

Г. Г. МУЗЛАЕВ¹, Г. А. ГЕРАСИМЕНКО¹, Н. В. ЗАБОЛОТСКИХ¹,
Г. И. КОВАЛЕВ², Л. В. ШАГАЛ¹, И. С. БЛУМЕНАУ², З. М. ДЖИДЖИХИЯ²

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии с курсом нервных болезней
и нейрохирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +7 (861) 252-85-82. E-mail: shagallv@mail.ru;
²нейрохирургическое отделение № 1 ГБУЗ Краснодарской краевой клинической больницы № 1
имени профессора С. В. Очаповского МЗ КК,
Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167; тел. 8-960-48-66-099. E-mail: shagallv@mail.ru

Представлен клинический пример нейрохирургического лечения менинготелиальной менингиомы левой височной области с последующим возникновением, через 2 года, в том же полушарии олигоастроцитомы, верифицированной с помощью магнитно-резонансной томографии и позитронно-эмиссионной томографии головного мозга.

Ключевые слова: менинготелиальная менингиома, олигоастроцитома.

G. G. MUZLAEV¹, G. A. GERASIMENKO¹, N. V. ZABOLOTSKYH¹, G. I. KOVALEV²,
L. V. SHAGAL¹, I. S. BLUMENAU², Z. M. GIGIKHIA²

THE COMBINATION OF BRAIN TUMOURS WITH DIFFERENT HISTOLOGICAL STRUCTURE

¹Department of neurology and neurosurgery with a course of neurology and neurosurgery
FPC and PPS GBOU VPO Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4; tel. +7 (861) 252-85-82. E-mail: shagallv@mail.ru;
²neurosurgical department № 1 GBUZ Krasnodar regional hospital № 1 named by professor S. V. Ochapovsky,
Russia, 350086, Krasnodar, 1st May str., 167; tel. 8-960-48-66-099. E-mail: shagallv@mail.ru

We report a case of meningioma in the left temporal lobe which was successfully treated in our clinic. However, two years later the new tumor was grown in the same temporal lobe. MRI and PET scan demonstrated the oligoastrocytoma of the medial temporal lobe.

Key words: meningioma, oligoastrocytoma.

По литературным данным, менингиома является второй по частоте среди первичных опухолей головного мозга [2, 3, 4, 5, 6]. Характерным манифестным синдромом являются судорожные припадки при отсутствии или минимальной выраженности очаговых выпадений [3, 5]. Имеются сообщения об атипичном течении менингиом. Проявления заболевания могут напоминать клиническую картину злокачественных глиальных опухолей [5]. В литературе приводится очень мало сообщений о возникновении в заинтересованном ранее полушарии опухоли другой патогистологической структуры [1]. Представленный клинический случай указывает на возможность развития злокачественной олигоастроцитомы той же локализации через 2 года после удаления менинготелиальной менингиомы.

Клинический случай. Пациентка С., 33 года, считает себя больной с 10.06.2010, когда впервые развился генерализованный судорожный припадок с вегетативно-висцеральной аурой. Приступ повторился через 6 часов. Обратилась к неврологу, выполнена компью-

терная томография (КТ) головного мозга, выявившая опухоль левой теменной области (рис. 1).

При первичном осмотре: в сознании, контактна, адекватна. Фон настроения снижен. Зрачки D=S, фотореакции живые. Горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом, усиливающийся при взгляде вправо. Сглажена правая носогубная складка. Глоточный, небные рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Мышечная сила, тонус в норме. Сухожильные рефлексы без убедительной разницы. Чувствительность сохранена. Лёгкий адиадохокинез справа. Интенция при выполнении пальце-носовой и коленно-пяточной проб справа. Неустойчива в позе Ромберга.

Больная была госпитализирована в нейрохирургическое отделение № 1 ГБУЗ ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского. 21.06.2010 выполнена операция: костно-пластическая трепанация, тотальное удаление опухоли левой теменной области. Патогистологическое заключение от 23.06.2010 № 42683-86: менинготелиальная менингиома.

