

Оригінальні статті

УДК 616.432-006.55-005.1-089-083.98

Невідкладне хірургічне лікування аденоми гіпофіза з внутрішньопухлинним крововиливом

Гук М.О.

Інститут нейрохірургії імені акад. А. П. Ромоданова АМН України, м. Київ

У клініці оперовані 74 пацієнти з приводу аденоми гіпофіза з внутрішньо пухлинним крововиливом, 23 з них надано невідкладну нейрохірургічну допомогу. Показаннями до виконання трансфеноїдального втручання були порушення свідомості, швидке зниження зору, гіпофізарна недостатність. Крайні результати досягнуті у пацієнтів, оперованих у строки до 7 діб від початку захворювання. Трансназальний трансфеноїдальний доступ оцінений як адекватний і найменш травматичний в усіх спостереженнях.

Ключові слова: *аденома гіпофіза, порушення кровообігу в пухлині, інсультподібний перебіг, гіпофізарна апоплексія, трансфеноїдальна нейрохірургія, гіпопітуїтаризм.*

Стани за наявності пухлин головного мозку, що потребують невідкладної нейрохірургічної допомоги, як правило, пов'язані з симптомами дислокації та оклюзії, зумовленими об'ємною дією пухлини, яка досягла значних розмірів, а також виникненням крововиливу в тканину новоутворення. [1, 2, 12]. Таке порушення кровообігу в пухлині характеризується атиповістю клінічного перебігу, складністю діагностики. За даними різних авторів, з доброякісних внутрішньочерепних новоутворень найбільш схильна до крововиливу аденома гіпофіза, внутрішньопухлинний крововилив в них виявляють у 10% оперованих хворих. [1, 3, 4, 6] Особливу увагу нейроонкологи приділяють клінічним проявам такого крововиливу, що здобув в літературі назву "гіпофізарна апоплексія". Дисгемічні зміни в тканині пухлини, зокрема, крововилив, геморагічне просочування, некроз, ішемія, набряк (у більшості спостережень відзначають поєднання цих патофізіологічних механізмів з перважаючим геморагічним) зумовлюють значне збільшення об'єму пухлини, порушення її співвідношень з навколишніми мозковими структурами, особливо зоровими нервами та хіазмою [4, 5, 6]. За наявності аденоми з значним супраселлярним поширенням в напрямку III шлуночка можлива швидка поява оклюзії на рівні міжшлуночкових отворів, а прорив тонкої капсули пухлини з виходом крові та некротизованих мас пухлини до субарахноїдального простору або внутрішньошлуночково зумовлює клінічно найтяжчий перебіг крововиливу в аденому гіпофіза [5, 8-11]. При цьому значне погіршення функції залишків нормального гіпофіза спричиняє швидке виникнення гіпопітуїтаризму [4, 7]. Нами проаналізовані спостереження, в яких на тлі повільно-прогресивного, класичного перебігу аденоми гіпофіза виник гострий судинний епізод, зумовлений крововиливом

в пухлину, особливо з вираженими загально-мозковими симптомами. Такі спостереження становили значну діагностичну складність та вимагали надання невідкладної нейрохірургічної допомоги.

Матеріали і методи дослідження. Обстежені 74 пацієнти з аденомою гіпофіза, у яких відзначали інсультподібний перебіг захворювання та інтраопераційно верифікували геморагічні зміни в тканині пухлини. Їх лікували у клініці в період з 1992 по 2005 р. З них 23 пацієнти оперовані у невідкладному порядку у строки до 1 тиж від початку захворювання, більшість — до 3 діб. Показаннями до застосування невідкладного хірургічного втручання були пригнічення свідомості, виражені загально-мозкові симптоми, стримке та критичне порушення зорових функцій. Жінок було 14, чоловіків — 9. Вік хворих у середньому 43 роки. Вперше аденома діагностована у 20 хворих, у 3 — інсультподібний епізод виник на тлі продовження росту пухлини.

