

# Лапароскопическая адреналэктомия при миелолипоме надпочечника (2 клинических случая)

В.Н. Дубровин, А.В. Егошин, А.Ю. Зуев, Н.Ю. Новоселов

ГБУ РМЭ «Республиканская клиническая больница»; Россия, 424037 Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33

Контакты: Василий Николаевич Дубровин vndubrovin@mail.ru

Миелолипома надпочечника — редкое доброкачественное заболевание, имеющее особенности гистологической картины и в лучевой диагностике. Значительные размеры опухоли, подозрение на малигнизацию и угроза кровотечения служат показаниями для лапароскопической адреналэктомии. В настоящей статье представлены 2 клинических случая лапароскопической адреналэктомии при миелолипоме надпочечника.

**Ключевые слова:** опухоль надпочечника, миелолипома надпочечника, лапароскопическая адреналэктомия

DOI: 10.17650/1726-9776-2017-13-2-121-123

## Laparoscopic adrenalectomy for adrenal myelolipoma (2 clinical cases)

V.N. Dubrovin, A.V. Egoshin, A.Yu. Zuev, N.Yu. Novoselov

Republican Clinical Hospital; 33 Osipenko St., Yoshkar-Ola 424037, Russia

Adrenal myelolipoma is a rare benign tumor with characteristic histological and radiological picture. Significant tumor size, suspicion of malignancy, and danger of bleeding are indications for laparoscopic adrenalectomy. In this article, we present 2 clinical cases of laparoscopic adrenalectomy for adrenal myelolipoma.

**Key words:** adrenal tumor, adrenal myelolipoma, laparoscopic adrenalectomy

### Введение

Миелолипома — доброкачественное новообразование, которое чаще всего локализуется в надпочечнике, хотя отдельные очаги миелолипоматозной ткани могут встречаться и в других органах. Обычно при гистологическом исследовании опухоль представлена нормальной кроветворной тканью и зрелыми адипоцитами. Миелолипома не является источником кроветворения, но может содержать мегакариоциты, предшественники лейкоцитов и эритроцитов, и считается очагом экстрамедулярного кроветворения. Миелолипома надпочечника чаще встречается у женщин, в соотношении достигает 3–5 % всех опухолей надпочечников [1, 2]. При аутопсии миелолипома обнаруживается в 1 % случаев [3]. Заболевание часто протекает бессимптомно, может проявляться спонтанными кровоизлияниями в надпочечник и брюшинное пространство.

Мы сообщаем о 2 случаях миелолипомы надпочечника, для лечения которых была выполнена лапароскопическая адреналэктомия.

### Описание случаев

В 2016 г. в урологическое отделение Республиканской клинической больницы обратились 2 женщины: **пациентка С.** 24 лет и **пациентка Е.** 59 лет с жалобами

на боли в поясничной области. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) почек, брюшинного пространства и надпочечников у обеих пациенток выявлена опухоль правого надпочечника. По данным анамнеза отягощенной наследственности и других патологических состояний не обнаружено.

Лабораторные исследования проводили по стандартной методике, определяли уровень кортизола, альдостерона и ренина в плазме крови, уровень метанефрина и норметанефрина в суточной моче. Полученные результаты лабораторных исследований не выявили отклонений от нормальных показателей у обеих пациенток.

Проведена мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием (Philips Brilliance), по данным которой у пациентки С. обнаружено опухолевое образование, не накапливающее контраст, размером 61,5 × 52,0 мм, с четким контуром, неоднородной структуры. Окружающая клетчатка не изменена. Почки расположены в обычном месте, нормальных размеров и формы, правая почка смещена книзу за счет опухоли надпочечника (рис. 1). У пациентки Е. выявлена опухоль надпочечника размером 56,9 × 51,5 мм, которая также смещала почку книзу, изменений окружающей клетчатки не обнаружено (рис. 2).

