

Лутков М.А., Дубских А.О.

Хирургическое лечение гигантской невриномы шейного и грудного отделов позвоночника

ГБУЗ СО "Свердловский областной онкологический диспансер", г. Екатеринбург

Lutkov M.A., Dubskih A.O.

Surgical treatment of giant neuroma of the cervical and thoracic spine

Резюме

В статье рассмотрен клинический случай лечения гигантской шванномы (невриномы) на уровне С6-Т4 позвонков с паравертебральным ростом, исходящей из корешков С6-С7 слева.

Ключевые слова: Шваннома, невринома шейного отдела позвоночника, триада Горнера

Summary

The article describes a clinical case of treating a giant schwannoma (neuroma) at the level vertebrae of C6-Th4 with paravertebral growth originating from the C6-C7 roots on the left

Key words: Schwannoma, cervical neuroma, Horner's triad

Введение

Невринома, или шваннома – разновидность доброкачественной опухоли мозга, которая может образовываться как из черепных, так и из спинномозговых и периферических нервов. Растёт опухоль из шванновских клеток, составляющих миелиновую оболочку любого нерва.

Частота встречаемости опухолей спинного мозга – 1,1 случай на 100000 населения, что составляет 15-20% опухолей нервной системы. На долю спинальных неврином приходится около 20% всех опухолей в позвоночнике[1].

Визуально шваннома – округлое, плотное образование, окружённое капсулой, чаще всего с экстрадуральным распространением. Растёт со скоростью от 1 до 2 мм в год, однако при развитии злокачественного процесса увеличение объема её становится очень быстрым, что приводит к компрессии прилегающих органов и тканей, тем самым увеличивая частоту клинических проявлений.

Невринома на позвоночнике или в области конского хвоста никогда не появляется сама по себе, однако выяснить до конца, что может спровоцировать её развитие, до сих пор не удалось. Основная причина – разрастание шванновских клеток, что и дало второе название этой патологии [2, 3].

Достоверно известно, что одна из причин начала развития опухолевого процесса – мутация генов в 22 хромосоме, однако сами причины этой мутации так и остаются под вопросом. На сегодняшний день известны некоторые провоцирующие факторы, которые могут вызвать данную патологию. К ним в первую очередь можно отнести:

1. Воздействие радиации;
2. Длительный контакт с различными химическими веществами;
3. Диагностирование нейрофиброматоза второго типа;
4. Наследственная предрасположенность к опухолям;
5. Наличие других опухолей.

Огромную роль в патогенезе играет и генетическая предрасположенность, особенно если у любого из родителей диагностировано такое заболевание, как нейрофиброматоз второго типа [4, 5]. В трех исследованиях по данным литературы использовалось поэтапное хирургическое лечение [6, 7, 1].

Невринома шейно-грудной локализации описана всего в 9 исследованиях в мировой литературе, максимальный объем выборки в которых составил 57 случаев. При этом, клинических случаев описания гигантских неврином в литературе не встречается.

Клиническое наблюдение

Пациентка Т., 42 года, учитель начальных классов обратилась к неврологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на периодические боли в левой руке летом 2009 года. Был пройден курс консервативной терапии по поводу дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника без облегчения состояния. С осени 2009 года отмечает сужение зрачка, опущение верхнего века и экзофтальм слева (триада Горнера). Выполнила КТ органов грудной клетки, выявлено объемное образование верхнего этажа заднего средостения

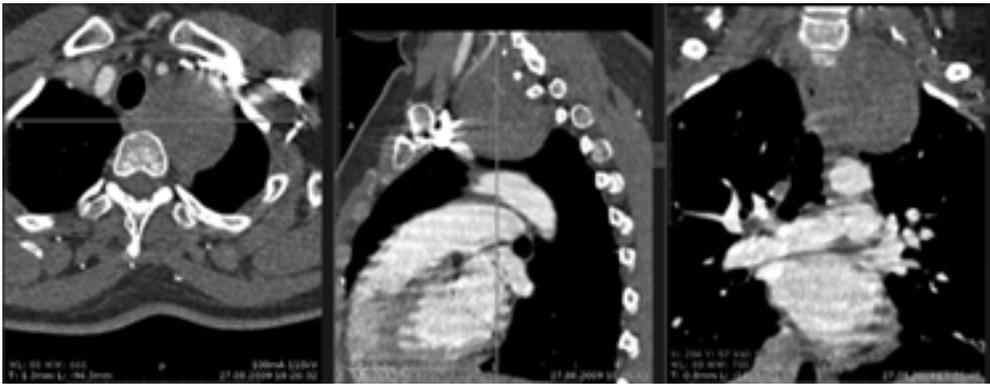


Рисунок 1. Компьютерная томография органов грудной клетки (2009 г.)