Клініко-інструментальне обстеження включало неврологічні, офтальмологічні, отоневрологічні методи дослідження, рентгенографію черепа, комп'ютерну та магніторезонансну томографію (при необхідності диференційної діагностики з аневризмом та інсультом — проводили магніторезонансну ангіографію, тотальну або селективну ангіографію), ультразвукове дослідження судин головного мозку. Ендокринний статус оцінювали за клінічними показниками, а також за допомогою уточнених біохімічних та радіоімунологічних (концентрація гормонів в сироватці крові) методів. Зазначені діагностичні та диференційнодіагностичні заходи проводили одночасно з підготовкою хворого до операції. Втручання виконували з використанням різних модифікацій трансфеноїдального доступу, в усіх спостереженнях застосовували мікрохірургічну техніку.

За даними гістологічного дослідження в усіх хворих верифікували аденому гіпофіза. Всі пацієнти живі.

Результати та їх обговорення. В усіх хворих спостереження відзначений бурхливий, інсультподібний початок, переважання загально мозкових симптомів над зоровими та окоруховими. На тлі пригнічення свідомості, переважно до рівня приглушення, стрімко, протягом доби, виникали та прогресували зорові розлади. Окорухові розлади, переважно у вигляді однобічної тотальної офтальмоплегії, спостерігали у 13 (56%) хворих. Стан 2 хворих розцінений як вкрай тяжкий, свідомість — кома І, виражений менінгеальний синдром, стероїдна недостатність.

За даними інструментальних методів дослідження у хворих виявлено аденому з значним екстраселлярним, вираженим супраселлярним поширенням. Аденома ендосупраселлярної локалізації виявлена у 9 хворих, з значним екстраселлярним (ендо-, пара-, інфра- та супраселлярним) поширенням — у 14. За даними гістологічного дослідження у 9 хворих аденома була хромофобною, в 11 — перехідного (змішаного) типу, у 2 з них — віднесена до фетального типу (“Крауза”), у 3 — визначити тип клітин було неможливо внаслідок суцільного некрозу тканини пухлини.

Операцію виконували у строки з 2-ї до 7-ї доби від початку захворювання, в усіх пацієнтів — протягом 3 діб після госпіталізації. Показання до невідкладного виконання втручання хірургії були вираженість та прогресування загально мозкових симптомів з пригніченням свідомості, швидке та критичне зниження зорових функцій. Особливістю підготовки до операції вважаємо проведення адекватної замісної гормональної терапії за наявності гіпопітуїтаризму та застосування антипротеолітичних (контрикал, гордокс) препаратів.

Зміни в аденомі гіпофіза оцінювали за інтраопераційними даними. В усіх оперованих виявлено напружену капсулу пухлини, при розрізанні якої в рану “народжується” пухлина (ознака інтраселлярної гіпертензії). Свіжа кров, згустки виявлені в 11 спостереженнях (операції виконані в найбільш ранні строки); у 8 — відзначене формування внутрішньопухлинної гематоми (оперовані в більш пізні строки), що заміщувала практично весь об'єм пухлини, тканина аденоми зберігалася переважно пристінково, біля капсули пухлини. У 4 хворих помічене геморагічне просочування пухлини в поєднанні з вогнищами некрозу та мікрокістами, що розцінено як поєднання слідів старих та більш свіжих порушень кровообігу в пухлині. В усіх хворих наявність більш м'якої консистенції пухлини внаслідок крововиливу сприяла порівняно швидкому та технічно легкому її видаленню. З огляду на підвищений внутрішньокапсулярний тиск та стискання навколишніх структур,

головною метою саме невідкладної операції вважаємо декомпресію шляхом більш широкої дисекції капсули пухлини, видалення згустків, рідкої крові та некротизованої тканини пухлини. При цьому прагнення до радикалізму операції відходило на другий план, і досягалось, беручи до уваги стан хворого та характер росту пухлини. Тому застосування трансфеноїдального доступу, перевагами якого є малотравматичність та швидке виконання, найбільш обґрунтоване за такої ситуації. Трансфеноїдальний доступ забезпечує усунення інтраселлярної гіпертензії, декомпресію хіазми та гіпоталамічної ділянки незалежно від ступеня екстраселлярного поширення аденоми гіпофіза. Гемостаз здійснювали більш ретельно й тривало: використовували перекис водню, при необхідності — гемостатичну губку, Surgicell.

