

АНГИОСАРКОМА ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПЕРЕДНЕЙ  
БРЮШНОЙ СТЕНКИБатрашов В.А.<sup>1</sup>, Яшкин М.Н.<sup>1</sup>, Чернов Г.А.<sup>2</sup>,  
Черняго Т.Ю.\*<sup>1</sup>

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.80.11.026

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова», Москва<sup>2</sup> ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневецкого», Красногорск

**Резюме.** Ангиосаркома — крайне редко встречающаяся опухоль, тяжело поддающаяся диагностике и лечению. Представляем клиническое наблюдение пациента, поступившего в НМХЦ им. Н.И. Пирогова с предполагаемым диагнозом — варикотромбофлебит вен передней брюшной стенки. Была проведена операция: иссечение тромбированных поверхностных вен передней брюшной стенки (гипогастральной области). Спустя месяц пациент повторно госпитализирован в отделение сосудистой хирургии с рецидивом варикотромбофлебита той же локализации. Принято решение о проведении повторной операции с дальнейшим гистологическим исследованием, по результатам которой у пациента была диагностирована ангиосаркома варикозно-расширенных вен передней брюшной стенки. Пациент был направлен в специализированный онкологический стационар, где проходил длительную химио- и лучевую терапию. С положительной динамикой (регресс очагов тромбированных вен гипогастральной области) пациент был выписан из стационара, данных за прогрессирование онкологического процесса в дальнейшем получено не было.

**Ключевые слова:** ангиосаркома; посттромботическая болезнь; варикотромбофлебит; клиническое наблюдение.

**Актуальность**

Ангиосаркома — редкая злокачественная опухоль эндотелиального происхождения, проявляющаяся множественностью клинических форм и локализаций. Чаще всего ангиосаркомой поражаются мягкие ткани, грудная клетка, висцеральные органы и кости [1]. Сосудистые саркомы, как правило, встречаются намного реже сарком других локализаций, и составляют менее чем 1% случаев. Первичные злокачественные опухоли венозного происхождения чрезвычайно редки. Лечение больных ангиосаркомой сложное, выживаемость составляет не более 35% за 5 лет. В литературе описано не более 100 случаев ангиосарком венозного происхождения различной локализации: внутренней яремной вены [2], общей подвздошной вены [3], бедренной вены [4; 5], большой подкожной

## ANGIOSARCOMA OF VARICOSE VEINS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Batrashov V.A.<sup>1</sup>, Yashkin M.N.<sup>1</sup>, Chernov G.A.<sup>2</sup>, Chernyago T.Yu.\*<sup>1</sup><sup>1</sup> Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow<sup>2</sup> Central Military Clinical Center A.A. Vishnevsky Hospital, Krasnogorsk

**Abstract.** Angiosarcoma is an extremely rare tumour that is difficult to diagnose and treat. We present a clinical case of a patient admitted to the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov with the presumptive diagnosis of thrombophlebitis of the veins of the anterior abdominal wall. The operation was performed: Excision of thrombosed superficial veins of the anterior abdominal wall (hypogastric region) with a positive result. However, a month later, the patient was re-admitted to the vascular surgery department with a worsening condition. It was decided to carry out a second operation with further histological examination, according to the results of which, the patient was diagnosed with angiosarcoma of varicose veins of the anterior abdominal wall. The patient was transferred to a specialized oncological hospital, where he underwent long-term chemotherapy and radiation therapy. With positive dynamics (regression of foci of thrombosed veins in the hypogastric region), the patient was discharged from the hospital, data for the progression of the oncological process were not obtained in the future.

**Keywords:** angiosarcoma, postthrombotic syndrome, thrombophlebitis, case report.

вены [6], наружной подвздошной вены [7–10], аксиллярной вены [11], верхней полой вены [12], нижней полой вены [13]. Приводим клиническое наблюдение пациента с ангиосаркомой вторично расширенных поверхностных вен передней брюшной стенки.

**Описание клинического наблюдения**

Пациент Б., 81 год, обратился с жалобами на наличие болезненного уплотнения над лоном справа, изменение цвета кожного покрова до багрово-цианотичного оттенка.

Из анамнеза, в 2002 г. пациент перенес радикальную простатэктомию по поводу аденокарциномы предстательной железы T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. В связи с интраоперационным профузным кровотечением была выполнена перевязка общей подвздошной вены справа. Течение послеопераци-

онного периода осложнилось несостоятельностью пузырно-уретрального анастомоза, стриктурой уретры, была наложена пункционная эпицистостома. После оперативного вмешательства пациент наблюдался врачом-онкологом, признаков рецидива заболевания не отмечалось. В 2015 г. пациент отметил появление уплотненных расширенных вен над лоном. Самостоятельно использовал местные средства (гепариновая мазь, троксевазин) с временным положительным эффектом — вены становились мягче, не вызывали дискомфорта. Однако, спустя месяц, пациент обратился за консультацией в НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

При осмотре пациента объективно отмечался отек правой голени +3 см; в гипогастральной области — наличие болезненных плотных расширенных подкожных вен, цианотичный оттенок кожного

\* e-mail: chernyago.t@yandex.ru

покрова с участками мацерации в проекции вен, наличие болезненного инфильтрата размерами 17×9 см (Рис. 1).

