

Азанова А.Н., Гвоздев П.Б.

Дизонтогенетическая опухоль полости Верге

ГБУЗ СО СООД Свердловский областной онкологический диспансер, отделение нейрохирургии № 1, г. Екатеринбург.

Azanova A.N., Dr. Gvozdev P.B.

Dizontogeneticheskyy tumor of the cavum Vergae

Резюме

Представлен редкий клинический случай холестеатомы полости Верге. Обсуждены сложности дифференциальной диагностики, особенности клинического течения и лечения заболевания. Опухоль больших размеров удалена межгемисферным транскаллезным доступом. Послеоперационных осложнений не было. Рецидив опухоли в течение 2 лет не наблюдался.

Ключевые слова: холестеатома, дизонтогенетическая опухоль, опухоль полости Верге

Summary

The paper presents a rare clinical case of the cholesteatoma of the cavum Vergae. They discuss difficulties in differential diagnosis and the specific features of the clinical course and treatment of the disease. The tumor of the large sizes is removed with mezhgemisferny transkallezny access. Postoperative complications were not found. Recurrence of the tumor wasn't observed within 2 years.

Key words: cholesteatoma, dizontogeneticheskyy tumor, tumor of the cavum Vergae

Введение

Дизонтогенетические опухоли возникают из смещенных в глубину островков зародышевой дермы и эпидермиса. Одной из таких опухолей является холестеатома. По классификации она относится к эпидермоидным опухолям (ВОЗ, 2007г.).

Холестеатома представляет собой кисту, стенкой которой является многослойный плоский ороговевающий эпителий, а содержимое - слущенные, кератинизировавшиеся клетки стенки, продукты их дегенерации и вода.

Холестеатомы головного мозга образуются в результате дистопии эпителия на III-V неделе внутриутробной жизни перед или во время смыкания нервной трубки и составляют около 1% всех первичных интракраниальных опухолей и 2% субтенториальных опухолей. [1,5,6,7]

Наиболее частая локализация холестеатом головного мозга - мосто-мозжечковый угол. Помимо этого, холестеатомы могут развиваться конвексимально, в костях основания черепа, желудочках мозга, мозжечке и стволе мозга. [6,7]

На фоне достаточно редкой встречаемости холестеатомы интракраниальной локализации, стоит отметить еще меньшую частоту возникновения данной опухоли в полости прозрачной перегородки, а именно полости Верге. Сама полость на 6-м месяце внутриутробного развития встречается в 100% случаев, у доношенных детей при рождении в 30%, при этом у взрослого населения в норме полость отсутствует. Возникновение кист и опухолей в полости прозрачной перегородки колеблется от 3 до 11% по данным разных авторов. [1,3,4,6]

Недостаточное количество исследований и наблюдений возникновения дизонтогенетической опухоли в полости Верге затрудняет достоверную оценку оперебельности больного на дооперационном этапе, обоснованное планирование операции, а также не позволяет предупредить послеоперационные осложнения. До настоящего времени асептический менингит остается характерным осложнением послеоперационного периода больных с холестеатомой головного мозга. Однако его можно избежать путем применения известных хирургических приемов при наличии достоверных диагностических данных на дооперационном этапе. [3,5,7]

Материалы и методы

Проанализирован клинический случай с холестеатомой полости Верге.

В нейрохирургический центр ГБУЗ СООД обратился пациент М., 27 лет, в 2012 году с жалобами на головную боль, тошноту, общую слабость, ухудшение зрения, нарастание слабости в левых конечностях.

Из анамнеза стало известно, что молодого человека беспокоили периодические головные боли до 2003 года в течение нескольких лет. При этом обследование не проводилось, у врачей не наблюдался.

В 2004 году во время прохождения срочной службы в рядах вооруженных сил произошло усиление головных болей, на фоне которых появились вялость, слабость, тошнота, иногда - рвота, головокружение, шаткость походки. Головная боль нарастала по утрам и после любой физической нагрузки.

В апреле 2005г пациент был госпитализирован для дообследования в окружной военный госпиталь, где впервые выполнена КТ головного мозга. На КТ выявлена узловая опухоль области правого бокового желудочка размером 43х53х50 мм с неравномерными участками обызвествления, окклюзионная гидроцефалия.

При неврологическом осмотре на момент госпитализации выявлены легкая асимметрия носогубных складок, повышение сухожильных рефлексов слева, адиадохокинез и мимопадание слева, при этом сила и тонус мышц были не нарушены.

В результате проведения эндоскопической биопсии 17.05.05г образования желудочка получено заключение: роговые массы с мелкими очагами обызвествления, больше данных за дизонтогенетическую опухоль.

