



Случай сочетания аденокарциномы верхней доли левого легкого и хондромы диафрагмы

А. В. БАЖЕНОВ, Р. Б. БЕРДНИКОВ, Д. Н. ПИЛЬКЕВИЧ, И. Я. МОТУС,
А. С. БЕРДНИКОВА, И. И. БАДЫКОВ

Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» МЗ РФ, г. Екатеринбург, РФ

РЕЗЮМЕ

Клинический случай сочетания периферического рака легкого и экстраскелетной хондромы из диафрагмы, выявленных у пациента при компьютерной томографии органов грудной клетки, выполненной по поводу обследования после почечной колики. Рентгенологическая картина образований была совершенно различна, и данные процессы были сразу расценены как два патологических процесса.

Ключевые слова: хондрома диафрагмы, аденокарцинома легкого, редкие опухоли диафрагмы, экстраскелетные опухоли

Для цитирования: Баженов А. В., Бердников Р. Б., Пилькевич Д. Н., Мотус И. Я., Бердникова А. С., Бадыков И. И. Случай сочетания аденокарциномы верхней доли левого легкого и хондромы диафрагмы // Туберкулез и болезни лёгких. – 2022. – Т. 100, № 10. – С. 57-61. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-10-57-61>

A Clinical Case of Comorbid Adenocarcinoma of the Upper Lobe of the Left Lung and Chondroma of the Diaphragm

A. V. BAZHENOV, R. B. BERDNIKOV, D. N. PILKEVICH, I. YA. MOTUS,
A. S. BERDNIKOVA, I. I. BADYKOV

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, the Branch of National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Yekaterinburg, Russia

ABSTRACT

The article describes a clinical case of comorbid peripheral lung cancer and extraskeletal chondroma of the diaphragm detected in the patient during chest computed tomography performed as a part of examination after renal colic. The X-ray signs of the masses were completely different, and those lesions were immediately identified as two different pathologies.

Key words: chondroma of the diaphragm, adenocarcinoma of the lung, rare tumors of the diaphragm, extraskeletal tumors

For citations: Bazhenov A. V., Berdnikov R. B., Pilkevich D. N., Motus I. Ya., Berdnikova A. S., Badykov I. I. A clinical case of comorbid adenocarcinoma of the upper lobe of the left lung and chondroma of the diaphragm. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2022, Vol. 100, no. 10, P. 57-61 (In Russ.) <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-10-57-61>

Для корреспонденции:

Баженов Александр Викторович
E-mail: Ai0803@mail.ru

Correspondence:

Aleksandr V. Bazhenov
Email: Ai0803@mail.ru

Хондрома – доброкачественное мезенхимальное образование, состоящее из хондроцитов, образующих хрящевую матрицу [5]. По локализации различают: костную хондрому или остеохондрому, а также хондрому мягких тканей. Данная патология является самой распространенной формой опухоли костей. Около 20-50% всех доброкачественных образований костной ткани составляют остеохондромы [13]. Наиболее часто данный тип опухоли располагается в коротких трубчатых костях [17], а также вокруг коленного и плечевого суставов [10]. Внекостная локализация является редкой формой. Описаны случаи хондромы мягких тканей кистей и стоп [11, 18], яичников [12], фаллопиевых труб [8], легких [16], щек [15], мягкого нёба [7], языка [14], гортани и околоносовой пазухи [4], околоушной железы [2], печени [6]. Хондрома диафрагмы встречается редко. Нами было найдено три сообщения с данной локализацией [1, 3, 9].

Клинический пример

Пациент М. (60 лет) считает себя больным с декабря 2018 г., когда был госпитализирован с приступом почечной колики, после купирования болевого синдрома проведено обследование. При компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) обнаружены периферическое образование верхней доли левого легкого и объемное образование диафрагмы слева. С предварительным диагнозом «периферический рак S₂ левого легкого, образование диафрагмы» направлен в легочно-хирургическое отделение. Из анамнеза: нарушение кровотока в бассейне средней мозговой артерии 2016 г., перелом наружной лодыжки правой голени в 2012 г., перелом внутренней лодыжки правой голени в 2015 г.

