

БЛИЖАЙШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ КРЕСТЦА

**Ю.Ю. Поляков, В.Е. Олюшин, Д.А. Гуляев,
В.А. Линде, В.Н. Вавилов, М.В. Аношко**

**ФГУ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова,
отделение хирургии опухолей головного и спинного мозга г. Санкт-Петербург**

Поляков Юрий Юрьевич, аспирант, врач-нейрохирург,
191104, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д.12,
тел. 8 (812) 292-98-19,
e-mail: polyakovspb@yandex.ru

Хирургическое лечение опухолей крестца и крестцово-подвздошных сочленений остается одной из сложных и малоизученных проблем в связи с анатомо-топографическими особенностями таза и трудностями ранней диагностики. Приводим редкое клиническое наблюдение гигантоклеточной опухоли крестца. Пациентке Н. 20 лет выполнено хирургическое лечение в нейроонкологическом отделении ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова. Особенностью наблюдения явилось сохранение крестцово-подвздошных суставов, что не требует реконструкции таза, поскольку непрерывность тазового кольца и пути передачи нагрузки веса туловища на нижние конечности не нарушаются.

Ключевые слова: гигантоклеточная опухоль, крестец, таз, стабилизация, крестцово-подвздошный сустав.

IMMEDIATE RESULT OF SURGICAL TREATMENT OF GIANT-CELL TUMOR OF SACRAL BONE

**Y.Y. Polyakov, V.E. Olyushin, D.A. Gulyaev,
V.A. Linde, V.N. Vavilov, M.V. Anoshko**

**Ministry of healthcare of the russian federation russian scientific research institute
of neurosurgery named after prof. A.L. Polenov,
Brain and Spinal Marrow Tumors Ward St.Petersburg**

Surgical treatment of tumors of sacral bone and sacroiliac joints, due to anatomic-topographical specificity of pelvis and difficult early diagnostics, remains one of the complicated and insufficiently-studied problems.

Here is the example of clinical follow-up of giant-cell tumor of sacral bone. Patient N. is 20 y.o., she passed surgery in the neurooncology ward of Federal State Institution RSRIN named after prof. A.L. Polenov. The feature of this follow-up was preservation of sacroiliac articulations, as it does not require pelvis reconstruction, as far as pelvic ring and ways of bodyweight load transfer to lower extremities is not affected.

The key words: giant-cell tumor, sacral bone, pelvis, stabilization, sacroiliac articulation.

Введение

Хирургическое лечение опухолей крестца и крестцово-подвздошных сочленений остается одной из сложных и малоизученных проблем в связи с анатомо-топографическими особенностями таза и трудностями ранней диагностики (Корж А.А. и др. 1985; Кныш И.Т. и др., 1989; Фищенко В.Я., 1998). По данным Н.Н. Трапезникова и др. (1978) удельный вес первичных злокачественных опухолей костей таза составляет от 13,4% до 15,7% всех

злокачественных опухолей костей (А.А. Корж, 1967; D. Dahlin, 1959). Наиболее часто болеют женщины в возрасте от 20 до 40 лет. До последнего времени остается много спорных и нерешенных вопросов относительно выбора оптимального хирургического метода лечения и адъювантной терапии (Кныш И.Т. с соавт., 1989; Зацепин С.Т., 2001; Somville J. et al., 1999.; Cannon S.R. et al., 1998; Kawai A. et al., 1998; Abudu A. et al., 1999). Сохранение крестцово-подвздошных суставов не требует реконструкции таза,

поскольку непрерывность тазового кольца и пути передачи нагрузки веса туловища на нижние конечности не нарушаются (Karakousts C.P., 1996; Turcoifc R.E. et al., 1993). Более сложным является выполнение тотальной или субтотальной сакрэктомии (Pemtce R.M., 1986; Azzareilil A. et al., 1991).

Приводим редкое клиническое наблюдение гигантоклеточной опухоли крестца.

Пациентка Н., 20 лет, правильного телосложения и пониженного питания поступила в нейроонкологическое отделение ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова с жалобами на тянущие боли в промежности и паховых областях, нарушение функции тазовых органов по смешанному типу (недержание мочи, запоры), вторичную аменорею.

Анамнез заболевания составляет около 4 лет. С 16-летнего возраста отмечается болевой синдром в крестцовом отделе позвоночника, через 2 года появились задержки стула. При обследовании (рентгенографии костей таза, пояснично-крестцового отдела позвоночника) патологии выявлено не было. В 2006г. (в возрасте 18 лет) при осмотре гинекологом выявлено объемное образование малого таза. По данным УЗИ в полости малого таза визуализировано образование с неровными контурами, сниженной эхогенности, размерами 90х120х100мм. 30.03.2007 года в больнице №17 СПб в отделении гинекологии произведена биопсия патологического образования малого таза. Гистологическое заключение: гигантоклеточная опухоль. В НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова 01.10.2007 г. проведена повторная операция - частичное удаление патологического новообразования малого таза. С 23.11.06 по 07.12.07г. проведен курс лучевой терапии (СОД 65 Гр. на область опухоли). После лучевой терапии у пациентки прекратились менструации, появились ощущения «приливов».