С диагнозом варикотромбофлебит вен передней брюшной стенки пациент был госпитализирован в отделение сосудистой хирургии НМХЦ им. Н.И. Пирогова, где проходил лечение с 5 по 24 ноября 2015 г.

### Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

По данным компьютерной томограммы живота и таза с контрастированием — состояние после удаления простаты, в ложе удаленной простаты рецидива выявлено не было. Было отмечено варикозное расширение вен лобковой области, вызванное перетоком крови из правой общей бедренной вены в левую общую бедренную вену (Рис. 2). Данная клиническая ситуация была интерпретирована как посттромботическая болезнь в результате перевязки общей подвздошной вены справа с формированием коллатерального пути венозного оттока от правой нижней конечности и появлением вторично расширенных поверхностных вен гипогастриальной области.

Пациент осмотрен смежными специалистами: кардиологом, урологом, онкологом. Установлен диагноз. Основной: посттромботическая болезнь правой нижней конечности, отечно-варикозная форма, стадия неполной реканализации подколенного сегмента, окклюзия подвздошного сегмента. СЕАР: С2,3, S. Перевязка общей подвздошной вены справа от 2002 г. Осложнение: варикотромбофлебит вен передней брюшной стенки. Сопутствующий: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, артериальная гипертензия 3 ст., риск сердечно-сосудистых осложнений, недостаточность кровообращения 1А ст, простатэктомия в 2002 г., эпицистостома.

Проводилась консервативная антикоагулянтная (эноксапарин натрия 40 мг подкожно 1 раз в сутки) и противовоспалительная (диклофенак натрия 75 мг внутримышечно 1 раз в сутки) терапия. Проводимая терапия не дала положительного эффекта — пациент отметил усиление боли.

17.11.2015 г. в условиях внутривенной анестезии проведена операция — иссечение тромбированных поверхностных вен передней брюшной стенки (гипогастриальной области): разрезом 13 см рассечена кожа в правой гипогастриальной области, индуративная ткань; тупым способом визуализировано дно раны; отмечались

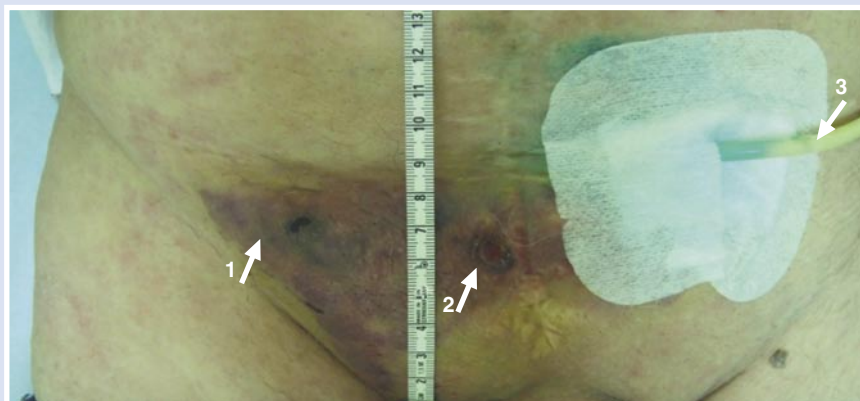


Рис. 1. Внешний вид гипогастриальной области пациента при госпитализации. 1 — болезненный инфильтрат размером 17×9 см; 2 — мацерация кожи над варикозно-расширенными подкожными венами; 3 — функционирующая эпицистостома.



Рис. 2. Компьютерная томограмма живота и таза с контрастированием. 1 — варикозно-расширенные вены передней брюшной стенки; 2 — инфильтрат правой гипогастриальной области.

варикозно-расширенные вены, заполненные тромботическими массами; тромбированные вены иссечены, предварительно прошиты нитью Prolene 5/0; при дальнейшей ревизии раны выявлена функционирующая коллатеральная венозная ветвь; иссечены индуративные ткани; гемостаз; послойное ушивание раны.

