

Широков В.А.¹, Ильина Е.Н.², Манащук В.И.³

Двусторонняя опухоль локтевых нервов в области кубитального канала (клиническое наблюдение)

1 – ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург; 2 – ООО «Преображенская Клиника», г. Екатеринбург; 3 – ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье», г. Екатеринбург

Shirokov V.A., Ilyina E.N., Manashchuk V.I.

Bilateral tumor of the ulnar nerves in the cubital canal (clinical observation)

Резюме

Описан клинический случай развития двустороннего поражения локтевого нерва в области кубитального канала у 45-летнего мужчины. Пациент был направлен на хирургическое лечение по поводу синдрома кубитального канала слева и во время операции было обнаружено опухолевидное образование. Спустя два года пациент отметил парестезии по ульнарной поверхности кисти на другой руке. Проведено оперативное лечение по поводу интраневральной ганглионарной кисты. Гистологически в обоих случаях диагностирована нейрофиброма с фокальным ангиоматозом мягких тканей. Из-за отрицательной клинической динамики проведена повторная операция на правом локтевом нерве, при которой не удалось отделить ткань новообразования от нерва из-за ее прорастания в ткань нерва. После второй операции на правой руке отмечено нарастание ЭНМГ показателей блока проведения по локтевому нерву в области кубитального канала справа.

Ключевые слова: локтевой нерв, кубитальный канал, нейрофиброма

Summary

There is a description of clinical case of the development of bilateral lesion of the ulnar nerve in the area of the cubital canal in a 45-year-old man. The patient was referred for surgical treatment for the cubital canal syndrome on the left and a tumor formation was detected during the operation. Two years later, the patient noted paresthesia on the ulnar surface of the hand on the other hand. An operative treatment was performed for an intraneural ganglion cyst. Histologically, in both cases, neurofibroma with focal angiomas of soft tissues was diagnosed. Due to the negative clinical dynamics, repeated operations were performed on the right ulnar nerve, during which it was not possible to separate the neoplasm tissue from the nerve because of its germination into the nerve tissue. After the second operation on the right hand, the increase of ENMG parameters of the block of conduction of the ulnar nerve in the cubital canal on the right is noted.

Keywords: ulnar nerve, cubital canal, neurofibroma

Введение

Опухоли периферических нервов – редкая патология нервной системы. Встречаются у лиц любого возраста, чаще у взрослых. Наиболее распространены опухоли срединного, локтевого, бедренного и малоберцового нервов [1, 2]. Чаще в клинической практике встречаются доброкачественные опухоли, чем злокачественные [3].

Нейрофиброма – доброкачественное новообразование, развивающееся из фиброцитов соединительнотканых структур нерва. Данный вид опухоли зачастую носит множественный характер и в 50% случаев ассоциирован с нейрофиброматозом Реклингхаузена. Наиболее часто встречающаяся опухоль периферических нервов невринома (шваннома) – новообразование, берущее начало из шванновских клеток нерва [4, 1]. Периневрома – редкая

доброкачественная опухоль из клеток периневрия. Имеет вид единичного или мультифокального утолщения нерва, протяженностью до 10 см [5]. Все доброкачественные опухоли характеризуются медленным ростом [6]. В отдельных случаях доброкачественные опухоли периферических нервов могут брать начало в жировых клетках (липомы) и в сосудах (ангиомы) эпинеурия [2].

Быстрый рост опухоли является косвенным признаком возможного озлокачествления новообразования. Злокачественные опухоли представлены нейрогенной саркомой (злокачественная шваннома), это злокачественная опухоль из оболочек нерва, составляет 6,7% от общего числа сарком мягких тканей. По микроскопическому строению схожа с фибросаркомой. Более подвержены заболеванию лица мужского пола, среднего возраста.

Нейрогенная саркома локализуется преимущественно на периферических нервах конечностей. Наиболее типичны метастазы в легкие и лимфатические узлы (примерно в 12-15% случаев). [2].

От опухолевых образований нервных стволов следует отличать интраневральный ганглий (псевдоопухолевая киста) нерва, представляющий собой внутринеуральное скопление муцинозной жидкости, заключенное в плотную оболочку [2].

На ранних стадиях своего развития опухоли периферических нервов обычно имеют субклиническое течение с медленным развитием опухолевого процесса. Первыми клиническими проявлениями опухолей являются развитие парестезий и преходящее онемение конечностей. Иногда при перкуссии или пальпации опухоли, связанной с нервом, возникают проекционные боли или парестезии (положительный симптом Тинеля). Пальпаторно определяются плотные образования. Неврологический дефицит (онемение, мышечная слабость) возникает на поздних стадиях [1, 2, 7], обусловлен блоком проведения импульсов в пораженном участке нерва при значительном разрастании опухоли и компрессии нервных волокон [8].