Ефективність оперативного втручання оцінювали за такими критеріями: ступінь регресу загально мозкових симптомів, повне або часткове відновлення гостроти та полів зору, регрес окорухових або інших вогнищевих симптомів, відновлення нормальної ендокринної функції, необхідність тривалого проведення замісної терапії після операції.

Результати хірургічного лікування порівнювали з такими у хворих з аденомою гіпофіза, що характеризувалася інсультподібним перебігом, оперованих у строки від 2 тиж до 2 міс від початку захворювання внаслідок пізньої госпіталізації до нейрохірургічного стаціонару, неправильну первинну діагностику, тривале попереднє лікування. Щодо динаміки відновлення зорових функцій найкращі результати відзначені у хворих, оперованих у невідкладному порядку у строки до 7 діб від початку захворювання. Регрес загально мозкових симптомів спостерігали в усіх пацієнтів; повне відновлення гостроти та полів зору — у 16, задовільне покращання зору — у 8, регрес окорухових симптомів — у 8 з 13 хворих з окоруховими розладами; відновлення нормальної ендокринної функції — у 17. Відсутність покращання зорових функцій відзначена в одного хворого, у якого були критичні, практично до сліпоты, зорові порушення тривалістю понад 5 діб до операції, на стан впливали наявність діабетичної та гіпертонічної ангіопатії. Якість відновлення окорухових функцій меншою мірою залежала від строків виконання оперативного втручання, більше — від характеру росту пухлини, наявності ознак інвазивності. Необхідність проведення замісної терапії через наявність стійких ознак гіпопітуїтаризму після операції виникла у 4 хворих (25 % з тих, у кого виявляли гормональну недостатність до операції). Щодо гормональної дисфункції, спричиненої швидким стисканням гіпофіза та стебла внаслідок крововиливу в аденому гіпофіза, необхідність проведення замісної терапії та вираженість гормональних розладів після операції залежали

від гормональної активності пухлини, наявності ознак гіпопітуїтаризму до операції та адекватності їх медикаментозної компенсації. Кращі результати досягнуті у хворих, оперованих у невідкладному порядку більш молодого віку, незалежно від статі.

Отже, перебіг аденоми гіпофіза з внутрішньопухлинним крововиливом атиповий, досить часто інсулютоподібний. Таким хворим показане негайне надання нейрохірургічної допомоги, проведення замісної гормональної терапії. Ефективність оперативного втручання та якість життя хворих після операції залежать від строків проведення операції. Транссфеноїдальний доступ з використанням мікрохірургічної техніки для видалення аденоми гіпофіза з внутрішньопухлинним крововиливом адекватний, незалежно від ступеня екстраселлярного поширення пухлини, та найменш травматичний.