По данным контрольного УЗИ существенного уменьшения размеров опухоли не выявлено. На контрольных МРТ и СКТ сохраняется больших размеров новообразование пресакральной области (рис. 1а, 1б).

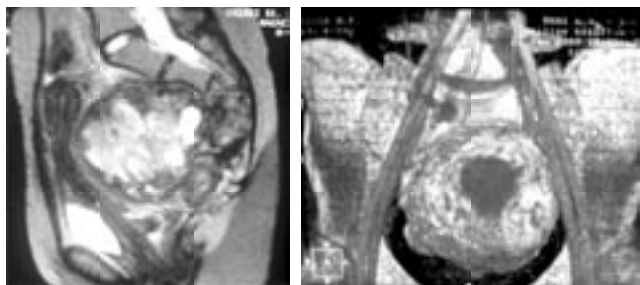


Рис. 1а

Рис. 1б

Рис. 1а. МРТ в T2 режиме, сагиттальный срез: визуализируется гигантская опухоль, исходящая из крестца, распространяющаяся в полость малого таза и компримирующая располагающиеся в нем органы; отмечается сохранение SI-SII позвонков крестца и крестцово-подвздошного сочленения.

Рис. 1б. СКТ – реконструкция: подвздошные сосуды и мочеточники не поражены опухолью

Клиническая картина заболевания представлена локальным болевым синдромом, синдромом поражения нижних корешков конского хвоста, более выраженным слева (положительные симптомы натяжения; болезненность при пальпации парасакральных точек; гипотония ягодичных мышц; вегетативные нарушения в ногах в виде зябкости стоп, пастозности голеней; корешковые боли, усиливающиеся в положении лежа), нижним рефлекторным парапарезом (высокие сухожильные рефлексы; клonus коленных чашечек и стоп), тазовыми расстройствами в виде задержек стула до 2–3 дней, вторичной аменореей.

13.02.2009 года выполнена операция – тотальное удаление опухоли путем блоковой резекции из комбинированного переднезаднего доступа: срединная лапаротомия с мобилизацией опухоли от органов малого таза; вазотомия внутренних подвздошных вен и артерий с двух сторон; резекция крестца на уровне S3-S5 с сохранением подвздошно-крестцового сочленения из задне-срединного доступа. Результат оперативного вмешательства представлен на рисунках 2а, 2б, 2в.



Рис. 2а

Рис. 2б

Рис. 2в

Рис. 2а. СКТ реконструкция: отмечается сохранение подвздошно-крестцового сочленения после резекции копчика и блок-резекции крестца на уровне S3-S5. Рис. 2б. СКТ реконструкция в 3/4: отмечается сохранение подвздошно-крестцового сочленения после резекции копчика и блок-резекции крестца на уровне S3-S5. Рис. 2в. СКТ в режиме T1 сагиттальный срез: радикальное удаление патологического образования с сохранением SI-SII позвонков крестца

В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: нарушение функции тазовых органов по типу задержки (разрешилось на 8 сутки); заживление послеоперационной раны в области крестца вторичным натяжением.

Результаты и обсуждение

Опухоли, поражающие крестец и кости таза, такие как хондросаркома, хордома, гигантоклеточная опухоль имеют низкую склонность к метастазированию и, как правило, не чувствительны к лучевой и химиотерапии, поэтому основным методом лечения такого рода новообразований является хирургический. В настоящее время большинство авторов считают, что радикальная резекция крестца при первичных опухолях является единственным