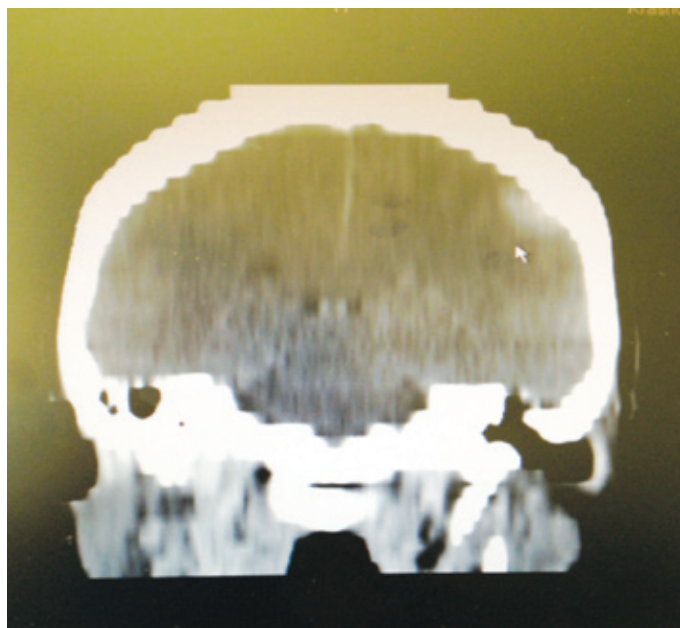


Рис. 1. КТ головного мозга от 10.06.2010 г. Заключение: опухоль левой теменной области

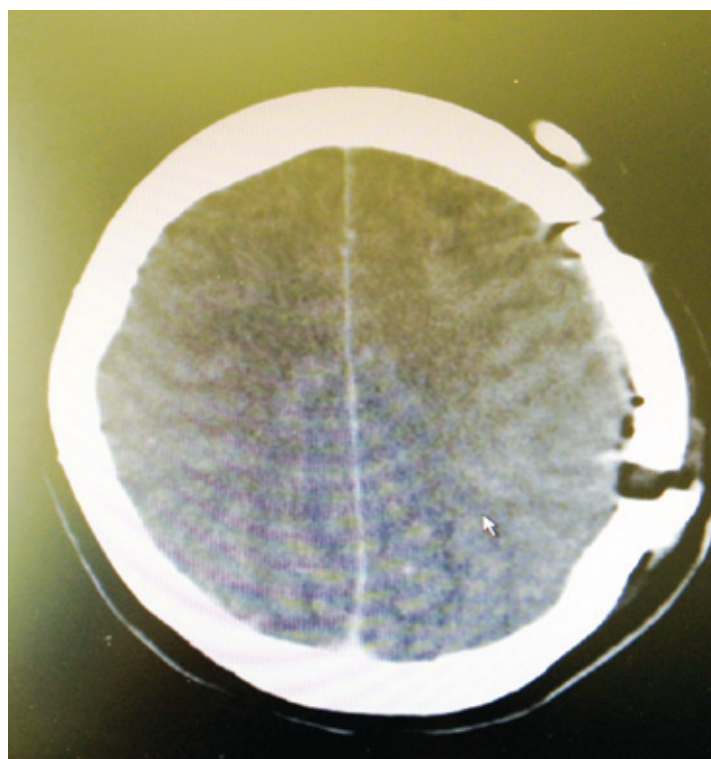


Рис. 2. КТ головного мозга от 22.06.2010 г. Заключение: состояние КПТ в левой теменной области после удаления опухоли левой височной области

Послеоперационный период протекал гладко. На КТ головного мозга от 22.06.2010 состояние после костно-пластической трепанации (КПТ) в левой теменной области, удаления опухоли левой височной области (рис. 2).

