

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОСАРКОМЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

А.А. МИМОХОД, А.В. БУТЕНКО, А.А. ЗНАМЕНСКИЙ, Ю.П. ГРИБУНОВ, О.А. САПЕГИНА

Центральная клиническая больница с поликлиникой управления делами Президента РФ, Москва

Сведения об авторах:

Мимоход Артур Артурович – врач-хирург ФГБУ Центральная Клиническая больница Управления Делами Президента РФ, e-mail: mimokhod@rambler.ru; <http://mimokhod.wixsite.com/hiryrg>

Бутенко Алексей Владимирович – профессор, доктор медицинских наук, заместитель главного врача (по хирургии) ФГБУ Центральная Клиническая больница Управления Делами Президента РФ, e-mail: avbutenko@gmail.com

Знаменский Алексей Алексеевич – заведующий 1 хирургическим отделением ФГБУ Центральная Клиническая больница Управления Делами Президента РФ, e-mail: znamenskiy57@mail.ru

Грибунов Юрий Павлович – профессор, доктор медицинских наук, заведующий патологоанатомическим отделением ФГБУ Центральная Клиническая больница Управления Делами Президента РФ, e-mail: ckbplatn@mail.ru

Сапегина Ольга Александровна – врач-патологоанатом ФГБУ Центральная Клиническая больница Управления Делами Президента РФ, e-mail: tanatolog@bk.ru

Липосаркома – злокачественная опухоль жировой ткани. Может поражать любые участки тела, но чаще локализуется в проксимальных отделах нижних конечностей, в забрюшинной клетчатке или в области плеча. Метод лечения липосарком – хирургический.

Актуальность данной статьи заключается в информировании молодых хирургов о причинах, вариантах клинической картины, осложнениях, методах ранней диагностики и лечения липосарком.

Ключевые слова: липосаркома, онкология, забрюшинное пространство, хирургия.

Липосаркома – злокачественное новообразование из группы мезенхимальных опухолей. Развивается из липобластов (незрелые клетки соединительнотканного происхождения), обычно располагается в межмышечном пространстве, реже – в подкожной жировой клетчатке.

Липосаркома является второй по распространенности злокачественной опухолью мягких тканей после фибросаркомы.

Очень редко возникает у детей. Частота развития увеличивается с возрастом и достигает максимума к 50-60 годам. Женщины страдают реже мужчин. Эндемичность отсутствует.

Липосаркома была впервые описана Вирховым в 1857 году. В 1944 году Артур Парди Стаут (Arthur Purdy Stout) писал «..конечно, одна из самых странных и удивительных страниц в онкологии рассказывает об опухоли с жировых клеток. В которой они растут странным образом и имеют поразительный размер..»

Подтипы данной опухоли согласно гистологическим критериям были выделены в 1935 г. Ewing J., а позже — Stout AP, Enterline HP. и Enzinger FM.

Первая классификация липосарком ВОЗ была опубликована в 1969 г., а последняя – в 2013г.

Причины липосарком

Этиология заболевания пока окончательно не выяснена.

Высказывались предположения относительно возможной малигнизации липомы – одной из самых доброкачественных опухолей человека. Такие случаи исключительно редки, но все

же в целях профилактики крупные липомы рекомендуется удалять. Многие исследователи в числе факторов риска указывают механические травмы, облучение или контакт с канцерогенными веществами.

Согласно существующей гипотезе, развитие липосаркомы связано с белками, которые возникают в результате хромосомных аномалий. Наиболее часто выявляется в клетках миксоидных липосарком транслокация (перенос участка) генов FUS/CHOP, которые кодируют необходимый для дифференцировки адипоцитов (клеток жировой ткани) фактор транскрипции.

Липосаркома представляет собой одиночный узел, либо диффузный инфильтрат неправильной формы. Чаще всего располагается в проксимальных отделах нижних конечностей. Второе место по распространенности занимают липосаркомы забрюшинного пространства, далее в порядке убывания – опухоли паховой области, ягодичной области и коленных суставов. Очень редко поражаются молочная железа, голова, шея, область семенного канатика, стопы, кисти и большие половые губы. Как правило, новообразование одиночное, реже встречаются множественные липосаркомы. Поверхность опухоли желтоватая, либо белая с сероватым оттенком. На разрезе видна серовато-розовая полупросвечивающая ткань с характерными участками напоминающими «рыбье мясо». Диагноз липосаркомы основывается на распознавании атипичии липоцитов и характерных гистологических структур для каждого типа липосарком. Окраска на жир бесполезна, так как жир присутствует в других опухолях, например, в злокачественной фиброзной гис-

тиоцитоме и в несаркоматозных опухолях, таких как почечно-клеточная карцинома.

