

Хондросаркома лонной кости с прорастанием в мочевой пузырь (случай из практики)

В.А. Агдуйев^{1,2}, Х.М. Мамедов¹, Д.С. Ледяев¹, З.В. Амоев¹, Л.В. Шкалова², О.Ю. Барулина²

¹Нижегородская ГМА;

²ФГУ Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России, Нижний Новгород

Контакты: Вагиф Ахмедович Агдуйев atduev@mail.ru

Представлено клиническое наблюдение хондросаркомы лонной кости, прорастающей в мочевой пузырь. Проведена радикальная цистэктомия с резекцией лонного сочленения и части левой седалищной кости.

Ключевые слова: хондросаркома, мочевой пузырь, радикальная цистэктомия

Pubic chondrosarcoma invading the bladder (a clinical note)

V.A. Atduyev^{1,2}, Kh.M. Mamedov¹, D.S. Ledyayev¹, Z.V. Amoyev¹, L.V. Shkalova², O.Yu. Barulina²

¹Nizhny Novgorod State Medical Academy;

²Volga District Medical Center, Federal Biomedical Agency of Russia, Nizhny Novgorod

The paper describes a clinical case of pubic chondrosarcoma invading the bladder. Radical cystectomy has been performed with resection of the pubic symphysis and a part of the left ischium.

Key words: chondrosarcoma, bladder, radical cystectomy

Хондросаркома — наиболее часто встречаемая форма опухолей костей тазового кольца.

Первичные хондросаркомы возникают в интактных костях, вторичные развиваются из хондром, хрящевой ткани остеохондром, а также из костно-хрящевых экзостозов или из участков поражения при дисхондроплазии.

Вторичные хондросаркомы чаще всего развиваются у лиц старше 40 лет. Мужчины болеют в 2 раза чаще.

К факторам, способствующим малигнизации, в первую очередь следует отнести неадекватное лечение, в частности проведение экономной резекции при хондроме кости или неполное удаление костно-хрящевого экзостоза [1–3].

На наш взгляд, представляет интерес успешное лечение вторичной хондросаркомы лонного сочленения (тип III по W.F. Enneking, 1978) с прорастанием в мочевой пузырь (МП).