Лабораторные анализы на гепатиты В, С, ВИЧ, сифилис отрицательные. Курит в течение 30 лет. Работает водителем-дальнобойщиком в течение 39 лет.

Протокол КТ от января 2019 г.

Слева в S_{1-2} определяется мелкий фокус с бугристо-лучистыми контурами. Его размер $1,4 \times 1,3$ см, плотность $+30,0$ Н. Латерально от него определяются участок фиброза и два обызвествленных очага размером $0,3-0,4$ см, плотностью $+1\ 374,0$ Н.

Трахея и бронхи не сужены. Визуализируются несколько лимфоузлов паратрахеальной группы и аортального окна размером до $0,3-0,5$ см гомогенной структуры. Другие группы внутригрудных лимфатических узлов не прослеживаются. Слева в передних отделах диафрагмы (в грудной клетке и брюшной полости) определяется объемное образование $6,9 \times 6,2$ см с четкими контурами плотностью от $+21,0$ до $+89,0$ Н (глыбки кальция). Синусы свободны. Легочный ствол и его ветви не расширены. Мягкие ткани и костные элементы грудной стенки не изменены. Костно-деструктивных изменений в грудном отделе позвоночника и поясничном отделе позвоночника нет. С декабря 2018 г. по январь 2019 г. динамики по данным КТ ОГК нет (рис. 1 А, Б).

Пациент был обсужден на легочно-хирургической консультации, где было принято решение о

выполнении верхней лобэктомии слева и удалении образования диафрагмы.

Оперативное вмешательство выполнено через боковую торакотомию в 6-м межреберье слева. Плевральная полость была свободна. Междолевая щель в заднем отделе между S_2 и S_6 не выражена. В S_{1-2} определяется образование до 2 см с характерным втяжением плевры. Сегменты удалены с помощью швипающего аппарата. Препарат направлен на срочное гистологическое исследование, заключение – аденокарцинома. Операция расширена до верхней лобэктомии слева с лимфаденэктомией.

При дальнейшей ревизии установлено, что в переднем углу мышечной части диафрагмы определяется очень плотное бугристое образование белесоватого цвета размером 8×6 см.

Диафрагма вскрыта на протяжении 10 см от перикарда до крепления к реберному каркасу. Из мышечной части выделено, частично вылущено образование. На уровне прилегания образования к сальнику имеется уплотнение. Фрагмент сальника в этом месте также удален. Диафрагма ушита нерас-

