

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

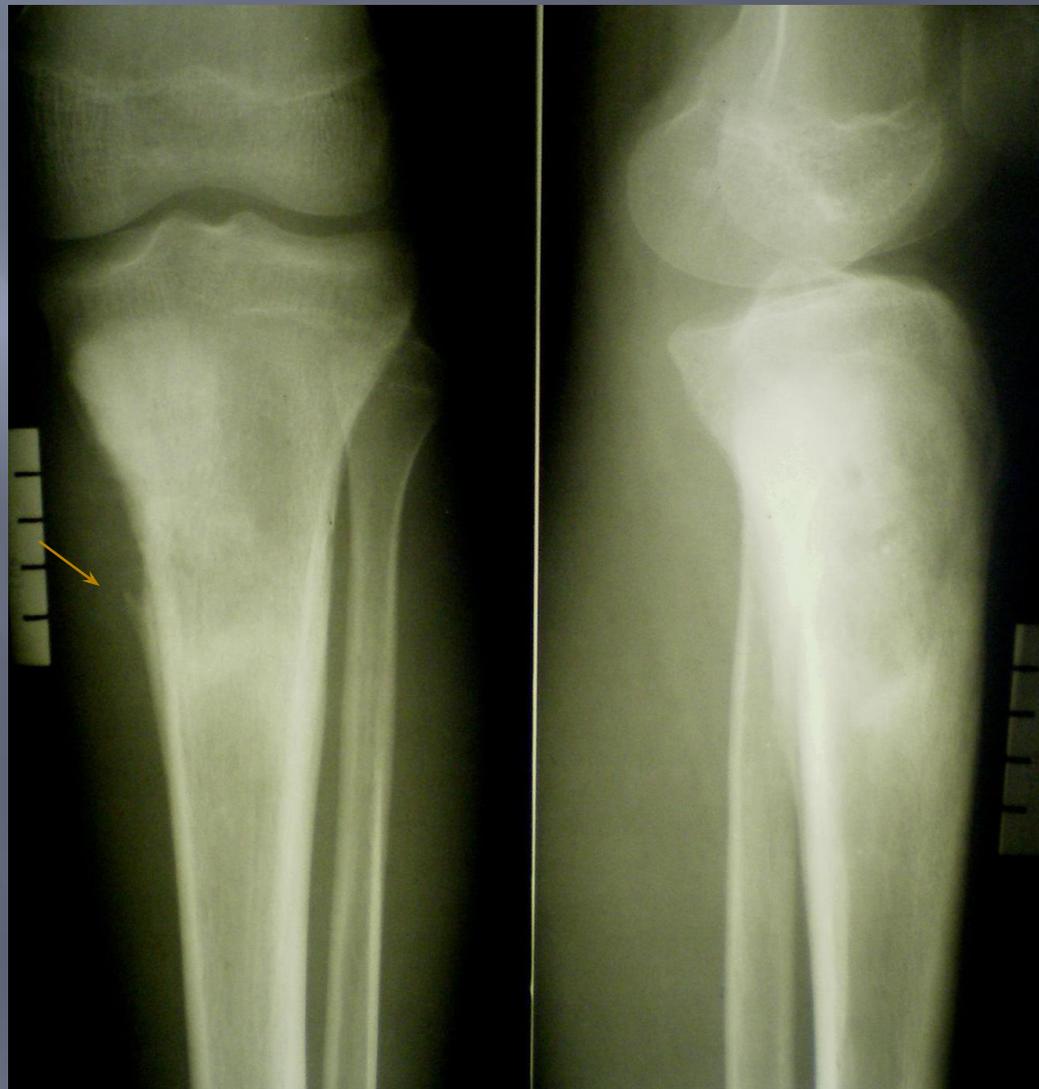
Каплунов С.В.

Отделение детской онкологии
Волгоградский областной клинический
онкологический диспансер № 1
Волгоград 2011-2015г

Остеогенная саркома

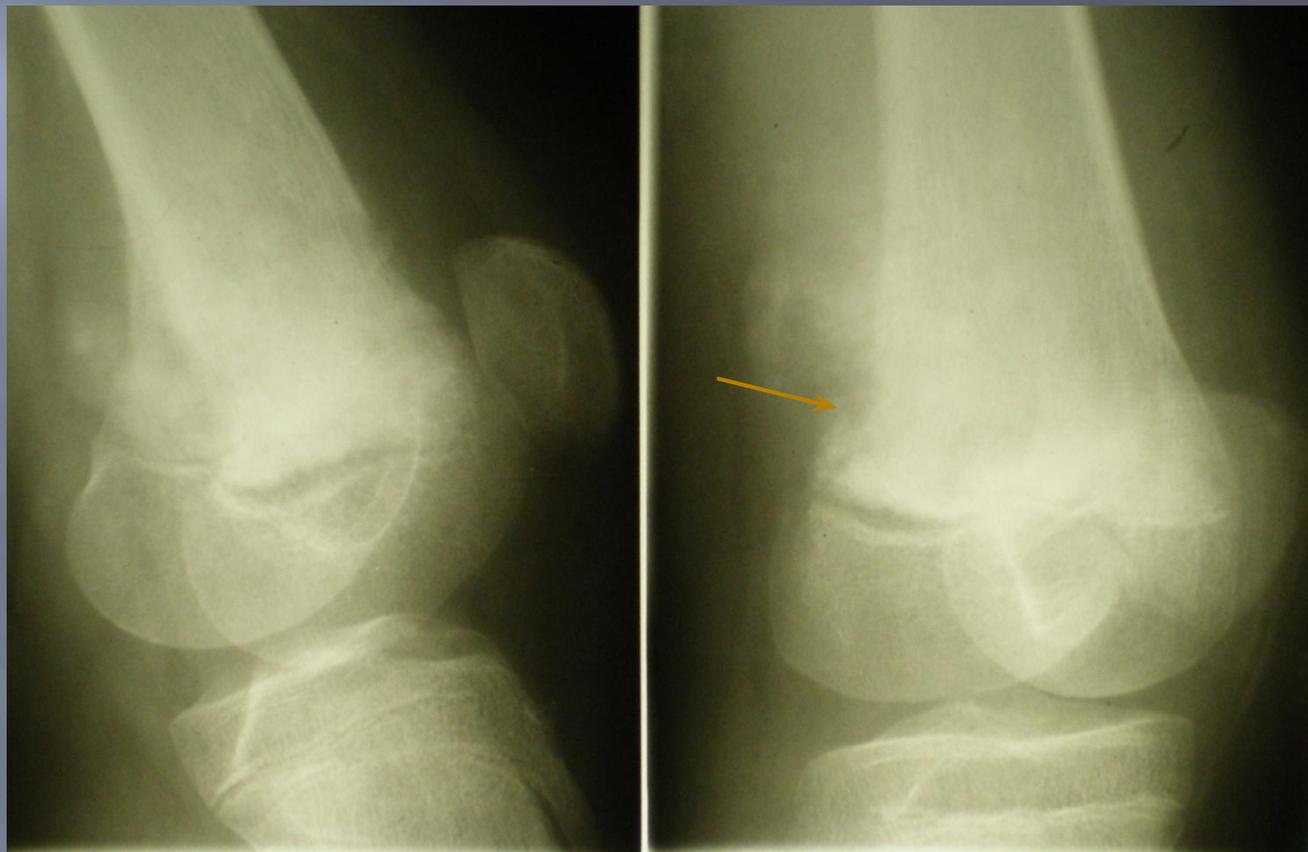
Пациент 16 лет.

Остеогенная саркома в/3
левой б/берцовой кости -
участки остеосклероза и
остеолизиса, линейная
периостальная реакция и
периостальный козырёк
Codman .



Остеогенная саркома

Пациентка 13 лет.
Остеогенная саркома
дистального метафиза
бедренной кости.
Продолженный рост
опухоли в
параоссальные ткани -
формирование участков
опухолевого
костеобразования в
мягких тканях (поля
оссификации) и зона
краевой деструкции
кортикального слоя.



Остеогенная саркома – «прыгающие» (skip) и трансартикулярные метастазы

Та же пациентка, но на фоне проведения химиотерапии – склерозирование очага остеосаркомы как в метафизе бедренной кости так и в мягких тканях, но имеет место появление так называемых «прыгающих» и трансартикулярных метастазов.

Частота обнаружения таких skip-MTS составляет менее 1%



Остеогенная саркома

Пациентка 15 лет.
Остеогенная саркома в 1/3
левой м/берцовой кости –
мелкоочаговая деструкция и
формирование остеонидных
опухолевых масс в мягких
тканях. Опухоль поражала
сосудисто-нервный пучок с
развитием клиники пареза
м/берцового нерва и на 1/2
диаметра сдавливала
подколенную артерию, что
исключило возможность
проведения
органосохранной операции
и потребовало выполнения
ампутации.



Остеогенная саркома



Мальчик, 7 лет.
Остеогенная саркома н/3 левой
бедренной кости. Козырёк Кодмэна.
Длительность заболевания 6мес.

фибросаркома кости



Юноша, 17лет. Длительность заболевания 6 мес.

Саркома Юинга



Слоистый и игольчатый
периостит.

Пациентка, 14 лет.

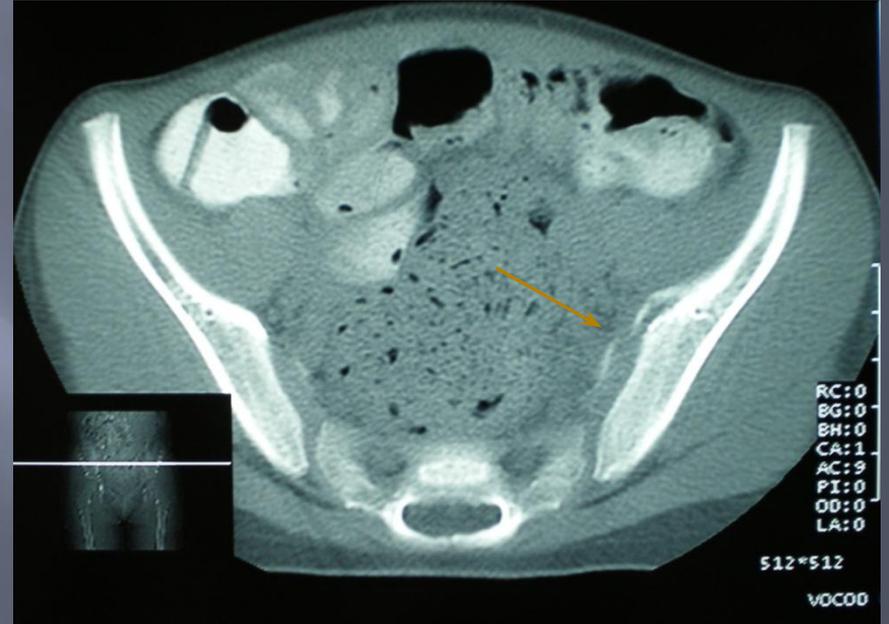
Длительность заболевания 3 мес.

Саркома Юинга правой подвздошной кости – патологический центральный вывих правого бедра



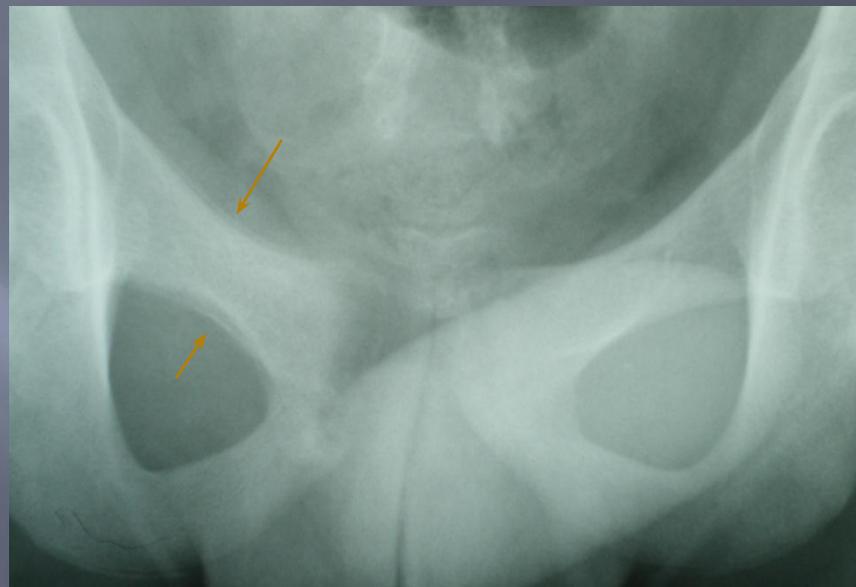
Пациентка, 16лет. Длительность заболевания 1 год – на фоне лечения.

Остеомиелит подвздошной кости



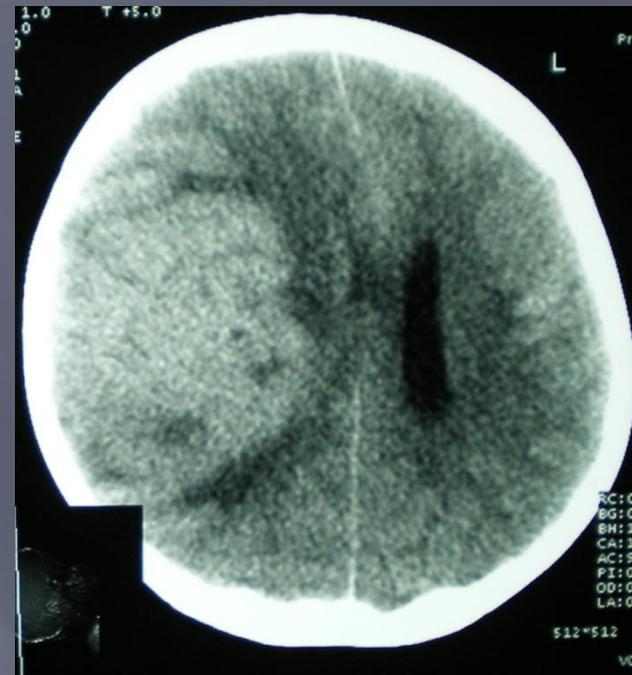
Пациентка блет. Длительность заболевания 1 мес. ОГО левой подвздошной кости: на Ro снимке имеется только периостальная реакция, а на КТ можно видеть очаг деструкции с формированием кортикального секвестра.

Остеомиелит лонной кости



Пациент 15 лет. Длительность заболевания 3 мес. Хронический остеомиелит правой лонной кости - деструкция литического характера медиальной части горизонтальной и вертикальной ветвей правой лонной кости и периостальная реакция по верхнему и нижнему контурам горизонтальной ветви правой лонной кости.

саркома Юинга



большой mts в
головной мозг

Мальчик, 7 лет. Саркома Юинга левой бедренной кости – субтотальное поражение с обширным мягкотканым компонентом.
Окружность левого бедра в $n/3$ = 32см, $n/3$ правого бедра = 20см.
Длительность заболевания 7мес.

Саркома Юинга



Мальчик, 8 лет. А – при поступлении: козырьки Кодмана, слоистый и бахромчатый периостит, субтотальная деструкция м/берцовой кости. Б – через 3 мес на фоне ПХТ: уплотнение мягкотканного компонента опухоли.

Хронический остеомиелит

август



Ro-семиотика
и клиника
сходные
с саркомой
Юинга



октябрь



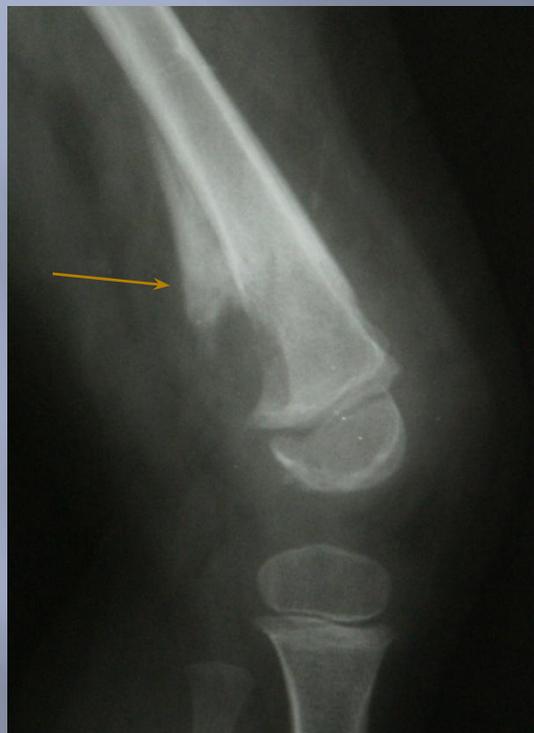
август



октябрь

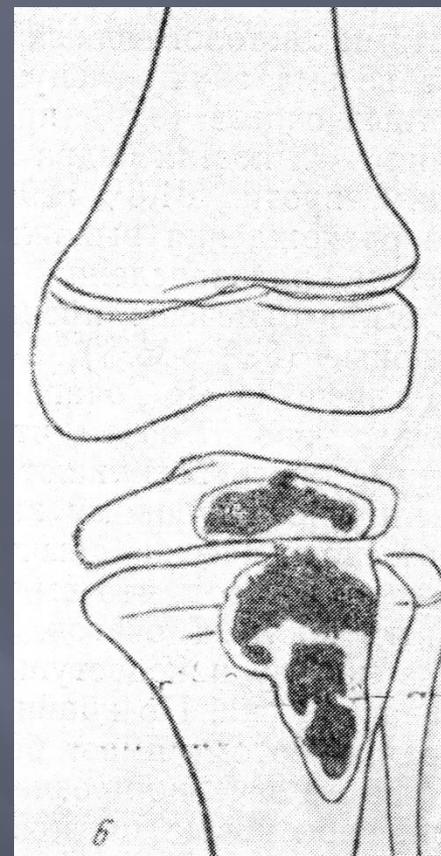
Пациентка, 12лет.
Длительность
заболевания 2мес.
Опухолевидная
припухлость,
потеря массы тела

Туберкулёзный остит



Пациент 2 лет. В дистальном метафизе бедренной кости имеется большой очаг литического характера с разрушением кортикального слоя по задней поверхности (выход патологического процесса за пределы кости), козырёк Кодмэна и формирование выраженных периостальных наслоений – Ro картина схожая с картиной остеосаркомы.

