

Проблемы диагностики злокачественных шванном: случай из клинической практики

Павлова Н. Н.*, Макеева И. В.

ГУЗ Московский областной онкологический диспансер

Problems of diagnostics malignant shwannomas: the case from clinical practice

Pavlova N. N., Makeeva I. V.

State Health Care Institution Moscow Regional Cancer Center

Реферат

В статье рассмотрены методы постановки и подтверждения диагноза, а также общая клинко-рентгенологическая картина злокачественных новообразований средостения, в частности злокачественной шванномы.

Ключевые слова: педиатрия, онкология, рентгенодиагностика, компьютерная томография, средостение, злокачественные новообразования, нейрогенные опухоли, шванномы, медиастинальные опухоли.

Abstract

The article describes methods of establishing and confirmation of diagnosis, clinical and radiological signs of malignant neoplasm of mediastinum, in particular malignant schwannoma.

Keywords: pediatrics, oncology, X-ray diagnostics, computer tomography, mediastinum, malignant neoplasms, neurogenic tumors, shwannomas, mediastinal tumor.

Новые методы лечения на сегодняшний день позволяют значительно повысить детскую выживаемость при злокачественных новообразованиях. Разумеется, это при условии своевременного начато-го лечения в соответствии с диагнозом, подтвержденным морфологическими и клинко-рентгенологическими исследованиями. Особое значение вышеупомянутые условия приобретают при

дифференциальной диагностике злокачественных опухолей средостения, в частности при диагностике нейрогенных злокачественных опухолей, таких как злокачественные шванномы. Злокачественные нейрогенные опухоли способны развиваться из шванновских и из периневральных клеток, могут возникать первично или вследствие малигнизации нейрофибром. Нейрогенную природу

*Павлова Наталья Николаевна, врач-рентгенолог, ГУЗ Московский областной онкологический диспансер, отделение рентгенодиагностики: +7 (495) 521-58-01; почтовый адрес: 143900 Московская область, г. Балашиха, ул. Карбышева д.6.

первичного злокачественного образования можно лишь предположить при его локализации по ходу магистрального нерва. При этом лишь небольшой процент таких опухолей может иметь отчетливую связь с нервом.

В клинической картине злокачественных нейрогенных опухолей преобладают симптомы общей интоксикации. Следует отметить, что на ранних стадиях заболевания болевой синдром не характерен для злокачественных опухолей. Исключением являются опухоли костей и мозга – здесь опухоль ограничена в свободном пространстве, поэтому раньше появляется сдавление окружающих органов и, как следствие, боль. При возникновении болей в костях следует предполагать наличие метастазов. Очень часто новообразования средостения длительное время протекают бессимптомно, и их случайно обнаруживают при профилактическом рентгенологическом исследовании грудной клетки. Клинические проявления новообразований средостения состоят из симптомов сдавления или прорастания опухоли в соседние органы и ткани, общих проявлений заболевания, специфических симптомов, характерных для различных новообразований.

Шванномы (син.: невринома, невринома, неврилеммома) относятся к доброкачественным нейрогенным опухолям, исходящим из оболочек периферических нервных корешков, которые в редких случаях могут озлокачествляться. Злокачественные шванномы рецидивируют и метастазируют в регионарные лимфатические узлы и внутренние органы: легкие, печень, кости. До 50% детей имеют метастазы в течение 2 лет после установления диагноза. Опухоли менее 5 см без признаков инвазии имеют более благоприятный исход. В зави-

симости от распространенности опухолевого процесса различают следующие стадии заболевания: начальные, локализованные (I-II ст.) и распространенные (III-IV ст.).

Для злокачественных шванном средостения характерно длительное бессимптомное течение, медленный рост и медленное прогрессирование. Основными жалобами являются сухой навязчивый кашель и одышка, возникающие вследствие сдавления трахеи и крупных бронхов. Больные поступают в лечебные учреждения с клинической картиной пневмонии. Сдавление пищевода может вызывать дисфагию. На поздних стадиях развития новообразований возникают: общая слабость, повышение температуры тела, потливость, похудание, которые характерны для злокачественных опухолей. Проявление компрессионного синдрома в виде сдавления крупных венозных стволов, главным образом, верхней полой вены (синдром верхней полой вены) для злокачественных шванном средостения не является характерным. Типичной локализацией метастазирования медиастинальных злокачественных шванном у детей являются легкие, кости и головной мозг.

Для диагностики любых опухолей средостения важным диагностическим критерием является локализация образования. Для злокачественных шванном характерна локализация в задних отделах средостения, как правило, по ходу паравerteбральных каналов. Одним из основных методов исследования в диагностике объемных образований средостения является КТ органов грудной клетки с внутривенным болюсным контрастированием, которое по своей информативности уступает только МРТ. Компьютерная томография позволяет

на ранних стадиях выявлять наличие патологических образований, их размеры и локализацию, определять структуру образований и степень инвазии в окружающие ткани и органы.

На КТ неврогенные опухоли определяются в виде полукруглых или полуовальных однородных образований с ровным и четким наружным контуром, широким основанием прилежащих к позвоночнику и не отделяющихся от него ни в каких проекциях. Большие образования способны в результате давления узурировать позвонки и ребра. Злокачественные образования имеют неоднородную структуру, быстро растут, могут вызывать деструкцию прилежащих костных структур, могут быть васкуляризированными. Дифференциальную диагностику следует проводить с осумкованным плевритом, аневризмой аорты, туберкулезным натечником, лимфомами, злокачественной опухолью легкого (саркома).

В качестве иллюстрации к вышесказанному представим следующий клинический случай: мальчик 10 лет, впервые поступил в отделение детской онкологии с жалобами на сухой кашель, одышку и похудание. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течении 1,5 месяцев, когда появился сухой кашель, насморк, потеря веса. При обращении к врачу по месту жительства был выставлен диагноз «острый фарингит» и назначено симптоматическое лечение на дому – без эффекта.