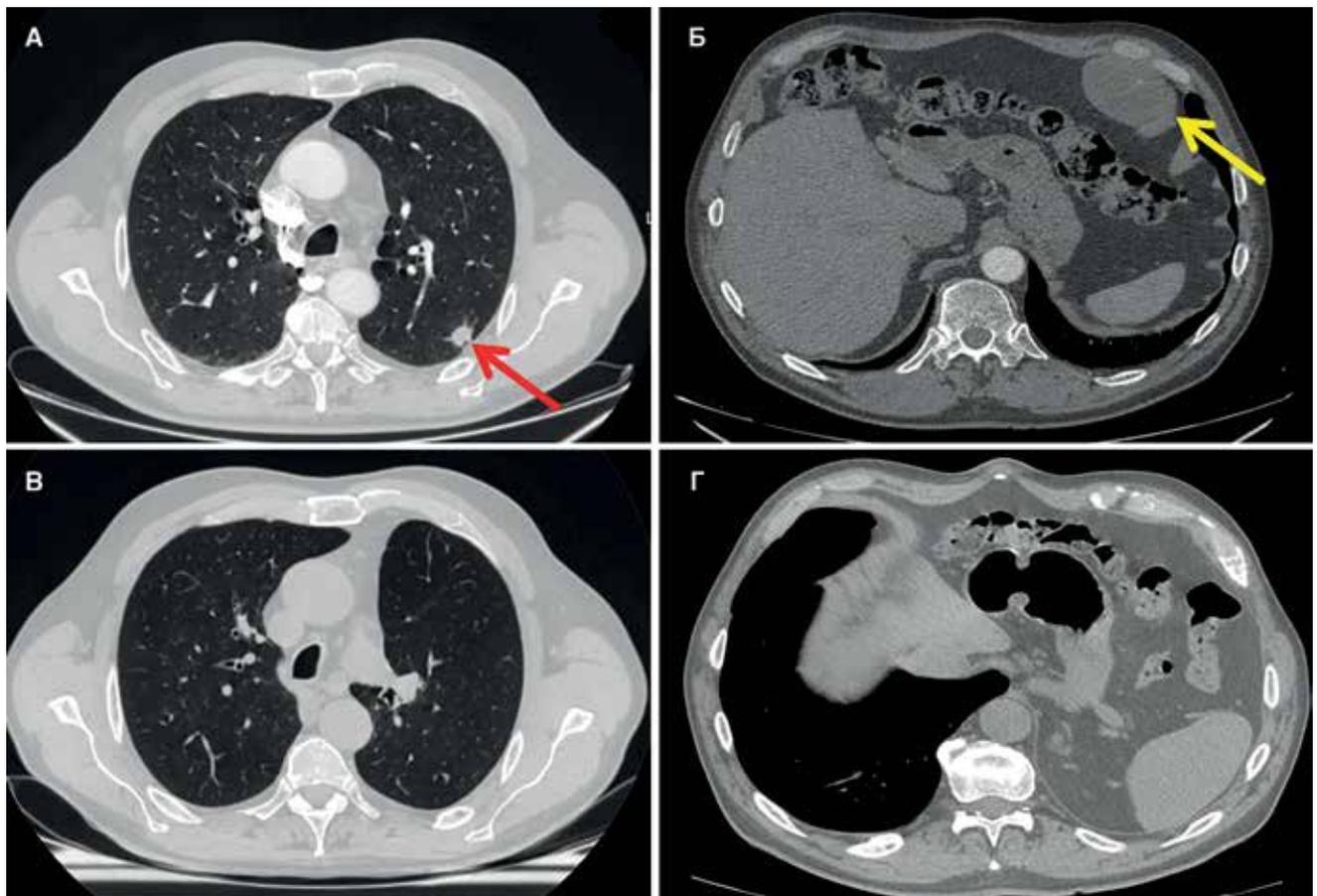


Рис. 1. Пациент М. КТ ОГК. До операции А – периферическое образование верхней доли левого легкого, Б – образование диафрагмы слева. Через 6 мес. после операции – В, Г. Нижняя доля левого легкого выполняет весь объем левого гемоторакса, образования диафрагмы не определяется

Fig. 1. Patient M. Chest CT. Before surgery А – A peripheral mass of the upper lobe of the left lung, Б – A mass in the diaphragm on the left. In 6 months after surgery – В, Г. The lower lobe of the left lung performs the entire volume of the left hemithorax, the mass of the diaphragm is not visualized

сасывающейся нитью в два ряда. Установлен дренаж до купола плевры, рана ушита послойно.

Гистологическое исследование

Образование диафрагмы. Опухоль размером $7 \times 5 \times 4$ см с хондройдной дифференцировкой и миксоидным матриксом. Хондроциты в опухоли расположены неравномерно – встречаются поля запустевания. Митозы в клетках отсутствуют. Выявлены участки некроза в опухолевой ткани (рис. 2 А, Б, В). По периферии узла имеются небольшие участки окостенения и тонкая коллагеновая капсула. Заключение: хондрома диафрагмы. Опухоль вылущена, окружавших ее тканей в препарате нет.

Клетчатка удаленного участка сальника – без существенных морфологических изменений.

Верхняя доля левого легкого – прислана в виде двух фрагментов.

Меньший фрагмент – субплевральный опухолевый узел размером до 2 см, построенный из кубических и низких цилиндрических клеток с гиперхромными ядрами, образующими на протяжении ацинарные структуры. Встречаются участки солидного роста (рис. 2 Г).

В большем фрагменте – респираторная ткань с интраальвеолярными скоплениями «макрофагов курильщика табака».

Линия пересечения бронха – без существенных изменений.

Удаленные бронхопультмональные лимфоузлы признаков метастатического поражения не имеют.