Ультрасонографическое сканирование периферических нервов может быть как скрининговым, так и основным методом диагностики опухолей нервов [6]. Отмечается, что шваннома является в основном солитарным образованием, редко имеет многоузловую форму, а застарелые шванномы могут иметь большое количество кист, геморрагии в центре и кальцификацию [9, 10]. В литературе встречается описание шванномы как единичного объемного образования округлой формы, неоднородной эхоструктуры, как пониженной, так и повышенной эхогенности [9, 11]. Нейрофиброма является хорошо васкуляризированной опухолью, это может объяснять резко пониженную эхогенность нейрофибромы при ультразвуковом сканировании. Однако при использовании цветодобрированных методик не регистрируются сосудистые сигналы внутри опухоли. Вероятно, это можно объяснить очень низкими скоростями кровотока, что не позволяет зарегистрировать его при исследовании [10]. Из литературы известно, что типичной эхографической картиной опухоли крупных стволов периферических нервов является хорошо очерченная масса овальной или веретенообразной формы. Считается, что такая форма образования – ведущий признак, который заставляет заподозрить опухоль периферического нерва, так как данная форма обусловлена трубчатым вхождением и выходом нерва при его типичном прохождении [12, 6, 10].

Клиническое наблюдение

Пациент П., 43 года, профессиональный спортсмен, тяжелоатлет. Считает себя больным с 2015 года, когда впервые почувствовал онемение 4, 5 пальцев слева, и боль стреляющего характера в области локтевого сустава при нагрузке на руки. Самостоятельно пальпировал округлое, эластичное, мягкотканое образование в области кубитального канала. В течение 1,5 лет лечился с диагно-

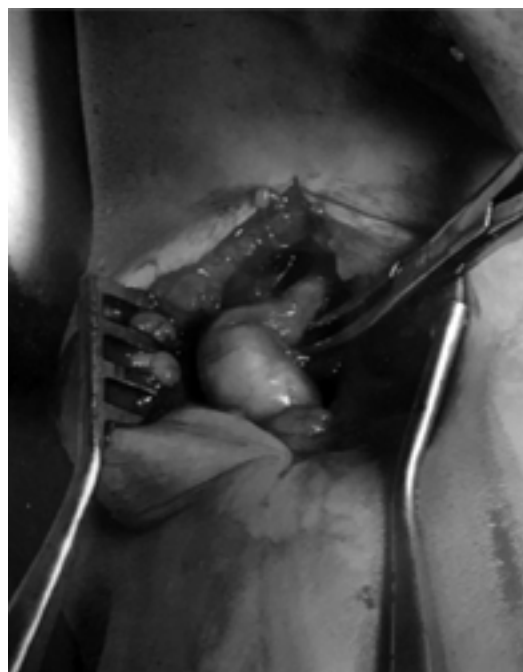


Рисунок 1. Интраоперационный снимок новообразования левого локтевого нерва в области кубитального канала.

зом: синдром кубитального канала, медиальный плечевой эпикондилит. Заболевание прогрессировало и пациент в феврале 2017 года был направлен для проведения оперативного лечения по поводу синдрома кубитального канала. Во время оперативного лечения, обнаружено опухолевидное образование локтевого нерва, которое не было удалено. После проведенного МРТ левого локтевого сустава выявлена невринома в области кубитального канала.

04.04.2017 г. – операция удаления невриномы левого локтевого нерва. По данным гистологического исследования опухоли выявлена нейрофиброма с кровоизлияниями и ангиоматозом. После оперативного лечения пациент отметил регресс болевого синдрома в течение нескольких месяцев, постепенное уменьшение чувствительных и двигательных нарушений.

Начиная с марта 2017 г. отметил стреляющую боль в области правого локтевого сустава (с другой стороны), усиливающуюся при механическом раздражении, нарастающее онемение ульнарной поверхности правой кисти и предплечья. На МРТ от 05.07.2017 г. выявлено интраневральное кистозное образование правого локтевого нерва. По данным ЭНМГ верхних конечностей от 17.10.2017 г. описано локальное снижение скорости распространения возбуждения (СРВ) в области локтевого сустава. 04.12.2017 г. произведено удаление интраневральной ганглионарной кисты правого локтевого нерва в кубитальном канале, декомпрессия нерва. Заключение гистологического исследования: нейрофиброма с фокальным ангиоматозом мягких тканей. После оперативного удаления новообразования справа, облегчения не наблюдалось, через 2 месяца боль постепенно усиливается.

