

А.Н. Башков¹, Я.Р. Ерохина¹, Е.А. Дубова¹, Ю.Д. Удалов¹, Е.И. Маткевич¹, А.А. Сажина¹, А.П. Дунаев²

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОФИБРОМЫ В СЕЛЕЗЕНКЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

²Кафедра лучевой диагностики и медицинской визуализации Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

Контактное лицо: Башков Андрей Николаевич: abashkov@yandex.ru

Резюме

Цель: представить уникальный клинический случай эндометриоидной аденофибромы в селезенке с акцентом на ее семиотику по данным компьютерной томографии.

Материалы и методы: пациентка С., 57 лет, поступила в клинику для хирургического лечения по поводу выявленного амбулаторно по данным компьютерной томографии (КТ) кистозного образования в селезенке. На протяжении последнего времени пациентка испытывала болезненные ощущения в левом подреберье при физической нагрузке. В рамках предоперационного обследования по результатам выполненной КТ органов грудной клетки, живота и таза с внутривенным (в/в) контрастированием было подтверждено наличие в селезенке кистозного образования с перегородками без накопления контрастного препарата, которое было расценено как эхинококковая киста. В плановом порядке была выполнена лапароскопическая спленэктомия. По результатам морфологического и иммуногистохимического исследования выставлен окончательный диагноз «эндометриоидная аденофиброма селезенки».

Результаты: представленное клиническое наблюдение является первым в литературе описанием эндометриоидной аденофибромы в селезенке. КТ-семиотика неспецифична и будет требовать дифференциальной диагностики с другими кистозными образованиями, в первую очередь паразитарной природы, а также эпителиальной кистой и псевдокистой.

Ключевые слова: компьютерная томография, эндометриоидная аденофиброма, селезенка

Для цитирования: Башков А.Н., Ерохина Я.Р., Дубова Е.А., Удалов Ю.Д., Маткевич Е.И., Сажина А.А., Дунаев А.П. Компьютерная томография эндометриоидной аденофибромы в селезенке (клинический случай) // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 2026. №3. С. 47–51 DOI: 10.33266/2782-6430-2026-3-47-51

A.N. Bashkov¹, A.A. Erokhina¹, E.A. Dubova¹, Yu.D. Udalov¹, E.I. Matkevich¹, A.A. Sazhina¹, A.P. Dunaev²

Computed Tomography of Endometrioid Adenofibroma in the Spleen (Clinical Case)

¹International Office, State Research Center - Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russia

²Cathedral of Radiation Diagnostics and Medical Imaging, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

Contact person: Bashkov Andrey Nikolaevich: abashkov@yandex.ru

Abstract

Purpose: to present a unique clinical case of endometrioid adenofibroma localized in the spleen and its semiotics according to computed tomography.

Materials and methods: patient S., a 57-year-old female, was admitted to the clinic for surgical treatment of a cystic lesion in the spleen detected on outpatient computed tomography (CT). Recently, the patient had experienced pain in the left hypochondrium during physical exertion. As part of the preoperative workup, CT of the chest, abdomen, and pelvis with intravenous contrast confirmed the presence of a cystic lesion with septa and no contrast accumulation in the spleen, which was initially interpreted as a hydatid cyst. Laparoscopic splenectomy was performed electively. The final diagnosis of "endometrioid adenofibroma of the spleen" was established based on morphological and immunohistochemical examination.

Results: the presented clinical case is the first description in the world literature of an endometrioid adenofibroma localized in the spleen. The CT semiotics of this lesion are not specific and require differential diagnosis with other cystic lesions. The final diagnosis was established solely on the basis of histological and immunohistochemical examination.

Keywords: computed tomography, endometrioid adenofibroma, spleen

For citation: Bashkov AN Erokhina AA, Dubova EA, Udalov YuD, Matkevich EI, Sazhina AA, Dunaev AP. Computed Tomography of Endometrioid Adenofibroma in the Spleen (Clinical Case). A.I. Burnasyan Federal Medical Biophysical Center Clinical Bulletin. 2026.3:47-51. (In Russian) DOI: 10.33266/2782-6430-2026-3-47-51

Введение

Эндометриоидная аденофиброма – редкая доброкачественная опухоль, характеризующаяся наличием двух компонентов: железистого и стромального [1]. Наиболее частой локализацией данной патологии являются яичники, где она составляет около 1% от всех эпителиальных новообразований. Также в литературе описаны случаи локализации в маточных трубах и казуистический случай расположения на брюшине латерального канала [2, 3, 4]. Эндометриоидная аденофиброма может встречаться как на фоне эндометриоза, так и при его отсутствии. Мы не нашли в доступной отечественной и зарубежной литературе аналогичных случаев, поэтому считаем его уникальным и требующим обязательной публикации.