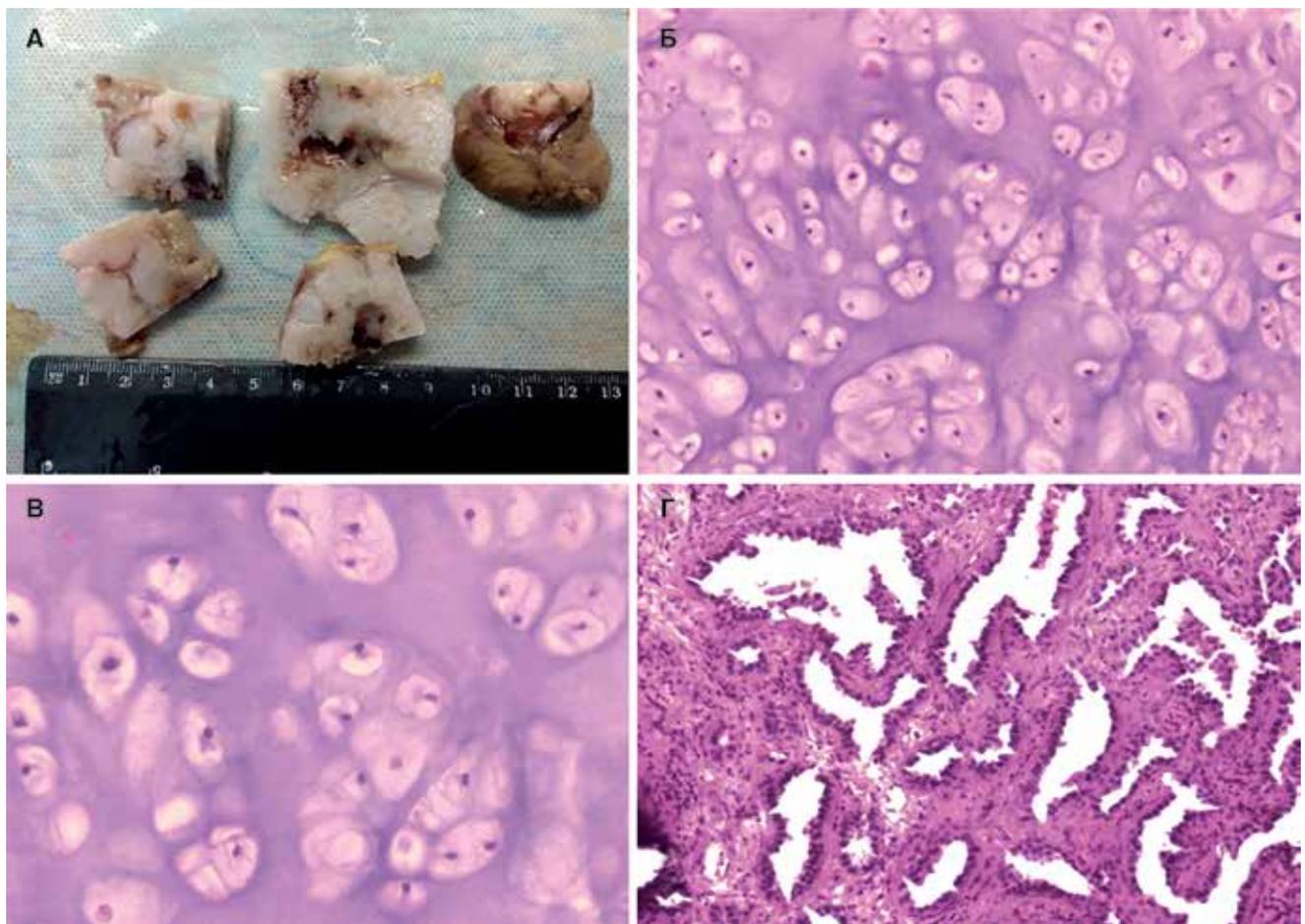


Рис. 2. Пациент М. Удаленные образования. Хондрома диафрагмы.