Туберкулёзный (БЦЖ) остит



Мальчик, 2года.
Длительность заболевания 6 мес.
Эпиметафизарный остит - очаг в виде
песочных часов, преартритическая фаза.

Рисунок из книги
П.Г. Корнева, 1971г
«Хирургия костно-суставного
туберкулёза» Часть II, Медицина 1971г
стр. 19

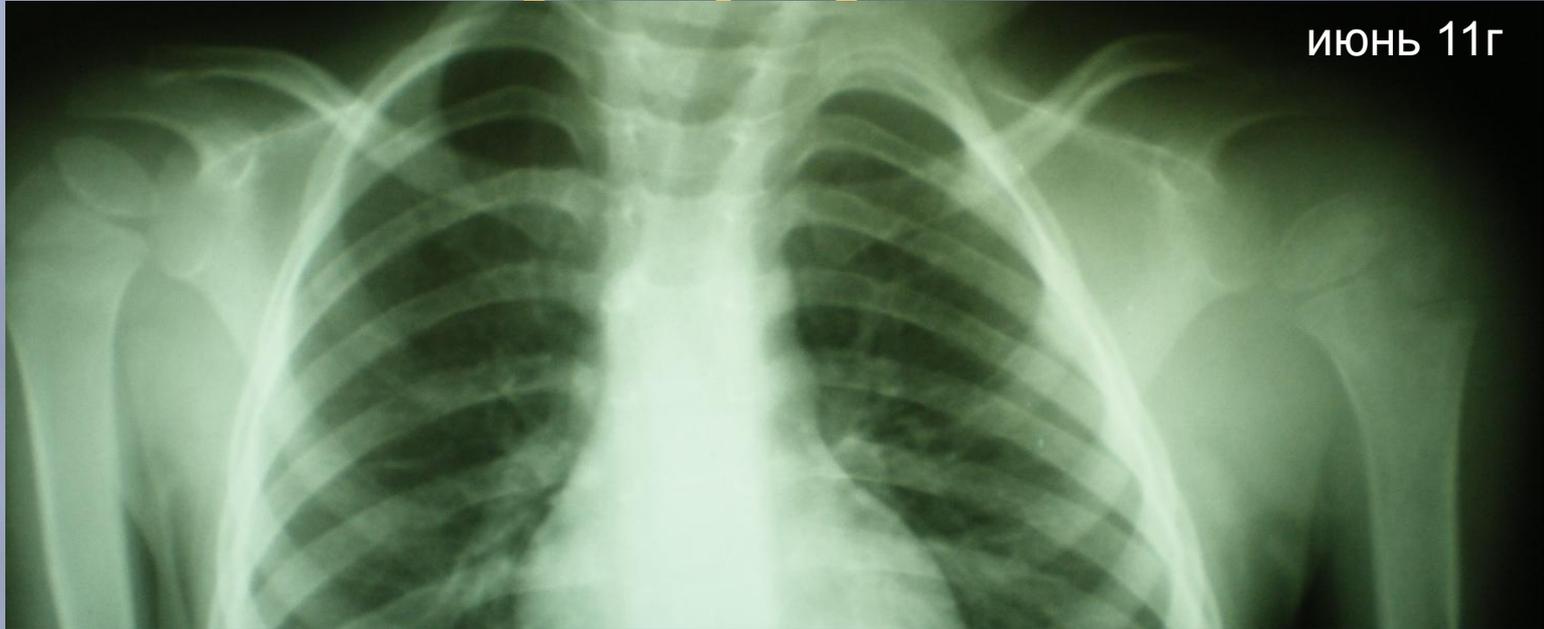
Остеомиелит



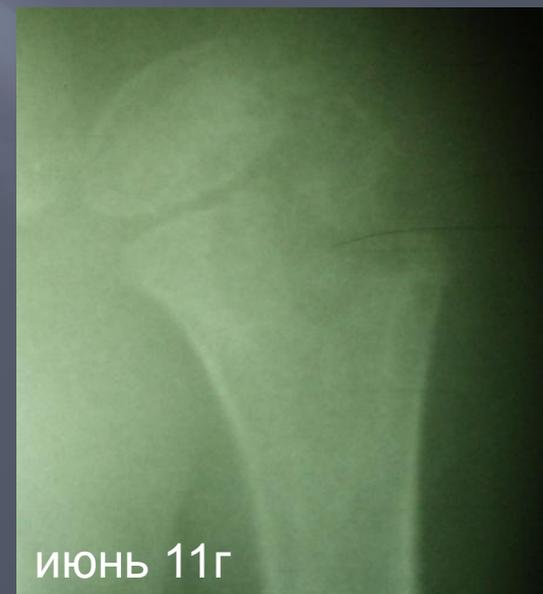
Девочка, 2,5года.
Длительность
заболевания 1месяц.

Оперирована в отделении детской фтизиоостеологии и ортопедии отдела внелегочного туберкулеза ФГБУ Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии (КТ признаки эпиметафизарного очага остеомиелита неотличимы от эпиметафизарного туберкулезного очага – тип «песочных часов»).

туберкулёз



Мальчик, 2,5г.
длительность
клинических
проявлений 1,5мес.
DS: Первичный
эпиметафизарный
туберкулёзный
остит,
артритическая фаза



Туберкулёзный очаг

Пациенту 1 год, длительность заболевания – 3мес.

В проксим. метафизе правой б/берцовой кости кистоподобный очаг 1,5см с чёткими ровными контурами, разрушением кортикального слоя по медиальному контуру, но без периостальной реакции и без поражения ростковой зоны.

Температура до 37,5 по передне-внутренней пов-ти в/3 правой голени имеется болезненная мягко-эластичная «опухоль» 5x8см.

Пункция «новообразования» в/3 правой голени – гной.

При цитологии гнойного содержимого – нейтрофильные лейкоциты.

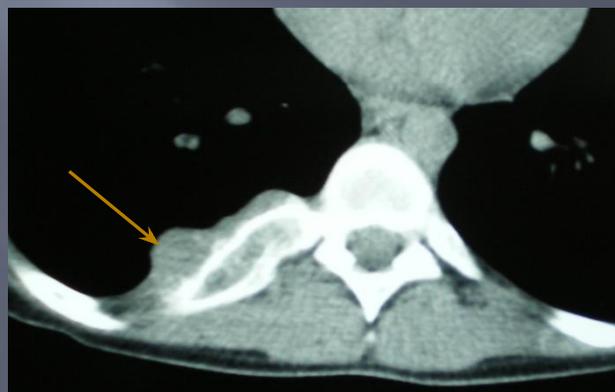
На операции в полости костного абсцесса – грануляционная ткань с остатками гноя.

Гистологическое исследование - Туберкулёзная гранулёма.

Окончательный диагноз: Туберкулёзное поражение в/3 правой б/берцовой кости с вторичным гнойным инфицированием.

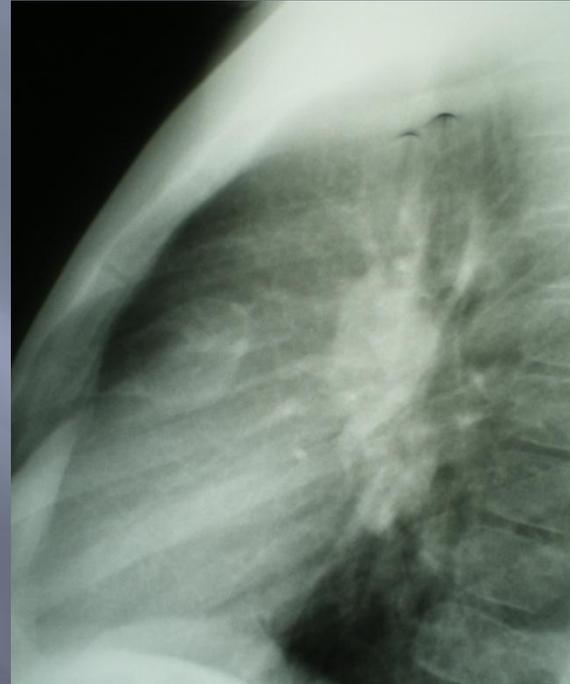
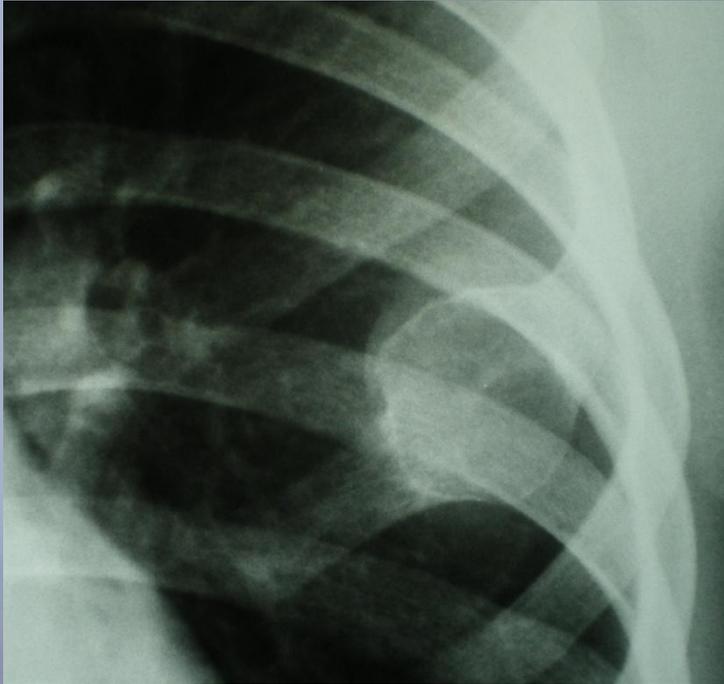


Гемангиома ребра

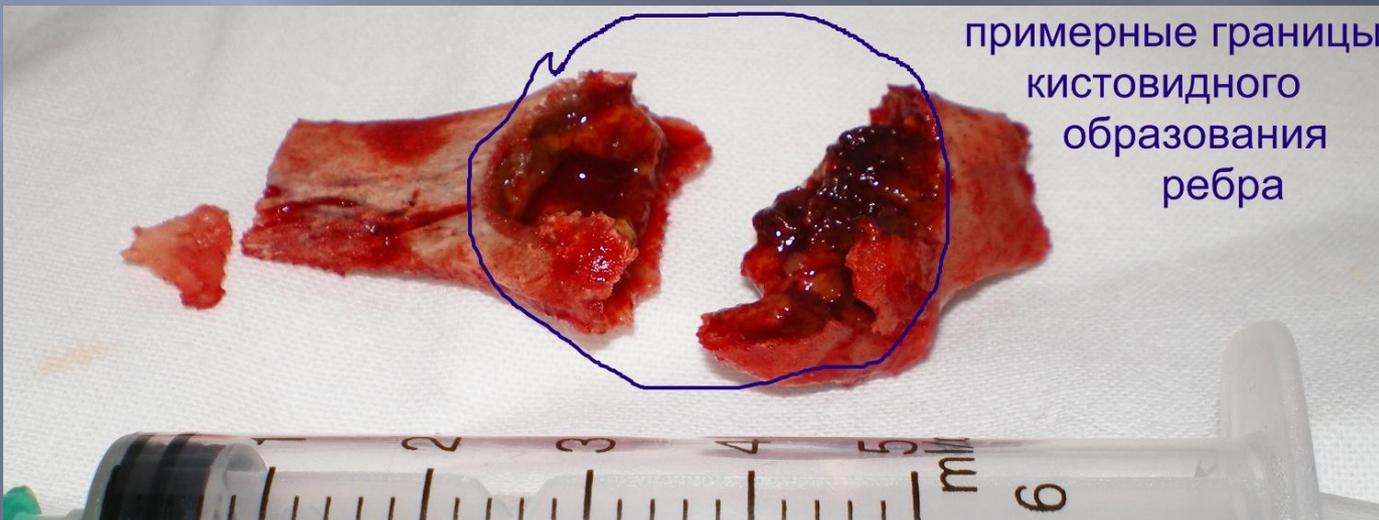


Пациентка 13 лет. Гемангиома 7 ребра справа – вздутие кости с ячеисто-трабекулярной - лучистой структурой на Ro снимке и наличие мягкотканного компонента на КТ снимке.

Гигантоклеточная опухоль ребра

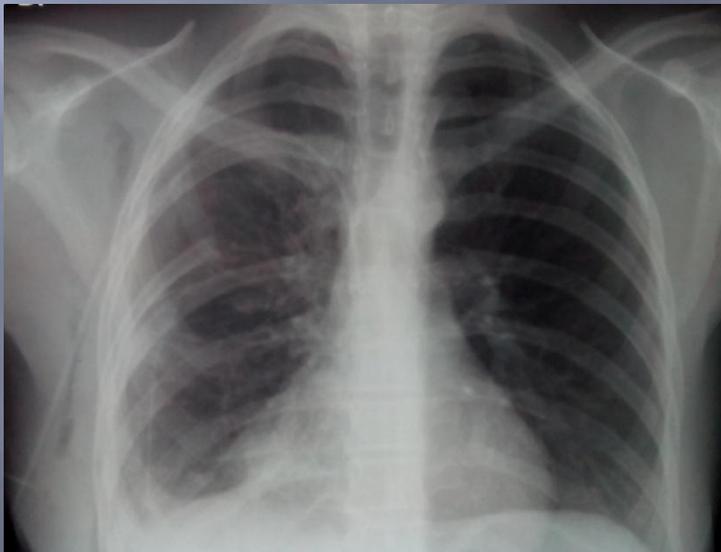
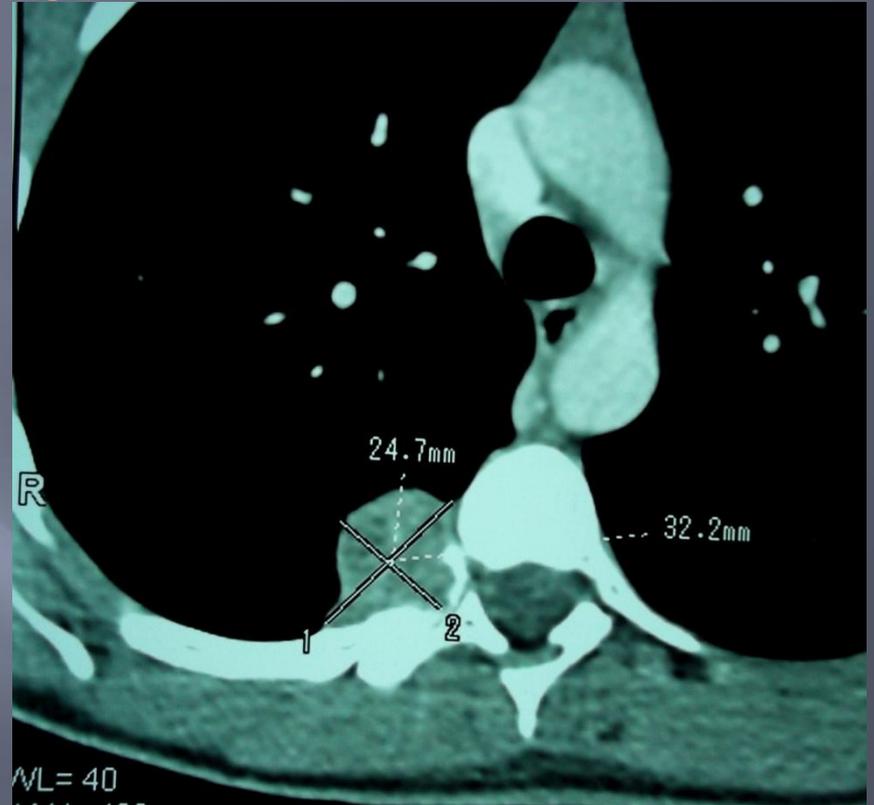
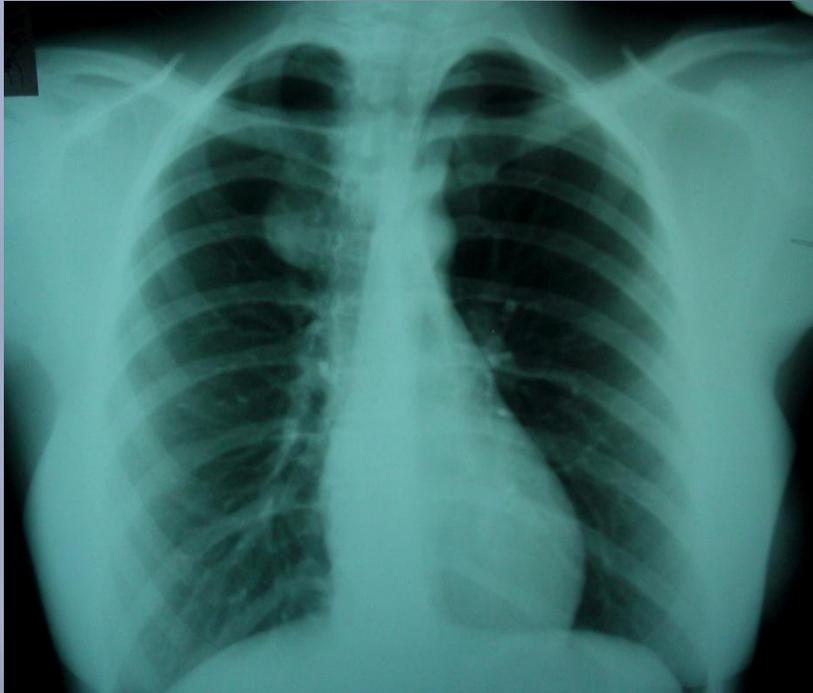


Мальчик, 7 лет
Ro находка
ГКО переднего
отрезка 4 ребра
слева = 3см в
диаметре.