Классификация (ВОЗ 2013)

Промежуточные (местно агрессивные)

Атипическая липоматозная опухоль/ высокодифференцированная липосаркома

Злокачественные

Дедифференцированная липосаркома

Миксоидная липосаркома

Плеоморфная липосаркома

Липосаркома БДУ

Атипическая липоматозная опухоль – термин применяемый для образований подкожной жировой клетчатки. Возникает в среднем возрасте и у взрослых в четвертом десятилетии со значительным преобладанием мужчин, представлена в самых разнообразных подкожных локализациях, наиболее часто на спине, бедре и ягодицах, реже на плече, грудной стенке, руке и голове и шее. Возникновение на дистальных отделах конечностей редкое. Размер опухоли варьирует от небольшого узелка до массы более 10 см. Показатель рецидивов низкий. Большинство подкожных атипичных липоматозных опухолей имеют липомоподобную гистологию со значительной ядерной атипией, определяемой под небольшим увеличением микроскопа.

Высокодифференцированная липосаркома – это определение применяется к глубокой, не подкожной, опухолевой локализации, в том числе и забрюшинному пространству, средостению, паху и мошонке и глубокой внутримышечной локализации на конечностях и в стенках туловища. Обоснованием этого является повышенная вероятность дедифференцирования опухоли в этих локализациях, по сравнению с подкожной опухолью. Возникает практически исключительно у взрослых, как правило, в более старших возрастных группах в пятом-восьмом десятилетии, имеется преобладание мужчин более 3:1. Наиболее частой локализацией являются нижние конечности, особенно бедра, забрюшинное пространство (где часто достигает большого размера, >10 - 20 см или более), мошонка и паховая область, стенки туловища (особенно грудная стенка), тогда как возникновение в области головы и шеи и верхних конечностей (в основном проксимальных) является менее распространенным. Высокодифференцированные липосаркомы не метастазируют, несмотря на дедифференцирование, поэтому широкая локальная экзцизия является более предпочтительной, однако при неполном иссечении они склонны рецидивировать.

В морфологической структуре высокодифференцированной липосаркомы распознаются следующие гистологические компоненты:

- Липомоподобный (атипичные липоциты с увеличением ядра, гиперхромазией, наличием внутриядерных вакуолей).
- склерозирующий (участки представленные обильным коллагеновым матриксом с низкой клеточностью, адипоциты скудные или отсутствуют).

- воспалительный (с лимфоплазмоцитарной инфильтрацией)
- миксоидный (наличие участков с миксоидным матриксом; этот компонент может создать подобие миксофибросаркомы, но наличие рассеянных атипичных адипоцитов является диагностическим для высокодифференцированной саркомы)

- веретенноклеточный – (наиболее редкий вариант, состоит из умеренно атипичных веретенообразных клеток, смешанных с атипичными, в основном одновакуольными адипоцитами).

Компоненты часто сочетаются в одной опухоли, особенно в крупных забрюшинных липосаркомах. Общим для всех подтипов является клеточность от низкой до умеренной, переменный атипичный липоцитарный компонент и фактически отсутствие митотической активности.

Дедифференцированная липосаркома - опухоль с наличием высококлеточного нелипогенного компонента, лишённого перемешивающихся жировых клеток, в сочетании с хорошо дифференцированной липосаркомой. Возникает преимущественно в возрасте 50 лет или старше, со значительным преобладанием мужчин. Почти в половине случаев возникает забрюшинно, где опухоли достигают значительных размеров (более 20 см), и вовлекают соседние органы, такие как почки и кишечник, требующие резекции органов, при попытке проведения операции. Иногда присутствует несколько несмежных масс. Другие относительно частые локализации – это бедро, мошонка и паховая область. На основе исследований последующего течения установлено, что она имеет стойкую тенденцию к локальному рецидивированию, и в брюшной и грудной полости эти рецидивы часто становятся неуправляемыми со временем и могут привести к смерти даже без метастазов. Гистологически дедифференцированные компоненты варьируют от незначительных до подавляющего доминирующего компонента и могут иметь резкий или постепенный переход к хорошо дифференцированным участкам

