

© ГАВРИЛЮК Д.В., ДЫХНО Ю.А.

УДК 616-006.328

СЛУЧАЙ МЕНИНГИОМЫ В ПРАКТИКЕ ОНКОЛОГА

Д.В. Гаврилюк, Ю.А. Дыхно

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом последипломного образования, зав. – д.м.н., проф.

Ю.А. Дыхно; Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И.

Крыжановского, гл. врач – к.м.н. А.А. Модестов.

***Резюме.** Представлен редкий случай клинико-морфологической дифференциальной диагностики менингиомы в практической деятельности онколога.*

***Ключевые слова:** менингиома, дифференциальная диагностика.*

Гаврилюк Дмитрий Владимирович – к.м.н., доц. каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; тел. 8(391)2242415.

Дыхно Юрий Александрович – д.м.н., проф., зав. каф. клинической онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail:dya@Krasmail.ru.

Менингиома — медленно растущая внемозговая, в большинстве случаев, доброкачественная опухоль, исходящая из твёрдой, реже мягкой оболочки головного или спинного мозга, и как казуистика – из сосудистого сплетения желудочков мозга, эктопической ткани костей черепа, позвоночника и нервных корешков [7].

Менингиомы составляют около 28% от общего количества первичных опухолей головного мозга. Заболеваемость – 2-3 человека на 100000 населения. Чаще менингиомы встречаются у женщин, соотношение мужчин и женщин

варьирует от 1:1,4 до 1:2,8. Пик заболеваемости отмечают в возрасте 50–59 лет. В возрасте 70–79 лет заболеваемость менингиомами достигает 8 человек на 100 тыс. населения. На аутопсии у лиц пожилого возраста, умерших от других причин, выявляется высокая доля бессимптомных менингиом – 2,3 % [1,2,3].

Клиническая картина менингиомы головного мозга зависит от локализации опухоли и характеризуется длительным медленным нарастанием симптомов. В ранней догоспитальной топической диагностике менингиом теменной доли ведущим признаком являются головные боли в сочетании с повышением артериального давления, парциальными судорожными припадками, вегетативной дисфункцией и асимметрией, динамическим парезом и субъективными расстройствами чувствительности [4].

Гетеротопированные во время эмбриогенеза нейроэктодермальные клетки, могут стать источником первичной менингиомы кожи. Экстракраниальная менингиома (около 1% всех менингиом) расценивается как редкая истинная опухоль с доброкачественным течением. Описаны единичные случаи локализации в коже и мягких тканях головы и лба. Несмотря на редкость, нервные гетеротопии и ассоциированные с ними опухоли представляют широкий нозологический ряд. Недостаточное знание клинимоρφологических проявлений может привести к диагностическим ошибкам с далеко идущими отрицательными клиническими последствиями [5,6].

Больной М., 74 лет, обратился в поликлинику №1 Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского 28.05.2009 г. с жалобами на быстрый рост опухоли теменной области головы справа. Болен в течение двух месяцев. Три года назад закрытая травма головы – удар об тупой предмет. Врачом-онкологом произведена диагностическая пункция опухоли. Результат цитологического исследования (№4401, 29.05. 2009 г.): комплексы клеток с выраженным полиморфизмом, что весьма подозрительно в отношении опухоли. Рекомендована инцизионная биопсия. На рентгенограммах костей черепа (01.06. 2009 г.) в теменной области справа выявлен дефект кости размерами 3,0*5,0 см с размытым контуром и 2

дополнительных дефекта диаметром 1,0 см и 1,5 см. Повторная пункция новообразования в поликлинике №1 выполнена 30.05. 2009 г. Результат цитологического исследования (№9981): комплексы клеток злокачественной опухоли, наиболее вероятно железистый рак.

При дополнительном обследовании больного: уровень общего PSA=1,66 нг/мл (05.06. 2009 г.). Фиброгастроскопия (17.06. 2009 г.): гипертрофический гастрит в стадии умеренного воспаления. Обзорная рентгенография органов грудной клетки (09.07. 2009 г.): сердце и легкие без патологии. УЗИ органов брюшной полости и малого таза (10.07. 2009 г.): очаговой патологии в брюшной полости и забрюшинном пространстве не выявлено, мочевого пузыря без особенностей, объем предстательной железы 170 мл, контуры неровные, нечеткие, структура пониженной эхогенности – доброкачественная гиперплазия предстательной железы, susp. tumor. Аспирационная биопсия предстательной железы (№42177-88): фиброзно-мышечная ткань. Сцинтиграфия скелета (29.07. 2009 г.): очаги гиперфиксации радиофармпрепарата – кости черепа справа, передняя поверхность X ребра справа.