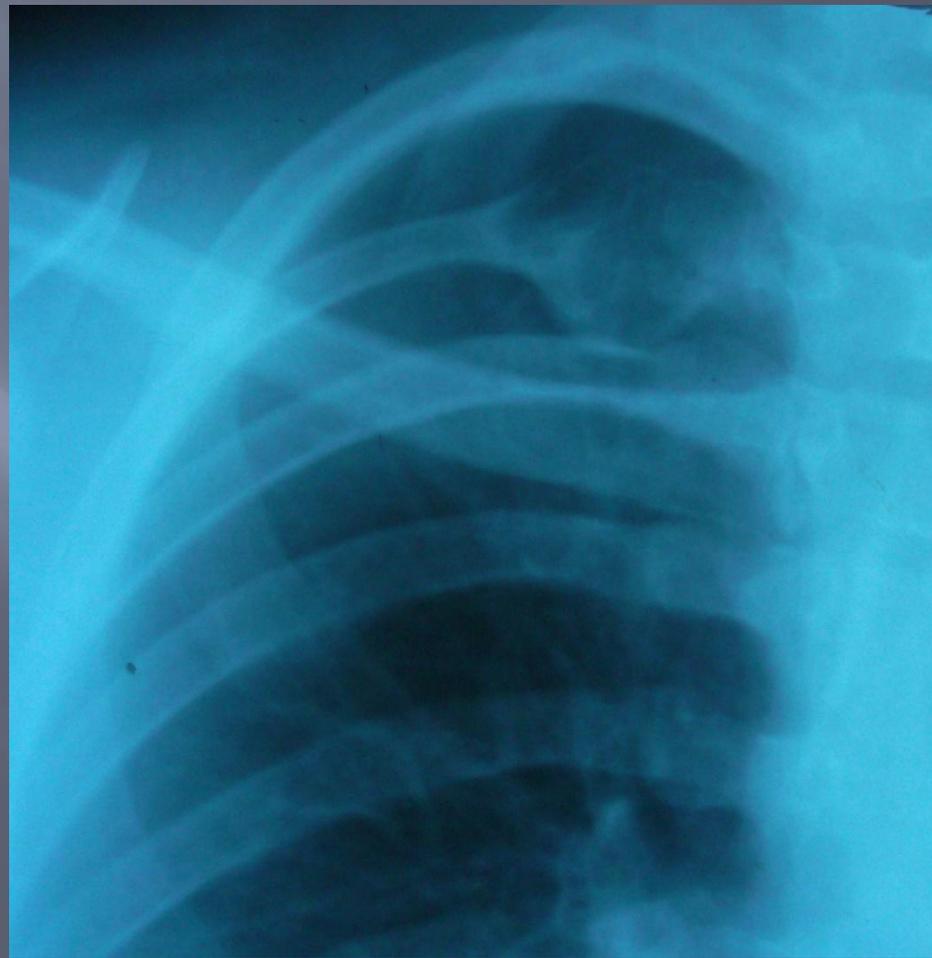
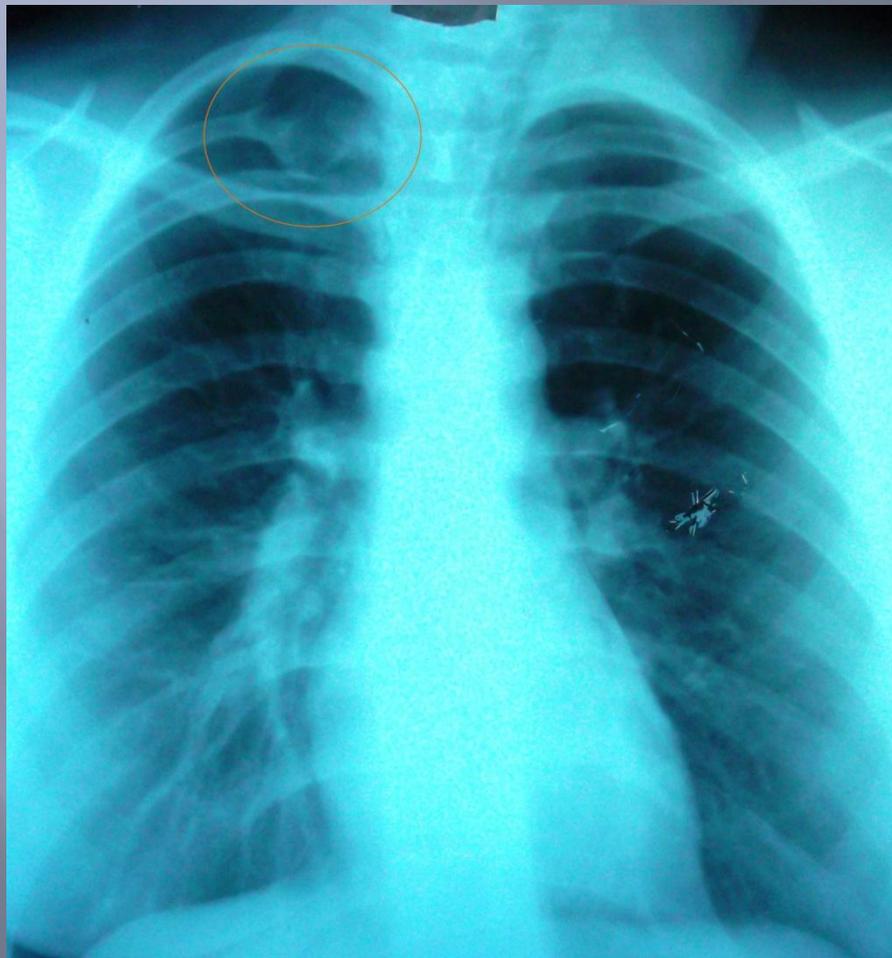
примерные границы
кистозидного
образования
ребра

Гигантоклеточная опухоль M 9250/1



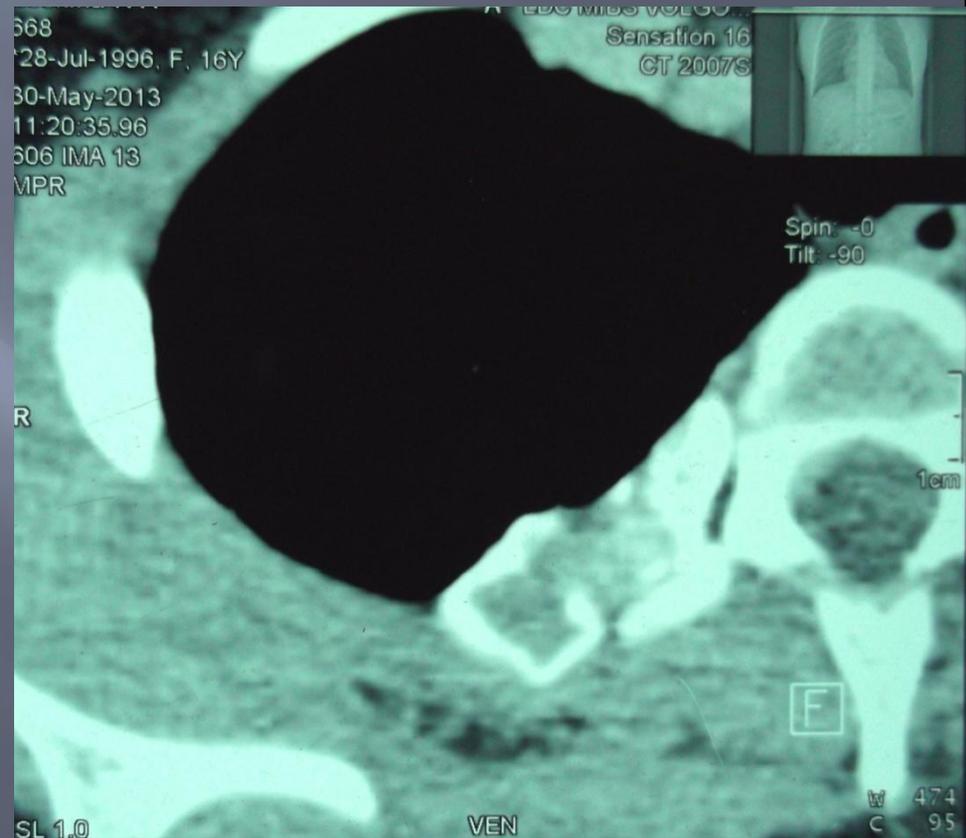
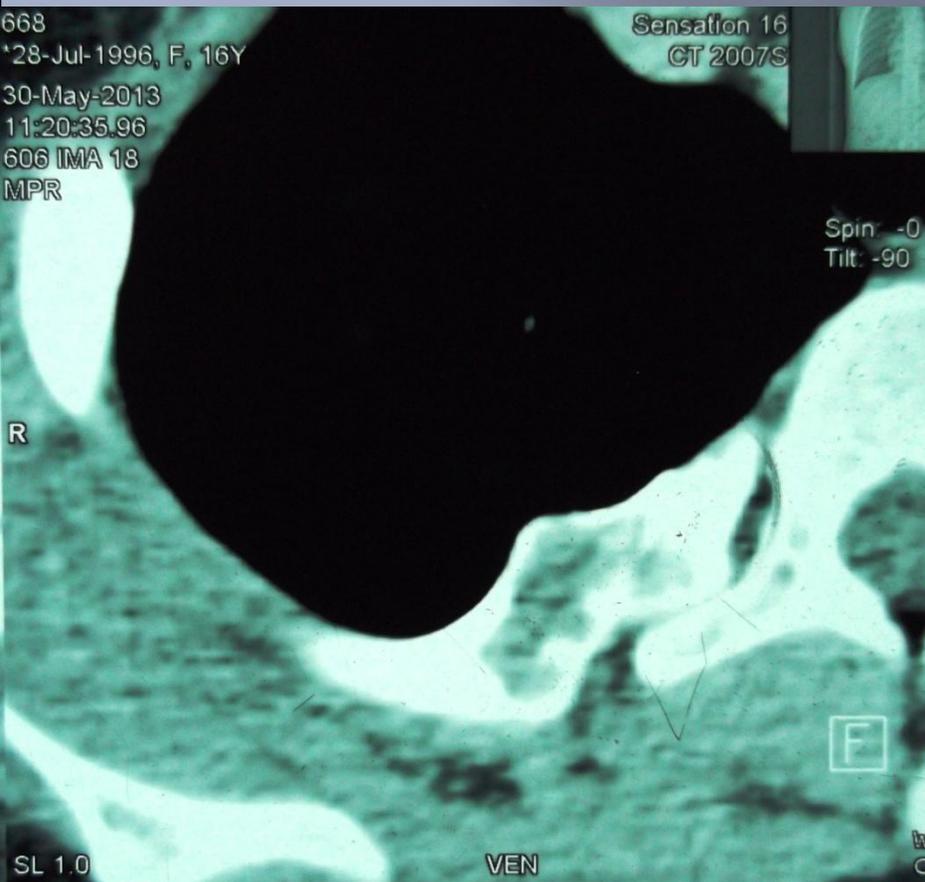
Пациентка 15 лет – периодические боли в спине справа. КТ - паравертебрально в заднем средостении справа на уровне Th5-Th6 опухолевое образование 3,2x2,5x2,7см мелкокистозно-солидной структуры, инвазирующее костальную плевру, с разрушением головки и шейки 6 ребра справа, без признаков распространения в позвоночный канал, лёгкие – без mts, внутригрудные л/узлы – не увеличены.
15.12.16г Торакотомия справа (5м/р), удаление заднего отрезка 6 ребра с опухолью.

Фиброзная дисплазия позвоночного отдела 3 ребра справа.



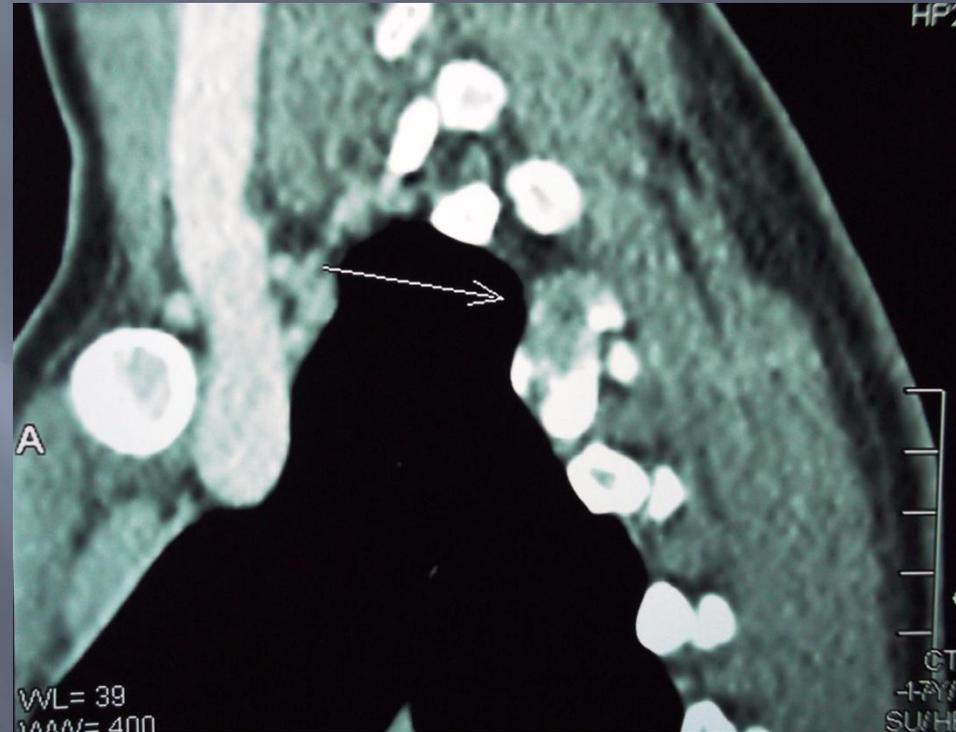
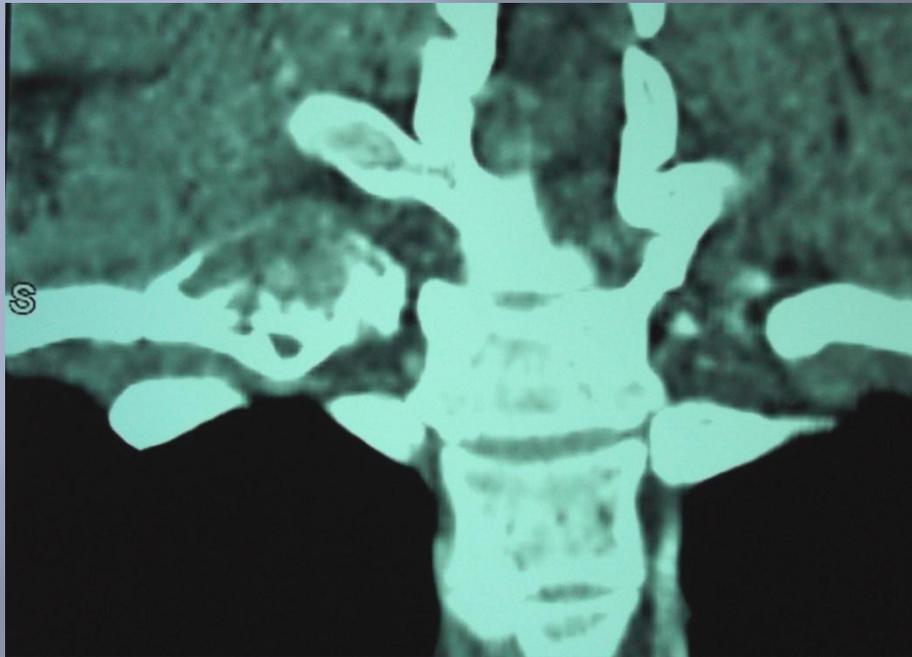
образование заднего отрезка 3 ребра справа выявлено при Ro
по поводу бронхита у 17 летней девушки

Фиброзная дисплазия позвоночного отдела 3 ребра справа.