Миксоидная липосаркома обычно возникает внутримышечно в глубоких мягких тканях конечностей. Почти половина случаев расположена на бедре, где опухоль часто достигает размеров >15 см. Еще одна распространенная локализация это область колена, особенно подколенной ямки, но почти никогда не возникает первично в забрюшинном пространстве. Данный вариант липосаркомы обладает высокой частотой рецидивов, если она не полностью иссечена. Приблизительно у 20% - 40% пациентов развиваются метастазы в отдаленные сроки. Имеет особую тенденцию к метастазам в периферические мягкие ткани, что вызывает вопрос о первично множественных опухолях против метастатической болезни. Оптимальным лечением является широкое иссечение. Если опухоль не может быть иссечена широко из-за своей близости к сосудисто-нервным пучкам, послеоперационная лучевая терапия может предотвратить рецидив. Гистологически состоит из однотипных округло-овальных примитивных мезенхимальных и варьирующего количества мелких перстневидных липобластов, расположенных в миксоидной строме, с характерным ветвлением мелких кровеносных сосудов, придающим опухоли сетчато-альвеолярное.

Симптомы

Липосаркомы обычно протекают бессимптомно и становятся случайной находкой при возникновении локальной деформации или проведении обследования в связи с другими заболеваниями и травмами. В последующем клинические проявления определяются поражением близлежащих анатомических структур. При сдавлении нервов возникают интенсивные боли, возможны нарушения чувствительности, парезы и параличи. При поражении нижних конечностей может сопровождаться рецидивирующим флебитом или тромбозом глубоких вен, отеком пораженной конечности, ишемией при сдавлении артерий, лихорадкой.



Рис. 1. Липосаркома левой нижней конечности, увеличение объема и отек

При пальпации определяется мягкоэластичная или плотная опухоль неправильной формы с неровными контурами. Диаметр узла может достигать 20 сантиметров. Некоторые новообразования имеют дольчатое строение. Обычно опухоль достаточно четко отграничена от окружающих тканей, что в сочетании с экспансивным ростом создает впечатление доброкачественности новообразования. При этом на самом деле липосаркома распространяется по межмышечным пространствам.

Поражение костей при липосаркоме выявляется очень редко, сопровождается развитием болевого синдрома. При прогрессировании процесса возникают симптомы общей интоксикации, лихорадка, истощение и анемия. В отдельных случаях липосаркома метастазирует в легкие, печень, почки, сердце, поджелудочную железу, яичники и костный мозг. Метастазы в лимфатические узлы выявляются очень редко.

Липосаркома забрюшинного пространства не имеет яркой симптоматики. Пациенты испытывают непонятное распирание в животе, чувство тяжести, но боли, как таковой, долгое время нет, поэтому конкретизировать жалобы проблематично. Когда забрюшинная липосаркома достигает значительного объема, начинает беспокоить боль, увеличение живота, появляются признаки сдавления органов брюшной полости – диспепсия, запор, изжога, горечь во рту и т. д.

Диагностика:

- Изучение анамнеза и жалоб пациента.
- Внешний осмотр, при котором выявляется увеличение в объеме пораженной конечности, живота, мошонки и т.д.
- Пальпацию опухолевого образования. Подозрительным симптомом является наличие жировиков и новообразований

жировых тканей, которые превышают 5 см в диаметре. Липосаркома прощупывается как мягкоэластичное дольчатое образование округлой формы, отграниченное от прилегающих тканей. При пальпации болевых ощущений нет, кожа остается неизменной. Поскольку данные опухоли растут вдоль межмышечных пространств, может создаваться впечатление их обособленности и даже инкапсуляции.

- Рентгенологическое обследование конечностей, внутренних органов, брюшной и грудной полостей, позволяющее оценить степень распространенности новообразования и выявить метастазы.
- УЗИ может подтвердить наличие мягкотканной массы. Липосаркома на УЗИ, как правило, гиперэхогенна. Забрюшинные липосаркомы имеют высокую отражательную способность, хотя это свойство может отсутствовать, если опухоль низкодифференцированная. Хорошо дифференцированные и периферийные опухоли обычно гиперэхогенны и отличий липомы от липосаркомы на УЗИ может просто не наблюдаться.
- МРТ- или КТ-исследования позволяют не только выявить саму опухоль и ее метастазы, но и оценить структуру образования: наиболее часто выглядит как большой узел жировой плотности в толстой капсуле с наличием внутри опухолевых перегородок и иногда зон, отличающихся по плотности от жировой. Такие зоны нежировой плотности размером более 1 см с большой вероятностью состоят из дедифференцированного компонента и должны являться мишенью при выполнении биопсии.
- Сцинтиграфия костей скелета.