эффективным методом лечения [2,3,6,7,8,10]. Удаление патологического образования выполняется в большинстве случаев из комбинированного доступа. Необходимо принимать во внимание, что при поражении опухолью средних и нижних отделов крестца при сохранении крестцово-подвздошного сочленения стабилизация не требуется [2,5]. При выполнении блок-резекции крестца необходимо привлечение специалистов нескольких областей: нейрохирургов, общих хирургов, ортопедов, сосудистых хирургов, гинекологов, пластических хирургов. Сохранение невральных структур в области крестца позволяет сохранить функцию мочевого пузыря, прямой кишки, сексуальную и репродуктивную функции [4]. Для пластики выполняется иммобилизация ягодичной мышцы или кожно-мышечного лоскута в области прямой мышцы живота [2]. На этапе выделения и резекции копчика имеется большая вероятность повреждения прямой кишки, так как задний отдел ее интимно прилежит к копчику и нижнему отделу крестца. Если стенка прямой кишки прорасщена опухолевой массой, то при необходимости выполняется избирательная колостомия. Перфорация стенки прямой кишки является грозным послеоперационным осложнением такого рода хирургии и обусловлена грубыми манипуляциями при удалении костного блока. В нашем наблюдении осуществлялся контроль состояния и целостность органов малого таза мануальным и ультразвуковым исследованиями, и только после этого проводилось ушивание лапаротомной раны. Чрезвычайно опасным интраоперационным осложнением является острая потеря крови в больших объемах [15,16,17,18]. С целью профилактики неконтролируемого кровотечения нами выполнялся этапный гемостаз – вазотомия подвздошных вен и артерий, тампонада стерильным воском при пропилировании костных структур. Таким образом, радикальное хирургическое удаление первичных опухолей крестца является одним из важнейших факторов, влияющих на выживаемость больных и улучшение их качества жизни. Блоковая резекция крестца, использованная в данном случае, является методом выбора, а в ряде случаев единственно возможным способом лечения таких больных, ведущим к значительному снижению смертности. Однако нетривиальные хирургические технологии требуют совместной работы профессионалов высокого уровня, что, к сожалению, составляет существенную проблему для многих онкологических стационаров.

Список литературы

1. Allen BL Jr., Ferguson R.L. The Galveston technique for L rod instrumentation of the scoliotic spine. // Spine. - 1982. - №7. - P. 276-284.

2. Blatter G., Ward E.G.H., Ruflin G. et al. The problem of stabilization after sacrectomy // Arch Orthop Trauma Surg. - 1994. - Vol. 114. - P. 4042

3. Edwards C.C. Spinal reconstruction in tumor management, in Uthoff HK (ed) Current Concepts of Diagnosis and Treatment of Bone and Soft Tissue Tumors. - Berlin: Springer-Verlag, 1984. - P. 329-349.

4. Fujimura Y., Maruiwa H., Takahata T. et al. Neurological evaluation after radical resection of sacral neoplasms. - Paraplegia, 1994. - P. 396-440.

5. Gunterberg B., Romanus B., Stener B. Pelvic strength after major amputation of the sacrum // An experimental study Acta Orthop Scand. - 1976. - Vol. 47. - P. 635-642.

6. Michel A. Total sacrectomy and lower spine resection for giant cell tumor: one case report // Chir Organi Mov. - 1990. - Vol. 75. - №1. - P. 117-118.

7. Santi M.D., Mitsunaga M.M., Lockett J.L. Total sacrectomy for a giant sacral schwannoma // A case report Clin Orthop. - 1993. - Vol. 284. - P. 285-289.

8. Shikata J., Yamamuro T., Kotoura Y. et al Total sacrectomy and reconstruction for primary tumors // J Bone Joint Surg (Am). - 1988. - Vol. 70. - P. 122-125.

9. Thomson J., Doty J.R. Sacral biomechanics and reconstruction. - New York: Thieme Medical Publishers, 1994. - P. 253-256.

10. Tomita K., Tsuchiya H. Total sacrectomy and reconstruction for huge sacral tumors // Spine. - 1990. - Vol. 15. - P. 1223-1227.

11. Alper M., Bilkay U., Keeci Y. et al. Transsacral usage of a pure island TRAM flap for a large sacral defect: a case report // Ann Plastic Surg. - 2000. - Vol. 44. - P. 417-421.

12. Gunterberg B., Kewenter J., Petersen I. et al. Anorectal function after major resections of the sacrum with bilateral or unilateral sacrifice of sacral nerves // Br J Surg. - 1976. - Vol. 63. - P. 546-554.

13. Gunterberg B., Norlen L., Stener B. et al Neurologic evaluation after resection of the sacrum // Invest Urol. - 1975. - Vol. 13. - P. 183-188.

14. Localio S.A., Eng K., Ranson J.H. Abdominosacral approach for retrorectal tumors // Ann Surg. - 1980. - Vol. 191. - P. 555-560.

15. Dahlin D.C., Cupps R.E., Johnson E.W.Jr. Giant-cell tumor: a study of 195 cases // Cancer. - 1970. - Vol. 25. - P. 1061-1070.

16. Tomita K., Tsuchiya H. Total sacrectomy and reconstruction for huge sacral tumors // Spine. - 1990. - Vol. 15. - P. 1223-1227.

17. O'Donnell R.J., Springfield D.S., Motwani H.K. et al. Recurrence of giant-cell tumors of the long bones after curettage and packing with cement // J Bone Joint Surg Am. - 1994. - Vol. 76. - P. 1827-1833.

18. Persson B.M., Wouters H.W. Curettage and acrylic cementation in surgery of giant cell tumors of bone // Clin Orthop. - 1976. - Vol. 120. - P. 125-133.