отмечаются ежедневные боли в правой половине спины с иррадиацией в правую руку и чувством онемения в пальцах правой кисти

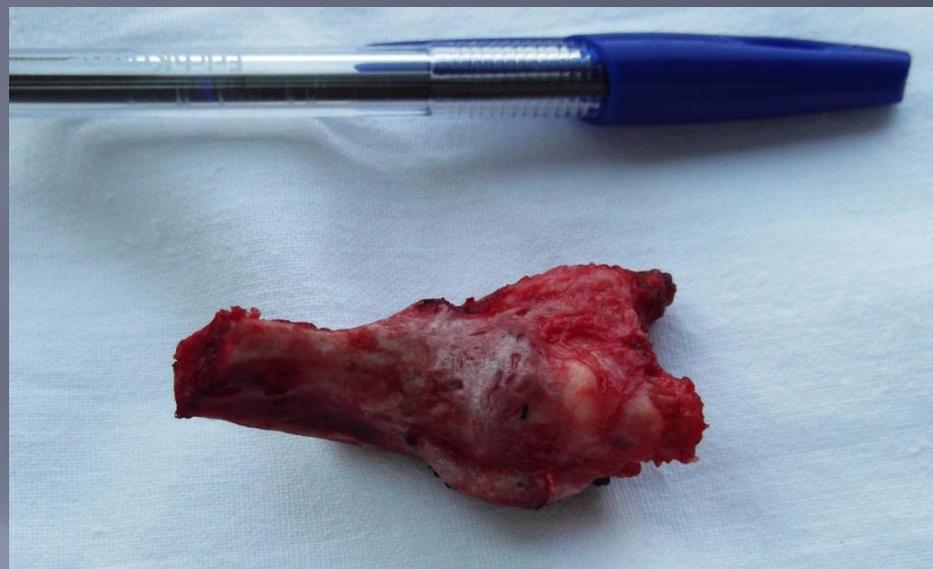
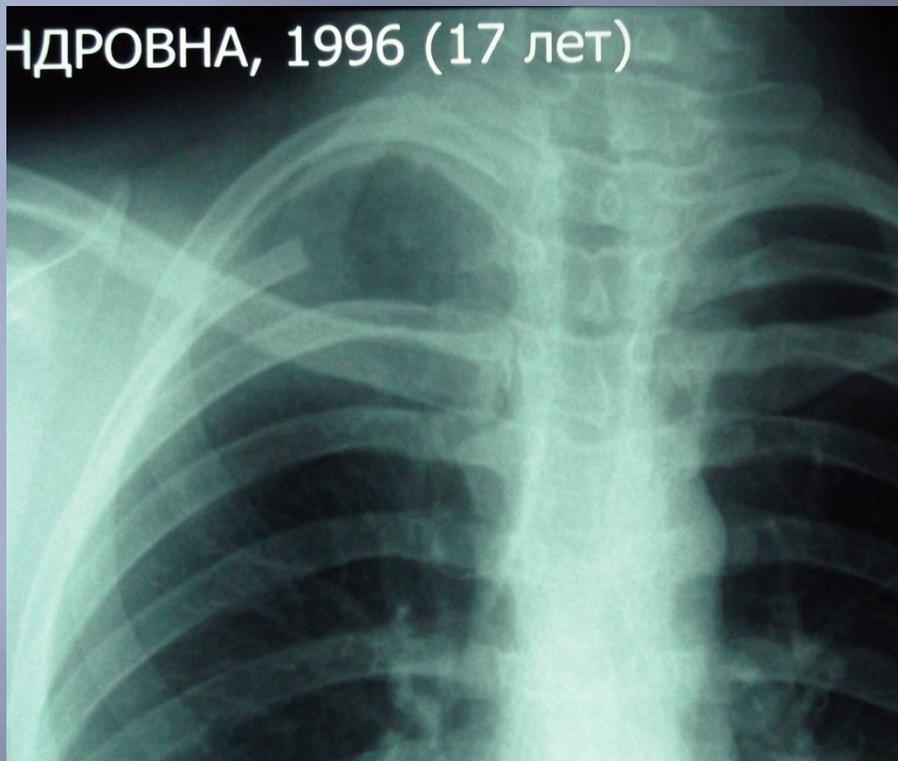
Фиброзная дисплазия позвоночного отдела 3 ребра справа.



задний отрезок 3 ребра справа (зона головки и шейки) деструктивно изменён = 4,4x2,7см, верхний контур образования не прослеживается – разрушен кортикальный слой

Фиброзная дисплазия позвоночного отдела 3 ребра справа.

ЧДРОВНА, 1996 (17 лет)



Макропрепарат резецированного заднего отрезка 3 ребра справа, Ro контроль после операции и операционный доступ к позвоночному отрезку 3 ребра



Аневризмальная костная киста



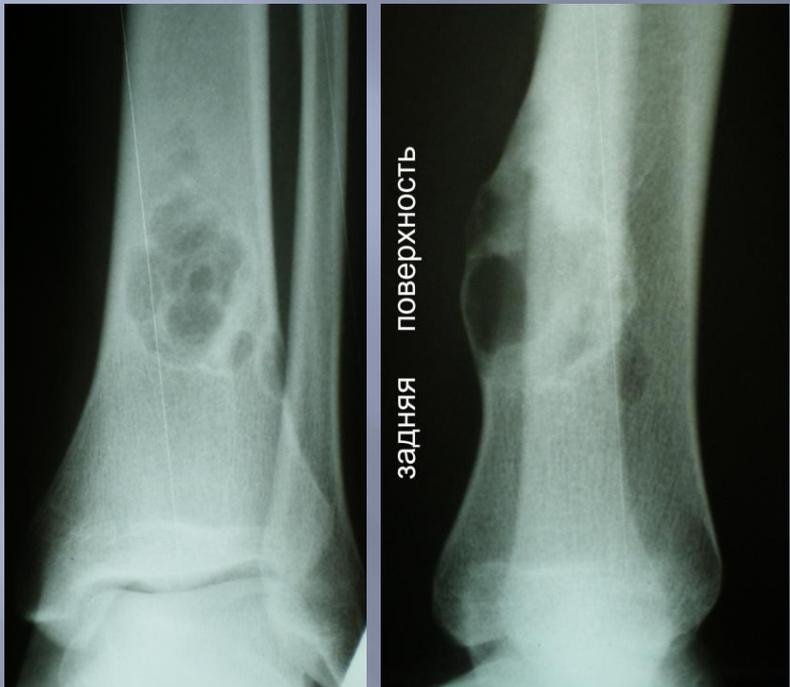
Пациентка 16 лет. «Мешковидное» (дивертикулоподобное) образование с ровными чёткими непрерывными контурами выходящее за пределы кортикального слоя в мягкие ткани. При КТ с ангиографией отмечено, что образование очень хорошо васкуляризировано – развитая сосудистая сеть от четырёх ветвей глубокой артерии бедра.

Гигантоклеточная опухоль



Пациент 6 лет. Гигантоклеточная опухоль н/3 левой лучевой кости – состояние после 2х патологических переломов. 1) Кистоподобный очаг с участком разрушения кортикального слоя. 2) После резекции очага с пластикой остаточной полости аллогенной спонгиозной костной крошкой. 3) Отдалённый результат – полное восстановление структуры костной ткани метафиза

Неоссифицирующая фиброма



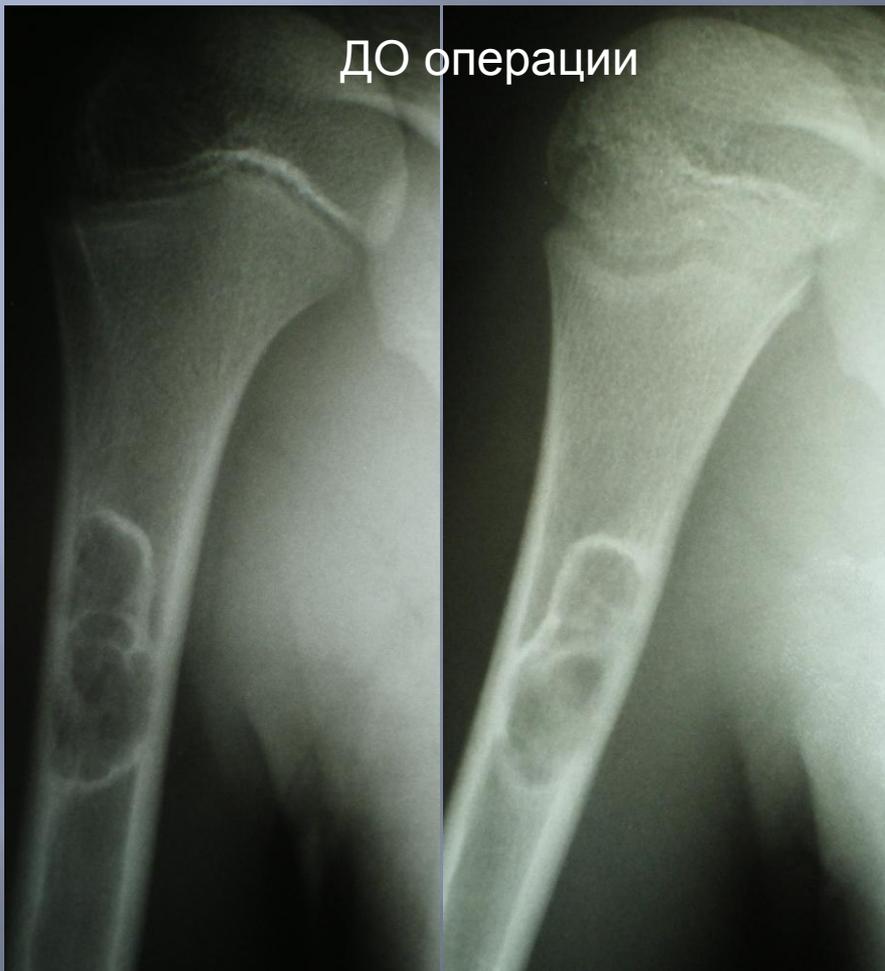
Юноша, 17 лет

1 и 2 – после внутриочаговой резекции
и костной аллогенной пластики

3 и 4 – через 11 мес после операции

Фиброзный кортикальный дефект

ДО операции

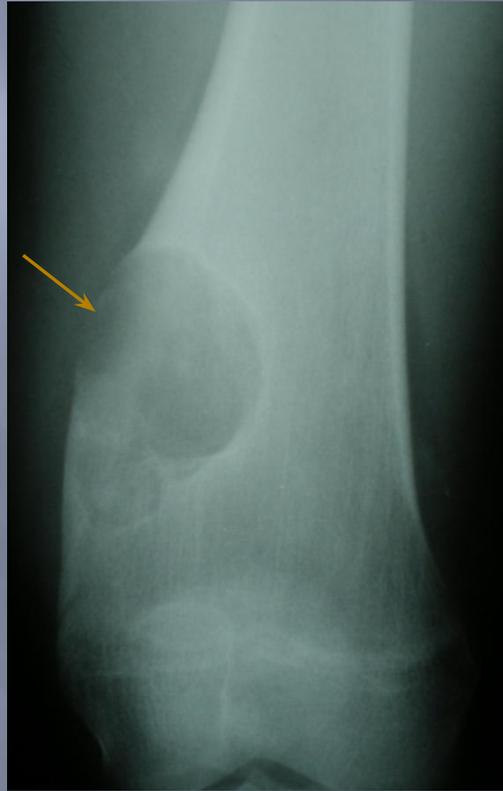
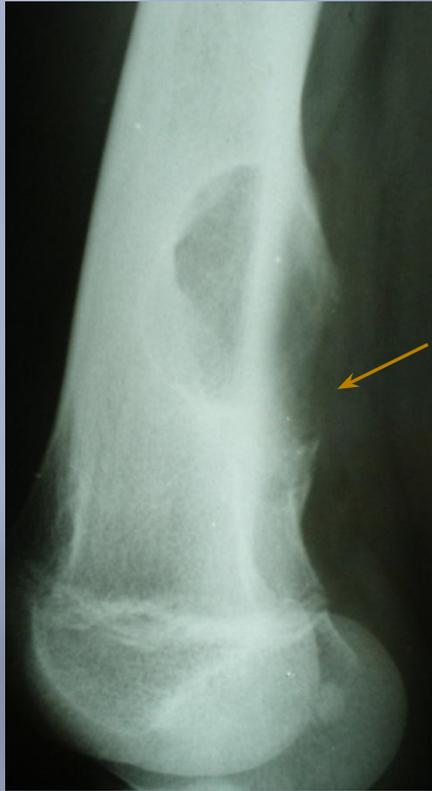


После аллогенной
костной пластики



Пациент, 10 лет. Литический фестончатый очаг с чёткими склеротическими контурами, без вздутия кости и без периостальной реакции.

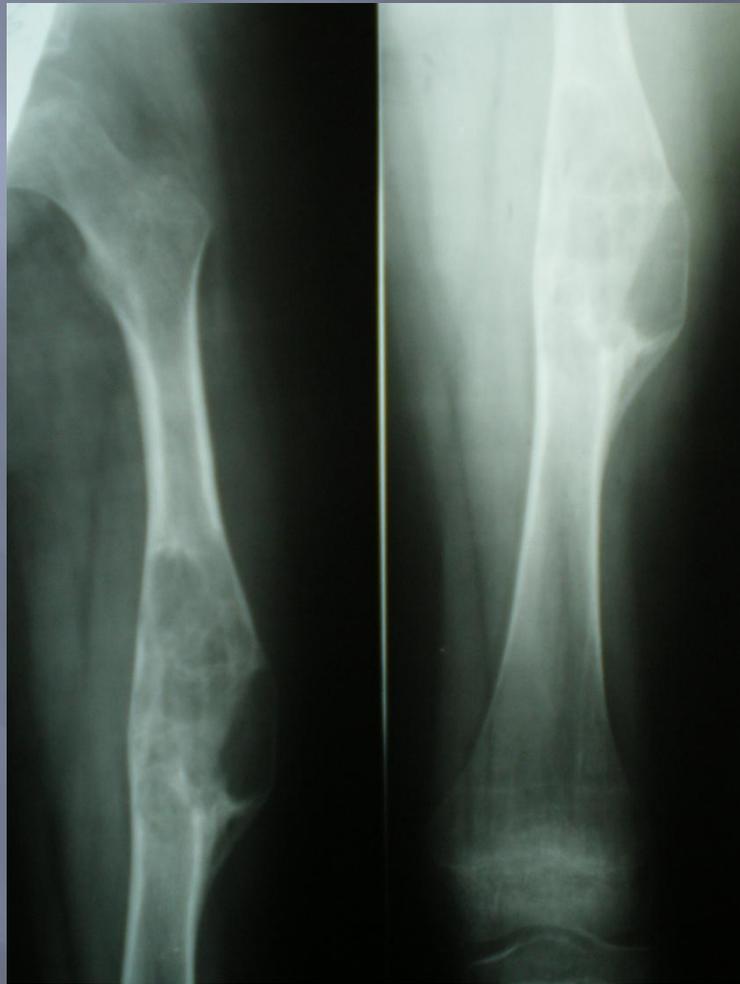
Гигантоклеточная опухоль



Через 1 год после резекции (без замещения пострезекционного дефекта кости)

Пациентка 14 лет.
Очаг деструкции литического характера с полициклическим чётким контуром, разрушение кортикального слоя по задне-внутренней поверхности и выход опухолевых масс в мягкие ткани.

Гигантоклеточная опухоль



Пациент 12 лет. Ячеисто– трабекулярная форма ОБК диафиза левой бедренной кости после 2х патологических переломов.

после оперативного лечения



Наложение стержневого аппарата внешней фиксации, резекция очага, пластика дефекта аллогенными костными кортикальными пластинами.