Список літератури

1. Вайншенкер Ю.К. Кровоизлияния и некрозы в аденомах гипофиза (синдром питуитарной апоплексии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.:14.00.28. — СПб, 2001. — 24 с.
2. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия. — СПб, 2002. — 658 с.
3. Пацко Я.В., Возняк А.М., Гук А.Н., Пазюк В.А. Аденомы гипофиза у лиц пожилого возраста. Опыт хирургического лечения 102 больных // Вопр. нейрохирургии. — 2001. — №4. — С.14–18.
4. Arafah B.M., Harrington J.F., Madhoun Z.T., Selman W.R. Improvement of pituitary function after surgical decompression for pituitary tumor apoplexy // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1990. — V.71. — P.323–325.
5. Catenoix H., Nighoghossian N., Honnorat J. et al. Necrosis of a hypophyseal adenoma and ischemic cerebral vascular accident // Rev. Neurol. (Paris). — 2002. — V.158, N.6. — P.734–736.
6. Chacko A.G., Chacko G., Seshadri M.S. et al. Hemorrhagic necrosis of pituitary adenomas // Neurol. India. — 2002. — V.50, N.4. — P.490–493.
7. Challa V.R., Richards F., Davis C.H. Jr. Intraventricular hemorrhage from pituitary apoplexy // Surg. Neurol. — 1981. — V.16. — P.360–363.
8. Chen S.T., Chen S.D., Ryu S.J. et al. Pituitary apoplexy with intracerebral hemorrhage simulating rupture of an anterior cerebral artery aneurysm // Surg. Neurol. — 1988. — V.29. — P.322–326.
9. Clark J.D.A., Freer C.E.L., Wheadey T. Case report: pituitary apoplexy: an unusual cause of stroke // Clin. Radiol. — 1987. — V.38. — P.75–79.
10. Itoyama Y., Goto S., Miura M. et al. Intracranial arterial vasospasm associated with pituitary apoplexy after head trauma: case report // Neurol. Med. Chir. (Tokyo). — 1990. — V.30. — P.350–354.
11. White W., Uu S.S. Pituitary apoplexy // Neurovascular Surgery. / Eds. L.P. Carter, R.F. — N.Y.: McGraw-Hill. — 1995. — P.497–519.
12. Zayour D.H., Selman W.R., Arafah B.M. Extreme elevation of intrasellar pressure in patient with pituitary tumor apoplexy: relation to pituitary function // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2004. — V.89, N.11. — P.5649–5654.

Неотложное хирургическое лечение аденомы гипофиза с внутриопухолевым кровоизлиянием

Гук О.М.

В клинике прооперированы 74 пациента по поводу аденомы гипофиза с внутриопухолевым кровоизлиянием. 23 из них оказана неотложная нейрохирургическая помощь. Показаниями к выполнению транссфеноидального вмешательства были нарушение сознания, быстрое снижение зрения, гипофизарная недостаточность. Лучшие результаты достигнуты у пациентов, оперированных в сроки до 7 сут от начала заболевания. Трансназальный транссфеноидальный доступ оценен как адекватный и наименее травматичный во всех наблюдениях.

The urgent surgical treatment of hypophysitis adenoma with intratumoral haemorrhage

Guk O.M.

23 cases of urgent neurosurgical treatment and their results were analysed among 74 operations in patients with pituitary adenomas and intratumoral apoplexy. Indications for urgent transsphenoidal surgery in those patients were mental deteriorations, rapid visual loss, and pituitary insufficiency. Better results have been obtained in patients operated within 7 days of onset of disease. Transnasal transsphenoidal approach was mentioned to be adequate and less traumatic in all patients.

Коментар

до статті Гука О.М. "Невідкладне хірургічне лікування аденоми гіпофіза з внутрішньопухлинним крововиливом"

Стаття написана на актуальну клінічну тему, основана на великому матеріалі Інституту нейрохірургії з лікування хворих з аденомою гіпофіза. Висвітлені питання невідкладних станів при аденомі гіпофіза, зумовлених внутрішньопухлинним крововиливом. Порушено проблему несвоєчасного розпізнавання цієї патології. Сформульовані показання до виконання невідкладних оперативних втручань з приводу аденоми гіпофіза, проаналізовані їх результати у порівнянні з такими після відстрочених операцій. Обгрунтовано необхідність здійснення операцій саме у невідкладному порядку, застосування транссфеноїдального доступу як найменш травматичного з огляду на стан пацієнтів. Диску табельною, хоча і логічно викладеною, є позиція автора щодо вибору транссфеноїдального доступу незалежно від ступеня екстраселлярного поширення аденоми гіпофіза. Бажаним виглядало б порівняння результатів транссфеноїдальних та транс краніальних операцій залежно від розмірів пухлини. Зазначені оптимальні строки виконання втручань потребують окремого обговорення з огляду на віддалені результати лікування.

В.Д.Розуменко, професор, доктор мед. наук,
керівник клініки внутрішньомозкових пухлин
Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України