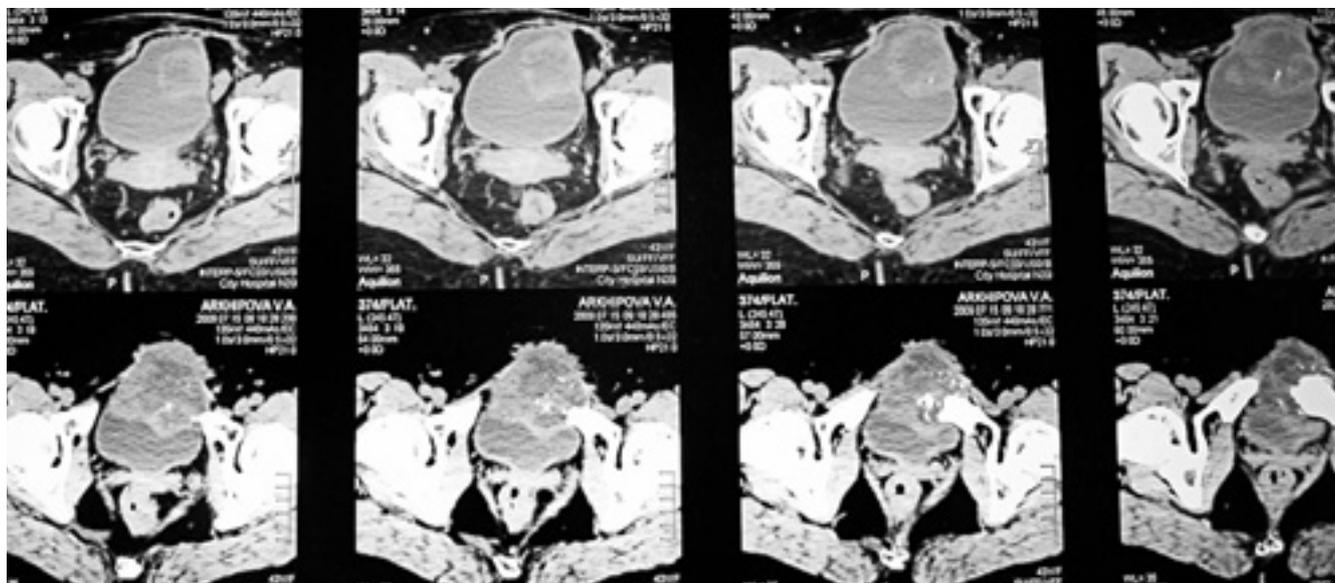


Рис. 1. КТ: объемное образование в области передней стенки МП размерами 65 × 82 мм с неровными бугристыми контурами



Рис. 2. Проведена резекция всего лонного сочленения с частью левой седалищной кости, выделена уретра на всем протяжении

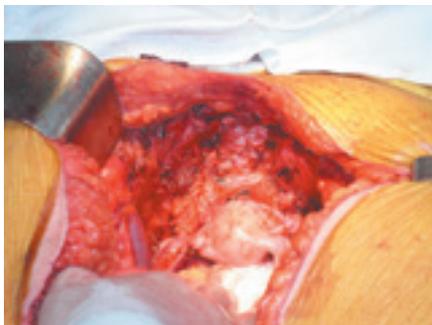


Рис. 3. Вид операционной раны после удаления комплекса



Рис. 4. Макропрепарат: распадающаяся опухоль МП размером 7 см в диаметре, тазовые лимфатические узлы

Больная А., 43 лет, история болезни № 4523, госпитализирована в урологическую клинику Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России 03.09.2009 с жалобами на частое болезненное мочеиспускание, боли над лонном. В анамнезе: в 2004 г. по поводу хондромы левой лонной кости выполнена резекция лонной кости. При обследовании больной по данным компьютерной томографии (КТ) в области передней стенки МП выявлено объемное образование размерами 65 × 82 мм с неровными бугристыми контурами (рис. 1).

При цистоскопии установлено наличие опухоли передней и левой боковой стенки МП с изъязвлением, проведена трансуретральная биопсия МП. Гистологическое исследование биоптата установило наличие хондросаркомы II степени злокачественности с прорастанием

в стенку МП. Из сопутствующих патологий у больной следует отметить артериальную гипертонию II степени, стадии II, риск III степени и ожирение II степени. 14 сентября 2009 г. больная прооперирована. При ревизии установлено наличие плотной опухоли, исходящей из левой лонной кости, прорастающей на всем протяжении сквозь переднюю стенку МП. Выполнена внутритазовая лимфаденэктомия. Учитывая локализацию опухоли и молодой возраст пациентки, МП мобилизовали с сохранением матки и влагалища. Проведена резекция всего лонного сочленения с частью левой седалищной кости, выделена уретра на всем протяжении (рис. 2) и комплекс удален en bloc (рис. 3).

При обсуждении до операции вопроса о методе деривации мочи пациентка отдала предпочтение сигморек-

