

УДК 616.22-006.327
EDN: BVOLJK
<https://doi.org/10.15275/ssmj2104388>

Клинический случай

ФИБРОМИКСОМА ГОРТАНОГЛОТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Д.А. Шакурова^{1,2}, И.В. Соловьева¹, А.А. Недосугов¹

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

²ГАУЗ «Центральная городская клиническая больница №18 им. проф. К.Ш. Зыятдинова», Казань, Россия

LARYNGOPHARYNGEAL FIBROMYXOMA (CLINICAL CASE)

D.A. Shakurova¹, I.V. Soloveva¹, A.A. Nedosugov¹

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia

²Prof. K.Sh. Ziyatdinov Central City Clinical Hospital No.18, Kazan, Russia

Для цитирования: Шакурова Д.А., Соловьева И.В., Недосугов А.А. Фибромиксома гортаноглотки (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал. 2025; 21 (4): 388–391. EDN: BVOLJK. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104388>.

Аннотация. Представлен редкий клинический случай рецидива фибромиксомы гортаноглотки, выявленного через 24 мес после первичной резекции. Рецидив опухоли, подтвержденный гистологически, сопровождался симптомами обструкции верхних дыхательных путей и нарушениями фонации и глотания. Наблюдение подчеркивает исключительную редкость данной локализации и склонность фибромиксом к рецидивированию, что требует радикального хирургического подхода и длительного онкологического наблюдения. Отмечается необходимость повышенной осторожности оториноларингологов и онкологов в связи с риском озлокачествления даже гистологически доброкачественных миксом при их атипичной локализации.

Ключевые слова: фибромиксома гортаноглотки, миксома гортаноглотки, прямая опорная ларингоскопия, доброкачественная опухоль гортани

For citation: *Shakurova DA, Soloveva IV, Nedosugov AA. Laryngopharyngeal fibromyxoma (clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2025; 21 (4): 388–391. (In Russ.) EDN: BVOLJK. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104388>.*

Abstract. A rare clinical case of recurrent laryngopharyngeal fibromyxoma detected 24 months after primary resection is presented. Histologically confirmed tumor recurrence was accompanied by symptoms of upper airway obstruction and phonation and swallowing disorders. Observation emphasizes the exceptional rarity of this localization and the tendency of fibromyxoma to relapse, which requires a radical surgical approach and long-term oncological monitoring. There is a need for increased alertness of otorhinolaryngologists and oncologists due to the risk of malignancy, even histologically benign mixes with their atypical localization.

Keywords: laryngopharyngeal fibromyxoma, laryngopharyngeal myxoma, direct supportive laryngoscopy, benign tumor of the larynx

Введение. Миксома – доброкачественная опухоль соединительной ткани, чаще всего встречающаяся в сердце (в левом предсердии), новообразование данной локализации относительно хорошо изучено. Однако малоизученным остаются случаи ее нахождения на других участках тела. Характерная структура, образованная звездчатыми клетками в миксоидной строме, с одинаковой вероятностью может сформироваться по ходу нервов конечностей, в брыжейке, области пупка или, например, стенке мочевого пузыря. Области головы и шеи остаются исключением – здесь миксомы встречаются чрезвычайно редко. Описан случай одонтогенной миксомы с локализацией в нижней челюсти [1]. Стоит также отметить склонность миксом к рецидивированию [1, 2].

Миксомы разделяются на первичные и вторичные. Первичной является самостоятельная доброкачественная опухоль, то есть возникающая первично как новообразование слизистой ткани (миксоидной стромы) в эктопичном очаге; чаще всего, она выявляется в правом предсердии. Вторичная миксома возникает в результате дегенерации других опухолей или метастазирования с миксоидным перерождением. В качестве примера можно привести фиброаденому молочной железы, хондросаркому. Гистологическое отличие этих опухолей заключается в наличии, помимо слизистой ткани, злокачественных клеток-предшественников.

Фибромиксома гортани относится к первичным новообразованиям, то есть является

доброкачественной. Однако трудность в диагностике заключается в крайне редкой локализации данного образования, а также в неспецифичности его симптомов: дисфагии, осиплости голоса, ощущения инородного тела в горле. Дифференциальный диагноз может проводиться с хроническим фарингитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, доброкачественными кистами, раком гортаноглотки, то есть заболеваниями, встречающимися гораздо чаще.