30.06.2010 были сняты швы, заживление первичным натяжением. 01.07.2010 пациентка была выписана под наблюдение невролога по месту жительства. Рекомендована противосудорожная терапия: депакин-хроно 1000 мг/сут.

Ухудшение в состоянии наступило через 2 года, когда участились и стали ежедневными эпилептические припадки. Изменился их характер: появились

клонические подергивания в правых конечностях с последующей утратой сознания с генерализованными тонико-клоническими судорогами и постиктальной сонливостью. Также появились фокальные приступы «уже виденного», обонятельные и вкусовые галлюцинации, приступы головной боли, расстройство памяти. Проводилась противоэпилептическая терапия финлепсином 1200 мг/сут. и депакином-хроно 1500 мг/сут. без эффекта. В связи с ухудшением состояния была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга от 22.08.2012, выявлена опухоль медиальных отделов левой височной доли (рис. 3).

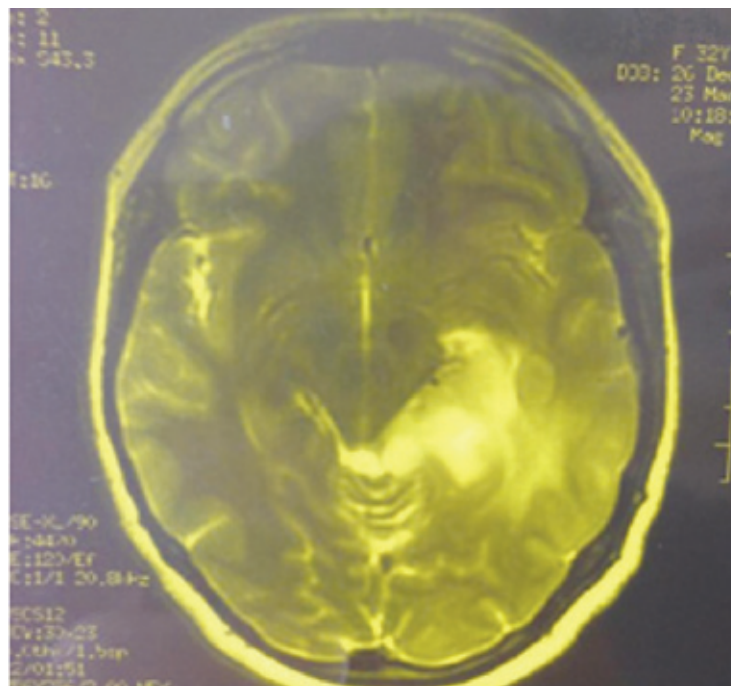


Рис. 3. МРТ головного мозга от 22.08.2012 г. Заключение: опухоль медиальных отделов левой височной доли

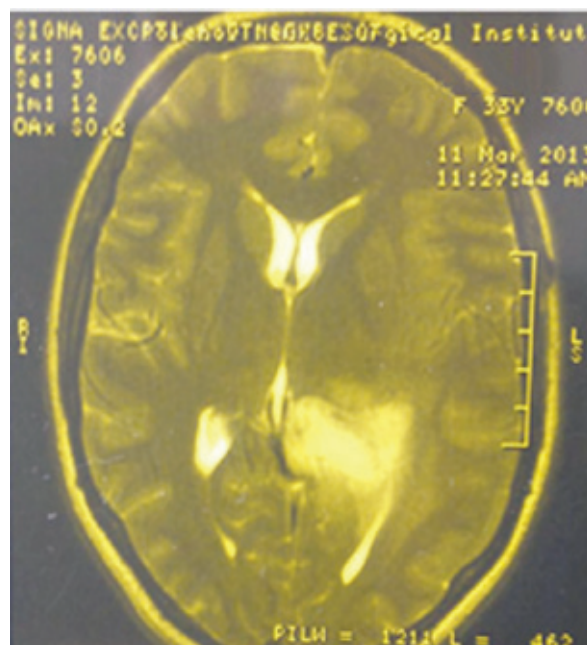


Рис. 4. МРТ от 11.03.2013 г. Заключение: опухоль медиальных отделов левой височной доли

Пациентка была направлена в Российский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова для обследования и оперативного лечения. Госпитализирована в отделение хирургии головного и спинного мозга 04.03.2013.