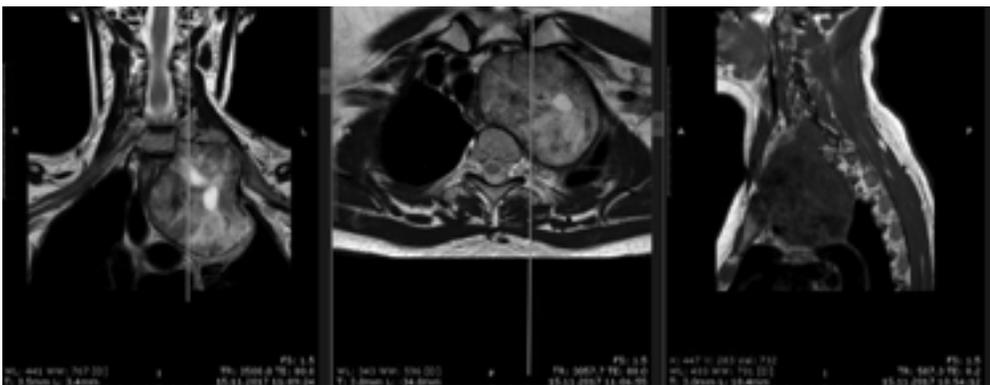


Рисунок 2. МРТ шейного отдела позвоночника (2017 г.)

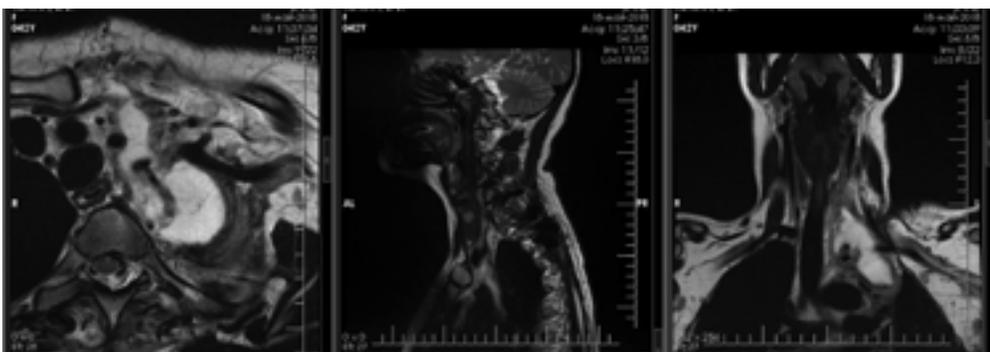


Рисунок 3. Контроль МРТ шейного отдела позвоночника после оперативного лечения (2018 г.)

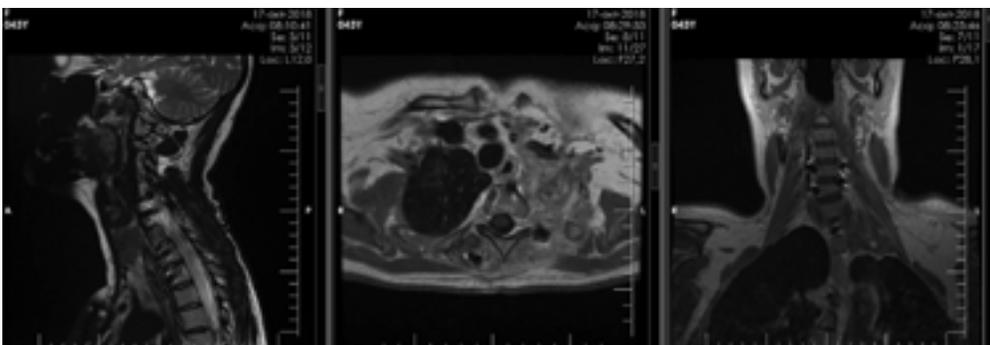


Рисунок 4. Контроль МРТ шейного отдела позвоночника через 5 мес. после оперативного лечения

(48*53*53 мм) на уровне С7-Тн4 позвонков (рисунок 1). В дальнейшем госпитализирована в ГБУЗ СО «СООД», в отделение нейрохирургии для дообследования и лечения.

