

МИХАЙЛИЧЕНКО В.Ю., КАРАКУРСАКОВ Н.Э., МИРОШНИК К.А.
 MYKHAYLICHENKO V.Y., KARAKURSAKOV N.E., MIROSHNIK K.A.

Остеобластокластома как клиническая маска первичного гиперпаратиреоза

Osteoblastoclastoma – a clinical mask of primary hyperparathyroidism

Цитирование: Mykhaylichenko V.Y., Karakursakov N.E., Miroshnik K.A. Osteoblastoclastoma – a clinical mask of primary hyperparathyroidism. *Malignant Tumours* 2017; 1: 26–29

DOI: 10.18027/2224–5057–2017–1–26–29

Резюме

Проведен анализ случаев первичного гиперпаратиреоза с 2010–2016 гг., установлено, что из 18 больных, прооперированных в клинике, ни у одного не было висцеропатической или почечной формы. У всех больных была костная форма, проявляющаяся патологическими переломами, имитирующими опухолевый рост, или выраженным остеопорозом, у 14 больных диагноз был заподозрен по данным лабораторных исследований (паратгормон, кальций крови, щелочная фосфатаза), при дальнейшем дообследовании были обнаружены аденомы паращитовидной железы. После оперативного лечения все больные выздоровели, рецидивов и послеоперационных осложнений не было. В наших случаях наиболее характерная картина для ГПТ была при рентгенологическом исследовании костей черепа, в виде остеолитической или кистозной перестройки костной ткани. Следует отметить, что первичный гиперпаратиреоз маскируется в ряде случаев остеобластокластомой, что зачастую приводит к ошибочному диагнозу и соответственно тактике лечения. Данные клинические проявления первичного гиперпаратиреоза заставляют клиницистов более осторожно относиться к данной патологии.

Abstract

The analysis of cases of primary hyperparathyroidism was undertaken during 2010–2016 years. Determined that none of 18 patients, operated in the clinic, had visceral or kidney forms of hyperparathyroidism. All patients had bone form, manifesting pathological fractures, stimulating tumor growth or severe osteoporosis, in 14 patients the diagnosis was suspected from laboratory studies (parathyroid hormone, blood calcium, alkaline phosphatase), upon further examination were found parathyroid adenoma. After surgical treatment, all patients recovered without recurrence and postoperative complications. In our cases, the most characteristic picture of hyperparathyroidism has X-ray examination of the skull bones, in the form of osteolysis or cystic bone reconstruction. It should be noted that primary hyperparathyroidism masked in some cases of osteoblastoma that often leads to misdiagnosis and wrong treatment strategy. These clinical manifestations of primary hyperparathyroidism make clinicians more cautious with this disease.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

первичный гиперпаратиреоз, остеобластокластома, клинические маски

KEY WORDS

primary hyperparathyroidism, osteoblastoclastoma, clinical mask

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Михайличенко Вячеслав Юрьевич – д.м.н., профессор, зав. каф. общей хирургии, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского» Министерства образования и науки РФ, Россия, Республика Крым, г. Симферополь, e-mail: pancreas1978@mail.ru

CONTACT INFORMATION

Mykhaylichenko Vyacheslav Yurievich – MD, PhD, DSc, professor, the head of department general surgery, Medical Academy named after S. I. Georgievskiy, the Federal State Autonomous Educational Establishment of Higher Education «Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky» Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Russia, Republic of Crimea, Simferopol, e-mail: pancreas1978@mail.ru.

Каракурсаков Нариман Эскендерович – к.м.н., доцент, кафедры общей хирургии, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского» Министерства образования и науки РФ, Россия, Республика Крым, г. Симферополь

Мирошник Кристина Александровна – аспирант, каф. общей хирургии, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского» Министерства образования и науки РФ, Россия, Республика Крым, г. Симферополь

Karakursakov Nariman Escenderovich – MD, PhD, associate professor, Medical Academy named after S. I. Georgievskiy, the Federal State Autonomous Educational Establishment of Higher Education «Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky» Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Russia, Republic of Crimea, Simferopol

Miroshnik Kristina Alexandrovna – aspirant, Medical Academy named after S. I. Georgievskiy, the Federal State Autonomous Educational Establishment of Higher Education «Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky» Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Russia, Republic of Crimea, Simferopol

