

## Гломус-опухоли пальцев

Г.В. Ягджян, А.М. Даниелян, А.С. Канаян, Е. Карапетян

*Центр пластической реконструктивной хирургии и микрохирургии  
Университетской больницы № 1 ЕРГМУ им. М. Гераци, отделение  
клинической патологии Университетского лабораторно-диагностического центра  
375025, Ереван, ул. Абовяна, 58*

Данное сообщение посвящено гломус-образованиям пальцев кисти. Учитывая большое количество диагностических ошибок при постановке данного диагноза, мы приводим описание "типичного" случая неправильной диагностики и лечения.

Гломус-опухоли (или гломусные опухоли) являются нечасто встречаемыми образованиями из модифицированных гладкомышечных клеток так называемых гломусных телец [1,2,6,14-16]. Описаны варианты единичных и множественных образований, которые часто называются гломангиомами. Наиболее часто указанные образования локализируются в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, особенно часто наблюдается подногтевая локализация [2,3,5]. Гломус-образование имеет связь с артериальной порцией гломусных телец, которые представляют часть естественных внутридермальных артерио-венозных шунтов, участвующих в регуляции температуры. Однако описаны случаи и внедермального расположения данных опухолей, что, по-видимому, связано с возможностью развития образований из недифференцированных периваскулярных клеток. Имеются данные о возможном участии травмы в генезе образования опухоли [1,5]. Частота встречаемости не изучена. Однако частота множественного поражения составляет 10% из всех диагностированных гломус-образований [13]. Наиболее частой клинической манифестацией является боль. Множественные образования вызывают болевые ощущения реже. Злокачественное перерождение гломус-опухоли в гломангиосаркому встречается очень редко [8,13]. Чаще страдают женщины старше 25 лет. В большинстве случаев встречается подногтевое расположение опухоли. В анамнезе у больных присутствуют жалобы на боли в руке пароксизмального характера, усиливающиеся во время холода. Пальпация беспреступно болезненная. Нередко боли бывают нестерпимыми, что и служит причиной обращений больных к врачам различного профиля. Множественные гломус-образования могут наследоваться по аутосомно-доминантному пути. Во время осмотра необходимо уделять внимание на цвет ногтей, изменение формы и характера ногтевой пластины. В большинстве случаев опухоли размером менее 1 см в диаметре не пальпируются.

Среди клинических тестов наиболее чувствительными являются турниковая проба (уменьшение боли при наложении жгута на предплечье), получившая названия *Hilreth* теста [7], а также так называемый тест нажатия на палец (усиление боли в пальце при точечном нажатии на ноготь карандашом). Лабораторные исследования чаще всего не выявляют нарушения нормы. Наибольшее внимание необходимо уделять методам визуализации [4,9,10,12]. Простая R-графия дистальной фаланги может выявить костные эрозии только в 14-60% случаев. В качестве косвенного признака может служить увеличение расстояния между ногтевой пластинкой и костью [9,12]. Считается, что золотым стандартом для визуализации может быть высокочувствительное ЯМР-исследование со сравнением с симметричными отделами костей противоположной конечности.

Таблица

*Сравнительная характеристика методов визуализации для диагностики гломус-опухоли*

|                  |                                                                                               |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Радиография      | Недорогой, простой, но показывает только эрозию кости в менее чем 30% из подногтевых опухолей |
| Ангиография      | Самый низкий диагностический успех                                                            |
| Термография      | Неинвазивный, но имеет противоречивые результаты, зависящие от оператора                      |
| Ультрасонография | Неинвазивный, недорогой, но зависит от оператора и не способен выявить маленькие поражения    |
| Сцинтиграфия     | Инвазивный и неспецифичный                                                                    |
| ЯМР              | Неинвазивный, высоко чувствительный, но неспецифичный и дорогой                               |

Дифференциальную диагностику гломус-опухоли проводят с ангиолипомами, гемангиомами, меланомами, гломус-ангисаркомами [4,9,10,12].