Для диагностики и планирования лечения необходимы визуализация образования и его биопсия, что представляет сложности из-за его труднодоступной локализации (нижние отделы глотки, область гортани).

Хирургическая тактика ведения пациентов с фибромиксомой гортани зависит от размеров и локализации опухоли [3].

Представлено мало клинических случаев фибромиксомы гортаноглотки в отечественной и мировой литературе. В связи с актуальностью сбора данных, в том числе о редких заболеваниях, для расширения кругозора врачей и накопления клинических знаний представляем разбор клинического случая пациента с фибромиксомой гортаноглотки.

Цель – представить клинический случай хирургического лечения фибромиксомы гортаноглотки с акцентом на сложности дифференциальной диагностики и выбора оптимального хирургического доступа ввиду редкости данной патологии.

Пациентом подписано информированное добровольное согласие на публикацию данных из истории болезни.

Описание клинического случая. Пациент, мужчина 67 лет, в октябре 2024 г. планово

Ответственный автор — Диляра А. Шакурова
Corresponding author — Dilyara A. Shakurova
E-mail: Ent.doc87@mail.ru

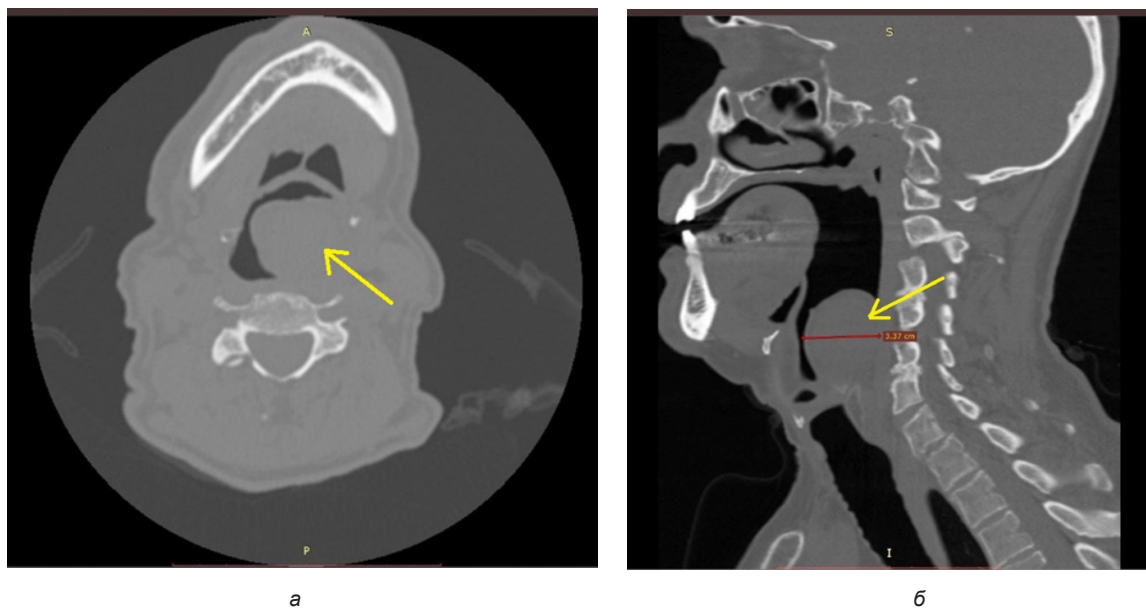


Рис. 1. Компьютерные томограммы органов шеи, визуализирующие объемное образование в области гортаноглотки (желтые стрелки) в двух проекциях: а – аксиальной; б – сагитальной

госпитализирован в отделение оториноларингологии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан для предоперационной подготовки и хирургического лечения новообразования гортаноглотки. При госпитализации предъявлял жалобы на изменения тембра, тональности голоса и затруднения глотания с обратным забросом пищи и жидкости в носоглотку, нарастание инспираторной одышки.

В 2022 г. проведено первое хирургическое вмешательство по поводу новообразования гортаноглотки. Опухоль удалена единым блоком, отправлена на гистологию. Гистологическое исследование определило миксому гортаноглотки. Голос восстановился, симптомы дисфонии у пациента прошли.