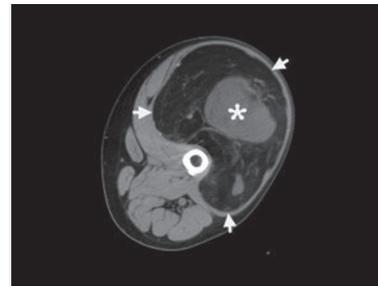


Рис. 2. Компьютерная томография (КТ) — сканирование левого бедра. Новообразование выделено стрелками. В центре наблюдается мягкотканый компонент (звездочка)

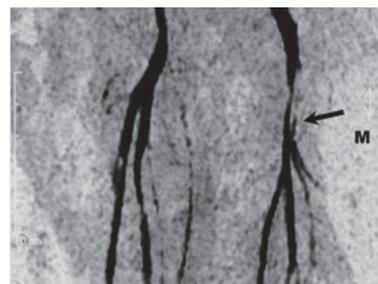


Рис. 3. Магнитно-резонансная ангиография сосудов ног. На изображении видно медиальное смещение и сдавление левой бедренной артерии и поверхностной бедренной артерии

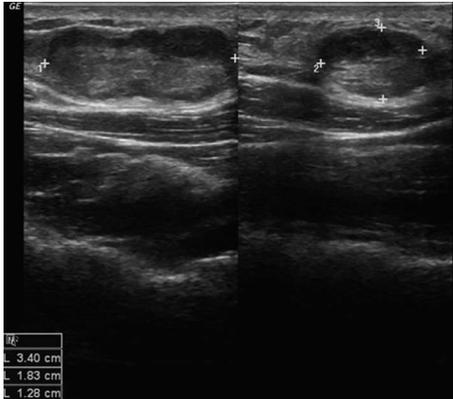


Рис. 4. УЗ-картина образования в подкожно-жировой клетчатке



Рис. 5. Ангиография. Опухоль в правой верхней части бедра

Патоморфологическое исследование

Для подтверждения диагноза и определения степени злокачественности выполняют биопсию с последующим гистологическим исследованием образца. Биопсия может быть:

- Пункционной (образец берется из новообразования при помощи иглы, однако такая диагностика в случае липосарком крайне трудна, а часто неинформативна, в связи с небольшим объемом исследуемого материала и неоднородностью строения самой опухоли).

- Инцизионной (берется кусочек ткани для исследования).
- Экцизионной (исследуется все удаленное новообразование).

Согласно рекомендациям ВОЗ 2013 г степень злокачественности липосарком определяется по трехуровневой системе FNCLCC (French Federation Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (G)) и представляет сумму баллов: дифференцировка опухоли + число митозов (определяются на 10 полей зрения большого увеличения микроскопа) + количество некрозов опухоли.

- G1 – сумма баллов 2-3,
- G2 – сумма баллов 4-5,
- G3 – сумма баллов 6-8.

И по двухуровневой системе TNM

- high-grade
- low-grade

Липосаркому дифференцируют с липомой, рабдомиомой, внутримышечной миксомой, миксоидной хондросаркомой, миксоидной злокачественной фиброзной гистиоцитомой, плеоморфной злокачественной фиброзной гистиоцитомой, лимфомой, нейробластомой, внекостной саркомой Юинга, овсяноклеточным раком и некоторыми другими злокачественными новообразованиями мягких тканей.

Лечение и прогноз

Лечение хирургическое. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от локализации, степени злокачественности опухоли, её подвижности, первичного или рецидивного характера, а также наличия метастазов. При опухоли, плохо отграниченной от окружающих тканей и распространяющейся по межмышечным пространствам, проводят ампутацию или экзартикуляцию конечности. В послеоперационном периоде назначают лучевую терапию. Послеоперационная радиотерапия (от 40 до 70 Гр) при липосаркомах является полезной, особенно при малодифференцированных и рецидивных опухолях, а также отдалённых метастазов. При крупных быстрорастущих липосаркомах и при метастазировании опухоли хирургическое вмешательство и лучевую терапию дополняют химиотерапией (доксорубин, циклофосфамид, винкристин, дактиномицин, блеомицин, дакарбазин). Самостоятельно химиотерапия применяется при неоперабельных липосаркомах в качестве паллиативного метода, позволяющего улучшить состояние больного и затормозить рост и метастазирование опухоли.