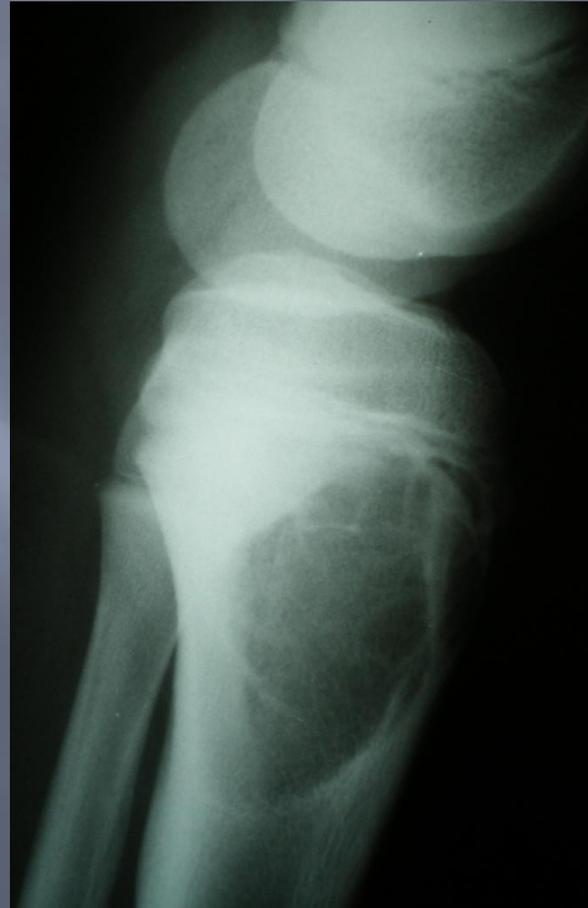
Гигантоклеточная опухоль

5 знак кода - /1



Мальчик, 8 лет – болен в течение 1 месяца
Боли вечернего характера
Крупный очаг деструкции и линейный периостит.
Деструкция вплоть до развития патологического перелома

Остеобластокластома



Мальчик , 12 лет – очаг литического характера не выходящий за границы кортикального слоя с чёткими контурами, незначительное вздутие кости.

Остеоидная остеома

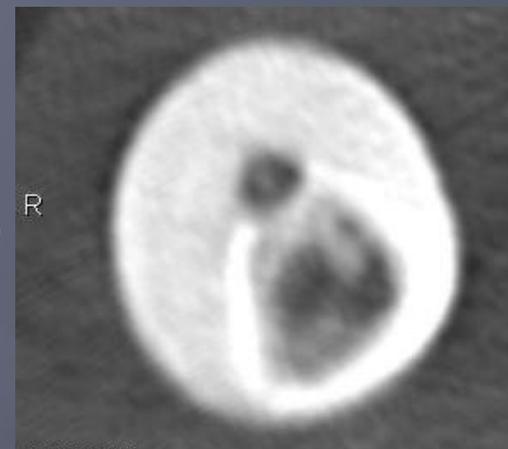


Пациентка 14 лет. Длительность заболевания 1,5 года.
Остеоид-остеома диафиза б/берцовой кости:
нидус = 1 см в Ø (гнездо опухоли) на фоне выраженного
гиперостоза кортикального слоя.

После резекции – исчезновение
характерного болевого синдрома

Остеоид-остеома

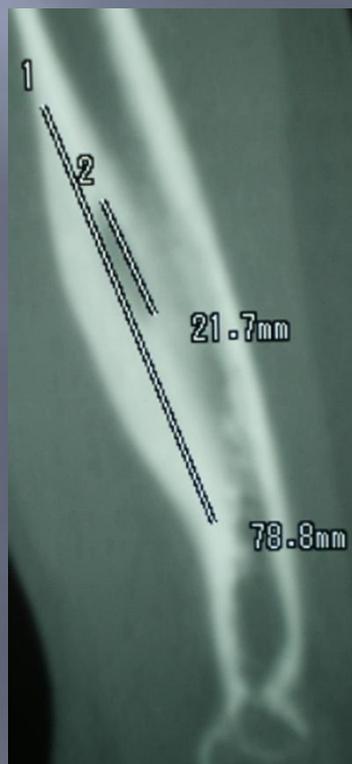
Пациент, 14 лет.
Остеоид-остеома ср/3
правой плечевой кости.
Длительность
заболевания 1 год.



поступление

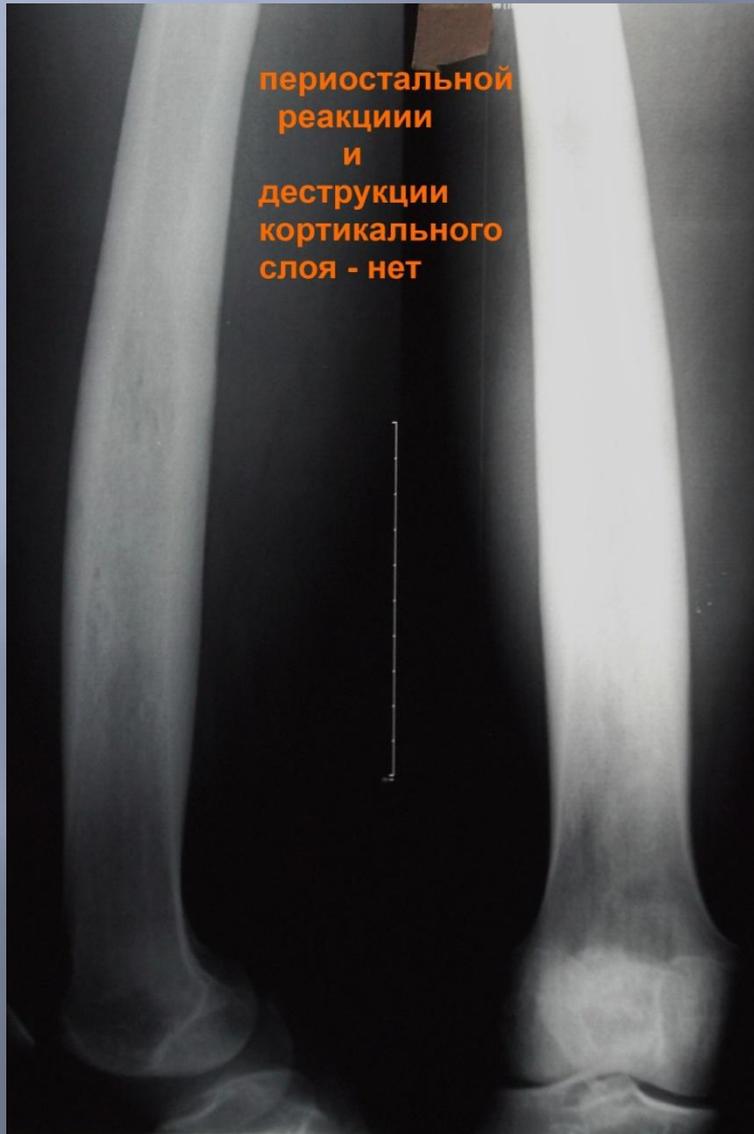


после резекции



Данные КТ:
вытянутый вдоль
оси кости
овоидный нидус
2,2x0,8см, а
участок
гиперостоза
вытянут до 8см.

Sa Юинга



периостальной
реакции
и
деструкции
кортикального
слоя - нет

Юноша, 17лет: около 3 лет беспокоят периодические боли в ср/3 правого бедра, около 1 года боли имеют ночной характер, около 3 месяцев – принимает ежедневно обезболивающие препараты внутрь, около 1 месяца – на ночь требуется инъекция в/м обезболивающих. Клинически – окружность ср/3-н/3 правого бедра = 38,5см, а окружность ср/3 левого бедра – 37,5см, по результатам УЗИ от 15.01.15г – новообразований в мягких тканях ср/3 правого бедра не выявлено. По результатам МРТ от 13.01.15 г имеется неоднородная мелкоузловое поражение структуры ткани в костно-мозговом канале ср/3 правой бедренной кости (на расстоянии между 8см до 18см считая от верхнего края надколенника).

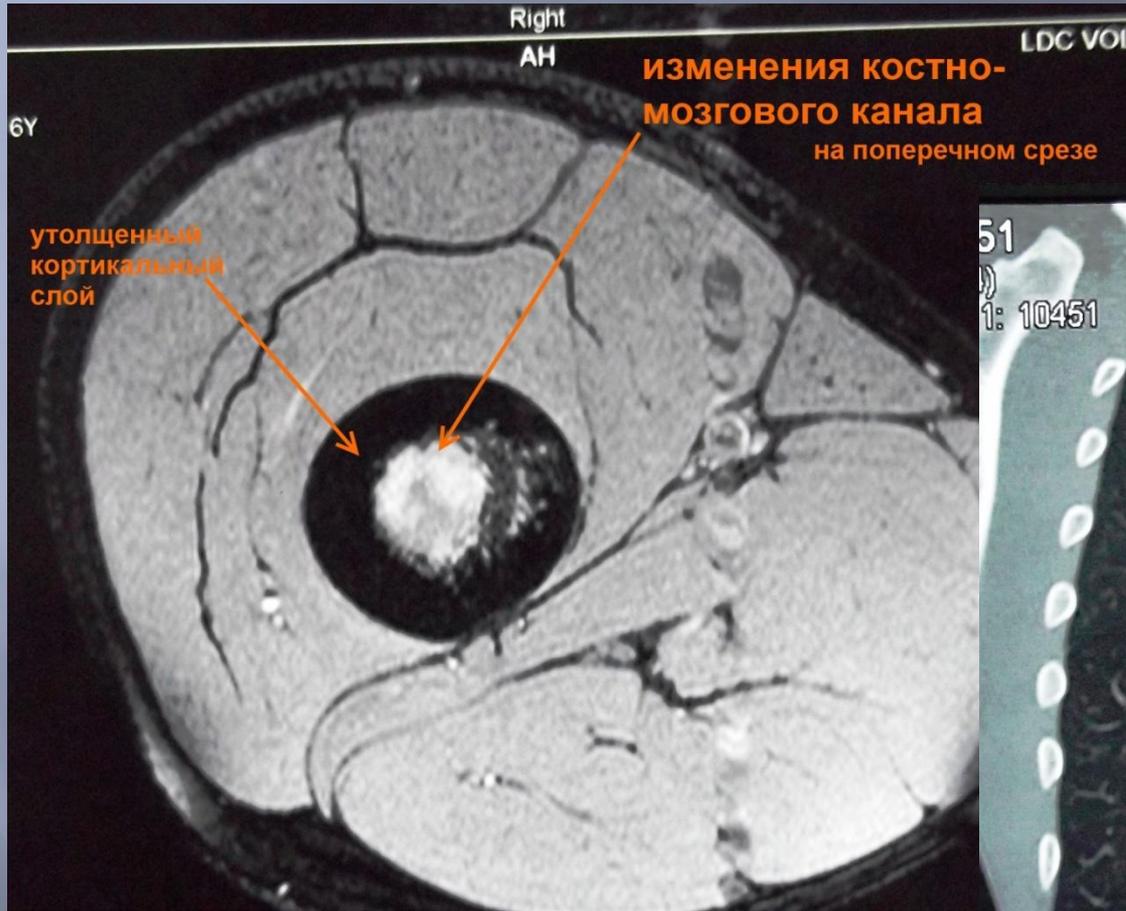
Ro правого бедра от 16.01.15г – на протяжении около 13см в ср/3-н/3 правой бедренной кости имеется неоднородная структура костно-мозгового канала, утолщение кортикального слоя до 1см в ср/3, деструкции – нет, периостальной реакции – нет.

Операционная биопсия 27.01.15г сверлом диаметром 2мм выполнены остеоперфорации на участке 2,5x1см (толщина кортикального слоя до 1см) – удален участок кортикального слоя 2,5x1см до костно-мозгового канала, в костно-мозговом канале имеется фиброзноподобная опухолевая ткань вперемешку с тканью костного мозга – ложкой Фолькмана произведен забор содержимого костномозгового канала на участке до 5см (вверх и вниз от перфорационного отверстия). Цитологическое исследование мазков отпечатков с содержимого костно-мозгового канала от 30.01.15г: клетки злокачественного новообразования – возможно Sa Юинга. Гистологическое исследование № 1935 - 40 от 30.01.15г – злокачественная недифференцированная опухоль с выраженным сосудистым компонентом

Са Юинга



Sa Юинга



Sa Юинга

В представленном фрагменте биопсии рост клеток с морфологией мелко-круглоклеточных опухолей с обширными участками некроза и кровоизлияний. На срезах с парафинового блока проведено ИГХ-исследование с использованием антител к виментину(VIM3B4), S-100(Poly), CD-45(PD7/26/16+2B11), CD99(НО36/1/1),NB-84. цитокератинам(PanAb-1), десмину(DE-R-11), TdT(SEN28),CD34(QBend|10),CD56(56CO4),CD57(HK1),хромогранин, NSE(E27),Ki-67(SP6). Клетки опухоли позитивны к виментину, в части опухолевых клеток слабая р-ция с CD99, S-100., Ki-67 прокрасил 25-30% ядер опухолевых клеток. С остальными антителами реакции негативны.

Заключение: С учетом проведенных ИГХ-реакций морфоиммуногистохимическая картина вероятнее всего соответствует саркоме Юинга/PNET.

ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»
Минздрава России
Адрес места нахождения и почтовый адрес:
117997, г. Москва, ул. Самсыр Машела, д. 1
Тел.: (495) 287-65-70



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ
ИМЕНИ ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА**
(ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России)

28 АПР 2016

Москва

Выписка из истории болезни № [redacted]

Ф.И.О.: [redacted]

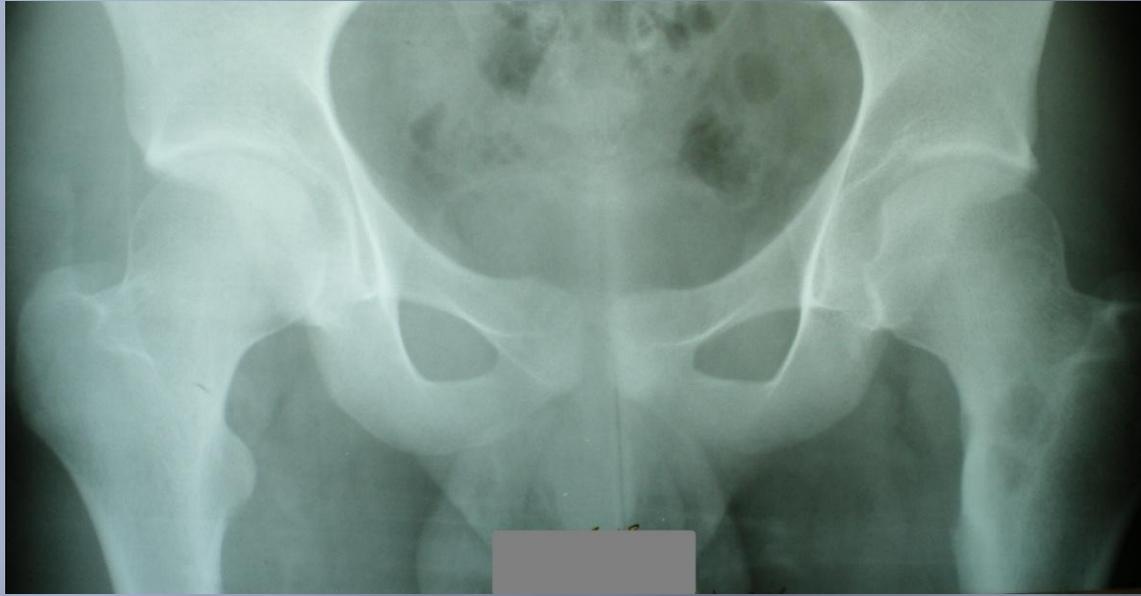
Адрес: [redacted]

Находился на стационарном лечении в ФНКЦ ДГОИ с 17.02.15 по 28.04.15

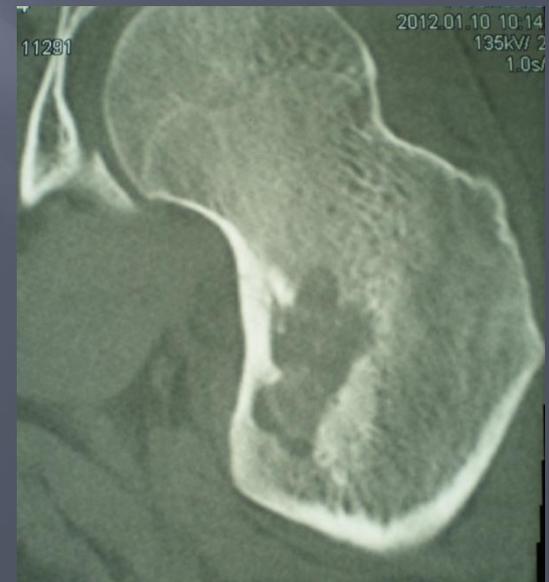
Клинический диагноз: Первично-метастатическая форма саркомы Юинга с поражением правой бедренной кости, костей таза, левой плечевой кости, костей черепа, позвонков (Th5, Th 8-12, L1-2), костного мозга, T3N0M1, IVB по AJCC. Состояние после открытой биопсии от 27.01.15 Состояние после 4 курса ПХТ по протоколу EURO-EWING 2008.

Клинический диагноз по МКБ: C40.2

Остеобластома



Пациент, 14 лет. Литический очаг в межvertebralной зоне левой бедренной кости

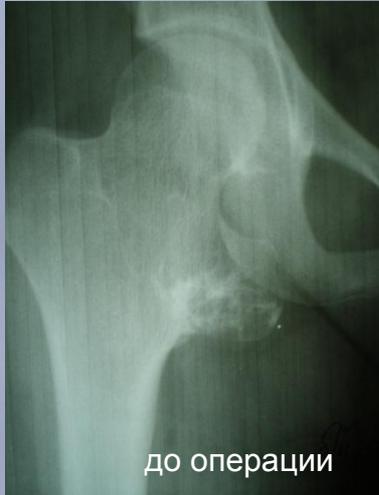


Абсцесс Броди



Девочка, 10 лет. Анамнез заболевания 4 года. Диф. диагностика с остеобластомой только интраоперационно. Литический очаг 4,5x1,5см.