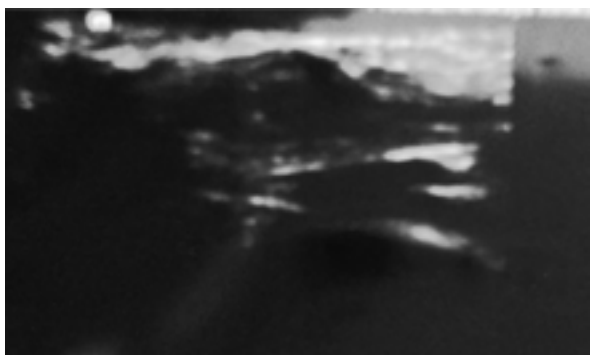


Рисунок 2. Продольный срез правого локтевого нерва при УЗ сканировании

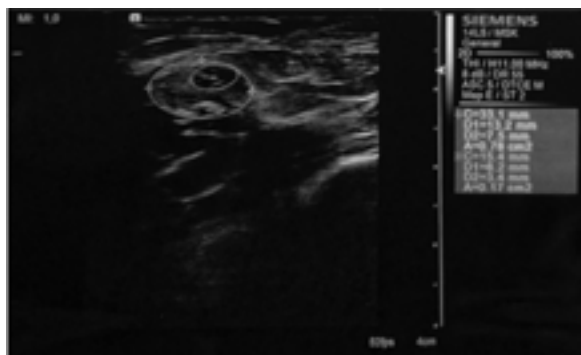


Рисунок 3. Поперечное сканирование локтевого нерва проксимально, где ткани нерва окружены опухолевыми тканями.

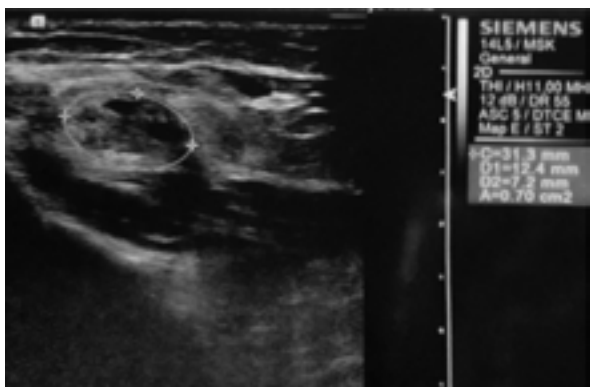


Рисунок 4. Опухолевая ткань диффузно проросла в ткань нерва.

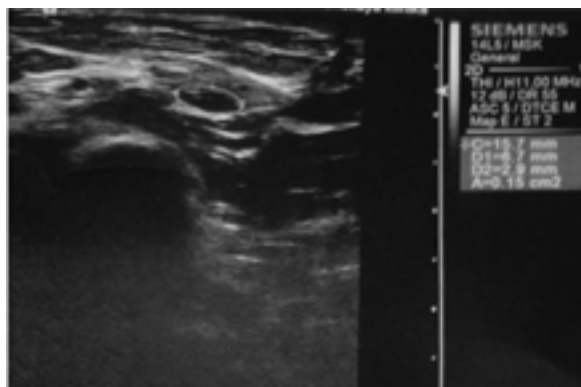


Рисунок 5. Локтевой нерв дистальнее новообразования.

С того же времени возобновились болевые ощущения в области кубитального канала слева. На МРТ области локтевого сустава от 23.02.2018 г. слева выявлены рубцовые изменения в области медиального надмышечка. Данных за продолженный рост нет. По данным ультразвукового сканирования локтевого нерва с 2-х сторон от 02.04.2018 г. слева в области проекции связки Осборна локтевой нерв сужен (ППС 8 мм²), компремирован гиперэхогенными (рубцовыми) тканями, выше и ниже нерв расширен; справа проксимальнее локтевого сустава нерв имеет ППС 10 мм², охвачен гипозоногенным образованием (ППС 42 мм²), которое было расценено как киста. При проведении ультразвукового сканирования нервов в динамике 01.08.2018 г. – гипозоногенное образование обрело гетерогенную неоднородную структуру, ППС нерва в этой точке при поперечном сканировании увеличилось до 58 мм².