Продолжительность жизни определяется степенью злокачественности и локализацией новообразования. Наиболее благоприятными считаются высокодифференцированные липосаркомы. Пятилетняя выживаемость при таких опухолях колеблется от 45 до 65%. Полное выздоровление наблюдается в 30-40% случаев. У детей прогноз более благоприятен, пятилетняя выживаемость составляет 80-90%. Для низкодифференцированных форм липосаркомы характерен быстрый рост, гематогенное (в 35-40% случаев) и реже лимфогенное (в 6-9% случаев) метастазирование. Рецидивы возникают у 45-75% пациентов.

Клинический пример

Пациентка Ю. 1967 г.р., находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении с 10.01.2017 года по 19.01.2017 года.

Клинический диагноз после гистологического исследования: высокодифференцированная липосаркома забрюшинного пространства справа.

Из анамнеза: Пациентка ежегодно проходила диспансеризацию в поликлинике, выполнялись УЗИ брюшной полости, на которых патологии не обнаруживалось. Опухоль, пациентка обнаружила сама, около месяца назад. Обследована у терапевта. УЗИ ОБП от 03.12.16 – диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы, хронический калькулёзный холецистит. УЗИ почек от 03.12.16 – в забрюшинном пространстве, позади почек определяется образование повышенной эхогенности, гигантских размеров, занимающее преимущественно

но правую половину живота. При УЗ-ангиографии без чётких признаков васкуляризации. КФС от 05.12.16 – эндоскопическая картина подслизистого образования восходящей ободочной кишки, очаговых воспалительных изменений сигмовидной кишки. ФЭГДС от 05.12.16 – картина подслизистого образования антрального отдела желудка. МСКТ ОБП от 07.12.16 – объёмное образование забрюшинного пространства, требующее морфологической верификации (образование надпочечника? Внеорганные образования? Липосаркома?). Госпитализирована для дообследования в ФГБУ ЦКБ УДП РФ в декабре 2016 года.

Выполнена пункционная биопсия новообразования (биопсийное исследование № 15895 от 23.12.2016) - два столбика ткани представленных небольшим количеством зрелых липоцитов различного размера и участками фиброзной ткани. Морфологическая картина подозрительна в отношении липосаркомы, однако достоверно высказаться о диагнозе не представляется возможным в связи с малым объемом материала.

Госпитализирована в ФГБУ ЦКБ УДП РФ для планового оперативного лечения. При поступлении: общее состояние относительно удовлетворительное, температура тела 36,6 °С.