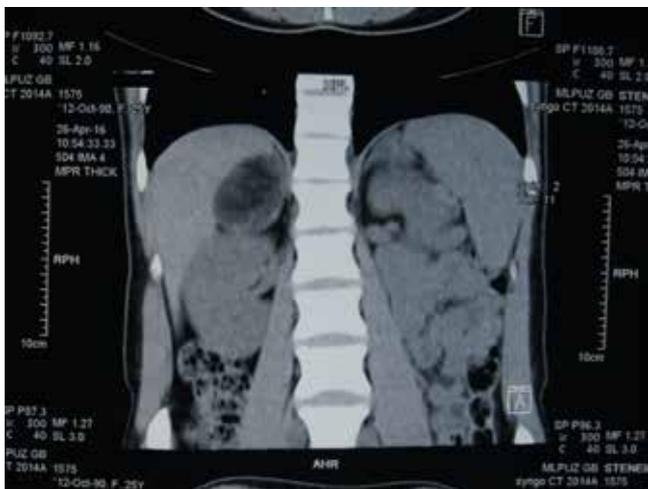


Рис. 1. Пациентка С.: томограмма  
Fig. 1. Female patient S.: tomography image

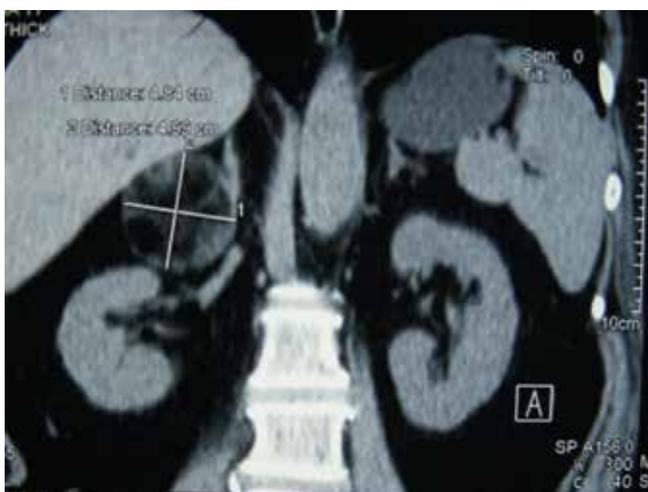


Рис. 2. Пациентка Е.: томограмма  
Fig. 2. Female patient E.: tomography image

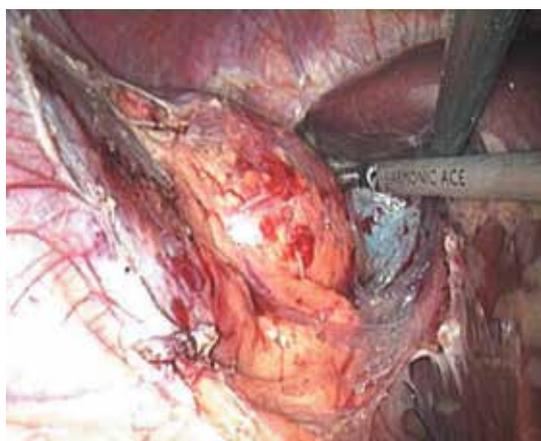


Рис. 3. Пациентка С.: этап лапароскопической адrenaлэктомии. Мобилизация надпочечника с опухолью  
Fig. 3. Female patient S.: a stage of laparoscopic adrenalectomy. Mobilization of the adrenal gland with tumor

С учетом больших размеров опухолей, наличия болевого синдрома и смещения почек обеим пациенткам выполнили лапароскопическую адrenaлэктомию по классической методике (рис. 3).

### Результаты и обсуждение

Длительность операции составила 75 (60–90) мин, кровопотеря – 15 (10–20) мл. Период послеоперационного восстановления протекал без осложнений. Дренаж был удален через 24 ч. Обе пациентки были выписаны из стационара на 6-й день после операции. Морфологическое заключение в обоих случаях однотипно: в препаратах из надпочечника на фоне атрофии его паренхимы определяется зрелая жировая ткань и клеточные элементы различных ростков гемопоэтической ткани: гранулоцитарный, моноцитарный, лимфоидный, эритроцитарный (рис. 4, 5). Дифференциальную диагностику проводили между гетеротопным и экстрамедуллярным кроветворениями и лимфопролиферативными заболеваниями, однако с учетом характерной гистологической картины (наличие зрелой жировой ткани и гранулоцитарных, моноцитарных, эритроцитарных, лимфоидных ростков кроветворения), клинических данных и результатов дополнительных методов исследования (общего анализа крови, УЗИ, компьютерной томографии) установлен диагноз миелолипомы надпочечника.