А – макроскопическая картина: фрагменты опухоли хрящевой плотности с участками слизиобразования и формирования кист;

Б, В – микроскопическая картина: гиалиновый хрящ с повышенным количеством клеток (гиперцеллюлярный) без признаков полиморфизма (окраска гематоксилин-эозин $\times 200$, $\times 400$);

Г – опухоль легкого: ацинарная аденокарцинома с участками стелющегося роста (окраска гематоксилин-эозин, $\times 200$)

Fig. 2. Patient M. The removed masses. The chondroma of the diaphragm

А – Gross appearance: tumor fragments of cartilaginous density with areas of mucus and cysts,

Б, В – Microscopic appearance: hyaline cartilage with an increased number of cells (hypercellular) without signs of polymorphism (stained with hematoxylin-eosin $\times 200$, $\times 400$),

Г – lung tumor: acinar adenocarcinoma with areas of lepidic growth (stained with hematoxylin-eosin, $\times 200$)

Заключение: периферический рак – умеренно-дифференцированная ацинарная аденокарцинома C₁₋₂ левого легкого, pTNM: T1b N0 M0. St IA2.

Послеоперационное течение гладкое, послеоперационный шов зажил первичным натяжением.

Через 6 мес. после выписки из стационара пациент чувствовал себя хорошо, жалоб не предъявлял, при КТ ОГК признаков прогрессирования опухолевого процесса или остаточной опухоли не выявлено (рис. 1 В, Г).

Заключение

Представлен редкий случай сочетания злокачественного и доброкачественного новообразо-

вания органов грудной клетки, которые были выявлены при КТ ОГК, выполненной в плане обследования пациента, поступившего в стационар по поводу почечной колики. Такое обследование позволило своевременно выявить такое жизнеугрожающее заболевание. как периферический рак – умеренно-дифференцированную ацинарную аденокарциному C₁₋₂ левого легкого в стадии T1b N0 M0. St IA2. Доброкачественная опухоль оказалась довольно распространенным заболеванием, но с редкой локализацией – хондромой диафрагмы. Обе опухоли были успешно удалены оперативным путем в ходе одного хирургического вмешательства.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

- Asahi Y., Kamiyama T., Nakanishi K., Yokoo H., Tahara M., Usui A., Funakoshi T., Sato M., Sasaki A., Matsuno Y., Taketomi A., Todo S. Chondroma of the diaphragm the mimicking a giant liver tumor with calcification: report of a case // *Surg Today*. - 2014. - Vol. 44, № 12. - P. 2361-2365. DOI: 10.1007/s00595-014-0949-6.
- Aslam M. B., Haqqani M. T. Extraskelatal chondroma of parotid gland // *Histopathology*. - 2006. - № 48. - P. 465-467. DOI: 10.1111/j.1365-2559.2005.02572.x.
- Clagett O. T., Johnson M. A. 3rd. Tumors of the diaphragm // *Am. J. Surg.* - 1949. - Vol. 78, № 4. - P. 526-530. DOI: 10.1016/0002-9610(49)90219-6.
- De Riu G., Meloni S. M., Gobbi R., Contini M., Tullio A. Soft-tissue chondroma of the masticatory space // *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* - 2007. - № 36. - P. 174-176. DOI: 10.1016/j.ijom.2006.07.006.
- Fletcher C. D. M., World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. 4th. Lyon: IARC Press; 2013.
- Fried R.H., Wardzala A., Willson R.A., Sinanan M.N., Marchioro T.L., Haggitt R. Benign cartilaginous tumor (chondroma) of the liver // *Gastroenterol.* - 1992. - № 103. - P. 678-680. DOI: 10.1016/0016-5085(92)90865-v.
- Gardner D. G., Paterson J. C. Chondroma or metaplastic chondrosis of soft palate // *Oral. Surg. Oral Med. Oral. Pathol.* - 1968. - № 26. - P. 601-604. DOI: 10.1016/0030-4220(68)90423-4.
- Han J. Y., Han H. S., Kim Y. B., Kim J. M., Chu Y. C. Extraskelatal chondroma of the fallopian tube // *J. Korean. Med. Sci.* - 2002. - № 17. - P. 276-278. DOI: 10.3346/jkms.2002.17.2.276.
- Itakura M., Shiraishi K., Kadosaka T., Matsuzaki S. Chondroma of the diaphragm - report of a case // *Endoscopy*. - 1990. - № 22. - p. 276-278. DOI: 10.1055/s-2007-1012870.
- Lee K. C., Davies A. M., Cassar-Pullicino V. N. Imaging the complicatins of osteochondromas // *Clin. Radiol.* - 2002. - № 57. - p. 18-28. DOI: 10.1053/crad.2001.0719.
- Mahia I. V., Lo'pez-Cedrun Cembranos J. L., Granado J. F., Franco F. L. Temporomandibular juxtaarticular chondroma: case report // *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.* - 2007. - № 12. - P. 171-174.
- Martinez E. R., Moguel L. R., Narezo M. Q., Payan H. S. Primary chondroma of the ovary. Reportof a case // *Ginecol. Obstet. Mex.* - 1983. - № 51. - P. 95-98.
- Mavrogenis A. F., Papagelopoulos P. J., Soucacos P. N. Skeletal osteochondromas revisited // *Orthopedics*. - 2008. Oct; 31 (10) [PubMed].
- Munro J. M., Singh M. P. Chondroma of the tongue. Report of a case and a consideration of the histogenesis of such lesions // *Arch. Pathol. Lab. Med.* - 1990. - № 114. - P. 541-542.
- Onodera K., Xu H., Kimizuka S., Echigo S., Ooya K. Chondroma of the cheek: A case report // *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* - 2005. - № 34. - P. 924-926. DOI: 10.1016/j.ijom.2005.02.012.

