

# Интрамукулярная миксома, имитирующая псоас-абсцесс

А.А. Хайруллин<sup>1,2</sup> ✉, М.Н. Климентов<sup>1</sup>, Д.Н. Куклин<sup>1,2</sup>, С.В. Сысоев<sup>2</sup>

Отделение колопроктологии

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Российская Федерация, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281

<sup>2</sup> БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

Российская Федерация, 426039, Ижевск, Воткинское шоссе, д. 57

✉ Контактная информация: Хайруллин Айваз Алмаризович, врач колопроктолог БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР». Email: [paceg@mail.ru](mailto:paceg@mail.ru)

## РЕЗЮМЕ

Представлено клиническое наблюдение интрамукулярной миксомы, имитирующей псоас-абсцесс. Предложено оперативное мини-инвазивное лечение заболевания. Данное клиническое наблюдение показывает пример эффективного использования мини-инвазивных методов лечения в хирургической практике как альтернатива открытой операции.

## Ключевые слова:

миксома, абсцесс, пункция

## Ссылка для цитирования

Хайруллин А.А., Климентов М.Н., Куклин Д.Н., Сысоев С.В. Интрамукулярная миксома, имитирующая псоас-абсцесс. *Журнал им. Н.В.Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2023;12(4):702–705. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-4-702-705>

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

## Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

ИММ — интрамукулярная миксома  
КТ — компьютерная томография

МКБ — мочекаменная болезнь  
УЗ — ультразвуковая (ое)

В сообщении представлено клиническое наблюдение интрамукулярной миксомы (ИММ) подвздошно-поясничной мышцы, протекающей под маской псоас-абсцесса.

Миксома (*mухота*; от греч. *муха* — слизь) — доброкачественная опухоль соединительнотканного происхождения, состоящая из недифференцированных звездчатых клеток, расположенных в рыхлой муцинозной строме с базофильными волокнами. Слизеподобная масса является гиалуроновой кислотой, так как растворяется гиалуронидазой и дает реакцию на мукоиды. Считается, что первым термин «миксома» использовал *R. Virchow* в 1871 году, описывая слизистую опухоль пупочной области. Критерии постановки диагноза предложены *A. Stout* в 1948 году [1]. Эти опухоли чаще встречаются в сердце, подкожной и апоневротической ткани, органах мочеполовой системы, в коже и других образованиях. Миксома, развивающиеся в скелетных мышцах, называют интрамукулярными. Они были описаны в качестве отдельного подтипа миксом в 1965 году *F. Enzinger* и составляют лишь 17% случаев мягкотканых миксом [2]. Заболеваемость ИММ — 1/1 000 000 населения в год, чаще встречается у женщин (соотношение 14:3) [3]. ИММ чаще всего развиваются в мышцах плеча, ягодицы, бедра, голени и туловища [2]. Редко локализациями ИММ являются голова и шея. В литературе имеются единичные описания брюшинного расположения этих новообразований [4, 5]. Большинство ИММ — солитарные новообразования.

Однако небольшая часть множественных ИММ может быть ассоциирована с синдромом фиброзной дисплазии — *Mazabraud*-синдром [6].

Клиническая картина зависит от первичной локализации. Проявления болезни связаны с синдромом сдавления окружающих органов и тканей. При пальпации ИММ, как правило, безболезненна. ИММ не имеют специфических рентгенологических и ультразвуковых признаков. Как правило, визуализируется кистозное новообразование с солидным компонентом, расположенное в непосредственной близости от мышцы [7]. Опухоли визуализируются при ультразвуковом (УЗ) исследовании и (или) компьютерной томографии (КТ). При КТ выявляют гиподенсное образование плотностью около +20 НУ. Эти же характеристики могут встречаться и при других образованиях, таких как гигрома, липома и другие.

«Золотым стандартом» лечения миксома является хирургическое удаление опухоли в пределах здоровых тканей без вскрытия капсулы опухоли. ИММ является медленно растущей опухолью с благоприятным прогнозом [8]. Возможны и описаны рецидивы заболевания [9]. В качестве биохимического контроля за рецидивом заболеванием может быть использован карбогидратный антиген СА 19-9. В крови у пациентов с ИММ на фоне рецидива опухоли выявляется повышение его концентрации [10].