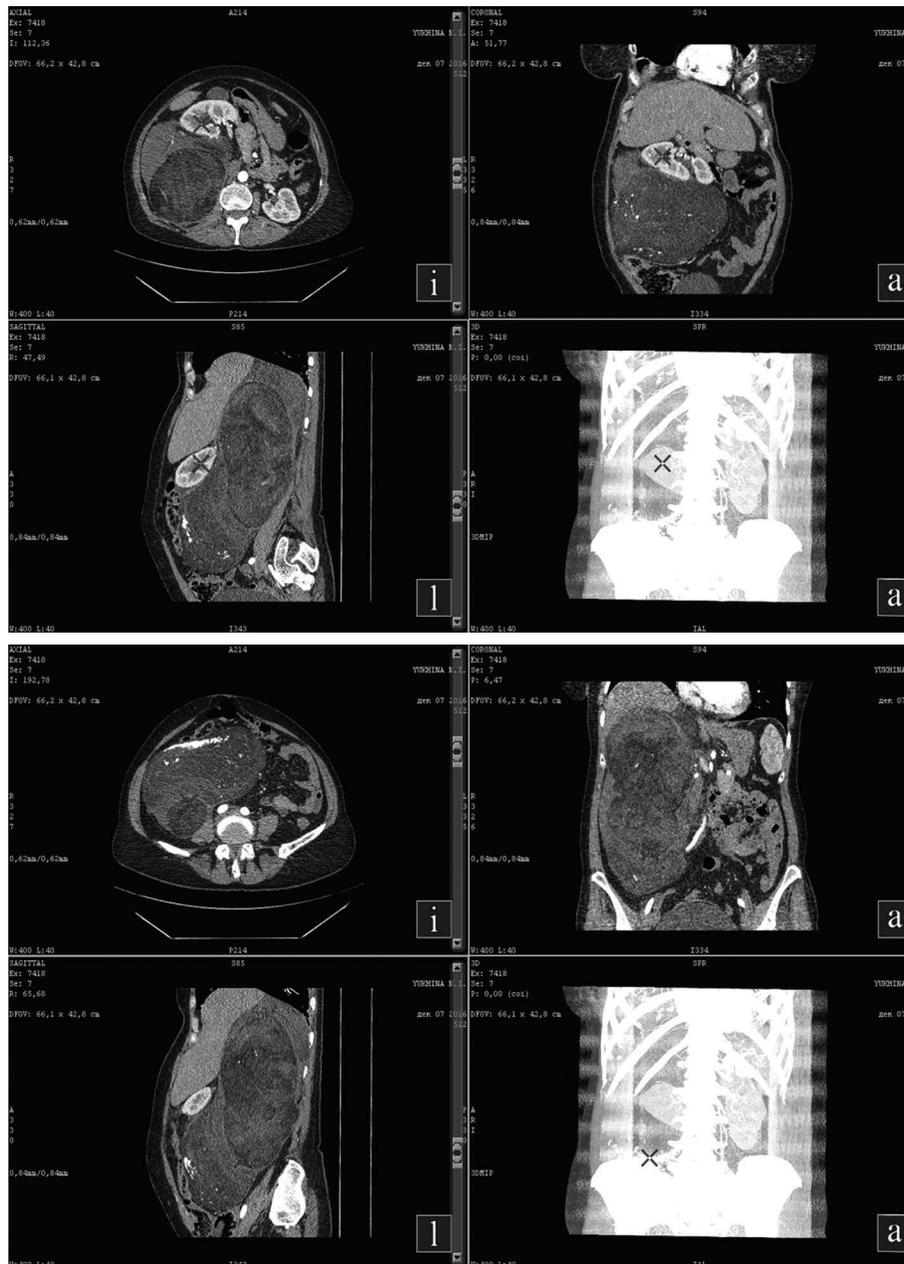


Рис. 6. КТ органов брюшной полости: объемное образование в забрюшинном пространстве, смещающее органы брюшной полости

Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Питание нормальное. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без патологии. Система органов дыхания: дыхание через нос – свободное, число дыханий - 16 в мин. Форма грудной клетки нормостеническая. Перкуторный звук над легочными полями легочный. Аускультативно дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Сердечно-сосудистая система: пульс частота 76 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. А/Д: правая рука - 120 / 80 мм рт. ст; левая рука - 120 / 80 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. Шумы не выслушиваются. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, асимметричен, участвует в акте дыхания. Перистальтика обычной звучности. При пальпации живот мягкий, безболезненный, в правых отделах пальпируется образование больших размеров (от правого подреберья, до входа в малый таз), частично подвижное, безболезненное. Перитониальные симптомы отрицательные. Физиологические отправления в норме. Дизурии нет. Газы отходят.

12.01.17 в плановом порядке выполнена операция: лапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства справа.

Протокол операции

Под наркозом выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости незначительный спаечный процесс в нижних и средних отделах, свободной жидкости нет. Объемных образований на париетальной и висцеральной брюшине нет. Визуально и пальпаторно патологии со стороны печени, желудка, тонкого и толстого кишечника не выявляется. Правее нижней полой вены пальпируется плотное образование 35x15x13см, расположенное забрюшинно – от нижней поверхности печени до входа в малый таз.

Интраоперационный диагноз: Опухоль забрюшинного пространства справа.

Продольным рассечением брюшины правого бокового канала вскрыто забрюшинное пространство. Опухоль в плотной капсуле, без признаков инфильтративного роста. Тупо и остро опухоль выделена от окружающих тканей, при этом, установлено, что имеется интимное прилегание опухоли к правому надпочечнику. Питающие сосуды опухоли взяты на зажимы, пересечены и перевязаны. Произведена частичная резекция правого надпочечника. Опухоль удалена. Гемостаз путём прошивания и перевязки отдельных сосудов и ткани правого надпочечника.

Биопсийное исследование № 185 от 13.01.2017

Макроописание: объемное плотно-эластическое образование в тонкой фиброзной капсуле размерами 35×15×13см, массой 4125 гр, на разрезах представлено дряблой желтой тканью салыного вида, с участками серого цвета, более плотной консистенции.