Учитывая изменение структуры новообразования, увеличение размера и нарастание болевого синдрома, пациент был направлен для проведения повторного хирургического вмешательства. 31.08.2018 г. – операция декомпрессии и транспозиции правого локтевого нерва на уровне кубитального канала. Удаление опухоли не представлялось возможным так как невозможно было отделить ткань новообразования от ткани нерва, опухоль диффузно проросла в ткань нерва, что подтверждено данными УЗ сканирования от 25.10.2018 г. На всех уровнях локтевой нерв окружен гиперэхогенной рубцовой тканью.

Площадь поперечного сечения локтевого нерва в зоне новообразования нарастает, что говорит о продолжающемся росте опухоли. По данным электронейромиографии, наблюдается прогрессивное нарастание блока проведения по локтевому нерву в области кубитального канала справа.

Данный клинический случай интересен тем, что клиническая манифестация новообразований локтевых нервов происходила во время усиленных тренировок пациента по тяжелой атлетике (личный рекорд пациента в жиме штанги лежа – 300 кг).

Диагностированная компрессионно-ишемическая невропатия локтевого нерва в области кубитального канала послужила основанием для направления к нейрохирургу и проведение оперативного лечения. Во время операции выявлено новообразование.

Так же интересен тот факт, что справа опухоль вела себя на раннем этапе как ганглионарная киста, хотя гистологическое исследование показало наличие нейрофибромы. Это может объясняться тем, что по литературным данным, нейрофиброма при нейровизуализации (МРТ, УЗИ) выглядит как гипозоногенное образование, таким образом ее легко принять за кисту. Описания случаев трансформации ганглионарной кисты в опухоль в литературе не найдено.

Настораживает достаточно интенсивный рост опухоли справа, изменение ее УЗ-структуры и диффузное прорастание в ткани нерва.

Так же требуется уточнить, не является ли появление данных новообразований дебютом болезни Рикленгаузена. Пациенту планируется провести генетическое исследование.

Заключение

Таким образом, данный клинический случай продемонстрировал низкую настороженность неврологов (и нейрохирургов) относительно возможности новообразований периферических нервов, связанную с редкой распространенностью данной патологии. Кроме этого, описанный клинический случай подтвердил недостаточность ЭНМГ-обследования и целесообразность дополнительных методов нейровизуализации (УЗИ, МРТ) у пациентов с компрессионными невропатиями. ■

Широков Василий Афонасьевич (*Shirokov Vasily Afonasevich*) – д.м.н., профессор, руководитель НПО «Клиника неврологии» ФБУН «Екатеринбургский медицинский - научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора. **Ильина Елена Николаевна** (*Ilina Elena Nikolaevna*) – к.м.н., врач невролог высшей категории ООО «Преображенская Клиника». **Манащук Валерий Иванович** (*Manashchuk Valerii Ivanovich*) – врач нейрохирург высшей категории ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье». Автор, ответственный за переписку — Широков Василий Афонасьевич, 620014, г. Екатеринбург, ул. Попова, 30. Тел: +79120357882, e-mail: vashirokov@gmail.com

Литература:

1. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. М.: Медицина; 2000.
2. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Том 3. М.: «Медицина»; 2002.
3. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Л.: Медицина; 1965.
4. Weiss S.W., Goldblum J.R. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
5. Шелехова К.В. Опухоли с периневральной дифференцировкой. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Санкт-Петербург; 2010.
6. Peer S., Bodner G. High Resolution Sonography of the Peripheral Nervous System. Berlin: Springer; 2003.
7. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. М.: Медицина; 1989.
8. Ferner R.E., Hughes R.A., Hall S.M. et al. Neurofibromatous neuropathy in neurofibromatosis 1 (NF1). J. Med. Genet. 2004; 41(11): 837-41.
9. Simonovsky V. Peripheral nerve schwannoma preoperatively diagnosed by sonography: report of three cases and discussion. Eur. J. Radiol. 1997; 25(1): 47-51.
10. Салтыкова В.Г., Карпов И.Н., Никитина И.В., Шток А.В. Возможности ультразвукового исследования в диагностике опухолей периферических нервов. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2009; 3: 48-59.
11. Bianchi S., Martinoli C. Ultrasound of the Musculoskeletal System. Berlin: Heidelberg Springer Verlag; 2007.
12. Murphey M.D., Smith W.S., Smith S.E. et al. From the archives of the AFIP. Imaging of musculoskeletal neurogenic tumors: radiologic/pathologic correlation. Radiographics. 1999; 19(5): 1253-80.