

Ukr Neurosurg J. 2023;29(2):57-59
doi: 10.25305/unj.276499

Хірургічне лікування гемангіоперицитоми з інтраканальним та паравертебральним ростом. Клінічний випадок

Є.І. Слинько, Ю.В. Деркач, А.І. Єрмольєв

Відділення патології спинного мозку, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Надійшла до редакції 01.04.2023
Прийнята до публікації 11.05.2023

Адреса для листування

Деркач Юрій Володимирович,
Відділення патології спинного мозку, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова, вул. Платона Майбороди, 32, Київ, 04050, Україна, e-mail: 290986@ukr.net

Гемангіоперицитома може виникнути в будь-якому місці тіла, де розташовані капіляри, але найчастіше цю пухлину виявляють у підшкірних м'яких тканинах, тазовому кільці, нижніх кінцівках і заочеревинному просторі. Вона рідко вражає центральну нервову систему. Через рідкість захворювання клінічні особливості, лікування та результати лікування недостатньо вивчені.

Чоловік віком 64 роки звернувся у поліклініку Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України зі скаргами на біль у грудному відділі хребта з іррадіацією в ліву підлопаткову ділянку тулуба, оніміння та слабкість у нижніх кінцівках. Після проведення магнітно-резонансної томографії встановлено діагноз «пухлина хребців Th5–Th6». З огляду на наявність у хворого пухлини хребта з компресією спинного мозку прийнято рішення першочергово провести операцію з видалення пухлини. Після хірургічного втручання у хворого одразу зник радикальний біль і слабкість у нижніх кінцівках. За даними спіральної комп'ютерної томографії пухлину видалено повністю.

Гемангіоперицитома є агресивним новоутворенням з високою частотою рецидивів і схильністю до метастазування. Частота рецидивів становить від 50 до 80%, метастазів – від 14 до 30%, але може досягати 23–64%, що робить лікування цього захворювання дуже складним. Хірургічне втручання та післяопераційне опромінення в дозі до 60 Гр, за даними літератури, значно поліпшують результати лікування та зменшують кількість рецидивів порівняно із лише хірургічним втручанням. Хірургічна резекція пухлини має бути тотальною за можливості, у випадках, коли пухлину не вдається видалити повністю, її слід резектувати максимально субтотально.

Ключові слова: гемангіоперицитома хребта; видалення пухлини хребта; хірургічне лікування гемангіоперицитом

Вступ

Про гемангіоперицитому вперше повідомили Стаут і Мюррей у 1942 р. [1]. Раніше це вважалося рідкісним судинним новоутворенням, яке виникає з перицитів Циммермана навколо капілярної стінки, але нині його походження вважають фібробластичним, а не перичитарним. Загальноприйнято, що гемангіоперицитома є місцево агресивною, потенційно злоякісною пухлиною, яка спричиняє пізні локальні рецидиви та віддалені метастази [2].

Гемангіоперицитома може виникнути в будь-якому місці тіла, де розташовані капіляри, але найчастіше цю пухлину виявляють у підшкірних м'яких тканинах, тазовому кільці, нижніх кінцівках і заочеревинному просторі [2]. Вона рідко вражає центральну нервову систему та ще рідше трапляється у хребті [3]. Захворюваність на первинно кістково-спінальну гемангіоперицитому нижча, ніж на первинні менингеальні спінальні гемангіоперицитом [4]. Через рідкість захворювання клінічні особливості, лікування та результати лікування недостатньо вивчені.

Клінічний випадок

Хворий М., 64 роки, чоловік, звернувся в поліклініку Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України зі скаргами на біль у грудному відділі хребта з іррадіацією в ліву підлопаткову ділянку тулуба, оніміння та слабкість у нижніх кінцівках. З анамнезу відомо, що болі з'явилися протягом останнього місяця. Проходив симптоматичне лікування, яке було неефективним. За тиждень до прийому відзначив появу оніміння та слабкості у нижніх кінцівках. Хворому проведено магнітно-резонансну томографію грудного відділу хребта. Виявлено пухлину хребців Th5–Th6, яка поширюється інтраканально та паравертебрально, має грубу компресію спинного мозку на рівні хребців Th5–Th6 та залучає до свого росту грудну частину аорти (**Рис. 1**). Хворий консультований онкологом. Виконано спіральну комп'ютерну томографію органів грудної і черевної порожнини та органів малого таза з внутрішньовенним підсиленням (вторинним уражень, крім пухлини на рівні хребців Th5–Th6 не було), аналіз крові на онкомаркери (у межах норми).