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) встречается в 25–28 случаях на 100 000 населения в год, причем пик заболеваемости приходится на возраст 40–50 лет, при этом в 2 раза чаще встречается у женщин [1]. Костная форма ПГПТ впервые была описана в 1891 году профессором F. Von Reklighausen из Страсбурга [2]. Причинами развития ПГПТ в 75–85% являются одиночная аденома паращитовидной железы, две аденомы встречаются в 4%, гиперплазия ткани паращитовидной железы в 10% и до 1% – паратиреоидная карцинома. Основным скрининговым методом определения ПГПТ среди населения является определение паратгормона и кальция крови пациентов, учитывая, что в Российской Федерации скрининг населения на уровень кальция в крови не проводится, и около 95% больных с ПГПТ оперируются с выраженными признаками этого тяжелого заболевания [3]. При костной форме ПГПТ определяются – общая мышечная слабость, утомляемость; боль в костях, усиливающаяся при движении; длительно заживляющиеся малобользенные переломы (чаще бедренных, тазовых, плечевых костей, ребер); образование ложных суставов; деформация скелета, уменьшение роста; медлительная, расквашивающаяся «утиная» походка; бочкообразная форма грудной клетки; булавовидные вздутия на месте реберных кист; жажда, полиурия; расшатывание и выпадение зубов [1, 2].

Морфологическим субстратом при ПГПТ является фиброзно-кистозная остеодистрофия, но чаще в бедренных костях, костях таза, предплечья, голени развиваются остеолитические кисты, сопровождающиеся патологическими переломами с медленной консолидацией. При денситометрии выявляют значительно сниженную минеральную плотность костной ткани.

Довольно часто травматологи-ортопеды у пациентов с костной формой ПГПТ при наличии костных кист и эпюлидов ошибочно диагностируют костные опухоли, как правило, остеобластокластомы и необоснованно подвергают пациентов хирургическому лечению, или метастатическое поражение костей [1, 4]. Довольно часто ПГПТ проявляется генерализованным остеопорозом, хондрокальцинозом и синовитом [3, 4–6].

После оперативного лечения значительно улучшается состояние костной системы (увеличивается минерализация костной ткани, происходит консолидация переломов, исчезает боль в костях). В качестве примера, предоставляем два наиболее ярких клинических случая из собственной практики.

Больной Д., 1938 г.р., находился на стационарном лечении в Областной травматологической больнице, отделении костной онкологии с 14.11.2011 г. по 13.12.2011 г., с диагнозом: Гиперпаратиреоидная остеодистрофия. Патологический перелом в/3 правой б/берцовой кости. Сопутствующие диагнозы: ГБ 2 ст. (медленно прогрессирующее течение). ИБС, атеросклеротический кардиосклероз Н1.

При поступлении предъявлял жалобы на боль в правой голени, нарушение функции правой нижней конечности.

Ап. morbi. Считает себя больным около 10-ти месяцев, когда появились тянущие и распирающие боли в левой голени. Постепенно боль нарастала, присоединились ночные боли. Выполнена рентгенография – новообразование диафиза левой большеберцовой кости, патологический перелом. 15.06.11 г. выполнена трепан-биопсия образования: патогистологическое заключение (ПГЗ): остеобластокластома, литическая форма. 24.06.2011 г. выполнена операция: сегментарная резекция с/3 левой б/берцовой кости, удаление опухоли блоком с мягкими тканями. Ин-

трамедулярная металлополимеропластика дефекта. ПГЗ от 06.07.2011 г. № 7200–14: гигантоклеточная опухоль кости, литическая форма. Больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии для дальнейшей реабилитации по месту жительства. В быту передвигался при помощи трости. 10.11.2011 г. при выполнении упражнения «велосипед» почувствовал резкую боль в правой голени, после чего не смог опереться на правую нижнюю конечность. Скорой помощью доставлен в БСМП, где выполнена рентгенография – патологический перелом правой большеберцовой кости. Наложена гипсовая шина до в/3 правого бедра. Направлен в травматологическое отделение. При осмотре: конечность в гипсовой лонгете. Область в/3 правой большеберцовой кости болезненная при пальпации. Отмечается веретенообразное утолщение ее на этом уровне. Движения в суставе в полном объеме. Пульсация на периферических артериях стопы удовлетворительная, чувствительность стопы не нарушена. На рентгенограмме от 10.11.2011 г. визуализируется новообразование в/3 правой большеберцовой кости, патологический перелом в этой области. Патологическая перестройка в н/3 правой большеберцовой кости. Диагностировано новообразование в/3 и н/3 правой большеберцовой кости, патологический перелом на уровне в/3.

