

Али Мурадович Мудунов¹

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ С ПОРАЖЕНИЕМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

¹ К. м. н., старший научный сотрудник, отделение опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отделение опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей, Мудунов Али Мурадович; e-mail: ali.mudunov@inbox.ru

Рецидивные опухоли в области головы и шеи представляют собой распространенные опухолевые процессы с комбинированным поражением структур основания черепа. В исследование включен 41 пациент с различными рецидивными опухолями в области головы с поражением основания черепа. Среди них 4 (9,8%) доброкачественных и 37 (90,2%) злокачественных опухолей. В лечении злокачественных опухолей использовали лучевую терапию в самостоятельном варианте в 2 (5,4%) случаях, хирургические вмешательства — в 34 (91,9%), из них комбинированное лечение (лучевая + операция) — в 7 (18,9%). Для удаления опухолей использовали различные варианты доступов к основанию черепа в комбинации с реконструктивно-пластическими этапами. В 23 (56,1%) случаях зарегистрировано дальнейшее прогрессирование процесса в виде реализации повторных рецидивов с летальными исходами: чаще всего у пациентов с рецидивными формами сарком (92,3%), реже при различных формах рака придаточных пазух (41,7%). У 26,8% пациентов безрецидивное течение отмечено в сроки от 2 до 6 лет. Сделан вывод, что основное влияние на прогрессирование заболевания после лечения у больных с первичными рецидивами и поражением основания черепа оказывает морфологический вариант опухоли. Самой неблагоприятной группой являются пациенты с первичными рецидивами сарком. У пациентов этой группы повторная операция позволяет добиться выздоровления в каждом четвертом случае.

Ключевые слова: основание черепа, рецидивные опухоли, комбинированные вмешательства, реконструкция дефектов, отдаленные результаты.

Рецидивные опухоли в области головы и шеи, как правило, представляют собой распространенные опухолевые процессы с комбинированным поражением структур лицевого скелета и центральных отделов черепа. В большинстве случаев эти опухоли подвергались ранее радикальным хирургическим вмешательствам или неадекватной лучевой терапии. Некоторые пациенты из этой группы сохраняют шансы на выполнение радикального хирургического лечения даже при поражении структур основания черепа несмотря на предшествующее лечение. Следует отметить, что в тех случаях, когда рецидивные опухоли реализуются спустя короткое время после лучевой терапии радикальными дозами (более 60 Гр), выполнение хирургического вмешательства сопряжено с неоправданно высоким риском развития смертельно опасных осложнений в послеоперационном периоде [1]. В связи с этим необходимо четкое планирование лечебной тактики у пациентов этой сложной группы [2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включен 41 пациент с различными рецидивными опухолями в области головы и шеи, которые сопровождалось поражением основания черепа. Пациенты, включенные в исследование, находились на лечении в нашей клинике с 1992 по 2008 г. Среди них у 4 (9,8%) были доброкачественные и у 37 (90,2%) злокачественные опухоли. Основные морфологические варианты среди доброкачественных опухолей: плеоморфная аденома слюнной железы — 2, амелобластома нижней челюсти — 1, краниальный фасциит — 1; среди злокачественных: плоскоклеточный рак и аденокарцинома придаточных пазух и полости носа — 12, аденокарцинома клеток решетчатого лабиринта — 1, синоназальная меланома — 1, распространенные рецидивы базальноклеточного рака кожи лица с поражением основания черепа — 7, мягкотканые саркомы (злокачественная фиброзная гистиоцитома, рабдомиосаркома, злокачественная шваннома, синовиальная саркома) — 8, костные саркомы (остеосаркома, хондросаркома) — 5.

Основными локализациями первичного процесса являлись придаточные пазухи полости носа — 13 (31,7%), распространенные костные опухоли черепа — 8 (19,5%), рецидивные опухоли кожи головы и лица — 9 (22%), распространенные опухоли мягких тканей черепа — 3 (7,3%), подвисочная ямка — 7 (17,1%).

Доброкачественные опухоли подвергались удалению. При лечении злокачественных опухолей использовали лучевую терапию в самостоятельном варианте — 2 (5,4%), хирургические вмешательства в 34 (91,9%) случаях, из них комбинированное лечение (лучевая + операция) в 7 (18,9%), в основном при эпителиальных злокачественных опухолях (рак слизистой оболочки околоносовых пазух; в одном случае применена паллиативная химиотерапия. Основными видами хирургических вмешательств являлись трансфациальные субкраниальные резекции структур наружного основания черепа в различном объеме (от боковой ринотомии с резекцией решетчатой пластинки до комбинированной резекции половины лицевого скелета и экзентерации тканей подвисочной ямки) — 23 (67,6%); краниофациальные резекции в 2 (5,9%) случаях; различные варианты боковых доступов (субтемпоральный, трансмандибулярный, трансцервикальный) — 7 (20,6%); задний субокципитальный доступ в 2 (5,9%) случаях. Выполнение расширенных комбинированных резекций структур краниофациальной зоны ведет к образованию обширных дефектов в указанной области, которые сами могут являться источником развития выраженных осложнений в послеоперационном периоде. В связи с этим подобные вмешательства часто обуславливают необходимость выполнения реконструктивно-пластических операций [3; 4].