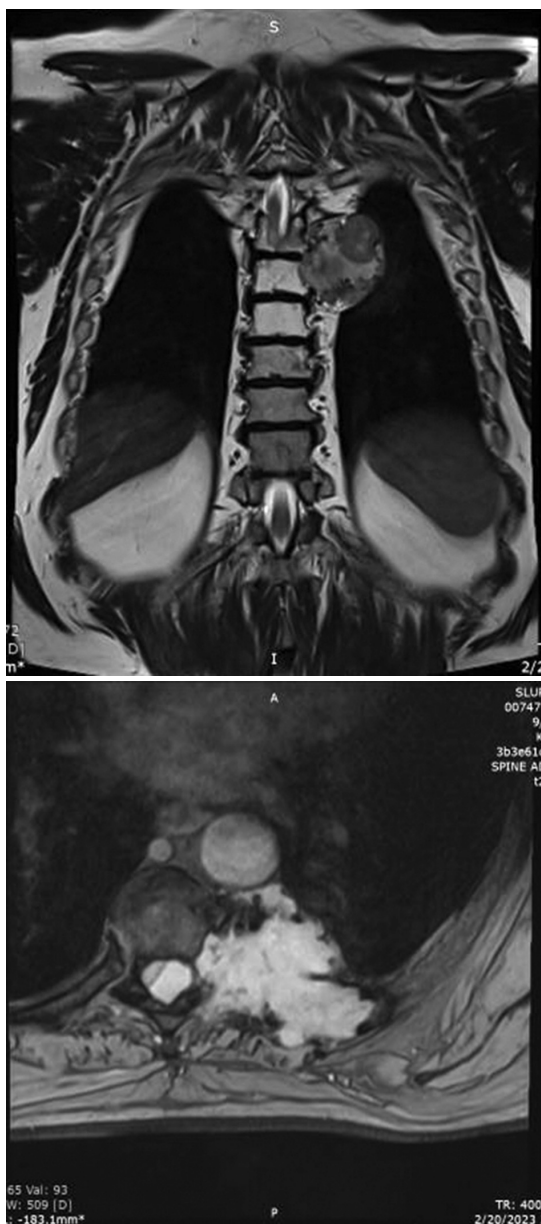


Рис. 1. Магнітно-резонансна томографія грудного відділу хребта до операції

З огляду на наявність у хворого пухлини хребта з епідуральною компресією спинного мозку прийнято рішення першочергово провести спінальну нейрохірургічну операцію, спрямовану на видалення пухлини, декомпресію спинного мозку та стабілізацію хребта, щоб зберегти гідну якість життя під час подальшого лікування.

Отримання гістологічного матеріалу пухлини відіграє важливу роль у визначенні тактики ведення хворого.

Через значний паравертебральний ріст пухлини використано задньо-бічний доступ. Виконано торакотомію та фасетектомію на рівні хребців Th5–Th6 зліва, ламінектомію на рівні хребців Th5–Th6. Під час хірургічного втручання пухлину видалено тотально, проведено декомпресію спинного мозку і стабілізацію

хребта. Інтраопераційно у хворого була значна втрата крові, що є характерною ознакою гемангіоперіцитом (**Рис. 2**).

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Відразу після хірургічного втручання у пацієнта зникли радикальний біль і провідникові рухові, чутливі та вегетативні порушення. За даними спіральної комп'ютерної томографії пухлину видалено повністю (**Рис. 3**). Пацієнта виписано за стаціонару на 9-й день. Через 4 тиж після операції йому проведено променеви терапію на місце видаленої пухлини загальною дозою 60 Гр.