Материалы и методы

Пациентка С., 57 лет, поступила в клинику для хирургического лечения в связи с выявленным по данным компьютерной томографии (КТ) кистозным образованием в селезенке. В анамнезе отмечались гипотиреоз, аппендэктомия; беременностей не было; гинекологический анамнез не отягощен. Жалобы при поступлении: болезненные ощущения в левом подреберье при физической нагрузке. Лабораторные данные были особенностями. Для планирования хирургического вмешательства и уточнения характера образования была выполнена КТ органов грудной клетки, живота и таза с в/в контрастированием. Ниже представлен протокол исследования:

«Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Просвет трахеи и крупных бронхов свободный. Внутригрудные лимфатические узлы не увеличены. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Сердце не расширено. Выпот в плевральных полостях и сердечной сорочке нет.

Печень обычной формы, не увеличена. Паренхима однородно накапливает контрастный препарат, очаговых изменений нет. Внутри и внепеченочные желчевыводящие протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, без рентгенконтрастных включений. Селезенка не увеличена, размеры 138х99х76мм. В верхнем полюсе определяется кистозное образование размером 65х67х58мм, имеет четкие неровные контуры, в структуре прослеживается несколько перегородок толщиной до 3мм (50НУ), без накопления контрастного препарата. Создается впечатление, что по передней поверхности образования сформирована экзогенная «дочерняя» киста размером 9х20мм (рис.1, 2). Поджелудочная железа компактного строения, с четкими очертаниями, обычной формы и размеров. Вирсунгов проток не расширен. Надпочечники типичной Y – образной формы, без объемных образований. Почки обычно расположены, с равномерным развитием паренхимы, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена, выделительная функция синхронна, своевременна. Сосудистые ножки дифференцированы. Лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства, таза не увеличены. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Выпот нет. Магистральные сосуды контрастированы. Структура скелета сохранена.

Закключение: Кистозное образование с перегородками в селезенке, в первую очередь следует думать о паразитарном характере».

Пациентке в плановом порядке выполнена операция - лапароскопическая спленэктомия. Интраоперационно хирург отмечал мягко-эластическое очаговое образование в верхнем полюсе селезенки. Операция выполнена без технических сложностей (рис.3).

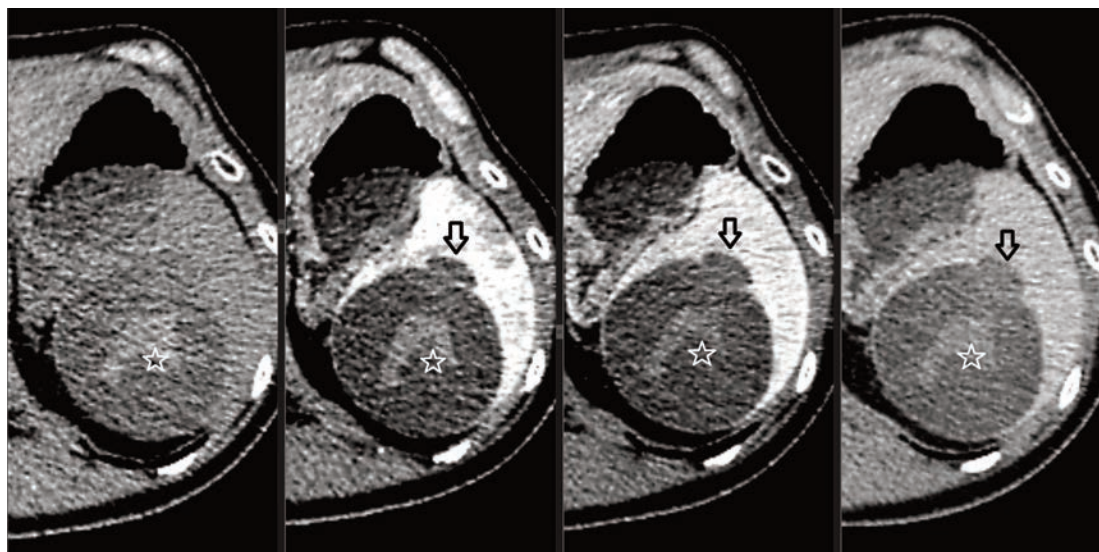


Рис. 1. Компьютерные томограммы, аксиальная проекция, слева направо - нативная, артериальная, венозная и отсроченная фазы. В селезенке определяется кистозное образование с толстой перегородкой (звездочка), накопления контрастного препарата не определяется. По краю образования отмечается еще одна более мелкая «дочерняя» киста (стрелка)