С апреля 2024 г. вновь появились и стали нарастать изменения тембра, тональности голоса, возникли жалобы на затруднение глотания с обратным забросом пищи и жидкости в носоглотку, инспираторную одышку за счет обструкции верхних дыхательных путей, чувство инородного тела при глотании.

Других субъективных жалоб пациент не предъявлял. Физикальный осмотр и опрос не показали отклонений от нормы.

По данным анамнеза в 2022 г. было выполнено оперативное вмешательство по поводу новообразования гортаноглотки. Однако результатов гистологического исследования пациент не знал, по запросу в больнице их не предоставили. В дальнейшем пациент у профильного специалиста не наблюдался.

В ходе догоспитального обследования пациенту выполнена непрямая ларингоскопия. Врачом выявлено новообразование размером 3×4 см на задней стенке гортаноглотки, не затрагивающее надгортанник; при фонации отмечалось неполное смыкание голосовых складок.

По данным рентгеновской компьютерной томографии органов шеи (рис. 1, а, б) в проекции гортаноглотки определялось объемное образование размером 3,5×6 см. Морфология образования: округлая форма, четкие ровные контуры, гомогенная плотность. Инфильтративного роста и деструкции прилежащих анатомических структур не выявлено.

Отсутствие инфильтративного роста и деструкции прилежащих анатомических структур является рентгенологическим критерием доброкачественного новообразования. Врачом-оториноларингологом рекомендовано оперативное удаление новообразования с применением микрохирургической техники.

Хирургическое вмешательство под эндотрахеальным наркозом было произведено 15 октября 2024 г., в качестве операционного доступа использовалась трахеостома. Врачом-хирургом было визуализировано округлое образование диаметром до 6 см плотноэластической консистенции, ограниченной подвижности, прикрепленное к задней поверхности гортаноглотки. Опухоль мобилизована и удалена единым блоком с применением электрохирургического биполярного пинцета (рис. 2).



Рис. 2. Макропрепарат новообразования, удаленного из гортаноглотки

В качестве завершающего этапа операции с помощью прямой ларингоскопии проведена ревизия слизистой оболочки гортани и окончательный гемостаз. Установлен назогастральный зонд.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 5-е сутки после операции пациент был выписан с рекомендациями периодического обследования у оториноларинголога по месту жительства.

Новообразование было отправлено на патоморфологическое исследование. Заключение врача-патологоанатома следующее: по макроструктурным признакам новообразование соответствует фибромиксому: «на разрезе однородная, блестящая, серовато-белого цвета ткань, слизисто-студенистой консистенции». Микроскопическое исследование подтвердило предварительно поставленный диагноз доброкачественной опухоли мягких тканей, состоящей из гиповаскулярной миксоидной стромы, с низкой клеточной плотностью. Все перечисленные признаки подтверждают, что данное новообразование соответствует фибромиксому. По данным гистологического исследования новообразование было удалено полностью в пределах здоровых тканей.

Обсуждение. Фибромиксомы в области головы чаще локализуются в верхней и нижней челюстях, а локализация в области гортаноглотки для них не характерна [4]. Однако в литературе был представлен случай множественного поражения миксомой, включая рото- и гортаноглотку [5].

Для фибромиксом гортаноглотки характерна дисфония, а при значительном объеме опухоли – риск обструкции дыхательных путей, требующей проведения экстренной трахеостомии [6]. Дифференциальная диагностика проводится с хроническим фарингитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, доброкачественными кистами, раком гортаноглотки. Гистологическое исследование должно выявить сочетание признаков фибромы и миксомы (миксоидная матрица + веретеновидные клетки). В рамках данного клинического случая ультразвуковое исследование из-за малой информативности не проводили.

Хирургическое удаление опухоли осуществляли в пределах здоровых тканей с применением микроларингеальной техники, что способствует снижению вероятности рецидивов [7, 8].

Для данного пациента с учетом повторного возникновения фибросаркомы было рекомендовано регулярное наблюдение у оториноларинголога по месту жительства для раннего выявления возможного рецидива новообразования и его удаления.

Заключение. Фибромиксома гортаноглотки остается сложной задачей. Ключевую роль в дооперационный период играет комплексная лучевая диагностика (рентгеновская компьютерная томография), позволяющая выявить признаки, характерные для доброкачественного процесса (четкие контуры, гомогенная структура, отсутствие инвазии). Однако

окончательный диагноз устанавливается только после гистологического исследования операционного материала.