## Клиническое наблюдение

В приемное отделение дежурной хирургической клиники обратилась больная Л., 64 лет, с заключением врача рентгенолога частной клиники: «абсцесс подвздошной мышцы справа».

При поступлении предъявляет жалобы на боли в поясничной области справа, усиливающуюся при ходьбе, физических нагрузках. Жалоб на дизурические расстройства не отмечает. Повышения температуры тела нет.

Считает себя больной около 4 месяцев, находилась под наблюдением врача терапевта, лечилась нестероидными противовоспалительными средствами без эффекта. Самостоятельно выполнила КТ. Заключение: объемное образование правой подвздошной мышцы (абсцесс?), мочекаменная болезнь (МКБ), киста левой почки. Направлена в дежурную хирургическую клинику. Госпитализирована в отделение гнойной хирургии.

В анамнез: мочекаменная болезнь (МКБ) справа, дистанционная литотрипсия в 2016 году.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. Частота дыхательных движений 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 72 уд./мин. Живот симметричен, не вздут. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

На серии мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства в полости таза определяется инкапсулированное жидкостное образование в толще правой подвздошной мышцы размерами 57×47×60 мм, объемом 80–90 см<sup>3</sup>, плотность содержимого +13 НУ, толщина капсулы в пределах визуализации до 3 мм. Объем правой подвздошной мышцы увеличен (рис. 1–3). Заключение. Объемное образование правой подвздошной мышцы (абсцесс?), МКБ, киста левой почки.

Полный анализ крови в пределах референсных значений.

С-реактивного белка в сыворотке крови – 2,08 мг/л (N – 0,00–5,00 мг/л)

Предварительный диагноз при поступлении: Абсцесс подвздошной мышцы справа.

План лечения: больной предложено пункционное дренирование гнойника.

Протокол операции: под местной анестезией (0,5% раствором новокаина 10 мл в условиях УЗ операционной, под УЗ-наведением, на уровне передней верхней ости справа, отступя медиальнее ее на 2 см, пункционная игла со струной введена в полость абсцесса, по струне проведен нефростомический дренаж 8 Fr, получено желтое слегка мутное содержимое, взято на посев и на цитологическое исследование. Дренаж фиксирован к коже.

На следующие сутки после операции отмечает улучшение самочувствия – боли в поясничной области прекратились, отмечает умеренные боли в ране, в месте фиксации дренажной трубки.

Живот симметричен, не вздут. При пальпации мягкий, слабо болезненный в области дренажной трубки. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика активная. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Диурез достаточный.

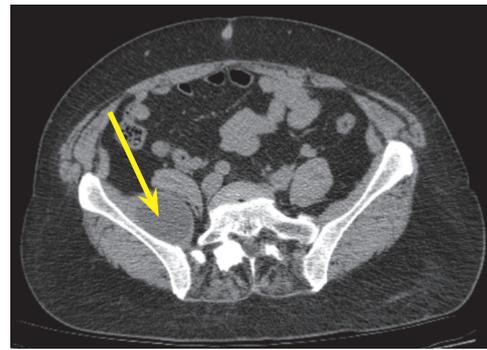


Рис 1. Мультиспиральная компьютерная томография. Образование в *m. psoas* в аксиальной проекции  
Fig. 1. Multislice computed tomography. The mass in *m. psoas*, axial plane

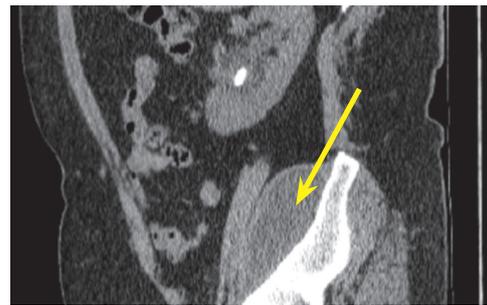


Рис 2. Мультиспиральная компьютерная томография. Образование в *m. psoas* в сагиттальной проекции  
Fig. 2. Multislice computed tomography. The mass in *m. psoas*, sagittal plane

