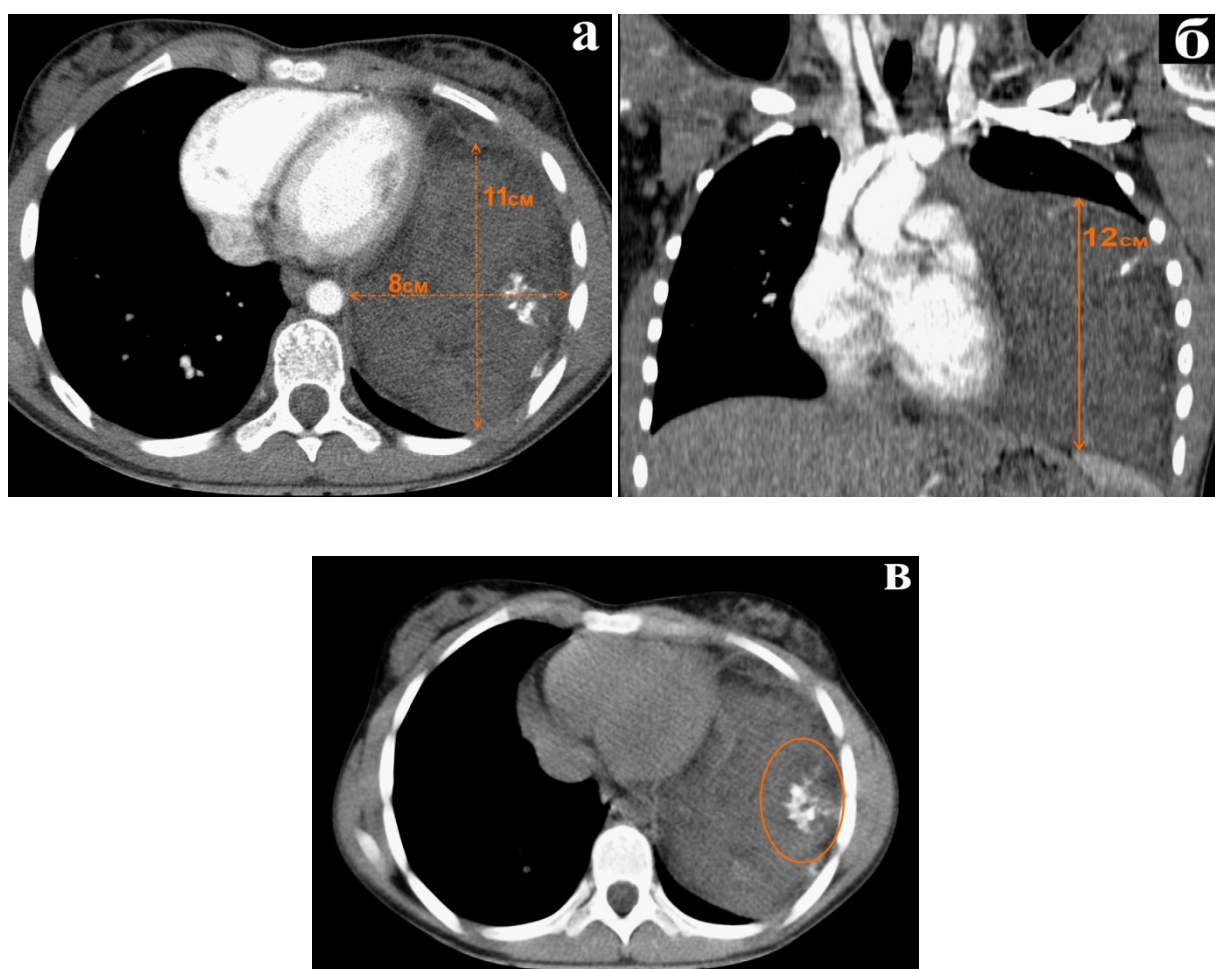


Рис. 4. Срезы КТ ГК: а – аксиальный; б – фронтальный; в – овалом отмечены кальцинаты в структуре опухоли



Рис. 5 Фото макропрепарата – тимолипома рассечена пополам



Рис. 6. Обзорная рентгенография грудной клетки через 1 месяц после операции

Гистологическое исследование: фрагменты ткани тимуса с правильным делением на зоны, множественными тельцами Гассалья, в отдельных срезах ткань тимуса компримирована междольковыми структурами из зрелых адипоцитов, опухоль покрыта тонкой капсулой, встречаются участки фиброза и кальцинации –

тимолипома, М 8850/0, D15.0 (рис. 7а, б); левая и правая доли тимуса — вилочковая железа типичного строения.

Иммуногистохимическое исследование с panCk, S100, TdT, Ki67, гистохимическая реакция PAS – данные за злокачественный процесс не получены.