В стационаре была выполнена открытая биопсия объемного образования 7.12.2009 г. По гистологическим данным выявлена невринома (шваннома). Послеоперационный период осложнился развитием локальной инфекции

и обильным кровотоком, в связи с чем проведена перевязка щитовидно-шейного ствола, эмболизация афферентных сосудов опухоли шеи. При повторной госпитализации проводилось трансторакальное удаление невриномы вторичного ствола левого плечевого сплетения с локализацией в области верхней апертуры грудной клетки (20.03.2010 г.). В послеоперационном периоде – нарастание неврологического дефицита в виде развития слабости и онемения в левой руке с постепенным медленным частичным регрессом. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение и наблюдение. При проведении динамического обследования было выявлено: ЭНМГ (2014 г.): снижение амплитуды М-ответа по левому подмышечному нерву C5-C6, дисперсия М-ответа при стимуляции левого мышечно-кожного нерва C5-C6. Сенсорные волокна интактны.

УЗДГ МАГ (2014 г.): экстравазальная компрессия ПА справа и слева со снижением ЛСК основной артерии при проведении проб.

По данным КТ и МРТ органов грудной клетки в динамике с 2010 по 2016 г. – без существенного изменения структуры и размеров.

В апреле 2017 года появление эпизодов нарушения речи (по типу дизартрии) и онемения губ. В мае 2017 года проведено МРТ головного мозга: точечные неспецифические очаги в структуре белого вещества. Генерализованная мозговая атрофия 1 ст. С июня 2017 г. пациентка отмечает нарастание неврологической симптоматики, усиление болей по C6 и C7 дерматому левой руки. Выполнено МРТ шейного и верхнегрудного отделов позвоночника (рисунок 2), выявлена гигантская невринома C6-C7 корешка слева с увеличением размеров в сравнении с 05.2017 г. (82*73*100 мм). Пациентка госпитализирована 05.02.18 г. в нейрохирургическое отделение ГБУЗ СО «СООД» с диагнозом: «Гигантская невринома на уровне C6-Th4 позвонков с паравертебральным ростом, исходящая из корешка C6-C7 слева. Радикулопатия и радикулярный болевой синдром C7-Th2 слева с нейропатическим компонентом. Синдром Горнера слева». На дооперационном этапе выполнено: ЭНМГ верхних конечностей – признаки корешковых дисфункций с преобладанием явлений частичного выпадения слева на уровне сегментов C5, C6, меньше – на уровне C7. Признаки снижения проводимости по левому подмышечному, левому мышечно-кожному (М-ответ с правого мышечно-кожного тоже немного снижен, а слева не регистрируется), обоим лучевым нервам, грубее слева (аксональный тип поражения); а также КТ АГ сосудов шеи – крупная невринома, исходящая из корешка C7-ТН1. Смещение левой подключичной артерии, органов верхнего средостения. Критический стеноз левой подключичной артерии.

В связи с нарастанием неврологического дефицита, заинтересованностью сосудов шеи в опухолевом процессе, решено выполнить поэтапное оперативное лечение. Первый этап включал в себя срединный задний доступ на уровне C4-Th5, скелетирование дуг позвонков и ребра. Слева резецированы пластинчатые части 1 и 2 ребер, выполнена гемиламинэктомия C6-C7-Th1, фасетэктомия C5-C6-C7. Визуализирована многоузловая опухоль, плотная, спающаяся с окружающими тканями. Выполнено фрагментирование и

удаление опухоли через коридоры между корешками из позвоночного канала, пара- и превертебрального пространства на уровне C5-Th2. В процессе удаления обнаружены лигаменты после предыдущих операций. Кaudальный фрагмент опухоли оставлен ввиду высоких рисков ранения легкого и крупных сосудов. В позвонки C5, C6, Th2, Th3 транспедикулярно имплантированы винты, смонтирована фиксирующая система. Стабильность восстановлена.