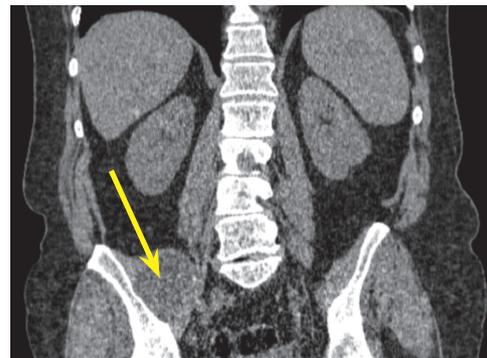


Рис 3. Мультиспиральная компьютерная томография. Образование в *m. psoas* в коронарной проекции  
Fig. 3. Multislice computed tomography. The mass in *m. psoas*, coronal plane

В дренажной трубке прозрачное слизеподобное содержимое, что позволило заподозрить интрамулярную миксому подвздошно-поясничной мышцы, что и подтвердилось данными инструментального, лабораторного, цитологического и микробиологического исследований.

Цитологическое заключение: слизь, единичные макрофаги. Эпителиоциты, элементы воспаления отсутствуют.

В дальнейшем полость промывали раствором аквазана. При контрольной КТ на 3-и сутки после оперативного вмешательства – справа под подвздошной мышцей на уровне крыла подвздошной кости дренаж и следы воздуха. Полость абсцесса не визуализируется. Толщина мышцы практически симметричная, контуры ее слегка нечеткие. Конкременты чашечно-лоханочной системы правой почки с признаками пиелита. Киста левой почки I типа. Миома матки. После этого дренаж удален.

По видимому болевой синдром был вызван давлением (компримированием) опухоли на окружающие ткани и прекратился после ее опорожнения.

Пациентка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Боли в поясничной области прекратились.

## ВЫВОДЫ

1. Интрамускулярная миксома — редкое новообразование, а первичная локализация в забрюшинном пространстве под маской псоас-абсцесса является казуистической.

2. В диагностике заболевания основную роль играют инструментальные методы обследования. Интрамускулярная миксома визуализируется при

ультразвуковом исследовании и (или) компьютерной томографии, но не имеет специфических рентгенологических и ультразвуковых признаков.

3. Выполнение пункции и дренирования под ультразвуковым наведением, позволяет получить и оценить содержимое опухолевидного образования, провести цитологическое и микробиологическое исследование. Цитологическое исследование и анализ содержимого опухоли на мукоиды, дает возможность с большой вероятностью верифицировать диагноз.

