

## СОЛИТАРНАЯ ФИБРОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**В.В. Барышев, В.Г. Андреев, Э.Д. Акки, Н.Ю. Двинских**

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Обнинск 249036, г. Обнинск, Калужская обл., ул. Королева, 4, e-mail: baryshev@mrrc.obninsk.ru

### Аннотация

Описан редкий клинический случай солидной фиброзной опухоли (СФО) у женщины в возрасте 40 лет. Опухоль локализовалась в правой верхнечелюстной пазухе, распространялась в крыловидную и парафарингеальную область. Выполнено хирургическое лечение в объеме резекции правой верхней челюсти с ревизией крыловидного и окологлоточного пространств. По результатам патоморфологического и иммуногистохимического исследований выявлена СФО без признаков озлокачествления. В настоящее время пациентка наблюдается в течение 12 лет без признаков рецидива и прогрессирования заболевания.

**Ключевые слова:** солитарная фиброзная опухоль, мягкотканые опухоли, мезенхимальные опухоли, опухоли головы и шеи.

Солитарная фиброзная опухоль (СФО) имеет мезенхимальное происхождение и встречается редко, область головы и шеи не исключение. Клинически СФО характеризуются медленным, доброкачественным ростом, малигнизация встречается редко. Современные методы лучевой диагностики не выявляют специфических (для данного вида опухолей) симптомов. Основным методом лечения СФО является хирургический, который обеспечивает хорошие отдаленные результаты. В случае невозможности проведения операции в качестве паллиативного лечения может быть использована лучевая или фотодинамическая терапия [1]. Окончательный диагноз, как правило, устанавливается при иммуногистохимическом типировании опухоли, а также при оценке особенностей ангиоархитектоники операционного материала [2–4].

В нашем Центре мы наблюдали случай СФО альвеолярного отростка верхней челюсти с распространением в крыловидную и парафарингеальную область.

*Больная Ф., 1964 г.р., поступила в клинику в 2004 г. с диагнозом: новообразование правой верхнечелюстной пазухи, альвеолярного отростка правой верхней челюсти с распространением в крыловидное и парафарингеальное пространство справа. При поступлении больная предъявляла жалобы на асимметрию лица, наличие новообразования в полости рта, затруднение открывания рта.*

*Anamnesis morbi:* больна примерно 8–10 мес. Заметила появление припухлости в области 14–15 зубов верхней челюсти справа. По месту житель-

*ства произведена биопсия из первичного очага, в ходе которой выявлена злокачественная опухоль неясного гистогенеза. При консультации гистологических препаратов в нашей клинике установить точную природу опухоли также не удалось.*

*Status localis:* лицо асимметричное за счет припухлости в щечной, околоушно-жевательной области справа (рис. 1).

При эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки структурных изменений не выявлено. Мезофарингоскопия: бугристое новообразование плотной консистенции, поражает альвеолярный отросток верхней челюсти справа, на уровне 14–15 зубов, распространяется на слизистую оболочку щеки, кзади инфильтрирует ретроалвеолярное пространство и мягкое небо до средней линии.

Зев деформирован за счет выбухания боковой стенки глотки справа. Гортаноглотка и гортань без особенностей. Околоушные области, наружные слуховые проходы без изменений. Регионарные группы лимфоузлов шеи не увеличены, их экоструктура без особенностей.

При спиральной компьютерной томографии черепа выявлено, что новообразование поражает альвеолярный отросток правой верхней челюсти, распространяется в крыловидное и парафарингеальное пространство справа, деформируя просвет ротоглотки (рис. 2).