При обследовании в крови обнаружено: паратгормон 1192 пг/мл, кальций 3,56 ммоль/л, фосфор – 1,09 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 245 ед/л, магний – 0,91 ммоль/л.

С целью стабилизации патологического перелома больному выполнена операция: интрамедулярная фиксация патологического перелома блокируемым стержнем, заполнение полости вокруг блокируемых винтов костным цементом. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 14-е сутки. Больной выписывается в удовлетворительном состоянии для дальнейшего дообследования и лечения у хирурга-эндокринолога. 20.01.12 г. больной поступил на стационарное лечение в отделение хирургии. При дообследовании на КТ выявлено образование шеи, находящееся с левой стороны от трахеи, под щитовидной железой, уходящее за грудиной в переднее средостение, размерами 12×10×4 см, неоднородной плотности с неровным контуром. Заключение: опухоль паращитовидной железы? При рентгеновском исследовании костей верхних конечностей и черепа выявлены множественные кистозные перестройки трубчатых костей, вздутие костной ткани, остеомалация, патологический перелом плечевой кости и неравномерное очаговое рассасывание и остеолитическое изменение височной кости слева округлой формы до 3 см в диаметре.

21.01.12 г. под общим обезболиванием в условиях ИВЛ, из разреза по Кохеру без стернотомии, выполнено удаление опухоли паращитовидной железы, исходящей из нижней

левой паращитовидной железы и уходящей на 4 см за грудную клетку. Срочное патогистологическое заключение удаленного препарата: трабекулярная аденома паращитовидной железы. Окончательный патогистологический диагноз подтвердил об удаленной аденоме паращитовидной железы, в послеоперационном периоде у больного нормализовались показатели паратгормона, уровня кальция крови и щелочной фосфатазы. Переломы консолидировались, больной чувствует себя удовлетворительно, ведет активный образ жизни.

Больная К., 68 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, боль в костях ног и рук.

Анамнез заболевания. В течение 5 лет больная находится на амбулаторном лечении у травматолога с частыми переломами костей (ключицы, плечевой и бедренной кости). 2 месяца назад с очередным переломом левой бедренной кости поступила в НИИ травматологии и ортопедии, где ей была выполнена биопсия кости, гистологическое заключение – болезнь Реклингаузена. На рентгенограмме: множество кист в плечевой и бедренной костях. Больная направлена в хирургическое отделение для решения вопроса об оперативном лечении болезни Реклингаузена.

Объективно. Общее состояние больной удовлетворительное, Астеник, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Пульс 88 в минуту, АД 170/90 мм рт.ст., температура в норме. Данные физикального обследования без особенностей. Стул, диурез в норме.

Больная обследована – выполнено УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, щитовидной и паращитовидной желез – патология не выявлена. При исследовании биохимических показателей обращают на себя внимание повышение щелочной фосфатазы в 6,2 раза, повышение кальция крови в 2 раза. Больной выполнена экстирпация 1 гиперплазированной паращитовидной железы слева. Послеоперационный период протекал гладко и через 4 дня после операции больная выписана на амбулаторное лечение. Контрольный осмотр через 2 месяца: больная жалоб не предъявляет, гипс снят, перелом зажил. В биохимических анализах отмечается нормализация показателей щелочной фосфатазы и кальция крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами предоставлены клинические случаи ошибочной тактики лечения ГПТ вследствие того, что очаги в костной ткани гистологически имитировали различные виды костных опухолевых процессов. Данный случай подчеркивает, что ГПТ, несмотря на его редкость,