**Патогистологические характеристики гломус-образований:**

- Мелкие, круглые, однотипные клетки с центральным круглым ядром и амфифильной или слегка эозинофильной цитоплазмой.
- Онкоцитарные клетки с эксцентрично расположенным ядром и ярко эозинофильной цитоплазмой.
- Каждая клетка окружена базальной мембраной.
- Клетки окружают ветвящиеся, гемангиоперитомы-подобные сосуды.

Наилучшие результаты получены при хирургическом удалении образований. Широкое и адекватное удаление образования является используемой тактикой данного лечения. Прогноз при этом благоприятный [16]. Удаление образования чаще всего приводит к исчезновению болей, рецидивы при адекватном удалении редки.

Приводим выписку из истории болезни:

Больная П.Ж., 45 лет, ш/б № 816/154, поступила в отделение пластической и реконструктивной хирургии и микрохирургии с жалобами на боль в руке в течение 12 лет. Боль усиливается в холодное время года. В течение последних лет неоднократно обращалась к специалистам. Со слов больной, без предоперационного обследования в одной из клиник г. Еревана произведена декомпрессия срединного нерва по поводу "синдрома карпального канала". Из-за усиления болей в послеоперационном периоде тем же врачом произведена хирургическая денервация пальцевых нервов. В другом центре больной произведены блокады. Сопроводительные медицинские документы с диагнозом и описанием лечебных мероприятий отсутствуют.

На момент осмотра: жалобы на сильнейшие боли в области пальцев, боль имеет пароксизмальный ха-

рактер, усиливается при холодной пробе. Ногтевое ложе деформировано (больная отмечает изменения формы ногтя в течение последних лет). Назначенная медикаментозная терапия (тегретол, 20 мг) для купирования невропатических болей на момент проведения исследований была безуспешной.

**Клиническое исследование:** Симптом "Hildreth" положительный, симптом "Love test" положительный.

**Параклиническое исследование:** Доплер-флоуметрия патологических изменений не выявила. ЭМГ патологий со стороны срединного и локтевого нервов не выявила. Р-графия патологии не выявила. Денситометрия – в пределах возрастной нормы.

Учитывая все клинические предпосылки на подозрение гломус-опухоли и для визуализации последней, больно предложено проведение ЯМР-исследования с предварительной оговоркой о специфичности данного исследования (опухоли менее 2 мм могут не быть визуализированы).

В отсутствие патологических изменений на ЯМР поставили диагноз: "гломус-опухоль?". Однако, учитывая типичную клиническую картину, консилиум врачей из отделения микрохирургии и невропатологии поставил следующий диагноз: "гломус-образование пальца?", "состояние после перенесенных операций на пальце: развитие синдрома Зудека". Операция проведена после совместного обсуждения и письменного согласия пациента с вариантом, при котором интраоперационно образование не будет определено, также о возможности усиления синдрома Зудека.

Под проводниковой анестезией после предварительного обескровливания конечности произведено удаление ногтевой пластинки. В области наибольшей деформации ногтевого матрикса произведен разрез последующей сепарацией матрикса. Визуализировано образование бледно-синюшной окраски, расположенное в вертикальной проекции в области локтевой стороны ногтевой фаланги, тесно спаянное с мягкими тканями.