Миелолипома надпочечника – редкое заболевание, которое встречается, как правило, в одном из надпочечников, образование обычно не достигает размеров >5 см [4]. Опухоль состоит из зрелой жировой и кроветворной тканей [5].

Впервые элементы красного костного мозга в ткани надпочечника в виде опухолевого образования описал E. Girke в 1905 г. Термин «миелолипома» был

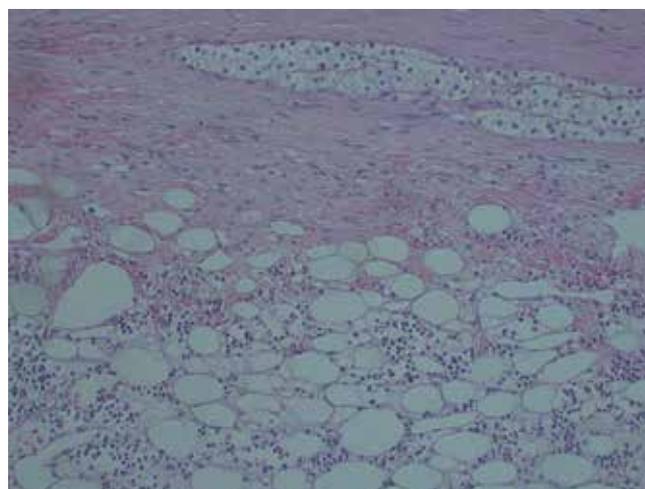
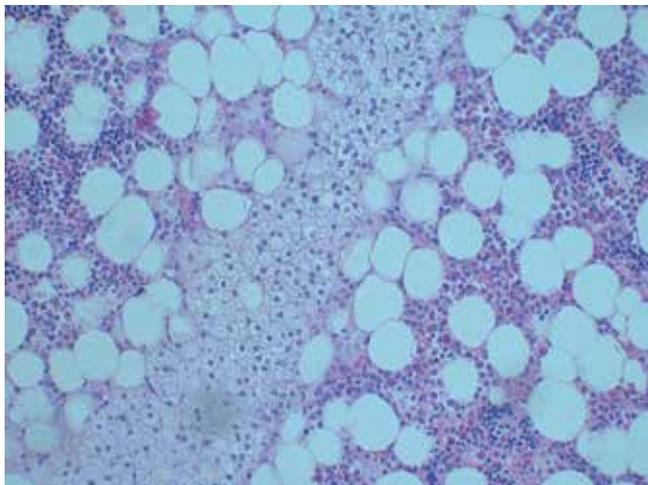


Рис. 4. Пациентка С.: миелолипома надпочечника (окраска гематоксилином и эозином, ×100)  
Fig. 4. Female patient S.: adrenal myelolipoma (hematoxylin-eosin staining, ×100)



**Рис. 5.** Пациентка Е.: миелолипома надпочечника (окраска гематоксилином и эозином,  $\times 100$ )

**Fig. 5.** Female patient E.: adrenal myelolipoma (hematoxylin-eosin staining,  $\times 100$ )

предложен в 1929 г. С. Oberling, который предположил, что возникновение заболевания связано с метаплазией клеток-предшественников, находящихся в стромальной ткани надпочечника. Согласно современным представлениям это может быть результатом деления клеток, сохранившихся в надпочечнике с эмбрионального периода развития под влиянием различных стимулирующих факторов, в том числе связанных со стрессовыми ситуациями [6].

Как правило, миелолипома является гормонально-неактивной опухолью надпочечника, обнаруживается при случайном обследовании и нередко трактуется

как инциденталомы. Однако были описаны случаи, когда опухоль вызывает гипертонию и различные эндокринные нарушения [7, 8]. Миелолипому размером  $>10$  см встречаются крайне редко, всего описано около 10 случаев [9].

