

Гигантская гемангиома ректосигмоидного отдела толстой кишки: демонстрация клинического случая

Е.Г. Солоницын

Клиническая больница №122, им. Л.Г. Соколова, эндоскопическое отделение, Санкт-Петербург

Гемангиомы желудочно-кишечного тракта – это редкая форма доброкачественных сосудистых образований, которые могут встречаться в любом отделе пищеварительного тракта. Толстая кишка стоит на втором месте по частоте выявления в ней данной опухоли. Ректосигмоидный отдел – самая частая локализация гемангиом толстой кишки [1].

Гемангиома является опухолью, состоящей из расширенных сосудистых полостей, разграниченных перегородками из соединительной ткани, выстланных одним слоем эндотелия. Выделяют гемангиомы следующих типов: капиллярного, кавернозного и смешанного [10]. Причем, в 80% случаев встречается кавернозный тип сосудистых образований толстой кишки. Впервые кавернозные гемангиомы ректосигмоидного отдела были описаны Филипсом (Phillips) в 1893 году [15]. Различают солидные (единичные) гемангиомы и множественные. Известны случаи диффузного поражения практически всех отделов желудочно-кишечного тракта [3]. Большинство пациентов с гемангиомами – молодые мужчины. Наиболее частое клиническое проявление – рецидивирующие кровотечения и, как следствие, железодефицитная анемия. Оптимальный метод диагностики гемангиом – эндоскопический [9].

Приводим клиническое наблюдение гигантской кавернозной гемангиомы ректосигмоидного отдела толстой кишки.

Пациент 1970 года рождения, был направлен в наше лечебное учреждение на диагностическую колоноскопию. Из анамнеза известно, что в течение последних трех лет пациенту четырежды выполнялось лигирование геморроидальных узлов по поводу геморроидальных кровотечений. Также периодически пациент проходил курсы консервативного лечения геморроя. Уровень гемоглобина на момент поступления составлял 95 г / л. Колоноскопия была назначена впервые.

Во время колоноскопии выполнен тотальный осмотр толстой кишки и 15 см терминального отдела подвздошной кишки. В прямой кишке определялись структуры, напоминающие сосудистые (рис. 1–4), распространяющиеся от анального канала до ректо-

сигмоидного отдела (20 см от ануса), плотноэластической консистенции при инструментальной пальпации. Объем поражения увеличивался от ректосигмоидного отдела к анальному каналу. В ректосигмоидном отделе определялись единичные, не связанные друг с другом сосудистые элементы, далее, в проксимальном отделе прямой кишки элементы сливались и представляли собой единый конгломерат, несколько возвышающийся над окружающей слизистой, занимающий сначала $\frac{1}{2}$ просвета, а затем циркулярно поражающие прямую кишку. В средне- и нижнеампулярной части прямой кишки просвет кишки был значительноужен за счет «сосудистых» узлов, толщина которых увеличивалась в дистальном направлении. Слизистая оболочка на поверхности пораженных участков была темно-синего цвета, бугристая. В остальных отделах толстой кишки патологических изменений найдено не было.

После колоноскопии пациенту было предложено выполнить эндосонографическое исследование. Проведено сканирование стенки кишки с частотой 6–7,5–12 МГц (рис. 5–8).

Выявили значительное утолщение стенки прямой кишки, за счет циркулярного образования, достигающее максимума в нижнеампулярной части (до 17 мм). В проксимальной части кишки стенка утолщена преимущественно за счет расширения подслизистого слоя, однако при низведении датчика образование инфильтрирует все слои, на отдельных участках создается впечатление об инвазии его за пределы стенки. Образование преимущественно гипоэхогенное, гетерогенное, с множественными анэхогенными (кистозными) включениями округлой формы диаметром от 3 до 10 мм. При сканировании в режиме допплера кровоток в анэхогенных образованиях не определялся. Патологических лимфоузлов, дополнительных образований в параректальной клетчатке не выявили.

