

Случай гетеротопической оссификации

О.Г. Зимина, Н.В. Кочергина, Ю.Н. Соловьев,
З.И. Токарева, Р.И. Габунья, Н.В. Горлова

НИИ клинической онкологии Российского онкологического научного центра
им. Н.Н. Блохина РАМН

Гетеротопические оссификаты относятся к опухолеподобным процессам [1, 2] и характеризуются образованием участков атипичного костеобразования в мягких тканях. В ранней стадии образования оссификатов данный процесс дифференцируют с костеобразующими и хрящеобразующими опухолями. Важно и не всегда просто дифференцировать гетеротопические оссификаты с опухолями [3, 4].

Больная А., 17 лет, обратилась в РОНЦ РАМН с жалобами на боль и опухоль в области средней трети правого плеча. Из анамнеза известно, что за 2 мес до обращения к врачу после физической нагрузки появились боли в правом плече. Получала электрофорез, но без эффекта. 2 мес спустя в средней трети плеча появилась припухлость, в связи с чем обратилась к онкологу и была направлена в РОНЦ.

При осмотре в области средней трети правого плеча выявлена плотная, несмещаемая и болезненная опухоль 10 · 7 · 6 см без четких границ, с неизменной кожей над ней. Сгибание в локтевом суставе ограничено. Увеличения лимфатических узлов нет. На рентгенограмме спустя 2 мес от начала заболевания (рис. 1) в средней трети правой плечевой кости по медиальной поверхности обнаруживаются облаковидные оссификаты, широко прилежащие к кости. Имеется линейная периостальная реакция. Изменений костно-мозгового канала и коркового слоя нет. При повторной рентгенографии через 1 мес (рис. 2) отмечено нарастание уплотнения ранее описанного образования преимущественно по периферии. Изменения расценены как признаки паростальной остеосаркомы. При КТ (рис. 3) на медиальной поверхности средней трети правой плечевой кости обнаруживается узел костной плотности неправильной формы с полициклическими контурами, размерами 3,9 · 2,5 см, исходящий из надкостницы. Изменений костно-мозгового канала и магистральных сосудов нет. Заключение: периостальная остеосаркома. Спустя 4 мес после начала заболевания проведено радионуклидное исследование (рис. 4). В сред-

ней трети диафиза правой плечевой кости имеется очаг повышенного накопления радиофармпрепарата, преимущественно в виде внекостного компонента. Уровень накопления – 1927%. Заключение: картина, характерная для периостальной остеосаркомы.

При периферической артериографии установлено дугообразное смещение образованием плечевой артерии медиально на 1 см без изменений ее стенок (рис. 5а). Опухоль слабо васкуляризована, в капиллярную фазу в ней видна тонкая и беспорядочная сеть сосудов (рис. 5б). Заключение: слабо васкуляризованная мягкотканная опухоль средней трети правого плеча без видимой связи с плечевой артерией.



Рис. 1.



Рис. 2.

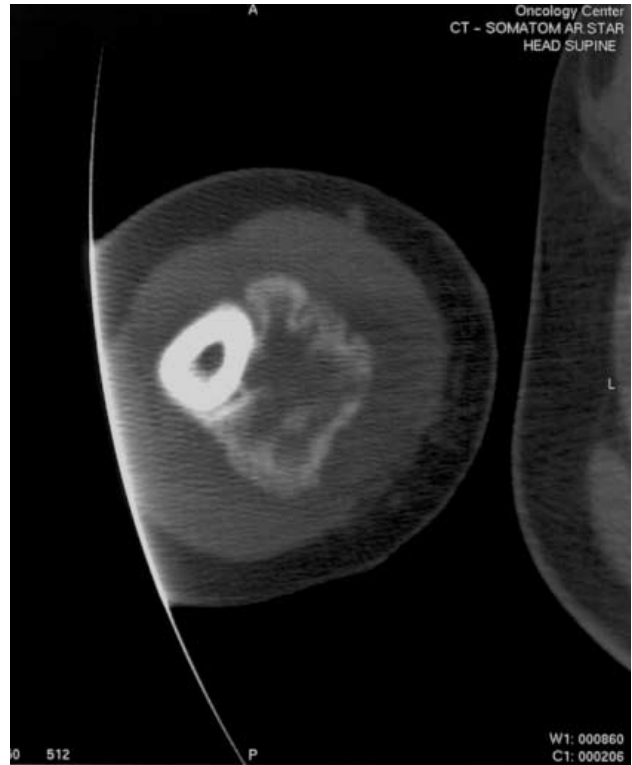


Рис. 3.

При цитологическом исследовании пункта образования данных за злокачественный процесс не получено. При гистологическом исследовании материала, взятого при открытой биопсии, обнаружены проявления атипичного остеогенеза на базе фибробластоподобного клеточного компонента. Окончательное заключение: гетеротопический очаг оссификации посттравматической природы. Произведено иссечение образования с краевой резекцией правой плечевой кости. Макроскопически образование имело вид губчатой структуры неправильной формы $6 \cdot 4 \cdot 3$ см костной плотности с участком желеобразной массы желто-красного цвета $3 \cdot 2 \cdot 2$ см в центре образования. Микроскопические данные соответствовали гетеротопическому оссификату.

При наблюдении в течение 6 мес после операции клинических и рентгенологических признаков рецидива заболевания не установлено (рис. 6).