Объективно при поступлении: в месте и времени ориентирована правильно. Обоняние не нарушено. Зрачки S=D, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Глазные щели симметричны. Горизонтальный нистагм при взгляде вправо. Сглажена правая носогубная складка. Глоточный и небный рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Мышечная сила, тонус в норме. Сухожильные рефлексы живые, без асимметрии. Патологических рефлексов нет.

Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива. Электроэнцефалография (ЭЭГ) от 06.03.2013: эпилептическая активность в левой лобно-височной области с явлениями генерализации эпилептической активности после гипервентиляции. На МРТ головного мозга от 11.03.2013 была подтверждена опухоль медиальных отделов левой височной доли.

15 марта 2013 г. выполнена позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) головного мозга с исследованием метаболизма метионина [^{11}C] (рис. 5).

21.03.2013 г. выполнена операция: повторная КРТ теменно-височной области слева, микрохирургическое частичное удаление опухоли под контролем ультразвуковой навигации.

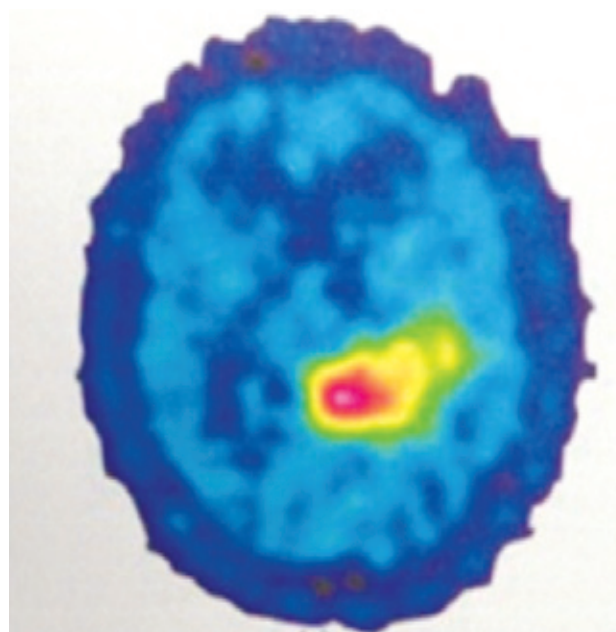
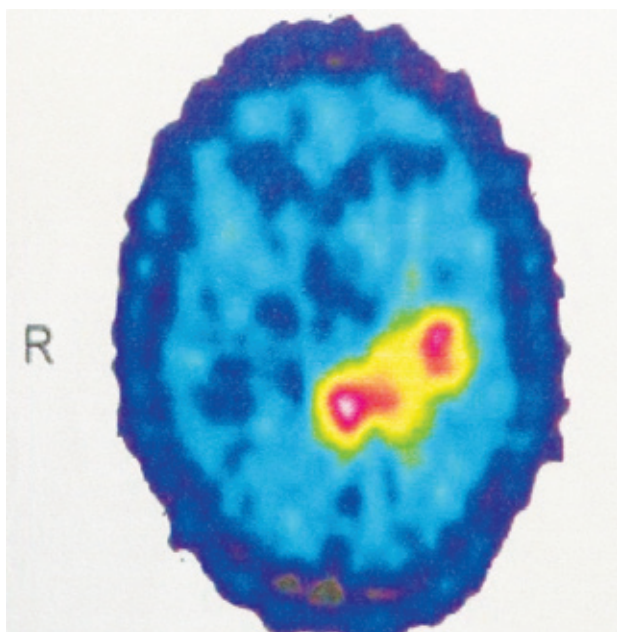


Рис. 5. ПЭТ головного мозга от 15.03.2013 г. Заключение: опухоль левой височной доли с вращением в мозолистое тело

Патогистологическое заключение от 21.03.2013 № 3601-12/13: олигоастроцитома с умеренным повышением индекса пролиферативной активности (ИПА по KJ 67,4%).