Fig. 1. CT image, axial view, from left to right – native, arterial, venous and delay phases. The cystic lesion with a thick septum (asterisk) is detected



Рис. 2. Компьютерные томограммы, венозная фаза. А – сагиттальная проекция, определяется толстая перегородка (звездочка) и «дочерняя» экзогенная киста. Б – фронтальная проекция, определяются перегородки различной толщины (звездочка)

Fig. 2. CT image, venous phase. A – sagittal view, a thick septum (asterisk) and a “daughter” exogenous cyst (arrow). B – frontal view, septa of various thicknesses (asterisk)



Рис. 3. Макроскопический вид опухоли селезенки на разрезе

Fig. 3. Macroscopic view of a spleen tumor in cross-section

Микроскопическое описание удалённого препарата: «Определяется инкапсулированное узловое двухкомпонентное образование с толстой фиброзной капсулой. Эпителиальный компонент представлен разнокалиберными и кистозно расширенными хаотично расположенными округлыми железистыми и тубулярными структурами, выстланными кубическим и столбчатым эндометриальным эпителием без атипии. Фиброматозная строма образования рыхлая, малоклеточная, состоит из мелких веретеновидных и овоидных клеток с овальными монотонными нормохромными ядрами с дисперсным хроматином, без видимой митотической активности, также в строме имеются многочисленные мелкого и среднего калибра расширенные сосуды, некоторые с утолщенными гиалинизированными стенками.

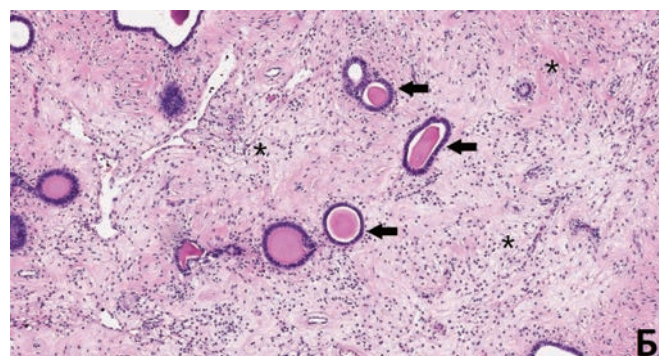
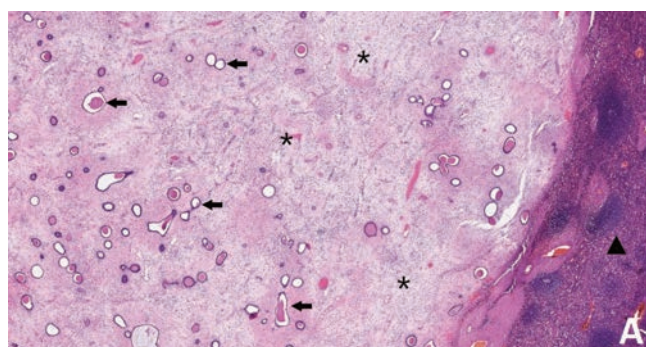


Рис. 4. Морфологическая картина эндометриоидной аденофибромы селезенки, окраска гематоксилином и эозином. А – ув. 20; Б – ув. 100. А, Б – опухоль, четко отграниченная от ткани селезенки (треугольник) и представленная кистозно-расширенными хаотично расположенными округлыми железисто-тубулярными структурами (стрелка), выстланными кубическим и столбчатым эпителием без атипии, расположенными среди фиброматозной стромы (звездочка)

Fig. 4. Microscopic image of endometrioid adenofibroma of the spleen, stained with hematoxylin and eosin. A – magnification 20; B – magnification 100. A, B – the tumor is clearly delineated from the spleen tissue (triangle) and is represented by cystic-dilated, randomly arranged, rounded glandular-tubular structures (arrow) lined with cuboidal and columnar epithelium without atypia, located among the fibromatous stroma (asterisk)