По результатам эндоскопического и эндосонографического исследований был установлен диагноз: *кавернозная гемангиома*.

Эндоскопические и ультрасонографические изображения зоны исследования были достаточно типичны

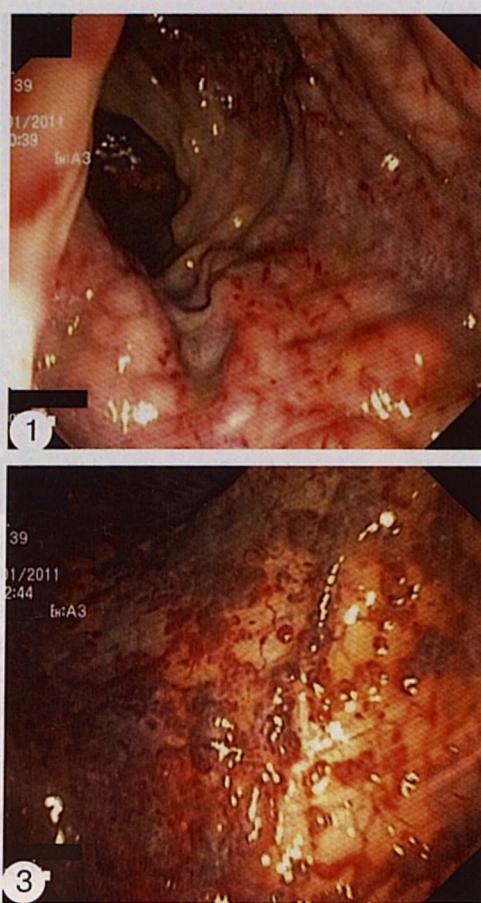


Рис. 1, 2, 3, 4. Эндофото гемангиомы. Слизистая оболочка ректосигмоидного отдела толстой кишки в зоне наиболее выраженных изменений. 1, 2 – прямая кишка: определяется диффузное, узловое, распространение образования по всей поверхности, значительно суживающее просвет кишки; 3, 4 – ректосигмоидный изгиб: определяются сосудистые элементы, расположенные отдельно, несколько возвышающиеся над окружающей слизистой и далее, в дистальном направлении сливавшиеся между собой, занимающее сначала – просвета, а затем циркулярно все стенки

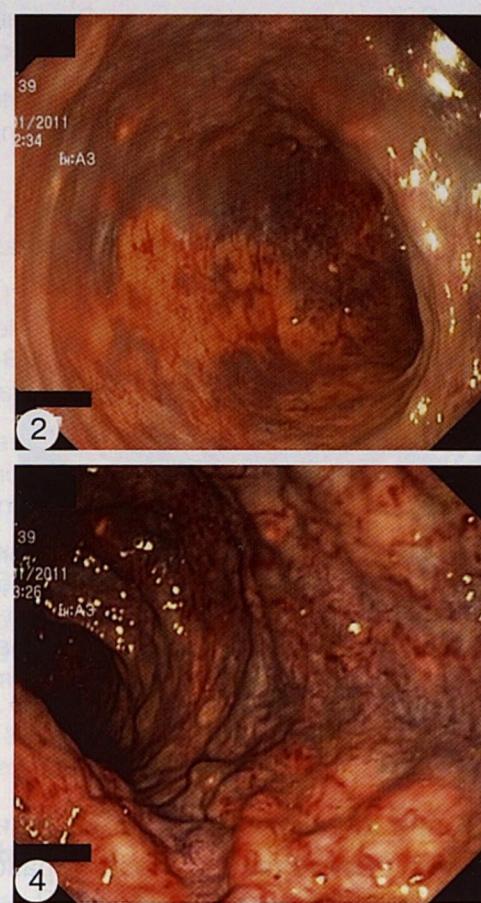


Рис. 5. Сканирование стенки прямой кишки радиальным датчиком на расстоянии 13 см от ануса, с частотой 6 МГц. Определяется утолщение стенки за счет циркулярного образования с гипоэхогенными кистозными очагами. Фрагментарно прослеживается мышечная оболочка стенки прямой кишки