В плане комбинированного лечения, учитывая невозможность исключения злокачественной природы процесса, больной проведен концентрированный курс дистанционной лучевой терапии



Рис. 1. Внешний вид больной, асимметрия лица за счет припухлости в щечной области справа

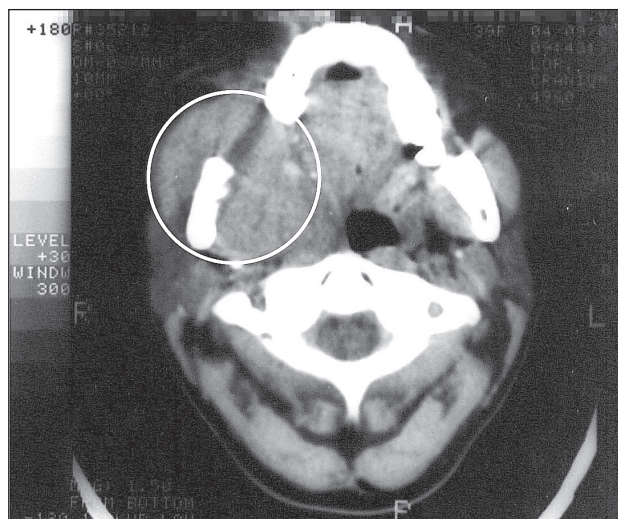


Рис. 2. СКТ. Объемное образование, поражающее альвеолярный отросток правой верхней челюсти с распространением в крыловидную и парафарингеальную область справа, просвет ротоглотки деформирован

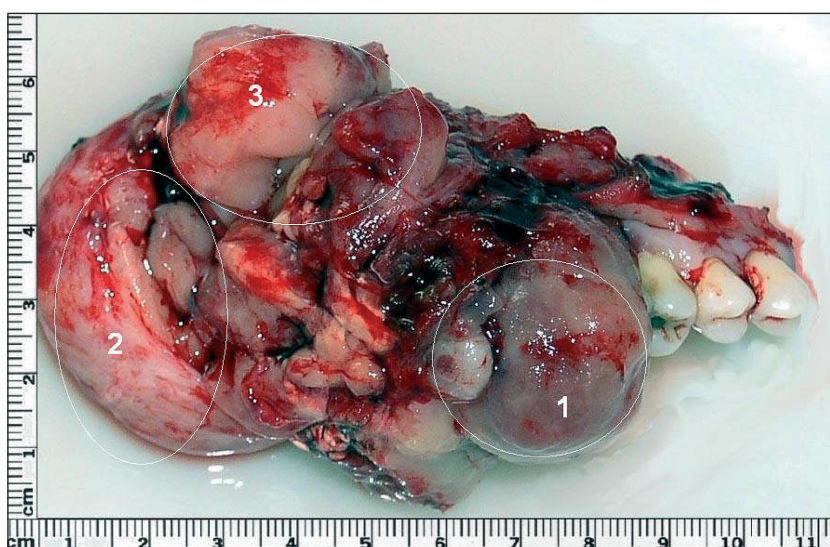


Рис. 3. Удаленный макропрепарат

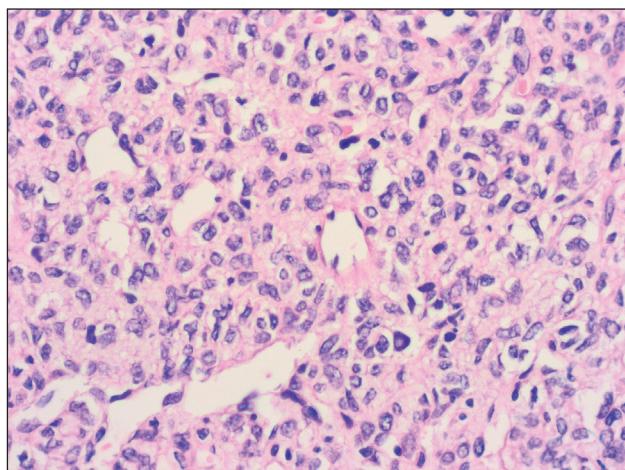


Рис. 4. Микрофото. Опухоль солидного строения из клеток с овоидными или веретеновидными ядрами. Окраска гематоксилином и эозином.  $\times 400$