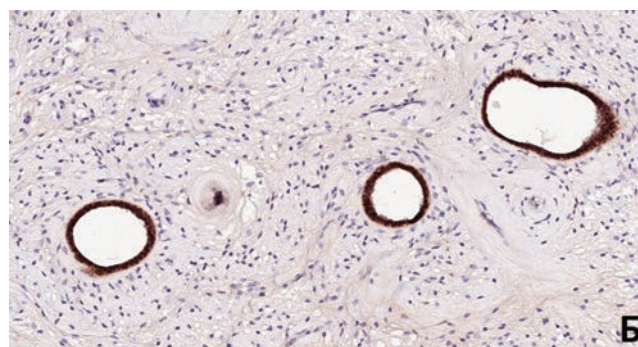
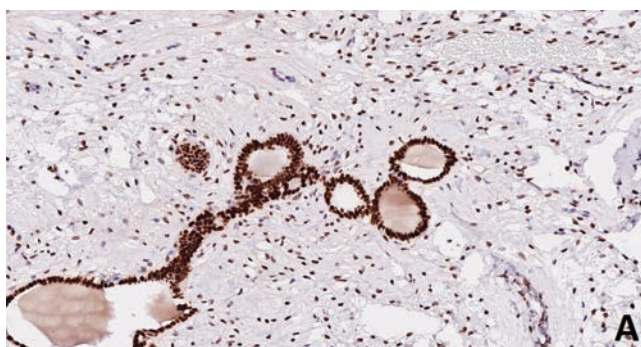


Рис. 5. Иммуногистохимическая характеристика эндометриоидной аденофибромы селезенки, иммунопероксидазный метод, x200. А – ядерная экспрессия рецепторов эстрогена (ER) в эпителии желез и в клетках стромы. Б – ядерная экспрессия PAX-8 в эпителии желез

Fig. 5. Immunohistochemical characteristics of endometrioid adenofibroma of the spleen, immunoperoxidase method, x200. А – nuclear expression of estrogen receptors (ER) in the glandular epithelium and in the stromal cells. Б – nuclear expression of PAX-8 in the glandular epithelium

Кровоизлияний, некроза не обнаружено. Ткань селезенки вне образования нормального гистологического строения».

Результаты иммуногистохимического исследования: «В эпителиальном и стромальном компонентах образования отмечается диффузная выраженная ядерная экспрессия ER, в эпителиальном компоненте отмечается диффузная выраженная ядерная экспрессия PAX-8, в стромальном компоненте отмечается очаговая умеренно выраженная мембранно-цитоплазматическая экспрессия CD10. В опухоли отсутствует экспрессия WT1».

Заключение: с учетом морфологической картины и результатов иммуногистохимического исследования узловое образование в селезенке соответствует эндометриоидной аденофиброме».

Результаты и обсуждение

Аденофиброма – это редкое доброкачественное опухоль, которую впервые описал Ober в 1959г. В зависимости от гистологической картины она подразделяется на следующие типы: эндометриоидная, серозная, муцинозная, светлоклеточная и смешанная [1]. В литературе описано около 40 случаев аденофибромы, большая часть которых расположена в яичниках, реже в маточных трубах и казуистический случай локализации на брюшине латерального канала [2, 3, 4]. Эндометриоидная аденофиброма – это редкая доброкачественная эпителиальная опухоль с эндометриоидной дифференцировкой, сопровождающаяся плотным фиброзным компонентом [1].

Дифференциально-диагностический ряд кистозных образований селезенки зависит от их количества [5]. В случае солитарной кисты он включает эхинококковую кисту, эпителиальную кисту и псевдокисту [6]. Для эпителиальных кист не характерны перегородки, которые были представлены в образовании в нашем случае [7]. Псевдокиста также исключалась из дифференциального ряда, так как для

нее характерны толстые стенки, наличие кальцинатов и указание в анамнезе на травму или перенесенный панкреатит [8]. В целом выявленная киста в селезенке более соответствовала паразитарной природе. Однако, в описанном случае, по поверхности кистозного образования отмечалась более мелкая «экзогенная дочерняя» киста. В тоже время известно, что для эхинококкоза характерно эндогенное почкование, а не экзогенное [9, 10]. Следует отметить, что на амбулаторном этапе пациентку консультировал инфекционист и с учетом серологического анализа эхинококкоз был исключен. Тем не менее, учитывая теоретически возможное расположение рядом друг с другом двух различных по размерам паразитарных кист, в заключении КТ исследования предполагался эхинококкоз.