Стратегия хирургического лечения должна быть индивидуализированной. При крупных размерах опухоли, вызывающих обструкцию дыхательных путей, трахеостомический доступ является не только методом обеспечения проходимости дыхательных путей, но и оптимальным хирургическим подходом, обеспечивающим достаточную экспозицию для радикального удаления образования.

Редкость данной патологии диктует необходимость мультидисциплинарного подхода с участием оториноларинголога, рентгенолога и патоморфолога для корректной интерпретации данных, планирования объема вмешательства и достижения благоприятного клинического исхода.

Вклад авторов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

References (Список источников)

1. Mustafaev DM. Fibromyxoma of the hypopharynx (clinical observation). *Head and Neck Tumors*. 2017;7(4):71-3. (In Russ.) Мустафаев Д.М. Фибромиксома гортаноглотки (клиническое наблюдение). *Опухоли головы и шеи*. 2017;7(4):71-3. DOI:10.17650/2222-1468-2017-7-4-71-73
2. Mustafaev DM. Fibromyxoma of the hypopharynx. *Russian Otorhinolaryngology*. 2018;3(94):107-9. (In Russ.) Мустафаев Д.М. Фибромиксома гортаноглотки. *Российская оториноларингология*. 2018;3(94):107-9. DOI:10.18692/1810-4800-2018-3-107-109
3. Nakamura A, Iguchi H, Kusuki M, et al. Laryngeal myxoma. *Acta Otolaryngol*. 2008;128(1):110-2. DOI:10.1080/00016480701361970
4. Ayache S, Chatelain D, Tramier B, Strunski V. Oropharyngeal and hypopharyngeal myxoma: Case report and literature review. *J Laryngol Otol*. 2007;121(5):e5. DOI:10.1017/S002221510700669X
5. Deron PB, Nikolovski N, den Hollander JC, et al. Myxoma of the maxilla: A case with extremely aggressive biologic behavior. *Head Neck*. 1996;18(5):459-64. DOI:10.1002/(SICI)1097-0347(199609/10)18:5<459::AID-HED10>3.0.CO;2-Y
6. Kim KM, Kim SC, Jeong HJ, Kie JH. Myxoma: Life-threatening benign nonepithelial tumor of the larynx. *Yonsei Med J*. 1997;38(3):187-9. DOI:10.3349/ymj.1997.38.3.187
7. Idrees MT, Hessler R, Terris D, et al. Unusual polypoid laryngeal myxoma. *Mt Sinai J Med*. 2005;72(4):282-4. PMID:16021325
8. Vidales-Miranda R, Fiori-Chíncaro GA, Agudelo-Botero AM, Llaguno-Rubio JM. Uso de herramientas de imagenología actual para el estudio del mixoma odontogénico. Una revisión de la literatura [Use of current imaging tools for the study of odontogenic myxoma. A review of the literature]. *Rev Cient Odontol (Lima)*. 2022;10(2):e107. (In Spanish.) DOI:10.21142/2523-2754-1002-2022-107

Информация об авторах:

Диляра Азатовна Шакурова – доцент кафедры оториноларингологии, исполняющий обязанности заведующего кафедрой оториноларингологии, кандидат медицинских наук; врач-оториноларинголог, фониатр, Ent.doc87@mail.ru, ORCID 0000-0003-4953-2465; **Ирина Васильевна Соловьева** – ординатор 2-го года обучения кафедры оториноларингологии, irelly@mail.ru, ORCID 0009-0004-2915-9434; **Алексей Александрович Недосугов** – аспирант кафедры оториноларингологии, nedosug.alex@mail.ru, ORCID 0009-0002-5237-7312.

Information about the authors:

Dilyara A. Shakurova — Assistant Professor of the Department of Otolaryngology, Acting Head of the Department of Otolaryngology, PhD; Otolaryngologist, Phoniatrist, Ent.doc87@mail.ru, ORCID 0000-0003-4953-2465; **Irina V. Soloveva** — 2nd Year Resident of the Department of Otorhinolaryngology, mailto:irelly@mail.ru ORCID 0009-0004-2915-9434; **Aleksey A. Nedosugov** — Post-Graduate Student of the Department of Otorhinolaryngology, nedosug.alex@mail.ru, ORCID 0009-0002-5237-7312.