REFERENCES

- Asahi Y., Kamiyama T., Nakanishi K., Yokoo H., Tahara M., Usui A., Funakoshi T., Sato M., Sasaki A., Matsuno Y., Taketomi A., Todo S. Chondroma of the diaphragm the mimicking a giant liver tumor with calcification: report of a case. *Surg. Today*, 2014, vol. 44, no. 12, pp. 2361-2365. doi: 10.1007/s00595-014-0949-6.
- Aslam M.B., Haqqani M.T. Extraskelatal chondroma of parotid gland. *Histopathology*, 2006, no. 48, pp. 465-467. doi: 10.1111/j.1365-2559.2005.02572.x.
- Clagett O.T., Johnson M.A. 3rd. Tumors of the diaphragm. *Am. J. Surg.*, 1949, vol. 78, no. 4, pp. 526-530. doi: 10.1016/0002-9610(49)90219-6.
- De Riu G., Meloni S.M., Gobbi R., Contini M., Tullio A. Soft-tissue chondroma of the masticatory space. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 2007, no. 36, pp. 174-176. doi: 10.1016/j.ijom.2006.07.006.
- Fletcher C.D.M., World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. 4th. Lyon, IARC Press, 2013.
- Fried R.H., Wardzala A., Willson R.A., Sinanan M.N., Marchioro T.L., Haggitt R. Benign cartilaginous tumor (chondroma) of the liver. *Gastroenterol.*, 1992, no. 103, pp. 678-680. doi: 10.1016/0016-5085(92)90865-v.
- Gardner D.G., Paterson J.C. Chondroma or metaplastic chondrosis of soft palate. *Oral. Surg. Oral Med. Oral. Pathol.*, 1968, no. 26, pp. 601-604. doi: 10.1016/0030-4220(68)90423-4.
- Han J.Y., Han H.S., Kim Y.B., Kim J.M., Chu Y.C. Extraskelatal chondroma of the fallopian tube. *J. Korean. Med. Sci.*, 2002, no. 17, pp. 276-278. doi: 10.3346/jkms.2002.17.2.276.
- Itakura M., Shiraishi K., Kadosaka T., Matsuzaki S. Chondroma of the diaphragm - report of a case. *Endoscopy*, 1990, no. 22, pp. 276-278. doi: 10.1055/s-2007-1012870.
- Lee K.C., Davies A.M., Cassar-Pullicino V.N. Imaging the complicatins of osteochondromas. *Clin. Radiol.*, 2002, no. 57, pp. 18-28. doi: 10.1053/crad.2001.0719.
- Mahia I.V., Lo'pez-Cedrun Cembranos J.L., Granado J.F., Franco F.L. Temporomandibular juxtaarticular chondroma: case report. *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.*, 2007, no. 12, pp. 171-174.
- Martinez E.R., Moguel L.R., Narezo M.Q., Payan H.S. Primary chondroma of the ovary. Reportof a case. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 1983, no. 51, pp. 95-98.
- Mavrogenis A.F., Papagelopoulos P.J., Soucacos P.N. Skeletal osteochondromas revisited. *Orthopedics*, 2008, Oct. 31 (10) [PubMed].
- Munro J.M., Singh M.P. Chondroma of the tongue. Report of a case and a consideration of the histogenesis of such lesions. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 1990, no. 114, pp. 541-542.
- Onodera K., Xu H., Kimizuka S., Echigo S., Ooya K. Chondroma of the cheek: A case report. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 2005, no. 34, pp. 924-926. doi: 10.1016/j.ijom.2005.02.012.