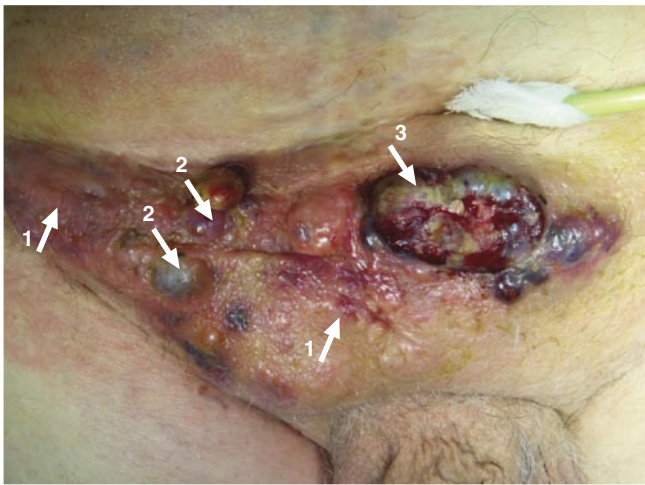
Послеоперационный период протекал без осложнений, рана заживала первичным натяжением. 24.11.2015 г. пациент в удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное долечивание.

Спустя месяц после операции пациент отметил повторное появление боли в области передней брюшной стенки в проекции варикозных вен, появление воспалительного инфильтрата в надлобковой

области. С рецидивом тромбофлебита поверхностных вен передней брюшной стенки повторно госпитализирован в отделение сосудистой хирургии, где находился на лечении с 12 по 26 января 2016 г.

При оценке локального статуса в надлобковой и гипогастриальных областях справа, в месте ранее проведенной операции, отмечалось болезненное уплотнение размерами 20×10 см, варикозно-расширенные вены. Кожа над инфильтратом — цианотично-багрового оттенка, с участками некроза (Рис. 3).

Было принято решение выполнить иссечение инфильтрата с тромбированными поверхностными венами с проведением дальнейшего гистологического исследования.



**Рис. 3.** Внешний вид гипогастральной области пациента при повторной госпитализации. 1 — болезненный инфильтрат; 2 — тромбированные варикозные вены; 3 — некроз кожи над тромбированными варикозными венами.



**Рис. 4.** Иссеченные тромбированные варикозные узлы до апоневроза передней брюшной стенки. Удалены в пределах здоровых тканей.



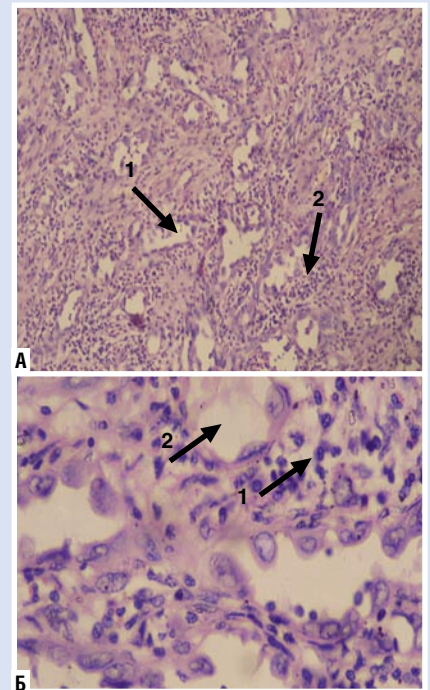
**Рис. 5.** Внешний вид послеоперационной раны. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

14.01.2016 г., под внутривенной анестезией, выполнена повторная операция: разрезом 13 см с иссечением послеоперационного рубца рассечена кожа надлобковой и правой гипогастральной областей; тупым способом визуализировано дно раны; в пределах здоровых тканей до апоневроза передней брюшной стенки иссечены индуративные ткани, а также вены, заполненные тромботическими массами; гемостаз; послойное ушивание раны. Удаленные ткани были отправлены на гистологическое исследование (Рис. 4). Послеоперационная рана зажила первичным натяжением на 14 сутки (Рис. 5).

По данным гистологического исследования в дерме и подкожной жировой клетчатке (с активной воспалительной

инфильтрацией в строме) определялся обширный рост опухолевой ткани, по морфологической характеристике соответствующей ангиосаркоме и растущей в непосредственной близости от плоскости резекции; фрагменты фиброзно-жировой ткани с активной воспалительной инфильтрацией в строме и участками роста ангиосаркомы (Рис. 6).

Пациент был направлен на дообследование в специализированное онкологическое отделение. Выполнено иммуногистохимическое исследование удаленных тканей с использованием антител к HHV8, CD31, CD34, Ki67. Выявлена диффузная экспрессия в опухолевых клетках CD31, CD34, отсутствие экспрессии опухолевыми клетками HHV8, индекс



**Рис. 6.** Гистологическое исследование удаленных варикозных узлов с окружающими тканями. А: 1 — сосудистые щели, 2 — атипичные клетки (гематоксилин и эозин x 100); Б: 1 — атипичные эндотелиальные клетки с высокой митотической активностью, 2 — расширенные лимфатические и кровеносные сосуды (гематоксилин и эозин x 400).