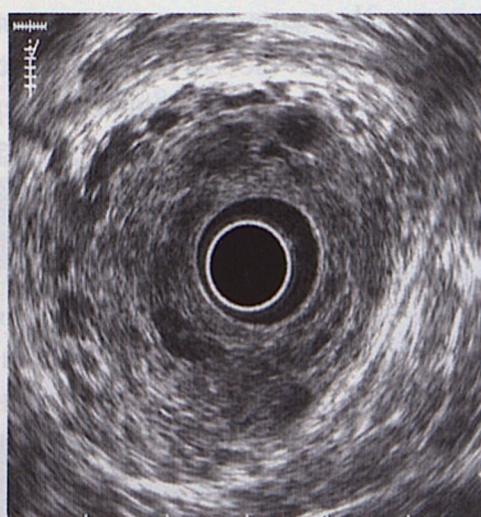


Рис. 6. Сканирование стенки прямой кишки радиальным датчиком на расстоянии 10 см от ануса, с частотой 7,5 МГц. Определяется утолщение стенки кишки за счет преимущественно гипоэхогенного образования с гипоэхогенными кистозными очагами. Сканирование в режиме допплера показывает отсутствие кровотока в кавернах

для гемангиомы. В нашем случае не удалось получить гистологическое подтверждение опухоли, так как биопсия гемангиом может сопровождаться достаточно интенсивным кровотечением, а от дальнейшего обследования и оперативного лечения пациент отказался, контакт с ним потерян.

В доступной нам литературе нашли сообщения о 12 гигантских гемангиомах толстой кишки. В большинстве случаев при первом обращении у пациентов

были заподозрены другие заболевания: внутренние геморроидальные узлы, аденоматозные полипы, воспалительные заболевания кишечника (НЯК, болезнь Крона) и другие поражения [5, 6, 7, 11].

По мнению некоторых авторов, под термином «кавернозная гемангиома» толстой кишки в ряде случаев может скрываться не истинная гемангиома, а венозная мальформация. Принципиальное отличие гемангиомы заключается в превалировании стромального

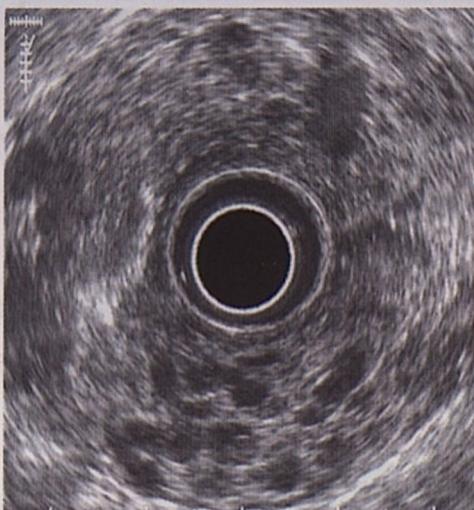


Рис. 7. Сканирование стенки прямой кишки радиальным датчиком на расстоянии 6 см от ануса, с частотой 7,5 МГц. Определяется циркулярное солидное образование распространяющееся на всю толщину стенки с гипоэхогенными кистозными очагами. На отдельных участках определяются подслизистый слой и мышечная оболочка

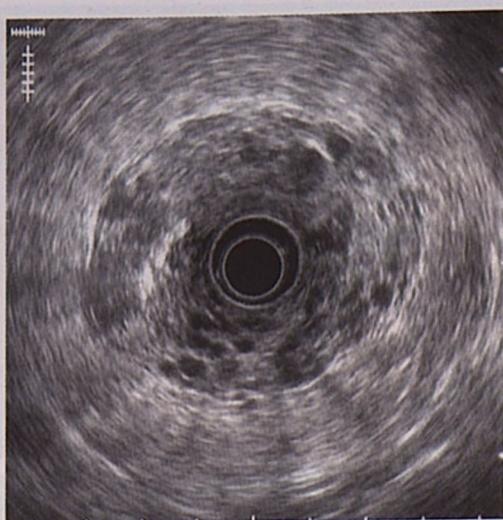


Рис. 8. Сканирование стенки прямой кишки радиальным датчиком на расстоянии 3 см от ануса, с частотой 7,5 МГц. Стенка кишки значительно утолщена за счет образования состоящего из солидного (стромального) компонента и гипоэхогенных кистозных очагов. Слои стенки не определяются. На отдельных участках можно проследить сохранившиеся участки мышечной оболочки