При повторном обращении к врачу, из-за ухудшения общего состояния ребенок был госпитализирован. По данным рентгенографии органов грудной клетки выявлено объемное образование средостения, затем пациент направлен на дообследование и лечение.

Нарентгенограммахитомограммахорганов грудной клетки в МООД (рис.1) – в проекции заднего средостения справа определяется тень дополнительного узлового образования с неровными недостаточно четкими контурами, распространяющегося на правое легкое. В правой плевральной полости определяется жидкость с затеканием по костальной плевре.

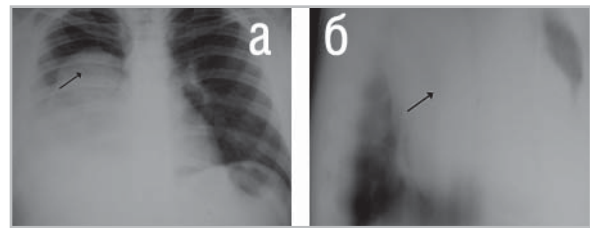


Рис. 1. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции (А) и томограмме в боковой проекции (Б) определяется дополнительное узловое образование (стрелки), жидкость в правой плевральной полости.

При компьютерной томографии органов грудной клетки (рис. 2) в правом легком определяется образование мягкой плотности, неоднородной структуры, частично заключенное в капсулу, имеющее жидкостной компонент и интимно прилежащее к правым отделам сердца. Опухоль прорастает в правую долю печени и структуры правого корня. В правой плевральной полости определяется жидкость. В динамике, через три месяца от начала лечения, на фоне проводимой химиотерапии, отмечается сокращение размеров дополнительного образования в проекции правого легкого с появлением участков кальцинации в опухоли.

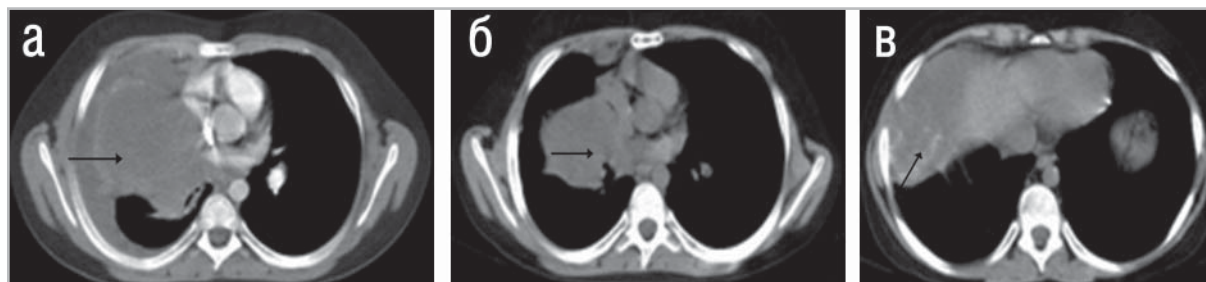


Рис. 2. На компьютерных томограммах органов грудной клетки (А) в правом легком определяется образование мягкойтканной плотности, неоднородной структуры; на компьютерных томограммах спустя 1мес. (Б) выявляется сокращение размеров образования и появление участков кальцинации (В) в структуре опухоли (стрелки).

На данном фоне у ребенка начинает отмечаться неврологическая симптоматика в виде судорожного синдрома на фоне головной боли.

При КТ исследовании головного мозга (рис. 3) — в левой теменно-затылочной области определяется повышенной плотности образование с неровными контурами, с резко выраженным отеком по периферии и смещением срединных структур головного мозга.

В динамике с 21.09.09г. по 20.11.09г. размеры очагового образования в левой теменно-затылочной области увеличились.

По данным тонкоигольной биопсии образования средостения выставлен диагноз: злокачественная шваннома средостения, III стадия.

Учитывая гистологический вариант опухоли, распространенность процесса, прогрессирование метастазов в головном мозге больной был признан инкурабельным и направлен в Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития челюстно-лицевой области и врожденными заболеваниями

нервной системы для проведения паллиативной терапии.

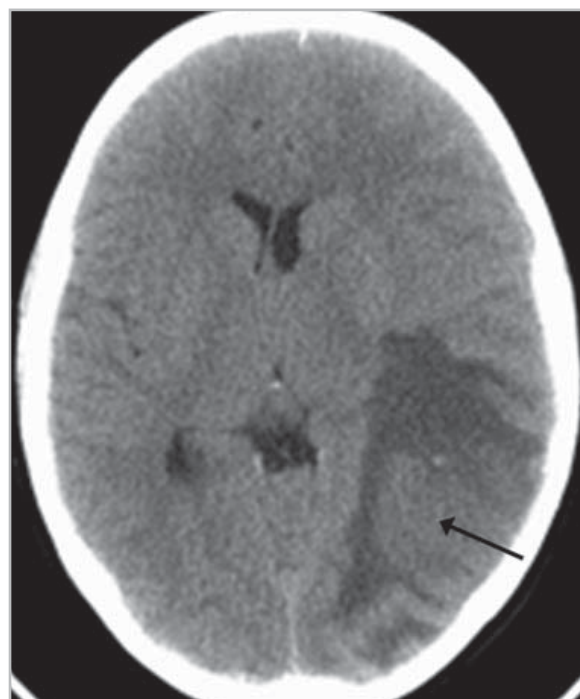


Рис. 3. На компьютерных томограммах головного мозга определяется метастаз (стрелка) в теменно-затылочной области слева с перифокальным отеком и смещением срединных структур.