16. Pastor E., Andreu A., Llombart M., Chiner E. Pneumonia as a presentation of an endobronchial chondroma // *An. Med. Interna.* - 2004. - № 21. - P. 565-566. DOI: 10.4321/s0212-71992004001100011.
17. Patel A., Munthali L., Bodi I. Giant cystic intracranial chondroma of the falx with review of literature // *Neuropathology.* - 2009. - Vol. 29, № 3. - P. 315-317. DOI: 10.1111/j.1440-1789.2008.00957.x.
18. Rosai J. ed: *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. China. Mosby 2004: 2158.*
16. Pastor E., Andreu A., Llombart M., Chiner E. Pneumonia as a presentation of an endobronchial chondroma. *An. Med. Interna.*, 2004, no. 21, pp. 565-566. doi: 10.4321/s0212-71992004001100011.
17. Patel A., Munthali L., Bodi I. Giant cystic intracranial chondroma of the falx with review of literature. *Neuropathology*, 2009, vol. 29, no. 3, pp. 315-317. doi: 10.1111/j.1440-1789.2008.00957.x.
18. Rosai J. ed: *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. China. Mosby 2004, 2158.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» МЗ РФ, 620039, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. XXII партсъезда, д. 50.

Баженов Александр Викторович
*кандидат медицинских наук, торакальный хирург.
Тел.: +7 (343) 333-44-38.
E-mail: Ai0803@mail.ru*

Бердников Роман Борисович
*кандидат медицинских наук, врач-патологоанатом.
Тел.: +7 (343) 333-44-46.
E-mail: rberdnikov@yandex.ru*

Пилькевич Дмитрий Николаевич
*кандидат медицинских наук, торакальный хирург, онколог.
Тел.: +7 (343) 333-44-38.
E-mail: dpilkevich@yandex.ru*

Мотус Игорь Яковлевич
*доктор медицинских наук, торакальный хирург, онколог.
Тел.: +7 (343) 333-44-38.
E-mail: igormotus@yandex.ru*

Бердникова Анна Сергеевна
*врач-рентгенолог.
Тел.: +7 (343) 333-44-69.
E-mail: anna_malceva@list.ru*

Бадыков Ильнар Ильшатович
*торакальный хирург.
Тел.: +7 (343) 333-44-38.
E-mail: badykov.ilnar@yandex.ru*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, the Branch of National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, 50, XXII Parts "ezda St., Yekaterinburg, Sverdlovsk Region, 620039.

Aleksandr V. Bazhenov
*Candidate of Medical Sciences, Thoracic Surgeon.
Phone: +7 (343) 333-44-38.
Email: Ai0803@mail.ru*

Roman B. Berdnikov
*Candidate of Medical Sciences, Morbid Anatomist.
Phone: +7 (343) 333-44-46.
Email: rberdnikov@yandex.ru*

Dmitry N. Pilkevich
*Candidate of Medical Sciences, Thoracic Surgeon, Oncologist.
Phone: +7 (343) 333-44-38.
Email: dpilkevich@yandex.ru*

Igor Ya. Motus
*Doctor of Medical Sciences, Thoracic Surgeon, Oncologist.
Phone: +7 (343) 333-44-38.
Email: igormotus@yandex.ru*

Anna S. Berdnikova
*X-Ray Doctor.
Phone: +7 (343) 333-44-69.
Email: anna_malceva@list.ru*

Ilnar I. Badykov
*Thoracic Surgeon.
Phone: +7 (343) 333-44-38.
Email: badykov.ilnar@yandex.ru*

Поступила 6.06.2022

Submitted as of 6.06.2022