Послеоперационный период протекал без нарастания неврологического дефицита и соматической патологии. Пациентка была выписана на дальнейшее восстановительное лечение у невролога в поликлинику по месту жительства для подготовки ко второму этапу хирургического вмешательства.

В мае 2018 г. выполнен второй этап хирургического лечения: выполнен доступ вдоль грудиноключичнососцевидной мышцы слева с переходом на грудину. Ультразвуковым скальпелем выполнена парциальная стернотомия для визуализации плевры верхушки легкого и опухолевой ткани. Краниально выполнена диссекция вдоль ОСА, которая была выделена и отделена от опухоли. Капсула опухоли обнажена после пересечения лопаточно-подъязычной и грудино-щитовидной мышц. Частично капсула отделена от пищевода, позвоночника, подключичной артерии, купола плевры и удалена кускованием. Каркадность грудины восстановлена минипластинами для остеосинтеза. В послеоперационном периоде выполнена МРТ шейного отдела позвоночника для контроля состояния ложа опухоли и остаточного фрагмента (рисунок 3): рубцово-спаечный процесс в области верхушки левого легкого. Участков накопления контрастного вещества нет. Пациентка выписана из стационара через 10 суток после операции в удовлетворительном состоянии с регрессом нейропатического болевого синдрома. Эпизодов транзиторных ишемических атак в вертебробазилярном бассейне не наблюдалось. Через 5 месяцев после оперативного лечения проведен контроль МРТ шейного отдела позвоночника (рисунок 4): рубцово-спаечный процесс в области верхушки левого легкого без динамики. Признаков сдавления спинного мозга, дислокации корешков, стволов плечевого сплетения не выявлено. Пациентка вернулась к труду.

Заключение

Таким образом в разобранном нами клиническом случае показана тактика хирургического лечения пациентов с гигантской шванномой в области шейного и грудного отделов позвоночника с компрессией верхушки легкого, сосудов шеи. ■

Лутков Михаил Анатольевич (Lutkov Mihail Anatolevich) – врач-нейрохирург нейрохирургического отделения ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», г. Екатеринбург.; Дубских Алексей Олегович (Dubskikh Alexey Olegovich) – врач-нейрохирург высшей категории, ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер». Адрес для переписки: 620905, г. Екатеринбург, ул. Соболева 29, тел.: +79028749800, e-mail: alexeydubskikh@gmail.com

Литература:

1. Miura J., Doita M., Miyata K., Yoshiya S., Kurosaka M., Yamamoto H. Horner's syndrome caused by a thoracic dumbbell-shaped schwannoma: sympathetic chain reconstruction after a one-stage removal of the tumor. *Spine*. 2003; 2(2): E33-6. doi: 10.1097/00007632-200301150-00021.
2. Dubuisson A.S., Kline D.G., Weinshel S.S. Posterior subscapular approach to the brachial plexus. Report of 102 patients. *J Neurosurg*. 1993; 2(3): 319-30.
3. Kim P., Ebersold M.J., Onofrio B.M., Quast L.M. Surgery of spinal nerve schwannoma. Risk of neurological deficit after resection of involved root. *J Neurosurg*. 1989; 2(6): 810-4.
4. Donner T.R., Voorhies R.M., Kline D.G. Neural sheath tumors of major nerves. *J Neurosurg*. 1994; 2(3): 362-73.
5. Lusk M.D., Kline D.G., Garcia C.A. Tumors of the brachial plexus. *Neurosurgery*. 1987; 2(4):439-53. doi: 10.1097/00006123-198710000-00001.
6. Binder D.K., Smith J.S., Barbaro N.M. Primary brachial plexus tumors: imaging, surgical, and pathological findings in 25 patients. *Neurosurg Focus*. 2004; 2(5): E11.
7. Lot G., George B. Cervical neuromas with extradural components: surgical management in a series of 57 patients. *Neurosurgery*. 1997; 2(4): 813-20; discussion 820-2. doi: 10.1097/00006123-199710000-00010.