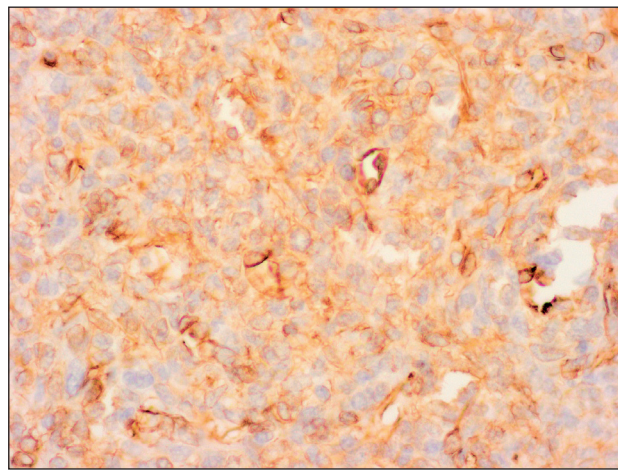


Рис. 5. Микрофото. ИГХ-исследование. Положительная экспрессия виментина.  $\times 400$



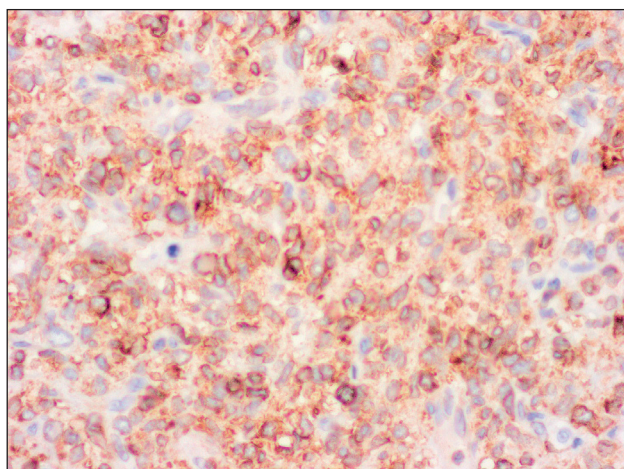


Рис. 6. Микрофото. ИГХ-исследование. Положительная экспрессия Bcl-2. ×400

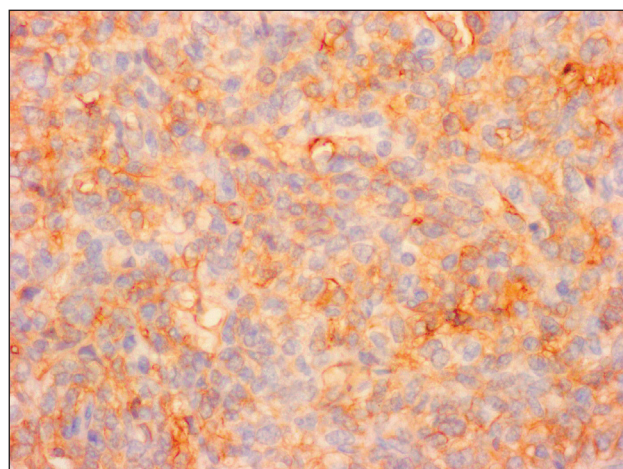


Рис. 7. Микрофото. ИГХ-исследование. Положительная экспрессия CD34. ×400

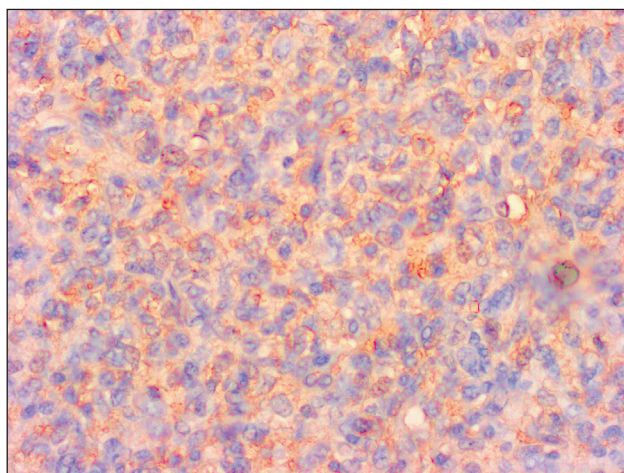


Рис. 8. Микрофото. ИГХ-исследование. Положительная экспрессия CD99. ×400

(по 6 Гр 2 раза) в суммарной очаговой дозе 12 Гр с последующей операцией в объеме резекции правой верхней челюсти, ревизией крыловидного и окологлоточного пространств справа (рис. 3). Использовался хирургический доступ по Вельпо.

При гистологическом исследовании обнаружена опухоль солидного строения из клеток с овоидными или веретеновидными ядрами, дисперсным хроматином, бледной цитоплазмой, имеющих нечеткие

границы. Клетки опухоли окружают расширенные тонкостенные разнокалиберные сосуды, которые формируют продолжительные ветвящиеся сети. Встречаются единичные фигуры митоза. На некоторых участках возможно появление гиалинизированных сосудов и миксоидных полей (рис. 4).

При иммуногистохимическом исследовании в опухолевых клетках выявлена экспрессия виментина (рис. 5), Bcl-2 (рис. 6), CD34 (рис. 7), слабая очаговая экспрессия CD99 (рис. 8), не выявлено экспрессии CD68, NSE, S-100, SMA, десмина, мышечного актина, мультицитокератинов, ЕМА, фактора VIII.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии на 15-е сут после хирургического лечения. Больная наблюдается в течение 12 лет. Признаков рецидива опухоли не выявлено, зоны регионарного метастазирования без патологических изменений.