Остеохондрома



Пациентка 16 лет.
Остеохондрома 4x3,5см шейки правой
бедренной кости.

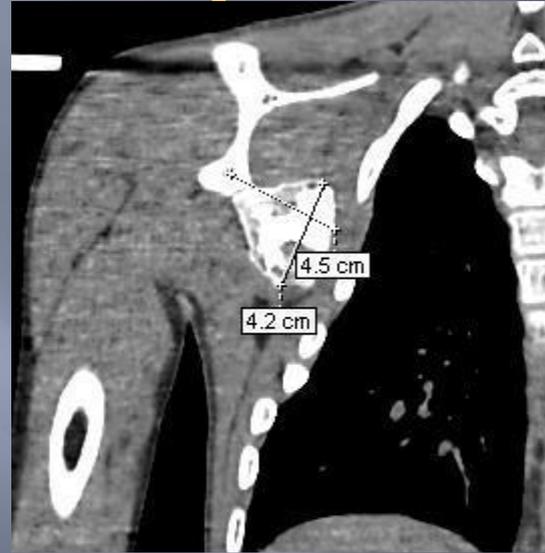
Операционные доступы в обоих
случаях – передние с мобилизацией
сосудисто-нервного пучка



Пациент 15 лет.
Обширная остеохондрома =
8x7x6см шейки левой
бедренной кости.

Остеохондрома лопатки

деформация ребер от давления



3D - реконструкция



передняя поверхность лопатки



Пациент, 12 лет. Экзостозная хондродисплазия.

остеохондрома



Девочка, 11 лет. Остеохондрома 7,5x3,5см на широком основании в/3 левой плечевой кости (фото Ro до и после резекции).

Хондробластома

Рис №1

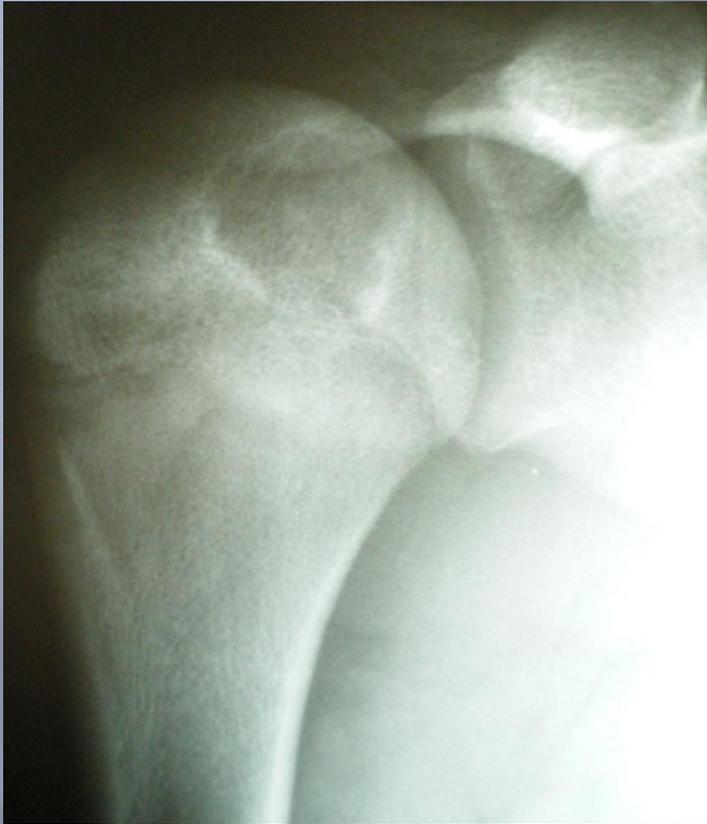


Рис №2

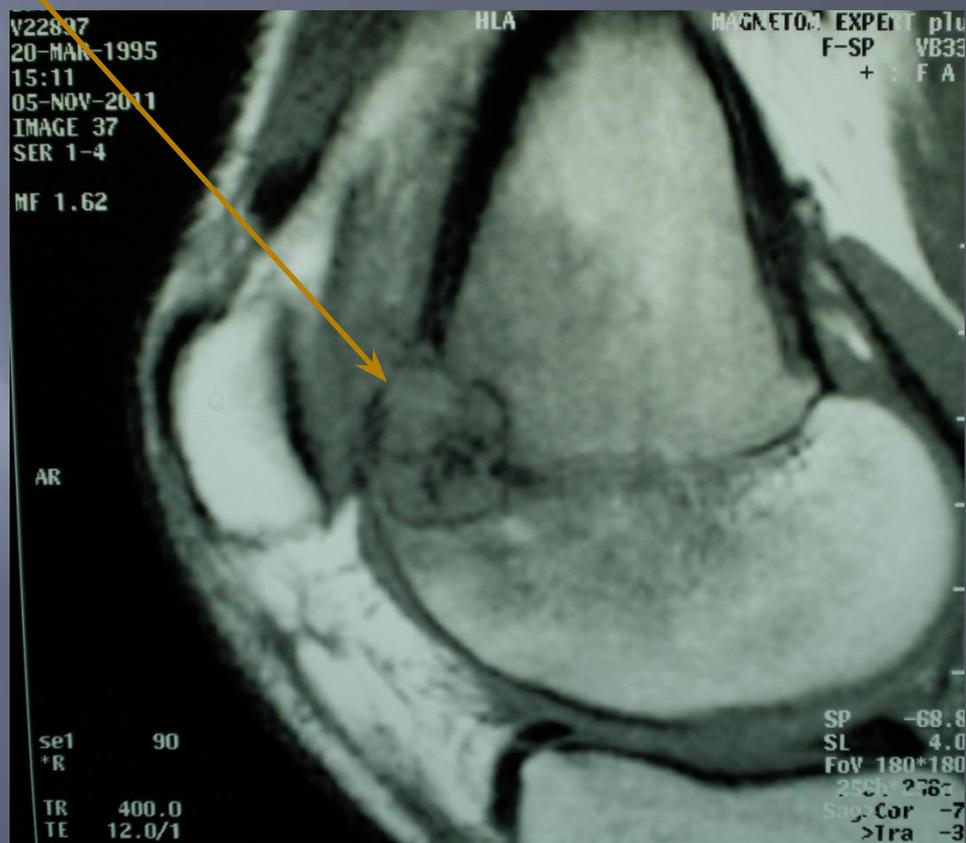
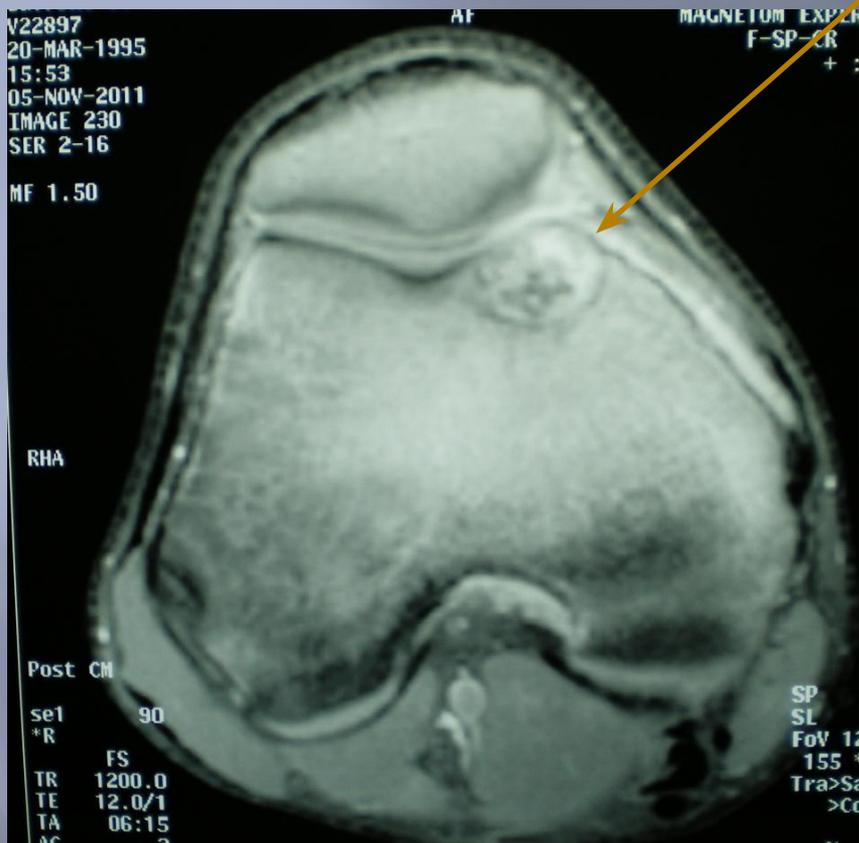


Пациент 15 лет, в течение 8 мес постепенно усиливающиеся вечерние боли – заставляющие принимать НПВС.

Рис №1: Кистозоподобный очаг в головке плечевой кости с чёткими склеротическими контурами, очаг связан с ростковой хрящевой пластинкой.

Рис №2: Функциональный результат после внутриочаговой резекции.

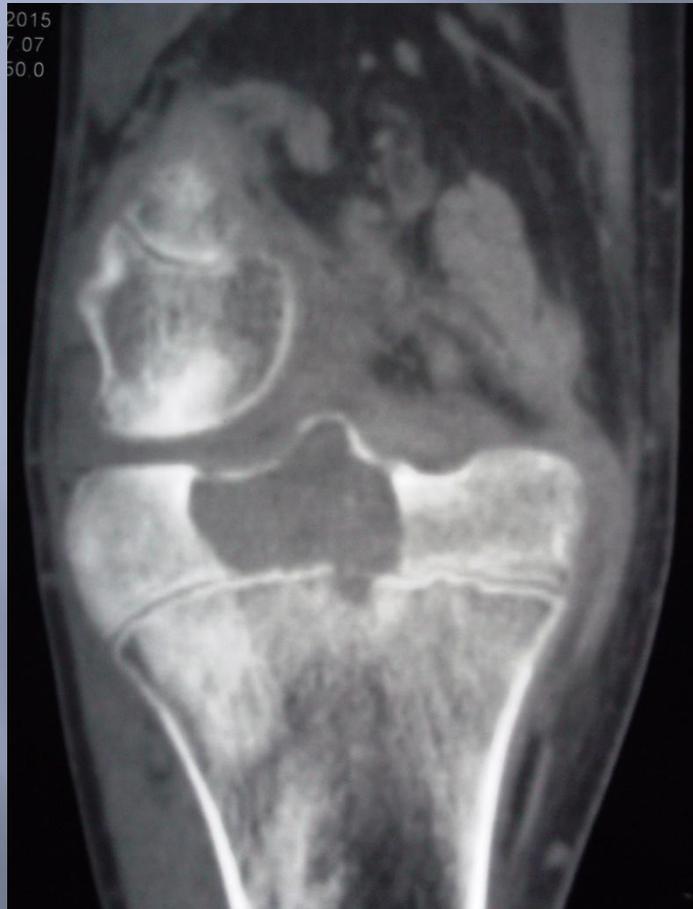
Хондробластома



Пациент, 16 лет. Боли периодического характера в течение 1,5 лет – усиливаются при физической нагрузке + гипотрофия мышц правого бедра.

МРТ картина: образование хрящевой плотности в медиальном отделе дистального метафиза правой бедренной кости, размерами 1,7x2,2x1,7см – структура образования неоднородна за счёт мелких кальцинатов и неравномерного накопления контрастного вещества, образование связано с ростковой хрящевой эпифизарной пластинкой и распространяется из метафиза на эпифиз с разрушением переднего кортикального слоя

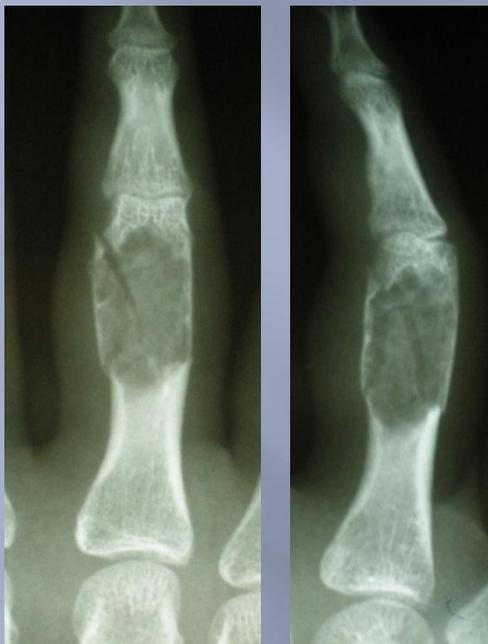
Хондробластома



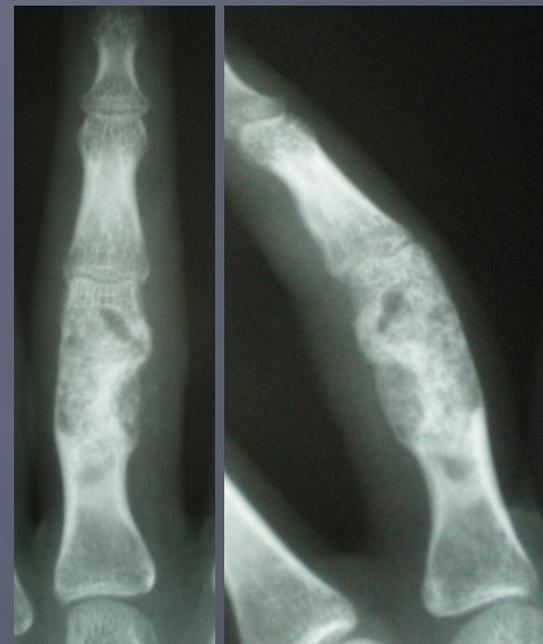
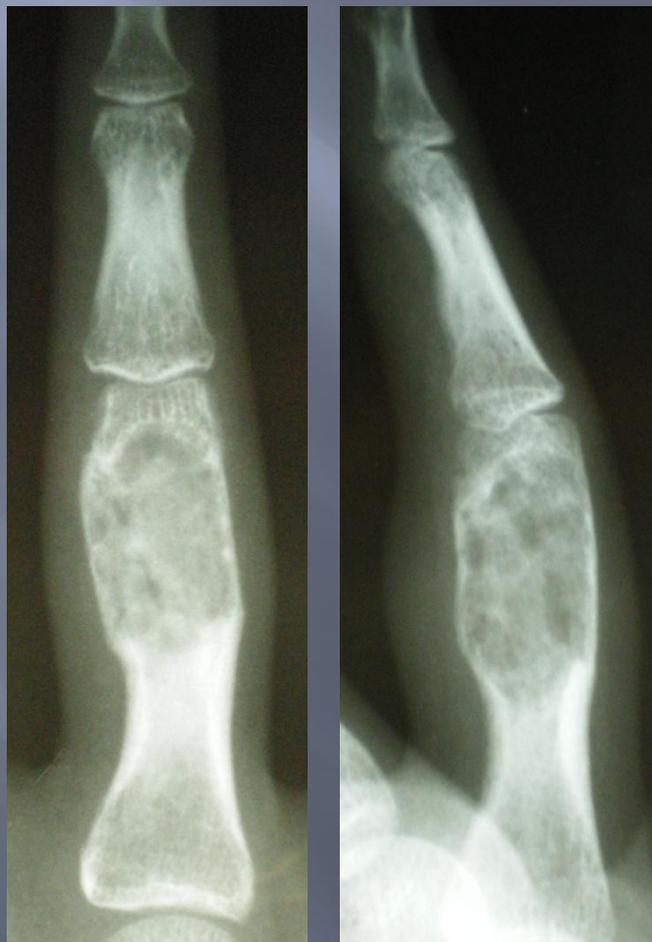
Мальчик, 15 лет – болен 7 месяцев: боли, сгибательная контрактура, гипотрофия мышц конечности