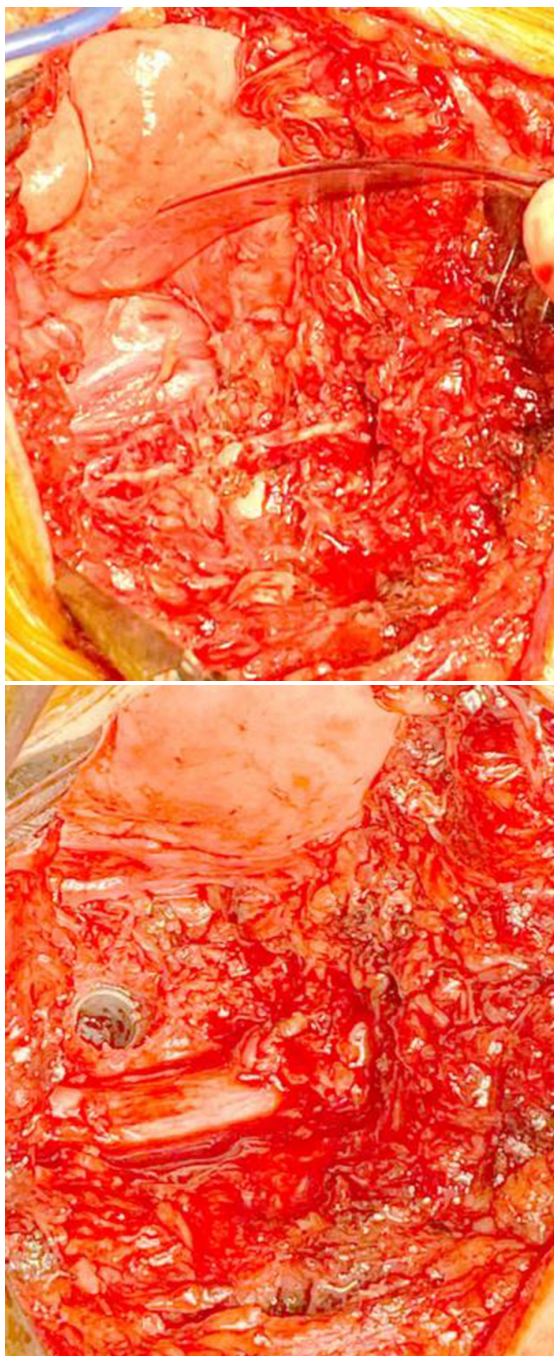


Рис. 2. Інтраопераційне фото

Стаття містить рисунки, які відображаються в друкованій версії у відтінках сірого, в електронній — у кольорі.



Рис. 3. Спіральна комп'ютерна томографія грудного відділу хребта після операції

Гемангіоперицитомою – це рідкісний вид пухлини, який зазвичай лікують хірургічно. Однак підхід до лікування залежить від розміру пухлини, її розташування та інших чинників. Якщо пухлина невелика, то під час хірургічного втручання можливе тотальне її видалення. У разі значного розміру гемангіоперицитомою вибір доступу є вкрай важливим, це дає змогу повністю видалити пухлину.

Установлено, що гемангіоперицитомою є агресивним новоутворенням з високою частотою рецидивів і схильністю до метастазування [6]. Частота рецидивів становить від 50 до 80%, метастазів – від 14 до 30% [5], але може досягати 23–64% [6], що робить лікування цього захворювання дуже складним. При лікуванні цих пухлин застосовують хіміотерапію на основі вінкрестину, іфосфаміду, доксорубіцину та етопозиду. Проте сучасні схеми хіміотерапії не

поліпшують прогноз, і зазвичай її використовують лише як останній засіб порятунку [6]. Післяопераційна променева терапія може мати значний сприятливий вплив на рецидиви, метастази та виживання [5]. Хірургічне втручання і післяопераційне опромінення в дозі до 60 Гр, за даними літератури, значно поліпшують результати лікування та зменшують кількість рецидивів порівняно з лише хірургічним втручанням [6].

Як і у випадку гемангіоперицитомою м'яких тканин хірургічна резекція залишається основним методом лікування кісткової гемангіоперицитомою [8]. Однак хірурги мають бути готові до масивної кровотечі під час видалення пухлини через її високу васкуляризованість.

В ідеалі повна хірургічна резекція має бути досягнута для всіх випадків гемангіоперицитомою, щоб уникнути або відстрочити рецидиви [8].

Висновки

Хірургічна резекція пухлини має бути тотальною за можливості, у випадках, коли пухлину не вдається видалити повністю, її слід резектувати максимально субтотально.

Через значну кількість патологічних судин і високу васкуляризацію пухлини крововтрата під час хірургічного втручання може бути значною, що потребує особливої уваги під час підготовки до хірургічного втручання.

За даними літератури, частота рецидивів гемангіоперицитомою становить від 50 до 80%, метастазів – від 14 до 30%, що свідчить про необхідність динамічного нагляду за хворим.

Розкриття інформації

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Інформована згода

Від пацієнта отримано інформовану згоду.

Список літератури

1. Van den Brande R, Cornips EM, Peeters M, Ost P, Billiet C, Van de Kelft E. Epidemiology of spinal metastases, metastatic epidural spinal cord compression and pathologic vertebral compression fractures in patients with solid tumors: A systematic review. *J Bone Oncol.* 2022 Jul 9;35:100446. doi: 10.1016/j.jbo.2022.100446
2. World Health Organization. *Who Report on Cancer: Setting Priorities, Investing Wisely and Providing Care for All*; 2020.
3. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, Bonaventure A, Valkov M, Johnson CJ, Estève J, Ogunbiyi OJ, Azevedo E Silva G, Chen WQ, Eser S, Engholm G, Stiller CA, Monnereau A, Woods RR, Visser O, Lim GH, Aitken J, Weir HK, Coleman MP; CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet.* 2018 Mar 17;391(10125):1023-1075. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3
4. Kyriotakis G., Vidrine D.J., Francis L.E., Rose J.H. The longitudinal relationship between quality of life and survival in advanced stage cancer. *Psychooncology.* 2016;25(2):225-231. doi: 10.1002/pon.3846
5. Ediebah D.E., Coens C., Zikos E., et al. Does change in health-related quality of life score predict survival? Analysis of EORTC 08975 lung cancer trial. *Br. J. Cancer.* 2014;110(10):2427-2433. doi: 10.1038/bjc.2014.208
6. Shrestha A., Martin C., Burton M., Walters S., Collins K., Wyld L. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psycho-Oncology.* 2019;28(7):1367-1380. doi: 10.1002/pon.5054