Данное клиническое наблюдение подтверждает редкую встречаемость СОФ головы и шеи. Использование иммуногистохимического типирования опухоли может увеличить число точных диагнозов до начала лечения. Основным методом лечения СФО является хирургический, который обеспечивает высокие отдаленные результаты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Казанцева К.В., Молочков А.В., Молочков В.А., Сухова Т.Е., Прокофьев А.А., Каприн А.Д., Галкин В.Н., Иванов С.А., Каплан М.А., Романко Ю.С., Попучиев В.В. Саркома Капоши: патогенез, клиника, диагностика и современные принципы лечения. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015. Т. 18, № 1; 7–15.
2. Горбань Н.А., Попучиев В.В., Барышев В.В. Прогностические критерии течения плоскоклеточного рака гортани (обзор литературы). Опухоли головы и шеи. 2013; 1: 33–38.

3. Bowe S.N., Wakely P.E. Jr., Ozer E. Head and neck solitary fibrous tumors: diagnostic and therapeutic challenges. Laryngoscope. 2012 Aug; 122 (8): 1748–55. doi: 10.1002/lary.23350.

4. Барышев В.В., Андреев В.Г., Акки Э.Д., Двинских Н.Ю., Кондрашова Л.М. Солитарные фиброзные опухоли головы и шеи. Обзор проблемы. Сибирский онкологический журнал. 2016; 15 (1): 67–72.

Поступила 25.04.16

Принята в печать 30.06.16

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Барышев Владимир Викторович**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения лучевого и хирургического лечения заболеваний верхних дыхательных путей, Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (г. Обнинск, Россия). E-mail: baryshev@mrnc.obninsk.ru. SPIN-код: 9853-3780.

**Андреев Вячеслав Георгиевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением лучевого и хирургического лечения заболеваний верхних дыхательных путей, Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (г. Обнинск, Россия). E-mail: andreev@mrrc.obninsk.ru. SPIN-код: 9163-8490.

**Аkki Эрнест Диляверович**, научный сотрудник отделения лучевого и хирургического лечения заболеваний верхних дыхательных путей, Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (г. Обнинск, Россия). SPIN-код: 3225-2078.