Хондрома

Пациентка, 17 лет.
Очаг энхондромы 2,3x1,2 см
через 3 мес после перелома

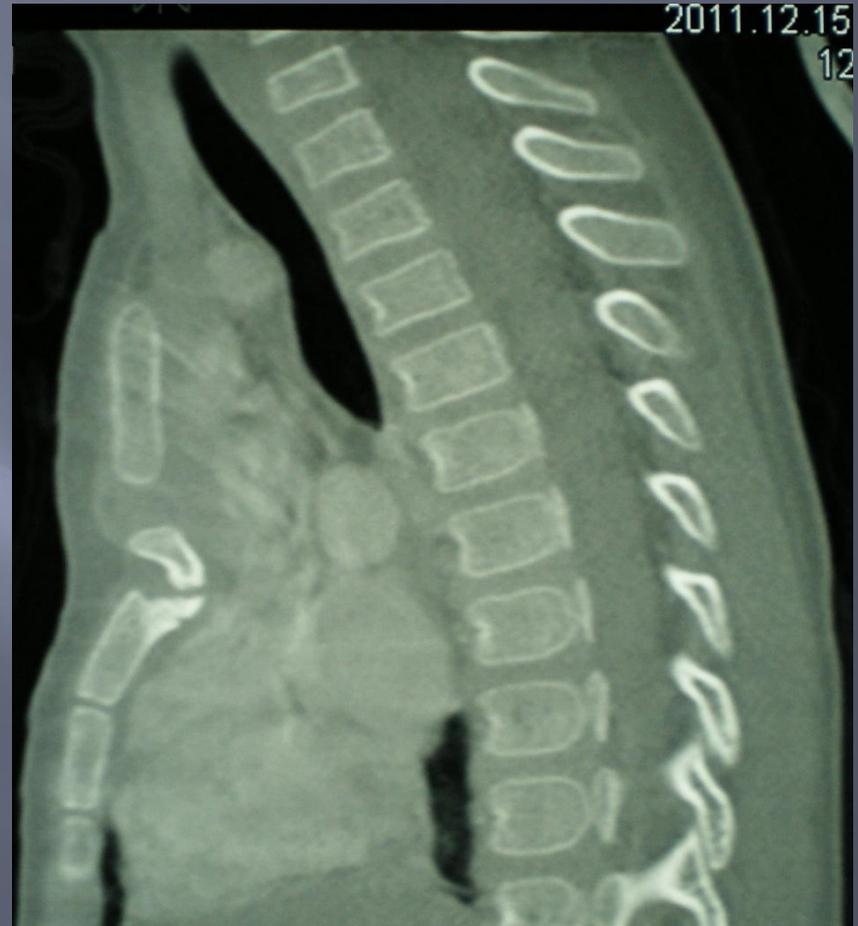
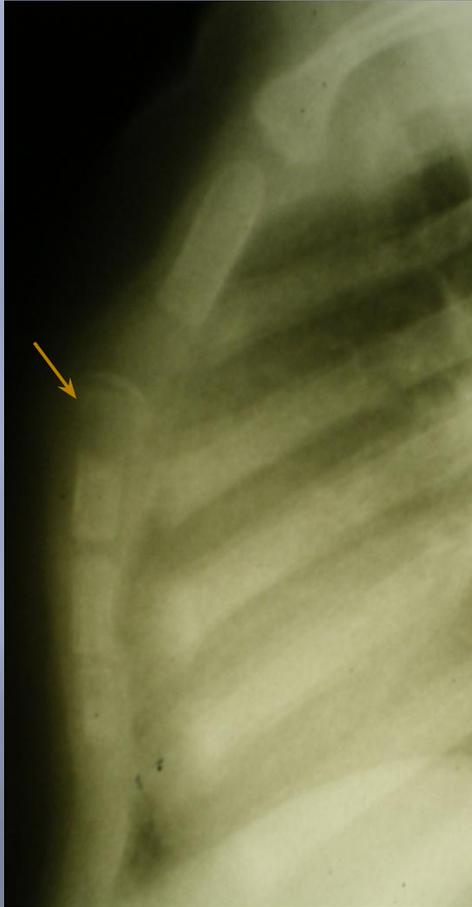


патологический
перелом



сразу после резекции
и аллогенной костной
пластики

Гистиоцитоз



Пациент 10мес.

Гистиоцитоз из клеток Лангерганса (локальная форма) – поражение тела грудины.
Воронкообразная деформация тела грудины через 3 года после экскохлеации очага.

Гистиоцитоз из клеток Лангерганса



Девочка, 5 лет.

Эпизодические боли, преимущественно в ночное время в области передней пов-ти лев. бедра.

Неоднородный очаг деструкции 4,5 x 1,5 см, расположенный преимущественно в пределах костно – мозгового канала ср/3 левой бедренной кости не выходящий за пределы кортикального слоя, луковичный периостит, мягкотканного компонента не выявлено. Сцинтиграфия скелета – накопление РФП в ср/3 левой бедренной кости до 270%.



Дермоидная киста

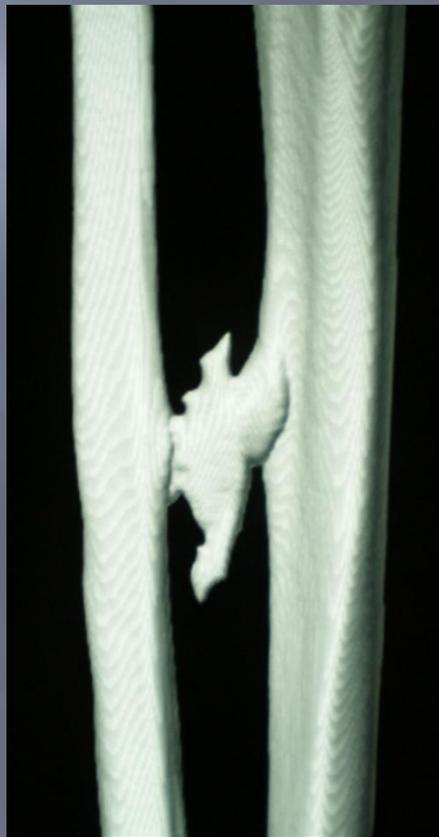


Пациент 10 лет. Дермоидная киста 1,5 см. Истончение наружной кортикальной пластинки с формированием округлого дефекта с чёткими ровными склеротическими контурами.



Пациент 5 лет. Дефект не только наружного кортикального слоя на участке в 3 см, но и внутренней кортикальной пластинки на участке до 1 см – прилежит непосредственно к венозному синусу твёрдой мозговой оболочки.

Посттравматическая оссификация межкостной берцовой мембраны



Юноша 17 лет, после повторной травмы, на КТ – бесформенное костное образование 4x2x1см в проекции межкостной мембраны.

Юношеская дистрофическая костная киста



до операции

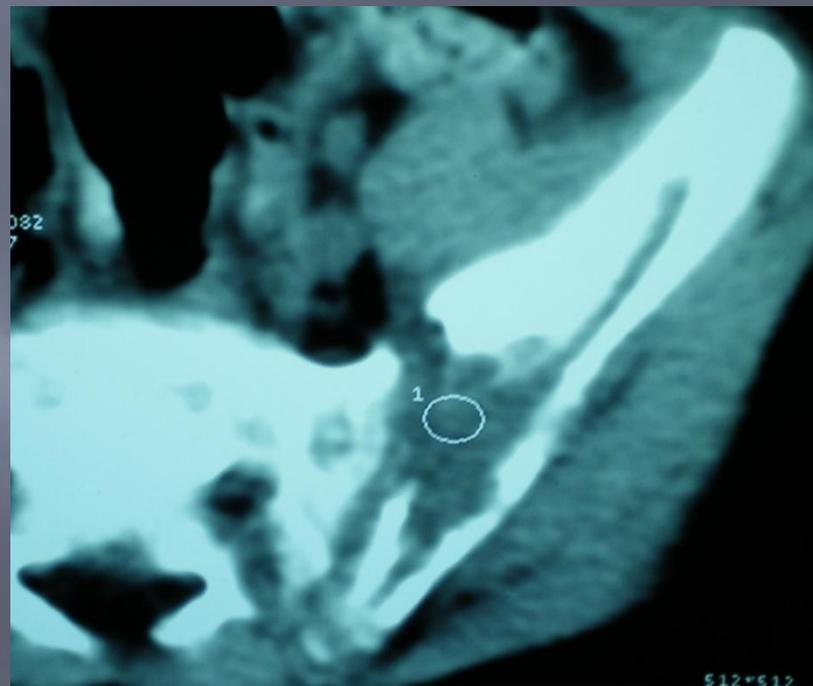
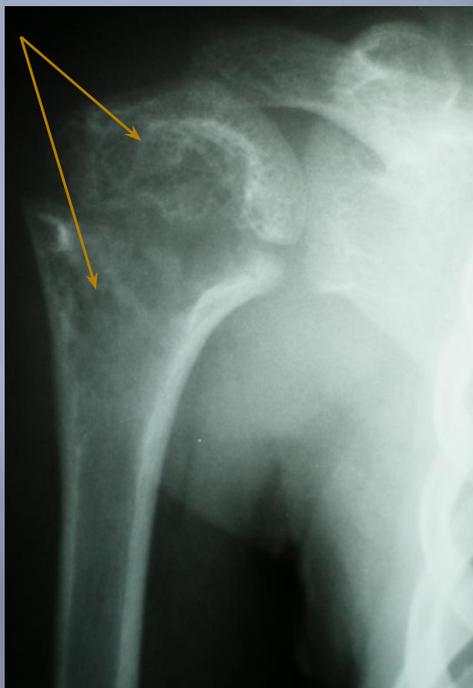


через 6 мес после аллогенной костной пластики

Юноша, 17 лет.

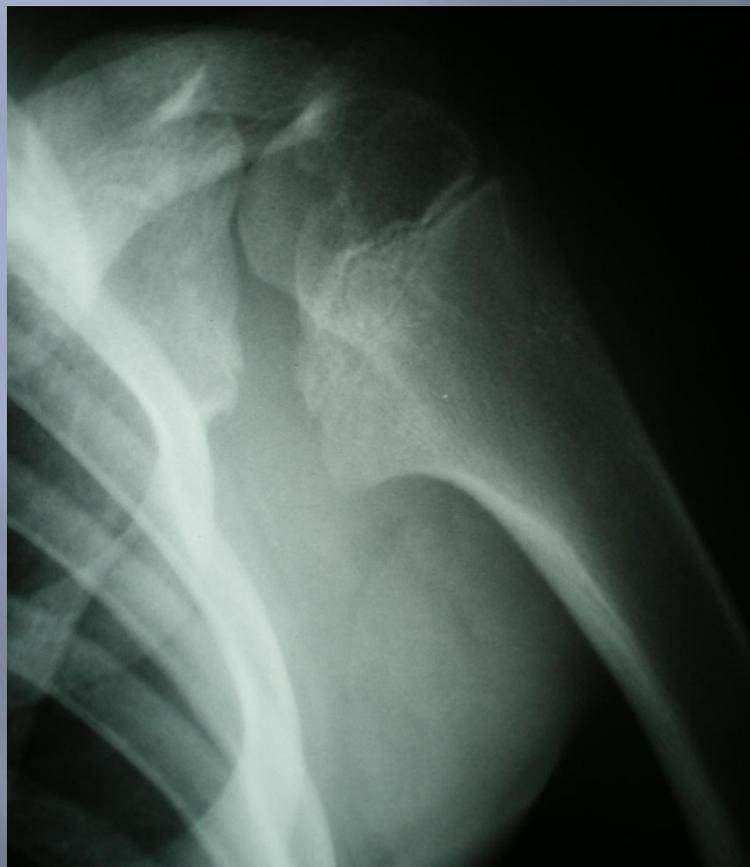
Киста 6х2,3см ср/3 правой плечевой кости – после патологического перелома

Метастазы нефробластомы



Пациентка блет. Метастазы нефробластомы в головку и шейку правой плечевой кости, в тела 4 и 5 поясничных позвонков (компрессионные переломы), в правую подвздошную кость.

Последствия эпифизарного ОГО

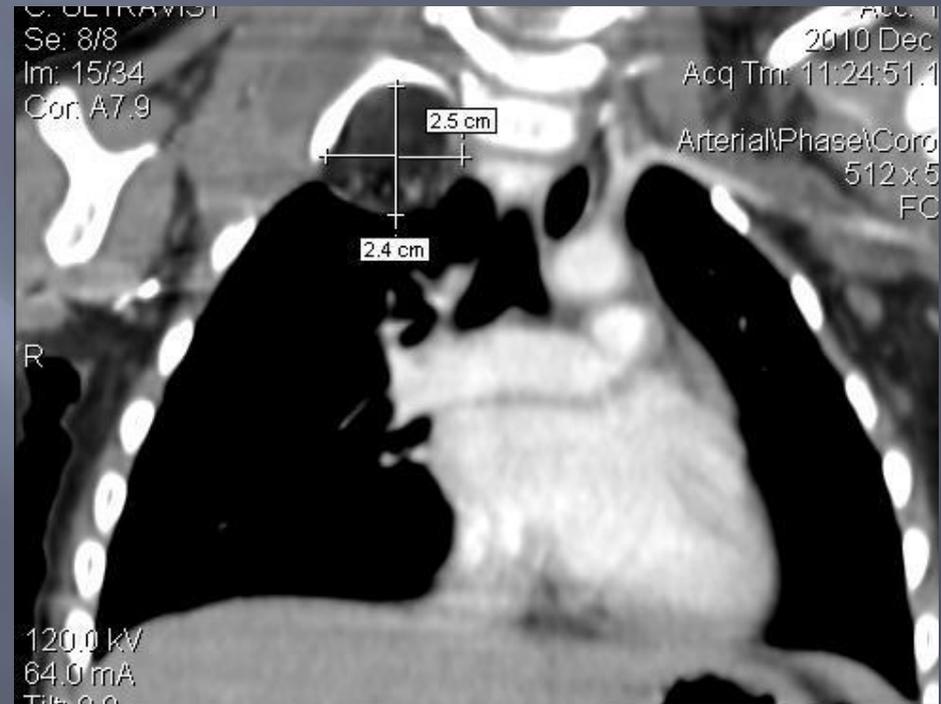
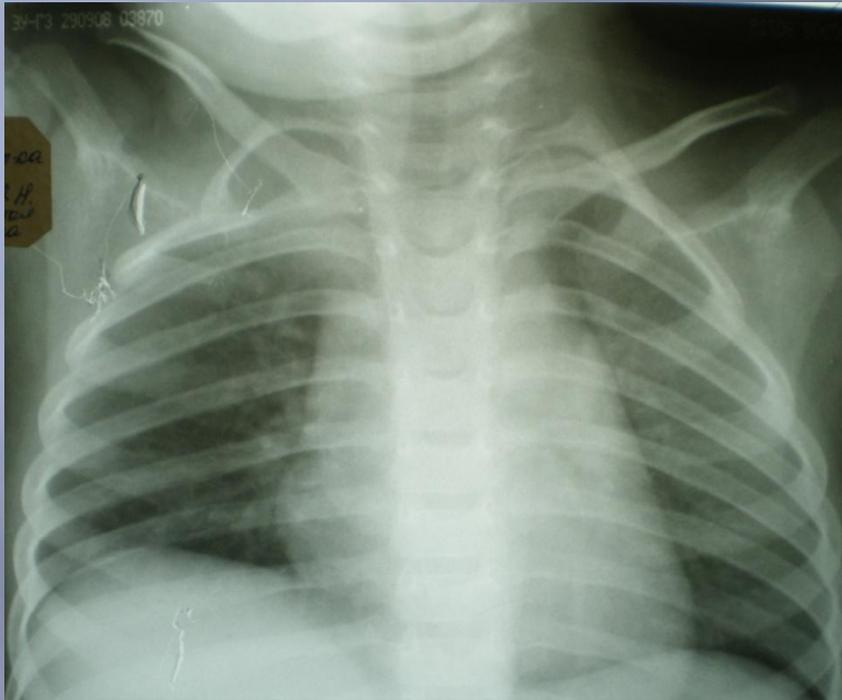