На основании полученных данных пациенту 26.05.05г выполнен бивентрикулоцистерноанастомоз по Торкильдсену. В раннем послеоперационном периоде отмечено кратковременное резкое двухстороннее снижение зрения. В последующем произошло полное восстановление зрения, отмечен регресс общемозговой симптоматики: прекращение тошноты и рвоты. Постановлением военно-врачебной комиссии был признан негодным к военной службе и демобилизован.

До 2010 года пациент наблюдался у невролога, осуществлял МРТ-контроль образования головного мозга для оценки динамики.

Однако в октябре 2012г, при обращении в нейрохирургическое отделение ГБУЗ СООД, на контрольном МРТ-исследовании выявлено значительное прогрессирование процесса. На МРТ головного мозга: образование правого бокового желудочка размером 71х60х61 мм, дислокация срединных структур 17 мм, выраженная окклюзионная гидроцефалия с окклюзией на уровне отверстий Монро с двух сторон, при этом ножки мозга и пластинка четверохолмия значительно компримированы, а также деформирован 3 желудочек (рис. 1, 2, 3).

На момент осмотра у пациента имелась клиническая картина окклюзионной гидроцефалии, а также наблюдалось ухудшение зрения и нарастание слабости в левых конечностях.

Результаты и обсуждение

В результате осмотра в ГБУЗ СООД с учетом клиники заболевания, а также данных МРТ-исследования было принято решение о проведении оперативного лечения.

На основании представленных МРТ-снимков был выбран межгемисферный транскаллезный доступ спра-

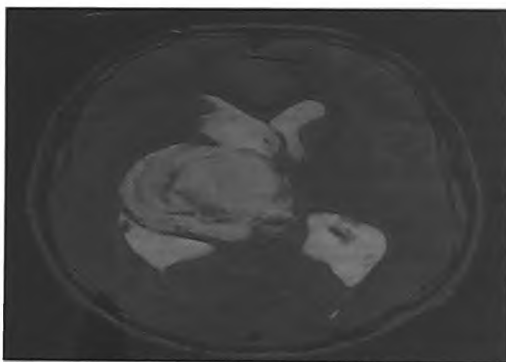


Рисунок 1 – МР томография в аксиальной проекции, T2 режим. Дизонтогенетическая опухоль между листками прозрачной перегородки.

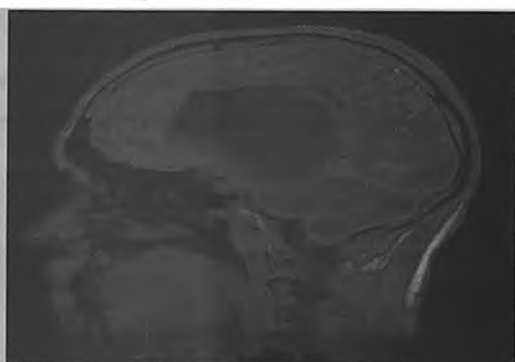


Рисунок 2 – МР томография в сагиттальной проекции, T1 режим. Дизонтогенетическая опухоль срединных структур.

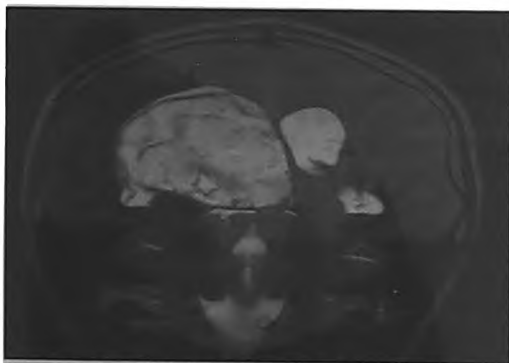


Рисунок 3 – МР томография во фронтальной проекции, T1 режим. Дизонтогенетическая опухоль между листками прозрачной перегородки.



Рисунок 4 – Интраоперационный вид полости удаленной опухоли. В дне раны видны остатки опухоли на стенках прозрачной перегородки.



Рисунок 5 – Контрольная МР томография в аксиальной проекции, T1 режим. Состояние после удаления опухоли.

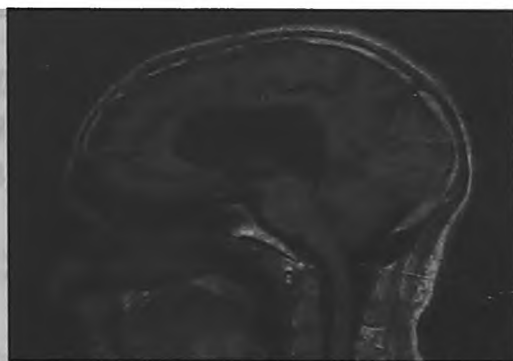


Рисунок 6 – Контрольная МР томография в сагиттальной проекции, T2 режим. Состояние после удаления опухоли.