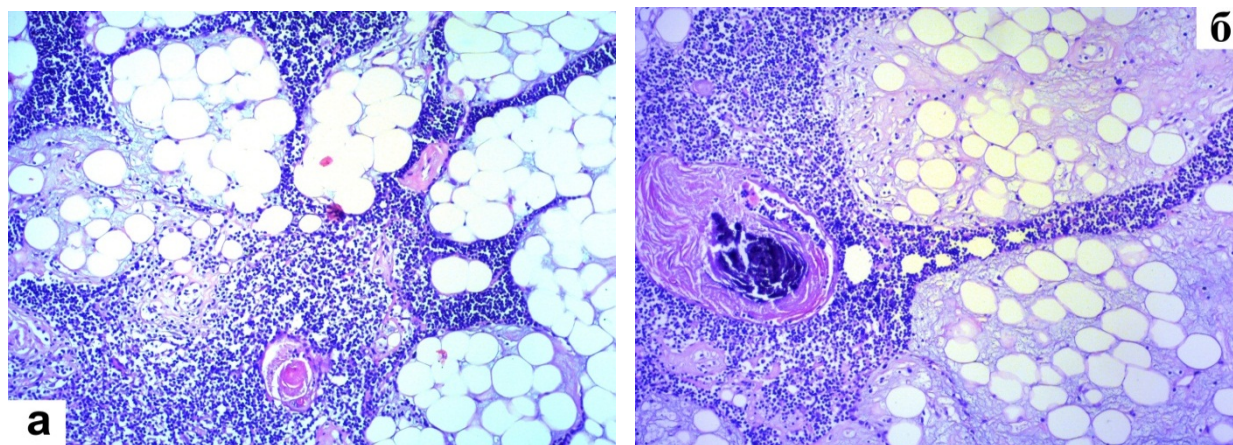


Рис. 7. Гистологическая структура тимополипы.  
Окр. гематоксилином и эозином, ув. x 100

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном нами клиническом случае можно с большой долей вероятности предполагать врожденный характер тимополипы. Единственно возможным вариантом лечения данной опухоли является хирургический, поскольку несмотря на доброкачественный характер тимополипы в ограниченном пространстве средостения, изобилующем жизненно важными органами, любой опухолевый процесс имеет угрозу опасных для жизни осложнений с развитием синдрома медиастинальной компрессии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А. К. Гистопатология вилочковой железы человека / А. К. Агеев. – Л.: Медицина, 1973. – 128 с.
2. Аллахвердян, А. С. Результаты видеоторакоскопической тимомтимэктомии / А. С. Аллахвердян, В. С. Мазурин, А. В. Фролов // Альманах клинической медицины. – 2016. – Т. 44, Спецвыпуск 1. – С. 53
3. Власов П. В. Комплексная лучевая диагностика объемных образований средостения. Ч. I. / П. В. Власов // Медицинская визуализация. – 2005. – № 3. – С. 29–41.
4. Диагностика и лечение опухолей средостения / Ю. В. Чикинев [и др.] // Бюллетень СО РАМН. – 2014. – Т. 34, № 4. – С. 109–114.
5. Кузнецов, И. Д. Рентгенодиагностика опухолей средостения / И. Д. Кузнецов, Л. С. Розенштраух. – М.: Медицина, 1970. – 240 с.
6. Торакоскопические операции при солидных образованиях грудной полости у детей / А. Ю. Разумовский [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2012. – № 3. – С. 11–17.
7. Brown, L. R. Masses of the anterior mediastinum: CT and MR imaging / L. R. Brown, G. L. Aughenbaugh // Amer. J. Roentgenol. – 1991. – Vol. 157, № 6. – P. 1171–1180.
8. Chew, F. S. Mediastinal thymolipoma / F. S. Chew, R. Weissleder // Amer. J. Roentgenol. – 1991. – Vol. 157, № 3. – P. 468.
9. Macchiarini, P. Uncommon primary mediastinal tumours / P. Macchiarini, H. Ostertag // Lancet Oncol. – 2004. – Vol. 5, № 2. – P. 107–118.
10. MR imaging of thymolipoma / N. Matsudaira [et al.] // Magn. Reson. Imaging. – 1994. – Vol. 12, № 6. – P. 959–961.
11. Thymolipoma – a rare mediastinal tumor / R. Wissenbach [et al.] // Chirurg. – 1990. – Vol. 61, № 9. – P. 665–667.
12. Thymolipoma in association with myasthenia gravis / F. Le Marc'hadour [et al.] // Amer. J. Surg. Pathol. – 1991. – Vol. 15, № 8. – P. 802–809.
13. Wernecke, K. Sonographic features of mediastinal tumors / K. Wernecke, S. Diederich // Am. J. Roentgenol. – 1994. – Vol. 163, № 6. – P. 1357–1364.