Рис. 1. Этапы хирургического удаления опухоли



Рис. 2. Через 3 месяца после операции

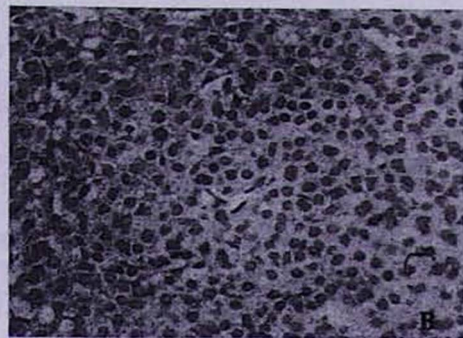
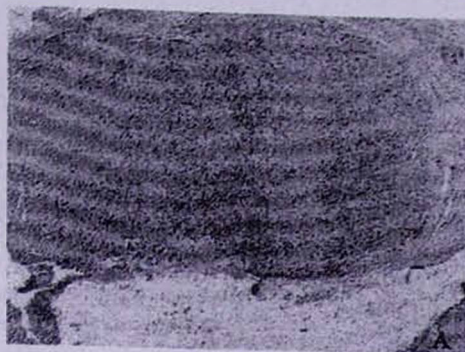


Рис. 3. Гломусная опухоль.

А – общий вид опухолевого узла (x40);

Б – гломусные клетки, сосуды синусоидного типа (x400).

Окраска гематоксилином и эозином

Образование вылучено единым блоком, ложе дополнительно обработано кюреткой и 98% раствором спирта. Матрикс ушит отдельными узловыми швами с последующим дренированием. Патогистологическое заключение: солидная гломусная опухоль. На 3-й день после операции полностью исчез болевой синдром. Заживление раны первичным натяжением. В послеоперационном периоде проведена профилактика синдрома Зудека

Большая осматрена через 45 дней после операции. Отмечен нормальный рост ногтя.

### Обсуждение

Для гломус-опухоли характерна триада симптомов: боль, холодовая чувствительность и болезненность при нажатии на ноготь, несмотря на это многие опухоли кисти имитируют клиническую картину гло-

мус-опухоли. Болевой синдром при гломус-образовании кисти нужно дифференцировать от синдрома Зудека (комплексный регионарный болевой синдром I типа) и компрессионных нейропатий срединного и локтевого нерва, а также от болевого синдрома при системном остеопорозе. Очень важен бережный и внимательный сбор анамнеза, а также проведение провокационных тестов, изложенных ранее. Большинство авторов отмечают чувствительность ЯМР-исследования в 90% случаев, тогда как его специфичность составляет лишь 50%.

Наш опыт лечения 10 подногтевых гломус-образований свидетельствует о необходимости мультидисциплинарного подхода при диагностике данного заболевания, а также выполнения хирургического удаления в специализированных клиниках, занимающихся хирургией кисти.

Поступила 12.04.06

### Մաղնիքի գլոմուս-ուռուցքներ

Գ.Վ. Յաղոջյան, Ա.Մ. Դանիելյան, Ա.Ս. Կանայան, Ե. Կարապետյան

Հաղորդագրությունը նվիրված է դաստակի մատների գլոմուս-գոյացություններին: Հաշվի առնելով այն, որ նշված ախտորոշման ընթացքում առկա են բազմաթիվ ախտորոշման սխալներ, ներկայացնում ենք սխալ ախտորոշման «բնորոշ» դեպքի նկարագրությունը: Գլոմուս-ուռուցքները (կամ գլոմուսային ուռուցքները) հազվադեպ հանդիպող գոյացություններ են, որոնք առաջանում են ձևավորված հարթանկյունային բջիջների, այսպես կոչված գլոմուսային մարմնիկներից: Առավել հաճախ կլինիկական դրսևորումը ցավն է: Մեծամասնությամբ հանդիպում է ուռուցքի ենթաեղունգային տեղակա-

յունը: Հիվանդների անամնեզում առկա են բողբոսներ ձեռքի ցավերի վերաբերյալ, որոնք ունեն կծկանքային բնույթ և ուժեղանում են ցրտի պարագայում: Շոշափումն անսահման ցավոտ է: Տասը ենթաեղունգային գլոմուս-գոյացությունների բուժմանը վերաբերող մեր փորձը վկայում է այս հիվանդության ախտորոշման, ինչպես նաև դաստակի վիրաբուժությամբ զբաղվող մասնագիտացված կլինիկաներում կատարվող վիրաբուժական հեռացման պարագայում բազմաառարկային մոտեցման անհրաժեշտության մասին:

## Glomus tumors of fingers

G. V. Yaghjian, A.M. Danielyan, A.S. Kanayan, Ye. Karapetyan

The presented case report is devoted to the glomus formation of the hand fingers. Taking into account a big number of diagnostic mistakes at such diagnosis, we are describing a "typical" case of a wrong diagnosis. Glomus tumors are rarely met formations from modified unstriated muscle cells, the so-called glomus bodies. The most frequent clinical manifestation is the pain. In most cases there is subungual location of a tumour. In the anamnesis

the patient presents complaints on the pains in the hand having a paroxysmal character, increasing during cold. The palpation is extremely painful. Our experience of 10 subungual glomus formation treatment testifies to the necessity of a multidisciplinary approach in diagnosis of the given disease, as well as performing the surgical interventions in specialized clinics.

### Литература

1. Al-Qattan M.M. A small cavernous vascular malformation in the hand mimicking a glomus tumor, *Journal of Hand Surgery*, 1996, 21 B: 693-694.
2. Al-Qattan M.M., Clarke H.M. An isolated granular cell tumour of the thumb pulp clinically mimicking a glomus tumor, *Journal of Hand Surgery*, 1994, 19 B: 420-421.
3. Bhaskarand K., Navadgi B.C. Glomus tumor of hand, *Journal of the Hand Surgery*, 2002, 27B: 229-231.
4. Chen S.H.T., Chen Y.L., Cheng M.H. et al. The use of ultrasonography in preoperative localization of digital glomus tumors, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2003, 112: 115-119.
5. Ekin A., Okzan M., Kabaklioglu T. Subungual glomus tumors: a different approach to diagnosis and treatment, *Journal of Hand Surgery*, 1997, 22B: 228-229.
6. Geertruyden J.V., Lorea P., Goldschmidt D. et al. Glomus tumors of the hand. A retrospective study of 51 cases, *Journal of Hand Surgery*, 1996, 21b: 257-260.
7. Giele H. Hildreth's test is reliable clinical sign for the diagnosis of glomus tumors, *Journal of Hand Surgery*, 2002, 27B: 157-158.
8. Graham B., Wolff T.W. Synchronous subungual glomus tumors in adjacent digits, *Journal of Hand Surgery*, 1992, 17B: 575-576.
9. Hou S.M., Shih T.T.F., Lin M.C. Magnetic resonance imaging of an obscure glomus tumour in the finger tip, *Journal of Hand Surgery*, 1992, 18B: 482-483.
10. Jablone M., Horowitz A., Bernstein D. Magnetic resonance imaging of glomus tumour of the finger tip, *Journal of Hand Surgery*, 1990, 5A: 507-509.
11. Kline S.C., Moore J.R., de Mente S.H. Glomus tumor originating within a digital nerve, *Journal of Hand Surgery*, 1990, 15A: 98-101.
12. Ognio T., Ohnishi N. Ultrasonography of a subungual glomus tumor, *Journal of Hand Surgery*, 1993, 18B: 746-747.
13. Peterson J.J., Bancroft L.W., Kransdorf M.J. Principles of bone and soft tissue imaging, *Hand Clinics*, 2004, 20: 147-166.
14. Takata H., Ikuta Y., Ishida O., Kimori K. Treatment of subungual glomus tumor, *Hand Surgery*, 2001, 6: 25-27.
15. Tomak Y., Akcay I., Dabak N., Eroglu L. Subungual glomus tumors of the hand: diagnosis and treatment of 14 cases, *Scandinavian Journal of Plastic & Reconstructive Surgery & Hand Surgery*, 2003, 37: 121-124.
16. Vasisht B., Watson H.K., Joseph E., Lionelli G.T. Digital glomus tumors; a 29-year experience with a lateral subperiosteal approach, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2004, 114: 1486-1489.