компонент, и при динамическом наблюдении именно за счет стромы определяется рост образования. В случае венозной мальформации объем поражения отчетливо увеличивается за счет расширения сосудов [9,14]. Смешение понятий встречается даже в научной и учебной литературе.

Венозная мальформация – аномалии глубоких крупных сосудов, которые зачастую могут выглядеть как гемангиомы. Это самый частый тип сосудистых мальформаций. Они имеют темно-синюю поверхность и мягкие при пальпации. Считается, что венозные мальформации – врожденное состояние. Но зачастую расположенные во внутренних органах мальформации диагностируются уже во взрослом состоянии или не диагностируются вовсе. Они увеличиваются с ростом ребенка, однако порой имеют более быстрый рост и могут осложняться тяжелыми кровотечениями [17]. Метод выбора в лечении венозной мальформации – склеротерапия. Небольшие венозные мальформации могут быть коагулированы с помощью лазера или потоком аргоновой плазмы. В ряде случаев венозные мальформации трудно поддаются лечению, что требует перехода к хирургической тактике. Их клиническое течение и тактика лечения отличаются от таковых при гемангиомах, поэтому постановка правильного диагноза крайне важна.

В нашем случае, благодаря эндосонографии, удалось подтвердить превалирование стромального компонента над сосудистым, что говорит в пользу гемангиомы. Важный фактор – отсутствие выраженного кровотока в кавернах подтверждало диагноз, так как в венозных мальформациях кровоток сохранен.

В подавляющем большинстве случаев развитие гемангиом сопровождается кровотечениями из толстой

кишки. Так, по данным Oneg Z., Altaca G. (1993), проанализировавшим 79 случаев гемангиом толстой кишки, в 28,6% они манифестирували именно кровотечением [16]. Кровотечение из гемангиом редко бывает интенсивным и проявляется как примесь крови в стуле [4]. В нашем наблюдении кровотечение полностью напоминало геморроидальное – капельки алой крови на поверхности стула. Однако гемангиомы могут осложняться и профузным тяжелым кровотечением. Огромные кавернозные гемангиомы могут инфильтрировать окружающие органы, такие как желчный пузырь, матку, предстательную железу [8]. Описаны случаи кишечной непроходимости, вызванные гигантскими гемангиомами толстой кишки [15].

Основной метод выявления гемангиом толстой кишки – колоноскопия. Однако диагноз можно установить и при компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, иригоскопии [11].

Лечебная тактика при гемангиомах может быть консервативная (динамическое наблюдение) или хирургическая. Геморрагический синдром в случае гигантских гемангиом вынуждает прибегать к хирургической тактике лечения. Альтернативными формами лечения могут быть малоинвазивные методы, такие как инъекционная склеротерапия, удаление полипэктомической петлей с электрокоагуляцией, артериальная эмболизация, лазеротерапия [12, 13].