следует учитывать при наличии множественных патологических очагов в костной ткани, даже если гистологическое исследование не подтверждает ГПТ. Нами проанализирован опыт лечения первичного гиперпаратиреоза с 2010–2015 гг., установлено, что из 18 больных, прооперированных в клинике, ни у одного не было висцеропатической или почечной формы. У всех больных была костная форма, проявляющаяся патологическими переломами или выраженным остеопорозом, у 14 больных диагноз был заподозрен по данным лабораторных исследований (паратгормон, кальций крови, щелочная фосфатаза), при дальнейшем дообследовании были

обнаружены аденомы паращитовидной железы. После оперативного лечения все больные выздоровели, рецидивов и послеоперационных осложнений не было. В наших случаях наиболее характерная картина для ГПТ была при рентгенологическом исследовании костей черепа, в виде остеолиза или кистозной перестройки костной ткани. Следует подчеркнуть, что хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза в виде удаления аденом паращитовидных желез является эффективным методом лечения, приводящим к консолидации переломов и полному выздоровлению больного.

ЛИТЕРАТУРА • REFERENCES

1. Дедов И. И. Эндокринная хирургия / И. И. Дедов, Н. С. Кузнецова, Г. А. Мельниченко. – М.: Литтерра, 2014. – 344с. – (Серия «Практические руководства»).
1. Dedov I. I. Endokrinnaya hirurgiya / I. I. Dedov, N. S. Kuznetsova, G. A. Melnitsenko. – М.: Litterra, 2014. – 344s. – (Seriya “Prakticheskie rukovodstva”).
2. Романчишен А. Ф. Неотложные состояния в тиреоидной и паратиреоидной хирургии. – СПб.: ООО «Типография Феникс», 2014. – 168с.
2. Romanchishen A. F. Neotlozhnyie sostoyaniya v tireoidnoy i paratireoidnoy hirurgii. – Spb: ООО “Tipografiya Feniks”, 2014. – 168s.
3. Новожилова Е. Н. Первичный гиперпаратиреоз в онкологической клинике / Е. Н. Новожилова, М. Ю. Щупак, С. В. Главацкий, А. Г. Жуков // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2012 – № 4. – С. 61–62.
3. Novozhilova E. N. Pervichnyiy giperparatireoz v onkologicheskoy klinike / E. N. Novozhilova, M. Yu. Schupak, S. V. Glavatskiy, A. G. Zhukov // Vestnik hirurgii im. I. I. Grekova. – 2012. – №4. – С. 61–62.
4. Новожилова Е. Н. Первичный гиперпаратиреоз в онкологической клинике / Е. Н. Новожилова, М. Ю. Щупак, С. В. Главацкий, А. Г. Жуков // Российский онкологический журнал. – 2011. – С. 30–32.
4. Novozhilova E. N. Pervichnyiy giperparatireoz v onkologicheskoy klinike / E. N. Novozhilova, M. Yu. Schupak, S. V. Glavatskiy, A. G. Zhukov // Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal. – 2011. – С. 30–32.
5. Попандопуло Г. Д. Случай первичного гиперпаратиреоза, имитирующего доброкачественные опухолевые процессы костей / Г. Д. Попандопуло, В. Ю. Михайличенко, А. Г. Попандопуло и др. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2011 – № 4. – С. 509–513.
5. Popandopulo G. D. Sluchay pervichnogo giperparatireoza, similiruyuschego dobrokachestvennyie opuholevyie protsessyi kostey / G. D. Popandopulo, V. Yu. Mihaylichenko, A. G. Popandopulo i dr. // Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy meditsiny. – 2011. – №4. – С. 509–513.
6. Попандопуло Г. Д. Первичный гиперпаратиреоз, имитирующий доброкачественные опухолевые процессы костей / Г. Д. Попандопуло, В. Ю. Михайличенко, Ю. Г. Ютовец и др. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2007 – Т. 8 – № 1-С. 168–171.
6. Popandopulo G. D. Pervichnyiy giperparatireoz, similiruyuschiy dobrokachestvennyie opuholevyie protsessyi kostey / G. D. Popandopulo, V. Yu. Mihaylichenko, Yu. G. Yutovets i dr. // Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy meditsiny. – 2007. – Т. 8. – №1. – С. 168–171.