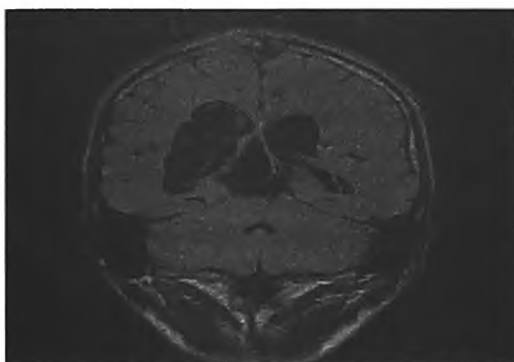


Рисунок 7 – Контрольная МР томография во фронтальной проекции, T1 режим. Состояние после удаления опухоли.

ва. После рассечения средней трети мозолистого тела на протяжении 20 мм визуализирована полость правого бокового желудочка, где обнаружена опухолевая масса, которая имела четкие границы и полностью заполняла диаметр желудочка, растягивая его. Опухоль была отделена от капсулы и удалена кускованием. Затем резецирована капсула с сохранением вен боковых желудочков. Образование анатомически располагалось в полости Верге, измененные стенки которой были его капсулой. Опухоль имела выраженный правосторонний рост с растяжением правой стенки полости Верге (рис. 4).

Гистологически была диагностирована холестеатома.

Послеоперационный период протекал спокойно, осложнений оперативного лечения не отмечалось. Катамнез заболевания составил 2 года, в течение которых рецидива и продолженного роста опухоли по данным МРТ не выявлено (рис. 4, 5, 6).

Клиническая картина холестеатомы была обусловлена в первую очередь локализацией опухоли, ее распространенностью и объемом.

Для холестеатом характерна относительно большая длительность анамнеза, в нашем случае составила около 11 лет. В среднем составляет 5,1 год, а колеблется от 0,5 года до 30 лет.[5,7]

Клиническая картина характеризовалась стертой неврологической симптоматикой, преобладало снижение и неполное выпадение функций пораженных опухолью структур. Симптомы внутричерепной гипертензии были выражены.

Выводы

1. Диагностика холестеатом головного мозга возможна только в результате комплексного клинического и нейровизуализационного исследования.

2. На основании данных магнитно-резонансной томографии имеется возможность диагностировать холестеатому головного мозга по особенностям МР-сигнала, отражающего химический состав опухоли.

3. Межгемисферный транскаллезный доступ вполне позволяет атравматично удалить образование бокового желудочка больших размеров без кортикотомии.■

Азанова А.Н. - ординатор-нейрохирург, кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО УГМУ «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург.; Гвоздев П.Б. - врач-нейрохирург, отделение нейрохирургии №1, ГБУЗ СО СООД Свердловской областной онкологический диспансер, доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО УГМУ «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург.; Автор, ответственный за ведение переписки - Гвоздев Павел Борисович, 620029, Россия, Екатеринбург, ул. Соболева 29, тел. (343) 356-14-73, E-mail: rb4747@yandex.ru

Литература:

1. Alandete S. P. G., Meseguer M. A., E. De la Via, Uceda D., Poyatos C. *Differential diagnosis of intracranial cystic lesions*, 2015.
2. Гайворонский А.И., Кондаков Е.Н., Свистов Д.В., Гуляев Д.А. *Оперативные доступы в нейрохирургии. Том 1. Голова. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015.*
3. Хернесниemi Ю., Лехечка М., Лааксо А., Кивелёв Ю.В. *Микронейрохирургия Хельсинки: Приемы и советы от профессора Хернесниemi. Санкт-Петербург: ООО «Б. Браун Медикал»; 2012.*
4. Swayam J.S., Sirisha B. *Cavum septi pellucidi and septum pellucidi*, 2009.
5. Sarwar M. *The Septum Pellucidum: Normal and Abnormal*, 2009.
6. E. Donauer, J. R. Moringlane, Chr B. Ostertag *Cavum vergae cyst as a cause of hydrocephalus*, 2003.
7. Sener R.N. *Septum pellucidum hamartomas in neurofibromatosis type 1. J. Neuroradiol 2000;27:19-23.*
8. Корниенко В. К., Махмудовым У. Б. *Диагностика холестеатом головного мозга. Вопросы нейрохирургии 1991; С. 14-18.*