В отличие от представленного случая структура эндометриоидной аденофибромы при локализации в яичниках может быть представлена различным сочетанием солидного и кистозного компонентов. Размеры могут достигать 10см. Точная дифференциальная диагностика с другими неоплазиями и проявлениями эндометриоза невозможна. Более того, описаны случаи развития аденофибромы в эндометриоидной кисте.

Мы не нашли в доступной литературе описанных случаев локализации эндометриоидной аденофибромы в селезенке. Таким образом, мы считаем себя обязанными опубликовать это клинический случай в связи с его уникальностью.

Выводы

Представлен уникальный клинический случай эндометриоидной аденофибромы селезенки, которая при компьютерной томографии имела относительное сходство с паразитарной кистой. Патогномоничных симптомов этого доброкачественного образования в дифференциальном ряду кистозных образований селезенки нами не было выявлено.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Tong H.C., Li Y.C., Li L.Y., Xu H.T., Ma S., Zhang W.L., Wildes T., Yang L.H., Wang E. Endometrioid Adenofibroma of Ovary: a Case Report and Review of Literature. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Feb 22;102;8:e32965. Doi: 10.1097/MD.00000000000032965. PMID: 36827035; PMCID: PMC11309725.
2. Lindholm K.E., Sansano-Valero I., Rodriguez J.L., Ramon Y., Cajal S., Moran C.A. Pulmonary Adenofibromas: a Clinicopathologic Correlation of 13 Cases. *Am J Surg Pathol*. 2020 Jul;44;7:917-921. Doi: 10.1097/PAS.0000000000001456. PMID: 32091433.
3. Nishida T., Sugiyama T., Ushijima K., Kataoka A., Fujiyoshi K., Tanaka H., Ota S., Iwanaga S., Yakushiji M. An Unusual Endometrioid Adenofibroma of the Uterine Cervix: a Histologic and Immunohistochemical Study. *Int J Gynecol Cancer*. 1995 May;5;3:236-239. Doi: 10.1046/j.1525-1438.1995.05030236.x. PMID: 11578483.
4. Maciel R., Carvalho S., Teixeira M., Areias M.J. Adenofibroma in a Young Patient: a Rare Entity in an Uncommon Age. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2013;2013:308464. Doi: 10.1155/2013/308464. Epub 2013 Dec 28. PMID: 24459594; PMCID: PMC3888707.
5. Kim N., Auerbach A., Manning M.A. Algorithmic Approach to the Splenic Lesion Based on Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiographics*. 2022 May-Jun;42;3:683-701. Doi: 10.1148/rg.210071. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35302864.
6. Neto N., Ferreira P.G.M.G., Vasconcelos A. Splenic Cystic Lesions – Differential Diagnosis. *ECR 2013:C-1343*. Doi: 10.1594/ecr2013/C-1343.
7. Zhang Z., Hu F., Xie T., Zhang Y., Zheng Q., Liu W., Chen L., Zhou Z. Imaging Features of Epidermoid Cysts in Intrapancratic Spleen: a Single Center Study of 24 Patients. *BMC Gastroenterol*. 2025 Feb 22;25;1:104. Doi: 10.1186/s12876-025-03698-1. PMID: 39987046; PMCID: PMC11847404.
8. Kumar A., Antony A.M. Post-Traumatic Pseudocyst of the Spleen: a Report of a Rare Case. *Cureus*. 2025 Apr 16;17;4:e82386. Doi: 10.7759/cureus.82386. PMID: 40385911; PMCID: PMC12083853.
9. von Sinner W.N., Stridbeck H. Hydatid Disease of the Spleen. *Ultrasonography, CT and MR Imaging*. *Acta Radiol*. 1992 Sep;33;5:459-61. PMID: 1389656.
10. Franquet T., Montes M., Lecumberri F.J., Esparza J., Bescos J.M. Hydatid Disease of the Spleen: Imaging Findings in Nine Patients. *AJR Am J Roentgenol*. 1990 Mar;154;3:525-8. Doi: 10.2214/ajr.154.3.2106214. PMID: 2106214.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Участие авторов. Статья подготовлена с равным участием авторов.
Поступила: 28.04.2026. Принята к публикации: 18.05.2026.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.
Financing. The study had no sponsorship.
Contribution. Article was prepared with equal participation of the authors.
Article received: 28.04.2026. Accepted for publication: 18.05.2026