Микроописание: образование неоднородное по строению, на большем протяжении представлено полями жировой ткани (адипоциты различного размера с очаговой атипией ядер), и



Рис. 7. Ход операции

солидными полями волокнистых структур с очагами миксоматоза и рассеянным небольшим количеством полиморфных гиперхромных клеток с небольшим количеством митозов. Опухоль окружена фиброзной капсулой.

Заключение

Высокодифференцированная липосаркома забрюшинного пространства размерами 35x15x13см, степень злокачественности по трехуровневой системе FNCLCC - G1 (степень дифференцировки -1 балл, 4 митоза на 10 полей зрения - 1 балл, некрозов нет - 0 баллов, 1+1+0=2 балла), Low- grade (низкая степень злокачественности) по двухуровневой системе TNM.

Послеоперационный период протекал гладко.

Получала лечение: режим, диета, Кетонал 2,0 в/м 3 р/д; Омез 20 мг 2 р/д.

Швы сняты на 7 сутки, послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

По решению консилиума – в дополнительном лечении не нуждается. УЗИ брюшной полости через 3 месяца, далее каждые 6 месяцев, контроль КТ органов брюшной полости каждые пол года.

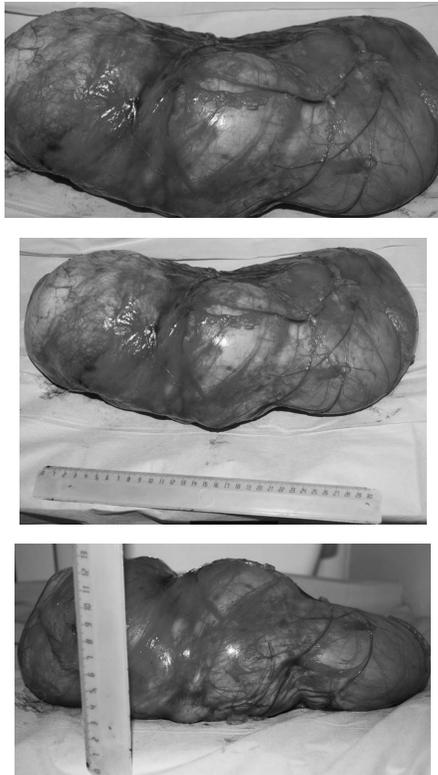


Рис. 8. Внешний вид образования после удаления

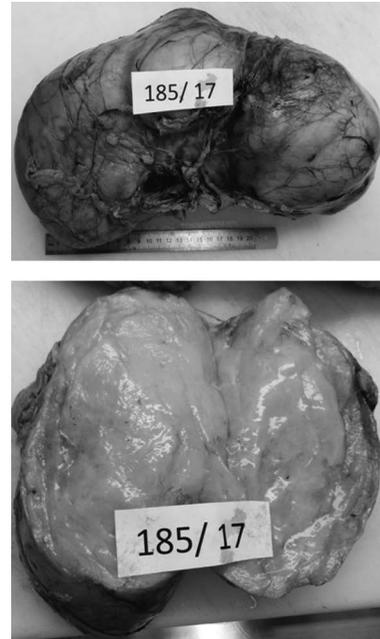


Рис. 9. Вид на разрезе

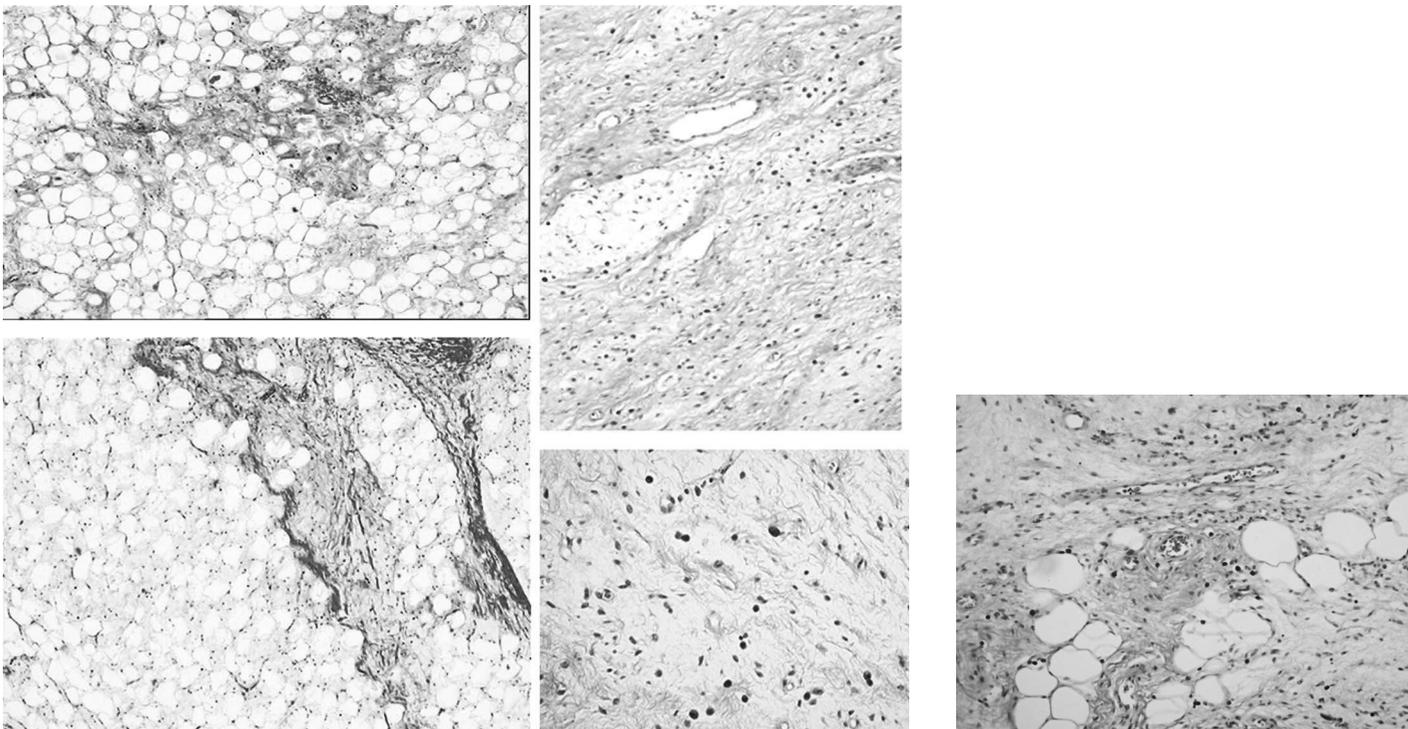


Рис. 10. Микроскопическая картина данного образования:
липомоподобный, склерозирующий и миксоидный компоненты, низкая клеточность и низкая митотическая активность

Заключение

Приводимое клиническое наблюдение показывает относительно редкую форму липосаркомы с забрюшинным расположением и стремительным ростом. Обращает на себя внимание тот факт, что ежегодное прохождение диспансерного