Выделяют следующие формы гетеротопических оссификатов: оссифицирующий миозит и оссифицирующая гематома. Гетеротопические оссификаты встречаются преимущественно у лиц молодого возраста. Оссифицирующий миозит чаще всего бывает вызван травмой или поражением спинного мозга, заболевание также бывает врожденным. По распространенно-

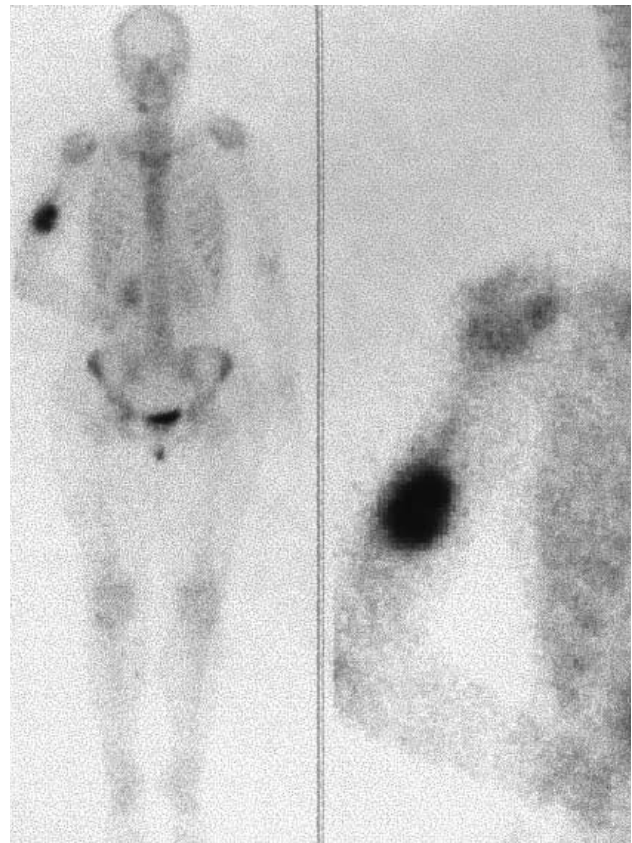


Рис. 4.

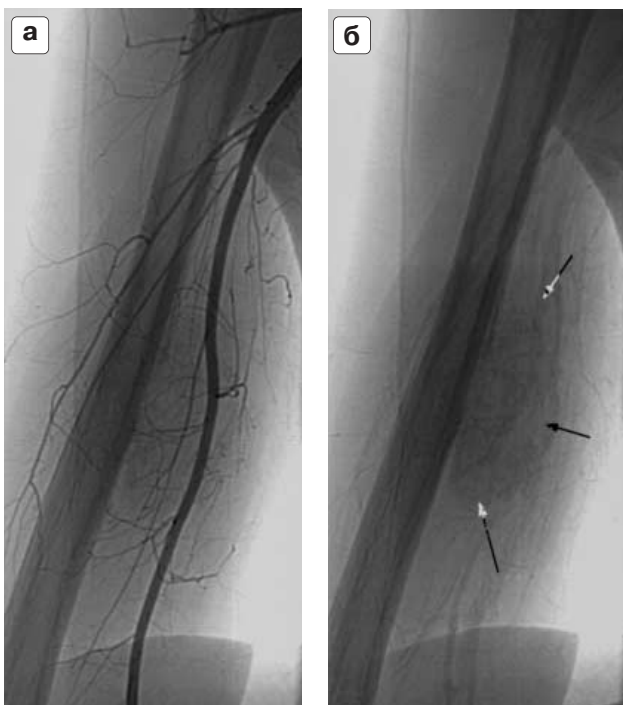


Рис. 5.



Рис. 6.

сти процесс делится на местный и генерализованный. Сложности дифференциальной диагностики вызывает локализованная форма. Для оссифицирующего миозита характерна

стадийность течения, связь с анамнестическими данными. Рентгенологически определяют оссификаты перистого характера, образование имеет форму пораженной мышцы [5].

Оссифицирующая гематома обычно бывает следствием травмы. Для заболевания характерна стадийность в виде нарастания клинических симптомов в течение 1–2 мес и постепенное их стихание, поэтому больные рано обращаются к врачу, как правило в течение первого месяца. Рентгенологически выявляют плотное образование, расположенное юкстакортикально, обызвествление которого идет от периферии к центру в первые 2–3 мес по мере пропитывания гематомы соединительной тканью и вращения в нее кровеносных сосудов. Кортикальный слой истончен, разволокнен или не изменен. Для образования характерны небольшие размеры. Может определяться отслоенная, бахромчатая или ассимилированная периостальная реакция. Изменений костномозгового канала не наблюдается. При радионуклидном исследовании скелета регистрируется умеренный уровень накопления РФП (в среднем 160%). При гистологическом исследовании обнаруживаются участки реактивного костеобразования, фокусы обызвествления, коллагеновые волокна, афункциональные костные балки. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с юкстакортикальной остеосаркомой и хондросаркомой, при которых больные поздно обращаются к врачу – в среднем через 6 мес после возникновения первых жалоб (опухоль или боли). Возраст заболевших, как правило, 20–40 лет. При радиологическом исследовании выявляется околокостно расположенное узловое образование с хлопьевидными, облаковидными или крапчатыми включениями, узлы, как правило, крупные, в среднем 10 см. Возможны сужение костно-мозгового канала, утолщение, деструкция коркового слоя с инвазией опухоли внутрь кости, периостальная реакция в виде спикул, отслоенного и/или ассимилированного периостоза. Для опухоли характерен симптом “светлой полоски” – линии просветления между опухолью и подлежащей костью, отражающей рентгенонегативную фиброзную ткань. Для гистологической картины характерно наличие участков саркоматозной ткани, патологического остеоида, пролиферирующих костных трабекул, по периферии могут встретиться фиброзный (веретенообразные клетки) и хрящевой компоненты. При радиосцинтиграфии накопление РФП в среднем составляет 660% [4].