Очередной диспансерный осмотр онкоуролога (09.09.2009 г.) – рекомендована повторная биопсия предстательной железы.

С 30.09. 2009 г. больной на прием не являлся. Биопсия предстательной железы (№56244-49 от 30.11. 2009 г.): железисто-стромальная гиперплазия – аденома предстательной железы.

Пациент направлен в хирургическое отделение опухолей головы и шеи Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского для верификации опухолевого процесса на голове. Диагноз при поступлении: подозрение на метастазы в кости черепа и ребра без первично выявленного очага.

Status localis: асимметрия контуров головы за счет опухоли размерами 4,0*6,0 см в правой теменной области экзофитной формы роста, плотноэластической консистенции. Опухоль неподвижная, кожа над опухолью не изменена. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия

напряжения II функциональный класс, желудочковая экстрасистолия, гипертоническая болезнь III ст. риск IV (консультация кардиолога от 15.12.2009 г.).

16.12. 2009 г. под местной анестезией Sol. Novocaini 0,5% – 30 мл выполнена инцизионная биопсия: после рассечения кожи, подкожной жировой клетчатки в дне раны определяется капсула из соединительной ткани, последняя рассечена. Визуализирована плотноэластическая опухоль, макроскопически напоминающая мышечную ткань. Произведена инцизионная биопсия. Послеоперационный период протекал благоприятно, заживление первичным натяжением. Результат гистологического исследования опухоли (№60546-48): среди фиброзной ткани разрастание опухоли, имеющей строение менинготелиоматозной менингиомы.

22.12. 2009 г. пациент осмотрен неврологом, очаговых неврологических симптомов не выявлено. Компьютерная томография головного мозга (от 31.12.2009 г.): в средних отделах правой теменной кости имеется участок деструкции с мягкотканым компонентом размерами 3,0*5,0*4,0 см, распространяющийся в мягкие ткани головы и правую теменную долю головного мозга, срединные структуры не изменены, расширены во всех отделах. Диагноз: менингиома правой теменной области с экстрацеребральным компонентом.

Больной выписан из стационара 12.01. 2009 г. в удовлетворительном состоянии для дальнейшего наблюдения нейрохирургом и урологом. Дальнейшая судьба больного неизвестна.

Целью настоящего сообщения является редкость наблюдения менингиомы в костях черепа, трудность клинической и морфологической дифференциальной диагностики.

Описанный клинический случай интересен сложной дифференциальной диагностикой опухоли головного мозга с экстрацеребральным компонентом в коже и мягких тканях головы.

MENINGIOMA CASE IN ONCOLOGICAL PRACTICE

D.V. Gavrilyuk, Y.A. Dykhno

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Krasnoyarsk regional clinical oncology center named in honour of A.I.

Kryzhanovskij

Abstract. The paper presents a rare case of clinical and morphological differential diagnostics of meningioma in oncological practice.

Key words: meningioma, differential diagnostics.

Литература

1. Горенштейн А.Е. Эпидемиологические аспекты первичных опухолей головного мозга и вопросы организации нейроонкологической помощи в Калининградской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2009. – 23 с.
2. Козлов А.В. Биология менингиом: современное состояние проблемы // Вопр. нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2001. – №1. – С. 32-38.
3. Можейко Р.А. Клиническая эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2005. - 23 с.
4. Шебзухова Л.М. Оптимизация системы неврологической диагностики опухолей полушарий головного мозга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2008. – 43 с.
5. Шелехова К.В., Казаков Д.В., Михал М. Морфология и дифференциальная диагностика менингеальных гетеротопий и эктопических менингиом // Архив патологии. – 2009. – №3. – С. 56-58.
6. Шелехова К.В., Казаков Д.В., Михал М. Нервные гетеротопии и связанные с ними опухоли: вопросы классификации и гистогенеза // Архив патологии. – 2009. – №3. – С. 52-55.

7. <http://www.medeffect.ru/abc/m/meningioma.shtml>