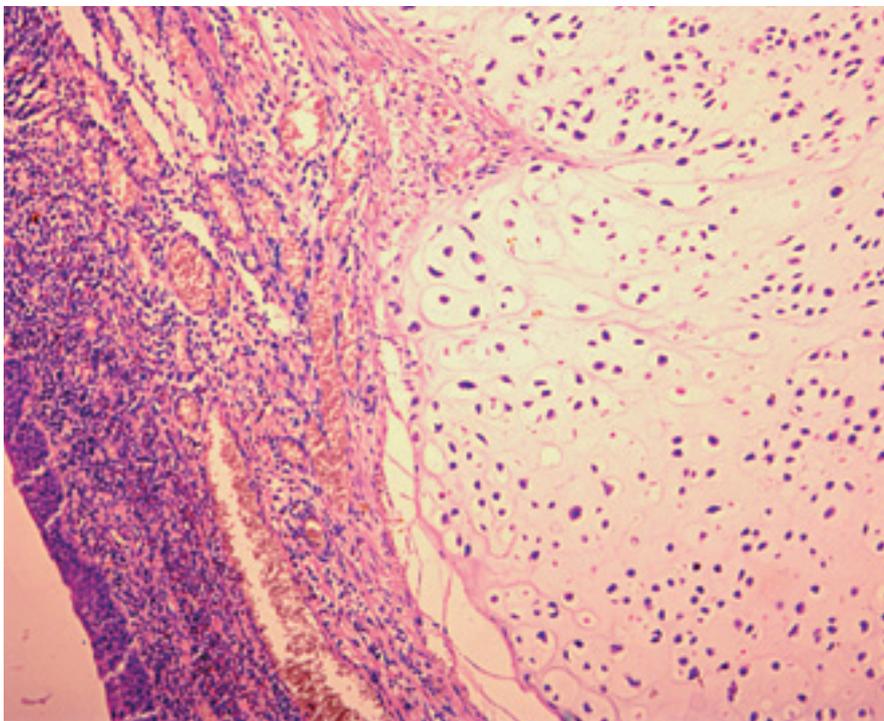


Рис. 5. Стенка МП с инфильтративным ростом хондросаркомы. Окраска гематоксилином и эозином. × 100



Рис. 6. Рентгенограмма костей таза: лонное сочленение и часть левой седалищной кости резецированы



Рис. 7. Магнитно-резонансная урография: визуализируются нерасширенные ЧЛС почек и мочеточники, в малом тазу определяется мочевой резервуар

тальному резервуару. Нами был сформирован сигморектальный резервуар по Mainz-Rouich II. Для резекций переднего полукольца характерно отсутствие необходимости реконструкции тазового кольца, несмотря на нарушение его прерывности. Другая особенность данного вида резекций заключается в вероятности образования послеоперационных грыж. Для профилактики данного осложнения мы укрепили переднюю брюшную стенку, используя сетку. Исследование макропрепарата показало: опухоль каменной плотности размерами 7 × 8 × 7 см, прорастающая сквозь переднюю стенку МП (рис. 4).

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана передней брюшной стенки зажила с первичным натяжением. Гистологическое заключение: в препаратах имеются фрагменты стенки МП с наличием хондросаркомы (рис. 5) и фрагменты костной ткани обычного строения с участками прилегания хондросаркомы, отделенной от кости фиброзной прослойкой, без инвазивного роста в кость, в лимфатических узлах метастазов не выявлено. На 22-е сутки после операции больная была выписана с последующим амбулаторным лечением. Рекомендовано: ношение корсета, прием уросептиков и слабощелочных растворов, каждые 3 мес контроль кислотно-щелочного состояния (КЩС) мочи, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Через 12 мес

после операции повторно госпитализирована в урологическую клинику. Состояние больной удовлетворительное, предъявляет жалобы на боли в ягодичных областях и в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, возникающие после длительной ходьбы. Спиральная КТ и рентгенография костей малого таза рецидива опухоли не выявили (рис. 6). При УЗИ патологии органов брюшной полости и почек не обнаружено, чашечно-лоханочные системы (ЧЛС) почек не расширены. По данным магнитно-резонансной урографии уродинамика верхних мочевых путей удовлетворительная, визуализируются ЧЛС почек, мочеточники и мочевой резервуар (рис. 7). В анализах крови выявлены лишь незначительные отклонения уровня электролитов и кислотно-щелочного баланса, характерные для гиперхлоремического ацидоза. Эти отклонения были скорректированы медикаментозно. Пациентка была выписана. Рекомендованы ношение корсета, регулярный прием слабощелочных растворов, каждые 3 мес анализ крови на электролиты и контроль КЩС мочи.

Заключение. Представлено клиническое наблюдение хондросаркомы лонной кости, прорастающей в МП. Произведена радикальная цистэктомия с резекцией лонного сочленения и частью левой седалищной кости с хорошим отдаленным результатом.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алиев М.Д., Тепляков В.В., Мусаев Э.Р. и др. Операции при опухолях опорно-двигательного аппарата. Атлас онкологических операций. Под ред. В.И. Чиссова. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008; с. 584–5.
2. Dorfman H.D., Czerniak B. Malignant cartilage tumors. In: Bone tumors. St. Louis: Mosby, 1998:353–440.
3. Springfield D.S., Gebhardt M.C., McGuire M.H. Chondrosarcoma: a Review. J Bone J Surg 1996;78A:141–9.