осмотра и выполнение УЗИ органов брюшной полости, не всегда совпадают с началом и прогрессированием заболевания. В данном клиническом случае выполнено оперативное лечение в адекватном объёме и приемлемые сроки от начала заболевания.

A CLINICAL CASE OF LIPOSARCOMA OF RETROPERITONEAL

A.A. MIMOHOD, A.V. BUTENKO, A.A. ZNAMENSKIY, YU.P. GRIBUNOV, O.A. SAPEGINA

Federal State Institution Central Clinical Hospital of President Administration of the Russian Federation, Moscow

Information about the authors:

Mimokhod Arthur Arturovich – doctor-surgeon, Federal state institution Central Clinical hospital of President's Affairs Administration of the Russian Federation

Butenko Aleksey Vladimirovich – Professor, doctor of medical Sciences, Deputy chief doctor (for surgery), Federal state institution Central Clinical hospital of President's Affairs Administration of the Russian Federation

Znamensky, Alexey Alekseevich – head of the 1st surgical Department, Federal state institution Central Clinical hospital of President's Affairs Administration of the Russian Federation

Gribanov Yuri Pavlovich – Professor, doctor of medical Sciences, head of pathology Department, Federal state institution Central Clinical hospital of President's Affairs Administration of the Russian Federation

Sapegina Olga Aleksandrovna – the doctor-the pathologist, Federal state institution Central Clinical hospital of President's Affairs Administration of the Russian Federation

Liposarcoma – a malignant tumor of adipose tissue. Can affect any parts of the body, but often localized in the proximal lower limbs, retroperitoneal tissue, or in the shoulder area. Method of treatment of liposarcoma is surgical.

The relevance of this article is to reveal to the young surgeons about the causes, clinical picture, complications, early diagnosis and treatment of liposarcoma.

Key words: liposarcoma, oncology, retroperitoneal space, surgery.