пролиферации Ki67 — 40%. Таким образом, выявлена вторичная ангиосаркома G-3, обусловленная послеоперационным лимфостазом.

Проведен курс химиотерапии (Паклитаксел 150 мг в/в капельно 5 месяцев), 20 курсов лучевой терапии, с положительным эффектом. Была отмечена положительная динамика в виде регресса очагов тромбированных вен гипогастриальной области. По данным лучевых методов диагностики (КТ) данных за прогрессирование онкологического процесса в дальнейшем получено не было. Период наблюдения за пациентом составил 3,5 года.

### Заключение

Следует учитывать, что описанная патология тяжело поддается не только лечению, но и диагностике. В нашем случае ни результаты УЗДС вен передней брюшной стенки и вен нижних конечностей, ни данные КТ с болюсным контрастированием не имели диагностической ценности: ангиосаркома явилась послеоперационной находкой по данным гистологического исследования. Согласно рекомендациям ESMO [14] диагностическим стандартом в данной ситуации является проведение whole-body MRI and PET scan, что в нашем случае не позволило достоверно диагностировать заболевание. Это доказывает необходимость более тщательной предоперационной диагностики, а также мультидисциплинарного подхода, как в диагностике, так и в лечении данной патологии. Методами выбора лечения ангиосарком, по рекомендациям ESMO, являются радикальная операция с полной резекцией опухоли и последующей химио- и лучевой терапией.

### Дополнительная информация

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).**

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Lucas DR. Angiosarcoma, radiation-associated angiosarcoma, and atypical vascular lesion. *Arch Pathol Lab Med.* 2009; 133(11): 1804–1809. doi: 10.1043/1543-2165-133.11.1804.
- Kishimoto I, Kikuchi M, Shinohara S, et al. A case of angiosarcoma arising from internal jugular vein. *Auris Nasus Larynx.* 2015; 42(1): 68–71. doi.org/10.1016/j.anl.2014.08.018.
- Ibis K, Usta U, Cosar R, et al. Angiosarcoma of common iliac vein. *BMJ Case Reports.* 2015; bcr2014206103. doi: 10.1136/bcr-2014-206103.
- Cameliere L, Palcau L, Felisaz A, et al. Intimal Angiosarcoma from the Common Femoral Vein in a 27-Year-Old Patient. *Ann Vasc Surg.* 2015; 29(2): 364. doi: 10.1016/j.avsg.2014.09.022.
- Robertson NJ, Halawa MH, Smith ME. Intravascular synovial sarcoma. *Int Clin Pathol J.* 1998; 51(2): 172–173. doi.org/10.1136/jcp.51.2.172.
- Fremed DI, Faries PL, Schanzer HR, et al. Primary leiomyosarcoma of saphenous vein presenting as deep venous thrombosis. *Vascular.* 2014; 22(6): 450–453. doi.org/10.1177/1708538113516446.
- Greenwald U, Newman E, Taneja S, et al. Malignant epithelioid angiosarcoma of the external iliac vein presenting as venous thrombosis. *Ann Vasc Surg.* 2004; 18(4): 493–496. doi.org/10.1007/s10016-004-0067-9.
- Gasparis AP., Wall P, Ricotta JJ. Adventitial cystic disease of the external iliac vein presenting with deep venous thrombosis: a case report. *J Vasc Endovasc Surg.* 2004; 38(3): 273–276. doi.org/10.1177/153857440403800313.
- Lin E. Diagnosis of venous angiosarcoma by FDG PET/CT. *Clin Nucl Med.* 2008; 33(1): 66–67. doi.org/10.1097/RLU.0b013e318148b217.
- White JS, Medicott SA, Brown H, et al. Intravascular synovial sarcoma of the external iliac vein and reconstruction with the superficial femoral vein. *J Vasc Surg Vasc Sci.* 2005; 42(2): 365–367. doi.org/10.1016/j.jvs.2005.03.059.
- Alosco T, Sinning H, Harwick R, et al. Angiosarcoma of the axillary vein. *Cancer.* 1989; 64(6): 1301–1303. doi: 10.1002/1097-0142(19890915)64:6<1301::aid-cnrcr2820640622>3.0.co;2-w.
- Abratt RP, Williams M, Raff M, et al. Angiosarcoma of the superior vena cava. *Cancer.* 1983; 52(4): 740–743. doi: 10.1002/1097-0142(19830815)52:4<740::aid-cnrcr2820520429>3.0.co;2-p.
- Lang EK, Rudman E, Colon I, et al. Hematuria: the presenting symptom of an angiosarcoma of the inferior vena cava. *The Journal of urology.* 2009; 182(5): 2470. doi: 10.1016/j.juro.2009.07.099.
- Casali PG, Abecassis N, Aro HT, et al. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2018; 29(4): 51–67. doi: 10.1093/annonc/mdy096.