4. Основным методом лечения миксомы является операция. Малоинвазивная пункционно-дренирующая терапия миксомы является альтернативой открытому оперативному лечению с проведением последующего контроля.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Stout AP. Myxoma, the tumor of primitive mesenchyme. *Ann Surg.* 1948;127(4):706–719.
2. Enzinger FM. Intramuscular Myxoma; a Review and Follow-up Study of 34 Cases. *Am J Clin Pathol.* 1965;43:104–113. PMID: 14253111 <https://doi.org/10.1093/ajcp/43.2.104>
3. Hashimoto H, Tsuneyoshi M, Daimaru Y, Enjoji M, Shinohara N. Intramuscular myxoma. A clinicopathologic, immunohistochemical, and electron microscopic study. *Cancer.* 1986;58(3):740–747. PMID: 3524794 [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19860801\)58:3<740::aid-cnrcr2820580322>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19860801)58:3<740::aid-cnrcr2820580322>3.0.co;2-k)
4. Guppy KH, Wagner F, Tawk R, Gallagher L. Intramuscular myxoma causing lumbar radiculopathy. Case report and review of the literature. *J Neurosurg.* 2001;95(2 Suppl):260–263. PMID: 11599850 <https://doi.org/10.3171/spi.2001.95.2.0260>
5. Ruiz-Tovar J, Ripalda E, Beni R, Reguero ME, Nistal J, Carda P. Recurrent intramuscular psoas myxoma. *Am Surg.* 2009;75(9):862–863. PMID: 19774965
6. Endo M, Kawai A, Kobayashi E, Morimoto Y, Yamaguchi U, Nakatani F, et al. Solitary intramuscular myxoma with monostotic fibrous dysplasia as a rare variant of Mazabraud's syndrome. *Skeletal Radiol.* 2007;36(6):523–529. PMID: 17139504 <https://doi.org/10.1007/s00256-006-0234-x>
7. Kim SJ. Sonographic appearance of an intramuscular myxoma of the pectoralis major muscle. *J Clin Ultrasound.* 2014;42(8):505–508. PMID: 24633968 <https://doi.org/10.1002/jcu.22149>
8. Silver WP, Harrelson JM, Scully SP. Intramuscular myxoma: a clinicopathologic study of 17 patients. *Clin Orthop Relat Res.* 2002;403:191–197. PMID: 12360026
9. Logel RJ. Recurrent intramuscular myxoma associated with Albright's syndrome. *J Bone Joint Surg Am.* 1976;58(4):565–568. PMID: 1270480
10. Theodorou D, Kleidi ES, Doulami GI, Drimousis PG, Larentzakis A, Toutouzias K, et al. Intramuscular myxoma associated with an increased carbohydrate antigen 19.9 level in a woman: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:184. PMID: 21569608 <https://doi.org/10.1186/1752-1947-5-184>

## REFERENCES

1. Stout AP. Myxoma, the tumor of primitive mesenchyme. *Ann Surg.* 1948;127(4):706–719.
2. Enzinger FM. Intramuscular Myxoma; a Review and Follow-up Study of 34 Cases. *Am J Clin Pathol.* 1965;43:104–113. PMID: 14253111 <https://doi.org/10.1093/ajcp/43.2.104>
3. Hashimoto H, Tsuneyoshi M, Daimaru Y, Enjoji M, Shinohara N. Intramuscular myxoma. A clinicopathologic, immunohistochemical, and electron microscopic study. *Cancer.* 1986;58(3):740–747. PMID: 3524794 [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19860801\)58:3<740::aid-cnrcr2820580322>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19860801)58:3<740::aid-cnrcr2820580322>3.0.co;2-k)
4. Guppy KH, Wagner F, Tawk R, Gallagher L. Intramuscular myxoma causing lumbar radiculopathy. Case report and review of the literature. *J Neurosurg.* 2001;95(2 Suppl):260–263. PMID: 11599850 <https://doi.org/10.3171/spi.2001.95.2.0260>
5. Ruiz-Tovar J, Ripalda E, Beni R, Reguero ME, Nistal J, Carda P. Recurrent intramuscular psoas myxoma. *Am Surg.* 2009;75(9):862–863. PMID: 19774965
6. Endo M, Kawai A, Kobayashi E, Morimoto Y, Yamaguchi U, Nakatani F, et al. Solitary intramuscular myxoma with monostotic fibrous dysplasia as a rare variant of Mazabraud's syndrome. *Skeletal Radiol.* 2007;36(6):523–529. PMID: 17139504 <https://doi.org/10.1007/s00256-006-0234-x>
7. Kim SJ. Sonographic appearance of an intramuscular myxoma of the pectoralis major muscle. *J Clin Ultrasound.* 2014;42(8):505–508. PMID: 24633968 <https://doi.org/10.1002/jcu.22149>
8. Silver WP, Harrelson JM, Scully SP. Intramuscular myxoma: a clinicopathologic study of 17 patients. *Clin Orthop Relat Res.* 2002;403:191–197. PMID: 12360026
9. Logel RJ. Recurrent intramuscular myxoma associated with Albright's syndrome. *J Bone Joint Surg Am.* 1976;58(4):565–568. PMID: 1270480
10. Theodorou D, Kleidi ES, Doulami GI, Drimousis PG, Larentzakis A, Toutouzias K, et al. Intramuscular myxoma associated with an increased carbohydrate antigen 19.9 level in a woman: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:184. PMID: 21569608 <https://doi.org/10.1186/1752-1947-5-184>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