**Двинских Нина Юрьевна**, кандидат медицинских наук, заведующая отделением патологической анатомии, Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (г. Обнинск, Россия). AuthorID: 149539.

**Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о котором необходимо сообщить**

## SOLITARY FIBROUS TUMOR OF THE MAXILLARY SINUS: A CASE REPORT

**V.V. Baryshev<sup>1</sup>, V.G. Andreev<sup>1</sup>, E.D. Akki<sup>1</sup>, N.Yu. Dvinskikh<sup>1</sup>**

A. Tsyb Medical Radiological Research Center – branch of the National Medical Research Radiological Center, Russia, Obninsk<sup>1</sup>

4, Korolev Street, 249036-Obninsk, Kaluga region, e-mail: baryshev@mrrc.obninsk.ru

### Abstract

We report a rare case of a solitary fibrous tumor of the maxillary sinus with extension into the right pterygomaxillary and parapharyngeal spaces in a 40-year old woman. The patient underwent surgical resection of the right maxilla and removal of the tumor from the pterygomaxillary and parapharyngeal spaces. Histological and immunohistochemical examinations revealed a solitary fibrous tumor with no evidence of malignancy. At the 12-year follow-up, the patient showed no signs of recurrence and disease progression.

**Key words:** solitary fibrous tumor, soft tissue tumors, mesenchymal tumors, head and neck tumors.

### REFERENCES

1. Baryshev V.V., Andreev V.G., Akki E.D., Dvinskikh N.Yu., Kondrashova L.M. Head and neck solitary fibrous tumors. *Siberian Journal of Oncology*. 2016; 15 (1): 67–72. [in Russian]
2. Kazantseva K.V., Molochkov A.V., Molochkov V.A., Sukhova T.E., Prokofyev A.A., Kaprin A.D., Galkin V.N., Ivanov S.A., Kaplan M.A., Romanenko Yu.S., Popuchiev V.V. Kaposi's sarcoma: pathogenesis, clinical variants, diagnosis and current treatment approaches. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2015; 18 (1): 7–15. [in Russian]

3. Bowe S.N., Wakely P.E. Jr., Ozer E. Head and neck solitary fibrous tumors: diagnostic and therapeutic challenges. *Laryngoscope*. 2012 Aug; 122 (8): 1748–55. doi: 10.1002/lary.23350.

4. Gorban N.A., Popuchiev V.V., Baryshev V.V. Prognostic factors for squamous cell laryngeal carcinoma (a review of the published literature). *Head and Neck Tumors*. 2013; 1: 33–38. [in Russian]

Received 25.04.16  
Accepted 30.06.16

### ABOUT THE AUTHORS

**Baryshev Vladimir V.**, MD, PhD, Senior Researcher, Department of Radiation and Surgical Treatment of the Upper Respiratory Tract Diseases, A.F. Tsyba Medical Radiology Research Center – branch of the National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Healthcare (Obninsk, Russia). E-mail: baryshev@mrrc.obninsk.ru. SPIN-code: 9853-3780.

**Andreev Vyacheslav G.**, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Radiation and Surgical Treatment of the Upper Respiratory Tract Diseases, A.F. Tsyba Medical Radiology Research Center – branch of the National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Healthcare (Obninsk, Russia). E-mail: andreev@mrrc.obninsk.ru. SPIN-code: 9163-8490.

**Akki Ernest D.**, MD, Researcher, Department of Radiation and Surgical Treatment of the Upper Respiratory Tract Diseases, A.F. Tsyba Medical Radiology Research Center - branch of the National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Healthcare (Obninsk, Russia). SPIN-code: 3225-2078.

**Dvinskikh Nina Yu.**, MD, PhD, Head of the Department of Pathological Anatomy, A.F. Tsyba Medical Radiology Research Center – branch of the National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Healthcare (Obninsk, Russia). AuthorID: 149539.

**Authors declare lack of the possible conflicts of interests**