слева



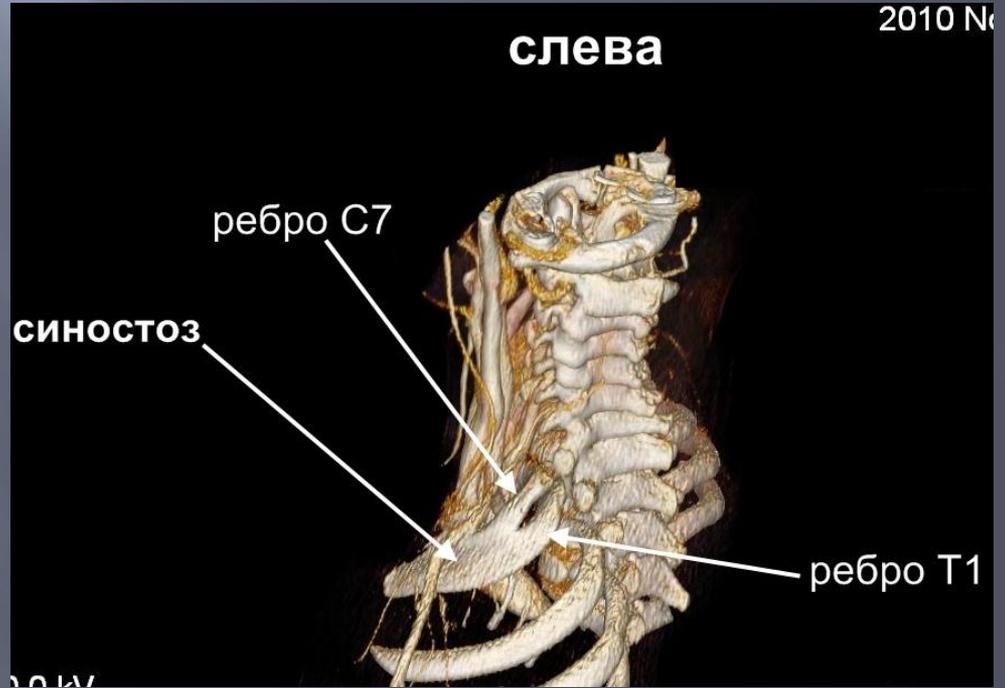
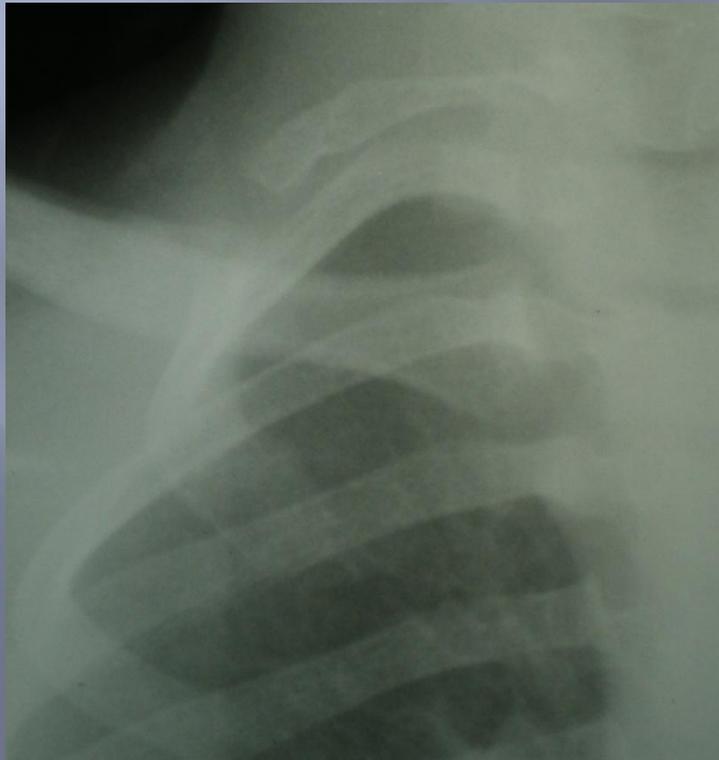
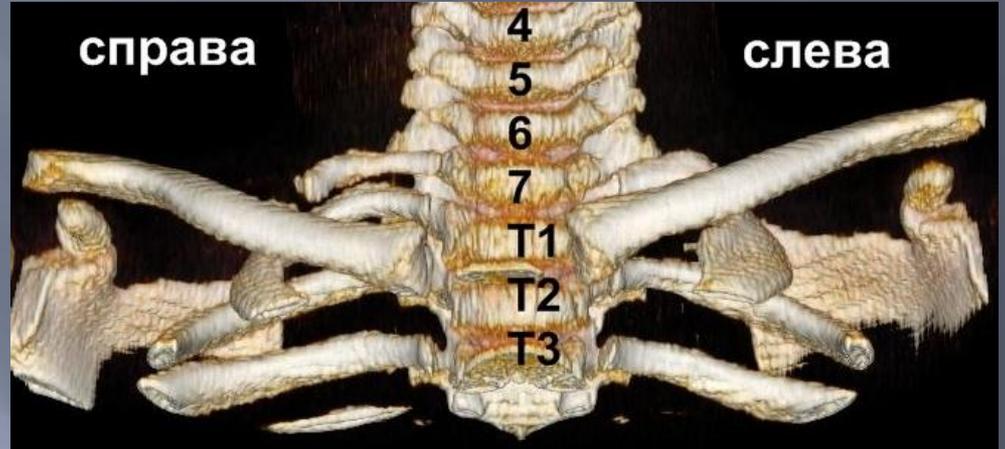
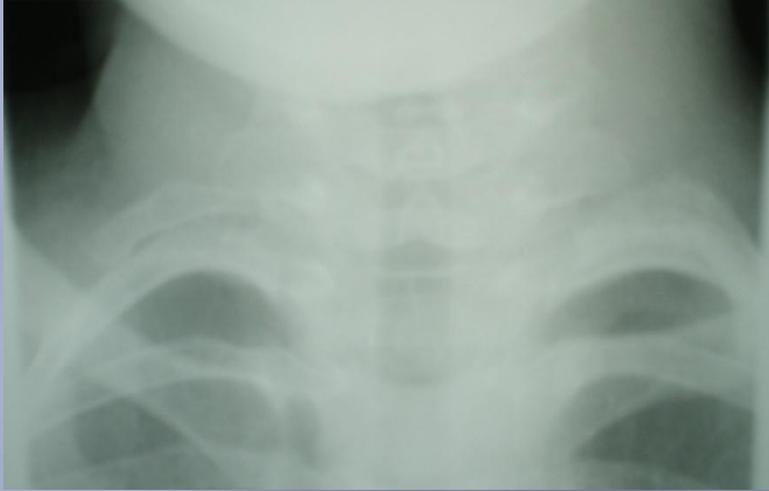
справа

Шейно-медиастинальная липома справа



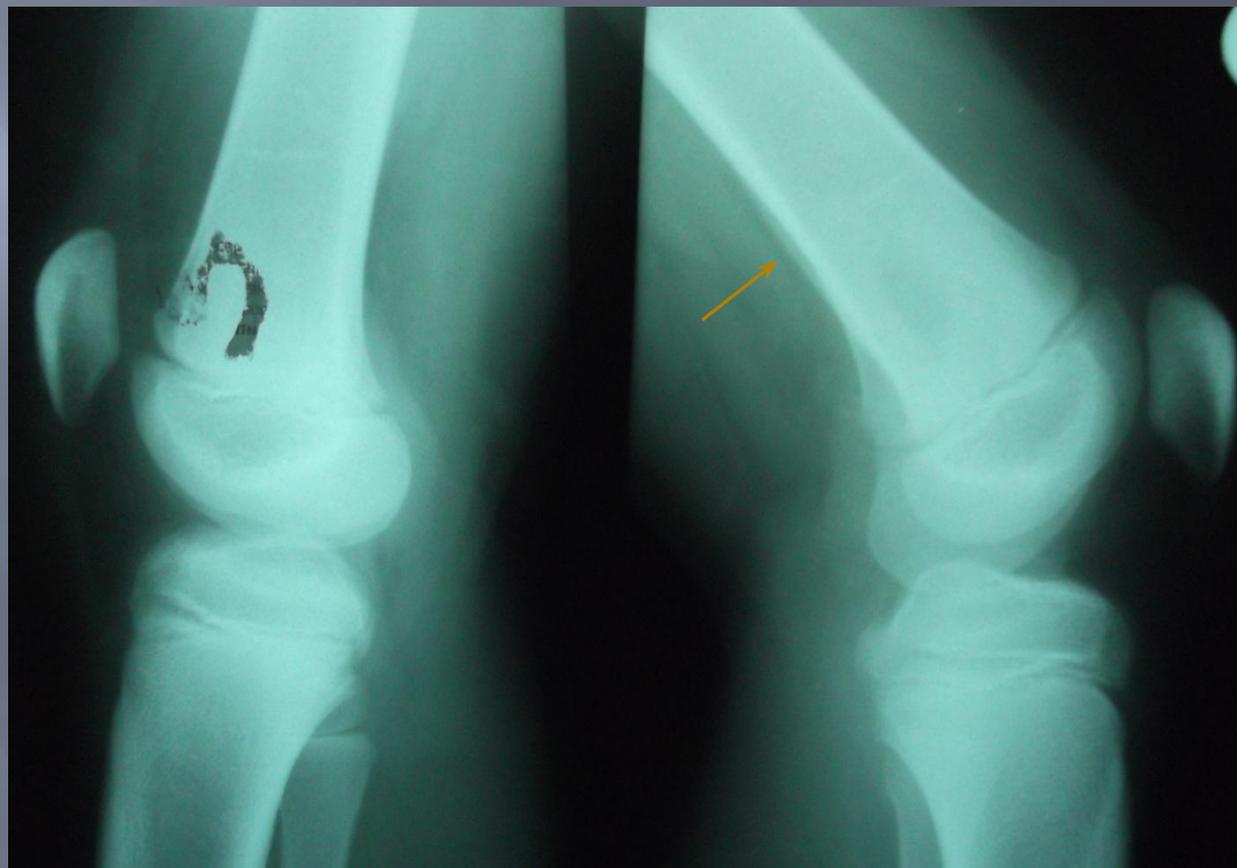
Деформация и истончение (атрофия от давления) 1 и 2 ребер справа у ребёнка 2,5 лет

шейные рёбра



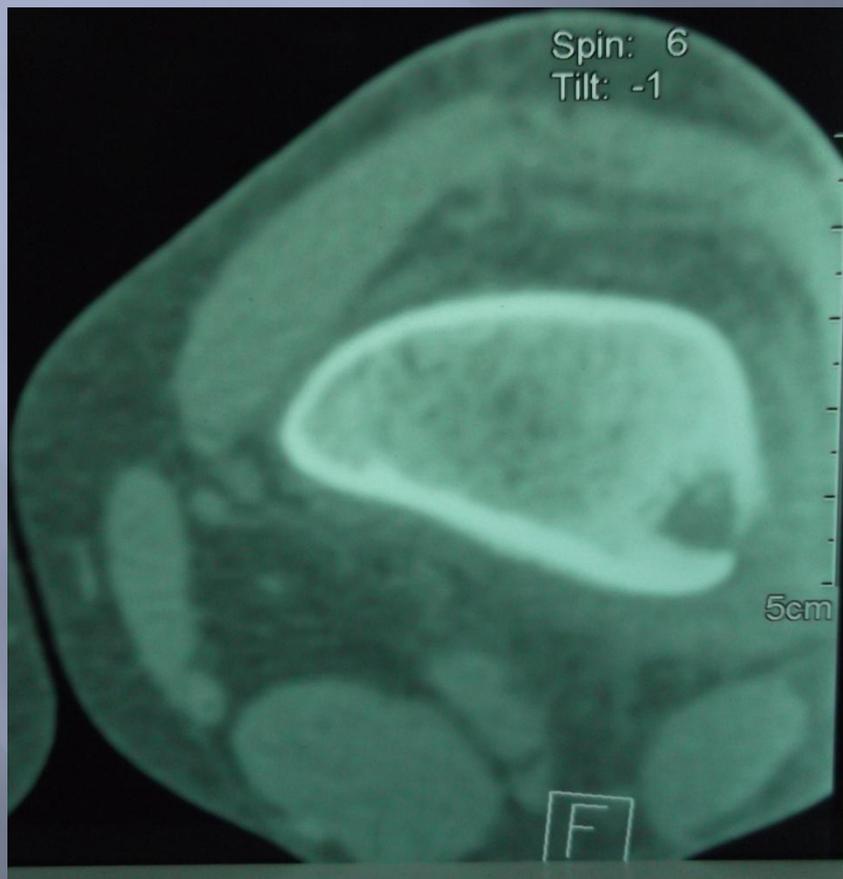
мальчик, 7 лет

Лимфома кости



Еще заметная линейная периостальная реакция и кортикальный дефект в дистальном метафизе бедренной кости у мальчика 9 лет

Лимфома кости



Лимфома кости



Лимфома кости

Пациент: Кушаков С.Н.

Дата рождения: 13.01.2006

Пол: муж

№ исследования: 01019

Область исследования: *коленные суставы. D – 0,1мЗв*

Компьютерная томография

На серии КТ-грамм коленных суставов в 3-х проекциях, визуализированы оба сустава. Суставы сформированы правильно.

В метадиафизе, левой бедренной кости, латерально, определяется участок деструкции, занимающий до 1/5 ширины диафиза, размером 25мм x 10мм, с неровными, местами нечёткими, контурами, корковый слой прерывается на 6мм. Вздутия кости, периостальной реакции, изменения в мягких тканях на уровне поражения не выявлено.

Суставные поверхности ровные, без узурации и кистовидных просветлений в субхондральном слое, толщина хондрального слоя не снижена. Ширина суставной щели до 3-4 мм на уровне промежуточной части менисков. В полости суставов и околоуставных сумках физиологическое количество синовиальной жидкости.

Мениски дифференцированы, без выраженной деформации и смещения. Коллатеральные, поддерживающие связки надколенника без особенностей, непрерывны.

Собственные связки надколенников и сухожилия четырехглавых мышц бедра имеют нормальный, непрерывный ход и однородную структуру. Суставные поверхности надколенников и мыщелков бедренных костей не изменены.

Передние и задние крестообразные связки имеют обычный ход и толщину, в структуре их и перифокально участков измененной плотностью не выявлено.

Мышцы, подкожная клетчатка в объеме не изменены. Сосуды без особенностей.

Заключение: КТ- признаки могут соответствовать неостеогенной фиброме, дифференцировать с метафизарным кортикальным дефектом.

Рекомендуется консультация ортопеда.

Врач



Попова Е.Н

14.05.2015

КТ признаки были неотличимы от фиброзного дефекта кости

Лимфома кости

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии

Кабинет цитоморфологии

410002, Саратов, ул. Чернышевского, д. 148

Тел./факс: (845-2) 39-32-02

E-mail: sarniito@vandex.ru

Протокол исследования № 2261-2270

Гистологическое исследование мягкой

Пациент: Кушаков С. Н.

Дата рождения: 13.01.2006 г.

Отделение: детское травматолого-ортопедическое № ист. болезни:

Диагноз при направлении: Новообразование н/3 левого бедра.

Описание:

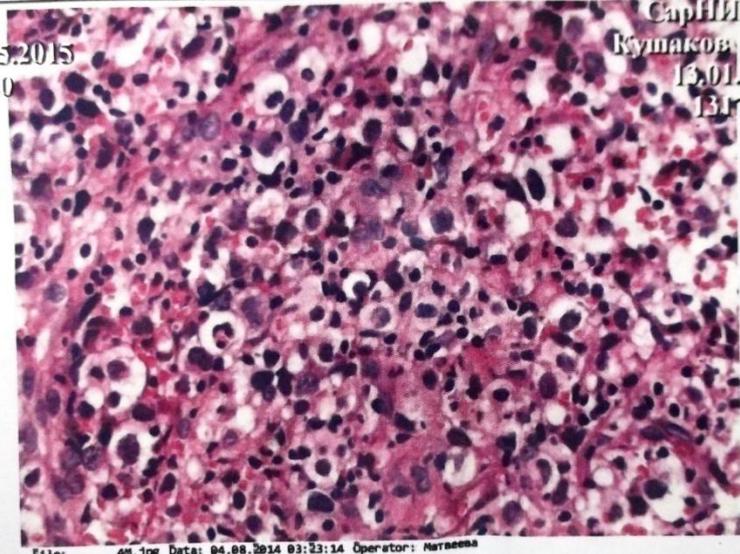
В работу взят весь материал. В одном из срезов фрагмент губчатой костной ткани, вокруг него и в других срезах опухолевая ткань, представлена пролифератом из опухолевых клеток с округлыми ядрами и широкой светлой цитоплазмой, а также молодых лимфоцитоподобных клеток, местами, особенно по периферии пролиферата встречаются в небольшом количестве вытянутые клетки с гиперхромными ядрами. Отмечаются митозы до 4-5 в п/зр.

Заключение: По данной вышеописанной картине можно предположить о лимфопролиферативном заболевании (лимфоме/лейкозном очаге, ланггансоклеточном гистиоцитозе), нельзя исключить ПНЭО. Необходимо проведение ИГХ исследования. Консультация гематолога, онколога.

4/1

29.05.2015

14:20



СарНИИТО

Кушаков С. Н.

13.01.2006

В175-4/3

4/1 Doc Data: 04.08.2014 03:23:14 Operator: Наталья

Лимфома кости

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И
ИММУНОЛОГИИ ИМЕНИ ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
улица Саморы Машела, д. 1, Москва, ГСП-7, 117997
Тел.: +7(495)664-77-51
e-mail: pathmorf@mail.ru



Z1026/15



26810



2015/21159

ФИО пациента: Кушаков Семен Николаевич
Дата рождения: 13.01.2006 г.р. (9 лет 4 месяца 28 дней на дату поступления материала)
Принят: 10.06.2015 г.
Направлен: ГБУЗ ВОКОД№1 г.Волгоград
Врач: Голубева О.Е.
Клинический диагноз: Гистиоцитоз? НХЛ? ПНЭО?
Материал: 1. Блоки, 2. Стекла

ОПИСАНИЕ МАКРОМАТЕРИАЛА

5бл+5ст №2261/15

Бурлаков А.А. 10.06.2015 г.

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ

Фрагменты бесструктурной, клеточной опухолевой ткани. Клетки опухоли крупного размера, имеют обильную базофильную цитоплазму, одно или несколько крупных анаплазированных, бобовидных ядер с несколькими ядрышками. Клетки располагаются по отдельности или формируют солидные поля, отмечено также периваскулярное расположение. Среди клеток опухоли большое количество митотических фигур. Реактивное окружение представлено единичными мелкими лимфоцитами и сегментоядерных лейкоцитов с примесью гистиоцитов.

Иммуногистохимическое исследование:

Клетки опухоли не имеют иммунофенотипической линейной принадлежности, отсутствует экспрессия CD3, Pax5, CD20, также отсутствует экспрессия S-100, Langerin, CD1a. Неопластические элементы экспрессируют CD30 и цитоплазматическая экспрессия ALK, большинство элементов содержит в цитоплазме цитотоксические гранулы GranzymeB, Perforin. Экспрессия Ki67 достигает 90%.

Ядерная и цитоплазматическая экспрессия ALK может свидетельствовать о типичной для данной опухоли транслокации t(2;5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ALK позитивная анапластическая крупноклеточная лимфома (common type).

СКОЛИОЗ



Злокачественная герминогенная опухоль правого яичка с обширным метастатическим поражением забрюшинных л/узлов и правой подвздошно-поясничной мышцы.