В нашем исследовании пластическое восстановление дефектов в области основания черепа было выполнено 12 (35,3%) пациентам, из них у 5 в качестве пластического материала использовали перикраниальный надкостничный лоскут и височную мышцу, у 3 — перемещенные лоскуты с включением большой грудной мышцы, еще у 3 — лоскуты с включением широчайшей мышцы спины и у одного — лоскут с включением трапецевидной мышцы. При этом в 6 случаях выполняли пластику дефектов твердой мозговой оболочки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 23 (56,1%) больных зарегистрировано дальнейшее прогрессирование процесса в виде реализации повторных рецидивов с летальными исходами, у одного из них — отдаленные метастазы в легких. В 82,6% случаев из

указанных 23 повторные рецидивы реализовались в сроки до 1 года. Анализ причин летальных исходов продемонстрировал следующие результаты. Чаще всего повторные рецидивы возникали у пациентов с рецидивными формами сарком (92,3%), причем во всех случаях выполнялись хирургические вмешательства. Значительно реже повторные рецидивы, приводящие к летальным исходам, развивались у пациентов с плоскоклеточным и аденокистозным раком придаточных пазух носа (41,7%). Наиболее благоприятную группу составили пациенты с рецидивами базальноклеточного рака кожи лица, при которых всего лишь в одном (14,3%) случае повторный рецидив привел к прогрессированию заболевания с летальным исходом. Во всех указанных случаях основным методом лечения являлся хирургический, при этом радикальные вмешательства были выполнены в 77% случаев.

В настоящее время 7 (17,1%) пациентов живы с повторным рецидивом заболевания более 4 лет, из них в одном случае с отдаленным метастазом аденокистозного рака в легких. У остальных 11 (26,8%) больных не было отмечено прогрессирования заболевания при длительности наблюдения от 2 до 6 лет. Радикальные вмешательства были выполнены в 94% случаев.

ВЫВОДЫ

Основное влияние на прогрессирование заболевания после лечения у больных с первичными рецидивами и поражением основания черепа оказывает морфологический вариант опухоли. Самой неблагоприятной группой являются пациенты с первичными рецидивами сарком независимо от их гистологической принадлежности. Расширенно-комбинированные хирургические вмешательства являются методом выбора при лечении рецидивных опухолей в области основания черепа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Microvascular Reconstruction of the Skull Base: A Clinical Approach to Surgical Defect Classification and Flap Selection / Pusic A. L., Chen C. M., Patel S., Cordeiro P. G., Shah J. P. // Skull Base. — 2007. — N 17. — P. 5—16.
2. Liu J. K., Niazi Z., Couldwell W. T. Reconstruction of the skull base after tumor resection: an overview of methods // Neurosurg. Focus. — 2002. — Vol. 5, N 12. — P. 1—5.
3. Reconstruction of Lateral Skull Base Defects after Tumor Ablation / Thurnher D., Novak C. B., Neligan P. C., Gullane P. J. // Skull Base. — 2007. — N 17. — P. 79—88.
4. Day T. A., Davis B. K. Skull base reconstruction and rehabilitation // Otolaryngol. Clin. North. Am. — 2001. — N 34. — P. 1241—1257.

Поступила 12.11.2010

Ali Muradovich Mudunov

TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH RECURRENT HEAD AND NECK TUMORS INVOLVING SKULL BASE

*MD, PhD, Senior Researcher, Upper Respiratory and Digestive Tumor Department,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115448, Russian Federation)*

Address for Correspondence: Mudunov Ali Muradovich, Upper Respiratory and Digestive Tumor
Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS,
24, Kashirskoye sh., Moscow, 115448, Russian Federation; e-mail: ali.mudunov@inbox.ru

Recurrent head and neck tumors are advanced neoplastic diseases with combined involvement of the skull base. A total of 41 patients with various recurrent tumors of the head and neck and skull base involvement were enrolled in this study, including 4 (9.8%) cases with benign and 37 (90.2%) cases with malignant tumors. Treatment for malignant tumors included radiotherapy alone in 2 (5.4%) and surgery in 34 (91.9%) cases including 7 (18.9%) cases receiving surgery in combination with radiation. Tumor removal was made using a variety of approaches to the skull base and reconstruction. Disease progression as second fatal recurrence was reported in 23 (56.1%) patients including mainly (92.3%) recurrent sarcoma cases and rarer patients with various cancers of the sinus (41.7%). 26.8% of patients were alive and disease free for 2 to 6 years. Tumor morphology was found the most important factor of disease progression following treatment in patients with first recurrence involving the skull base. Patients with first recurrence of sarcoma are at the highest risk. In this patient category second surgery is curative in one forth of cases.

Key words: skull base, recurrent tumors, combination treatment, defect reconstruction, follow-up outcomes.