### Хайруллин Айваз Алмаризович

врач колопроктолог БУЗ УР 1 РКБ МЗ УР, заочный аспирант кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ;

<https://orcid.org/0000-0002-3609-6388>, [pacceg@mail.ru](mailto:pacceg@mail.ru);

40%: ведение пациента, оперативное лечение, написание статьи

### Климентов Михаил Николаевич

кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ;

<https://orcid.org/0000-0002-0005-7686>, [klimentov52@mail.ru](mailto:klimentov52@mail.ru);

35%: написание статьи, редактирование статьи

### Куклин Дмитрий Николаевич

врач-уролог БУЗ УР 1 РКБ МЗ УР, аспирант кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ;

[kukdn@yandex.ru](mailto:kukdn@yandex.ru);

15%: оперативное лечение, контроль лечения

**Сысоев Сергей Валентинович** кандидат медицинских наук, заведующий колопроктологическим отделением БУЗ УР 1 РКБ МЗ УР;  
svs-dok@mail.ru;  
10%: редакция статьи, контроль лечения

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов**

## Intramuscular Myxoma, Mimicking a Psoas Abscess

**A.A. Khairullin** <sup>✉1,2</sup>, **M.N. Klimentov**<sup>1</sup>, **D.N. Kuklin**<sup>1,2</sup>, **S.V. Sysoyev**<sup>2</sup>

Department of Coloproctology

<sup>1</sup> Izhevsk State Medical Academy

281, Kommunarov Str., Izhevsk, 426034, Russian Federation

<sup>2</sup> First Republican Clinical Hospital of the Udmurt Republic

57, Votkinskoye Hw., Izhevsk, 426039, Russian Federation

✉ **Contacts:** Aivaz A. Khairullin, Coloproctologist, First Republican Clinical Hospital of the Udmurt Republic. Email: paceg@mail.ru

**ABSTRACT** We report a clinical observation of intramuscular myxoma, mimicking a psoas abscess. Surgical minimally invasive treatment of the disease has been suggested. This clinical observation shows an example of the effective use of minimally invasive treatment methods in surgical practice, as an alternative to open surgery.

**Keywords:** myxoma, abscess, puncture

**For citation** Khairullin AA, Klimentov MN, Kuklin DN, Sysoyev SV. Intramuscular Myxoma, Mimicking a Psoas Abscess. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2023;12(4):702–705. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-4-702-705> (in Russ.)

**Conflict of interest** Authors declare lack of the conflicts of interests

**Acknowledgments, sponsorship** The study has no sponsorship

### Affiliations

Aivaz A. Khairullin	Aivaz Almarizovich Khairullin, Coloproctologist, First Republican Clinical Hospital of the Udmurt Republic, part-time PG student of Izhevsk State Medical Academy; <a href="https://orcid.org/0000-0002-3609-6388">https://orcid.org/0000-0002-3609-6388</a> , paceg@mail.ru 40%, patient management, surgical treatment, writing
Mikhail N. Klimentov	Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy; <a href="https://orcid.org/0000-0002-0005-7686">https://orcid.org/0000-0002-0005-7686</a> , klimentov52@mail.ru; 35%, writing, editing
Dmitry N. Kuklin	Urologist, First Republican Clinical Hospital of the Udmurt Republic, PG student of the Department of Faculty Surgery of Izhevsk State Medical Academy; kukdn@yandex.ru; 15%, operative treatment, patient care audit
Sergey V. Sysoyev	Candidate of Medical Sciences, Head of the Coloproctology Department, First Republican Clinical Hospital of the Udmurt Republic; svs-dok@mail.ru; 10%, editing the article, monitoring treatment

**Received on 06.11.2022**

**Review completed on 25.09.2023**

**Accepted on 26.09.2023**

**Поступила в редакцию 06.11.2022**

**Рецензирование завершено 25.09.2023**

**Принята к печати 26.09.2023**