Обращает на себя внимание, что пациент в течение четырех лет лечился от другого заболевания и лишь по истечении длительного срока было назначено эндоскопическое исследование толстой кишки. Это подчеркивает важность соблюдения стандартов диагностики, которые в случае геморроидальных кровотечений включают ректоскопию и/или колоноскопию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Angela D. Levy, Robert M. Abbott, Charles A. Rohrman, Jr. Gastrointestinal hemangiomas: Imaging findings with pathologic correlation in pediatric and adult patients. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 177: 1073–1081.
2. Feldman M., : Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 9th ed.
3. Erkan G., Alagozlu H., Memis L, Tuncer C. Rapidly growing giant solitary cavernous hemangioma in a patient with ulcerative colitis // *Turk J Gastroenterol* 2008; 19 (4): 271–275.
4. Chaimoff C, Lurie H. Hemangioma of the rectum: clinical appearance and treatment. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 295–296.
5. Amarapurkar D, Jadliwala M, Punamiya S, Jhawer P, Chitale A, Amarapurkar A. Cavernous hemangiomas of the rectum: report of three cases. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1357–1359.
6. Sharma S, Gandhi D, Thulkar S, Dwivedi DN. Role of computed tomography in diagnosis of diffuse cavernous hemangioma of the rectum. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1986–1987.
7. Bortz JH. Diffuse cavernous hemangioma of the rectum and sigmoid. *Abdom Imaging* 1994; 19: 18–20.
8. Wai-Yip, Chin-Chu Wu, Liang-Kuang Chen, Ceng-Tau Su Giant Hemangioma of the Rectum: a case report // *Chin J Radiol* 2005; 30:133–137.
9. Fernandez-Pineda I. Vascular tumors and malformations of the colon // *World J Gastroenterol* 2009 November 7; 15(41): 5242–5243.
10. Brandt L. Vascular lesions of the gastrointestinal tract. In: Feldman M, Friedman L, Brandt L, Sleisenger M, ed. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. Vol 1. 8th ed. Saunders; 2006:769.
11. Kasher J.A., Chuang K-Y, Cunningham J., Boyer T., An Uncommon Cause for a Common Scenario: A Case of Hematochezia Caused by a Massive Cavernous Hemangioma // *Gastroenterology & Hepatology* Volume 5, Issue 8 August 2009.
12. Chaimoff C, Lurie H. Hemangioma of the rectum: clinical appearance and treatment. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 295–296.
13. Perez C, Andreu J, Llauger J, Valls J. Hemangioma of the rectum: CT appearance. *Gastrointest Radiol* 1987; 12: 347–349.
14. Frieden I, Enjolras O, Esterly N. Vascular birthmarks and other abnormalities of blood vessels and lymphatics. In: Schachner LA, Hansen RC, editors. *Pediatric dermatology*. 3rd ed. Saint Louis, MO: Mosby; 2003: 833–862.
15. Demirbas T, Guler N, Caliskan C, et al. Mechanical bowel obstruction due to colonic hemangioma: report of a case. *Turk J Gastroenterol* 2006; 17:305–7.
16. Oner Z, Altaca G. Diffuse cavernous rectal hemangioma – clinical appearance, diagnostic modalities and sphincter saving approach to therapy: report of 2 and collective review of 79 cases. *Acta Chir Belg* 1993;93:173–6.
17. Mulliken, Glowacki J. Hemangioma and Vascular Malformation in Infants and Children. A Classification based on endothelial cell characteristics. *Plast Surg* 1982, 69:412–422.

КОНТАКТЫ

Солоницын Евгений Геннадьевич – к.м.н.,
врач-эндоскопист эндоскопического отделения
Клинической больницы №122 им. Л.Г.Соколова
Тел: 8(812)559 98 51 E-mail: sevgen@mail.ru

Сишка Елена Александровна – к.м.н., заведующая
эндоскопическим отделением Клинической
больницы № 122 им. Л.Г.Соколова
Тел: 8(812)559 98 51.



эндоскопический портал

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ САЙТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ

[WWW.GI-ENDO.RU](http://www.gi-endo.ru)

GI-endo – возможность общения и обмена информацией по эндоскопии пищеварительной системы

GI-endo – ресурс, на котором любой желающий сможет найти и поделиться информацией:

- об интересных клинических случаях и наблюдениях;
- теоретических и технических аспектах выполнения эндоскопических методов диагностики и лечения;
- справочной и учебной информацией;
- новостями эндоскопии;
- о проведении съездов, конгрессов, конференций, технических новинках;