Одно из известных осложнений заболевания — внутриопухолевое кровоизлияние, которое может распространяться в забрюшинное пространство и вызывать угрожающее для жизни состояние, гемодинамический шок. В некоторых случаях показанием к хирургическому лечению служит подозрение на злокачественную опухоль надпочечника с явлением кровоизлияния по данным предоперационного обследования [10, 11]. Как правило, заболевание обнаруживается при УЗИ, однако для более точной диагностики применяют спиральную компьютерную томографию, с помощью которой можно четко определить размеры, расположение опухоли, ее плотность, которая в некоторых участках может соответствовать жировой ткани, что требует дифференциальной диагностики с липосаркомой [12].

Оперативное лечение предпринимают при значительных размерах опухоли, угрозе внутреннего кровотечения и подозрении на злокачественный процесс. Как правило, лапароскопическая адреналэктомия является операцией выбора [13].

### Заключение

Таким образом, миелолипома надпочечника — редкая доброкачественная опухоль, имеющая особенности гистологического строения, клинического течения, диагностики и лечения.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Dan D., Bahadursingh S., Harinanan S. et al. Extra-adrenal perirenal myelolipoma. A case report and review literature. *G Chir* 2012;33(3):62–5. DOI: 10.11138/2012.33.5.62-5. PMID: 22525547.
- Sanders R., Bissada N., Curry N., Gordon B. Clinical spectrum of adrenal myelolipoma: analysis of 8 tumors in 7 patients. *J Urol* 1995;153(6):1791–3. DOI: 10.4103/0970-1591.152807. PMID: 7752318.
- Han M., Burnett A.L., Fishman E.K., Marshall F.F. The natural history and treatment of adrenal myelolipoma. *J Urol* 1997;157(4):1213–6. PMID: 9120904.
- Bhansali A., Dash R.J., Singh S.K. et al. Adrenal myelolipoma: profile of six patients with a brief review of literature. *Int J Endocrinol Metab* 2003;1:33–40.
- Clark O.H., Duh Q.Y., Perriet N.D., Jahan T.M. Endocrine tumors. Atlas of Clinical Oncology. BC Decker, 2003.
- Бондаренко В.О., Дэпюи Т.И., Бондаренко Е.В. и др. Миелолипома надпочечников. Эндокринная хирургия 2013;(4):25–38. [Bondarenko V.O., Depyui T.I., Bondarenko E.V. et al. Adrenal myelolipoma. *Endokrinnyaya khirurgiya* = *Endocrine Surgery* 2013;(4):25–38. (In Russ.)]. DOI: 10.14341/serg2013425-38.
- Lin P., Yang F. Bilateral giant adrenal myelolipomas: a case report and literature review. *Chin J Radiol* 2008;33:261–4.
- Wrightson W.R., Hahm T.X., Hutchinson J.R., Cheadle W. Bilateral giant adrenal myelolipomas: a case report. *Am Surg* 2002;68(6):588–9. DOI: 10.1159/000078383. PMID: 12079144.
- Fernandes G.C., Gupta R.K., Kandalkar B.M. Giant adrenal myelolipoma. *Indian J Pathol Microbiol* 2010;53(2):325–6. DOI: 10.4103/0377-4929.64314. PMID: 20551546.
- Chung H., Luo F., Wu T., Tsai Y. Adrenal myelolipoma with spontaneous hemorrhage. *Urol Sci* 2010;21(3):152–4.
- Chakrabati I., Ghosh N., Das V. Giant adrenal myelolipoma with hemorrhage masquerading as retroperitoneal sarcoma. *J Midlife Health* 2012;3(1):42–4. DOI: 10.4103/0976-7800.98818. PMID: 22923980.
- Gerson G., Bêco M. Giant retroperitoneal myelolipoma: case report and literature review. *J Bras Patol Med Lab* 2015:48–51. DOI: 10.5935/1676-2444.20150010.
- Al Hatthi B., Riaz M.M., Al Khalaf A.H. et al. Adrenal myelolipoma a rare benign tumour managed laparoscopically: report of two cases. *J Minim Access Surg* 2009;5(4):118–20. DOI: 10.4103/0972-9941.59312. PMID: 20407573.