Заключительный клинический диагноз: олигоастроцитома глубоких отделов левой височной доли. Состояние после КПТ в левой теменной области, удаления менингиомы левой теменной доли от 21.06.2010. Симптоматическая эпилепсия. Состояние после повторной КПТ в левой височно-теменно-затылочной области, микрохирургического частичного удаления опухоли от 21.03.2013.

Рекомендовано: курсы лучевой терапии, химиотерапии, противосудорожной терапии. ЭЭГ, МРТ головного мозга каждые 3 месяца.

Обсуждение

В приведенном случае имело место возникновение олигоастроцитомы через 2 года после первичного удаления менинготелиальной менингиомы с заинтересованностью той же гемисферы. Особенностью данного наблюдения является проявление обеих опухолей полиморфными эпилептическими припадками, что затруднило своевременное выявление олигоастроцитомы. Большое значение в установке правильного диагноза имели МРТ и ПЭТ головного мозга, что позволило выработать тактику оперативного вмешательства, а в дальнейшем рекомендовать курсы лучевой терапии и химиотерапии.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Возможно сочетание опухолей головного мозга разной патогистологической структуры в той же гемисфере головного мозга.

2. Клиническая картина обеих опухолей может быть сходной в связи с заинтересованностью близких по локализации нервных центров.

3. Идентичная для обеих опухолей клиническая картина затруднила выявление олигоастроцитомы

и требовала дифференциальной диагностики с продолженным ростом менинготелиальной менингиомы. Дифференциальный диагноз проводился с помощью МРТ и ПЭТ головного мозга.

4. Заключительный диагноз был поставлен только по результатам патогистологического исследования.

5. Выявление опухоли другой патогистологической структуры повлияло на тактику лечения и потребовало проведения комбинированной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольбин Д. А., Черякаев В. А., Шишкина А. В., Никулина Л. Н. Кистозная менингиома крыльев основной кости, симулирующая астроцитарную глиому // Ж. «Вопросы нейрохирургии». – 2011. – № 2. – С. 68–71.
2. Камалова Г. М. Неврологическая диагностика менингиом полушарий большого мозга // Сборник «Хирургия внутричерепных экстрацеребральных опухолей» / Под ред. Г. С. Тиглиева, В. Е. Олюшина. – СПб, 1997. – С. 59–77.
3. Рябуха Н. П., Залеская А. Г., Лещинский В. И., Мусихин В. Н. Химиотерапия опухолей головного мозга оболочечно-сосудистого (мезенхимного) ряда // Сборник «Хирургия внутричерепных экстрацеребральных опухолей» / Под ред. Г. С. Тиглиева, В. Е. Олюшина. – СПб, 1997. – С. 193–197.
4. Самойлов В. И. Варианты дебюта и развития клинических проявлений опухолей головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии. – 1986. – № 5. – С. 676–679.
5. Самойлов В. И. Особенности клиники дебюта менингиом головного мозга // Сборник «Хирургия внутричерепных экстрацеребральных опухолей» / Под ред. Г. С. Тиглиева, В. Е. Олюшина. – СПб, 1997. – С. 55–59.
6. Тиглиев Г. С., Чернов М. Ф. Клиника, диагностика и лечение базальных менингиом с супрасубтенториальным распространением // Сборник «Хирургия внутричерепных экстрацеребральных опухолей» / Под ред. Г. С. Тиглиева, В. Е. Олюшина. – СПб, 1997. – С. 146–165.

Поступила 14.02.2014