

Смолянка В. І., Смолянка А. В., Гаврилів Т. С.

Хірургічне лікування дермоїдних та епідермоїдних пухлин центральної нервової системи

Ужгородський національний університет,
Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології
Ужгород, Україна
+380 312 614733
vsmolanka@gmail.com

Епідермоїдні та дермоїдні кісти ЦНС відносяться до вроджених доброякісних пухлин, які виникають внаслідок міграції ектодермального листку в процесі ембріогенезу. Разом вони складають 1 – 1.5% від всіх пухлин головного мозку. Епідермоїдні кісти складаються виключно із шарів зроговілого епітелію та локалізуються латерально (сільвієва щілина, мосто-мозочковий кут (ММК)). Дермоїдні кісти, крім зроговілого епітелію, також містять в собі волосяні фолікули та сальні залози. На відміну від епідермоїдів, вони розміщуються по середній лінії (супраселлярно, IV шлуночок).

Мета. Встановити особливості клінічного перебігу і результати хірургічного лікування дермоїдних та епідермоїдних кіст в залежності від їх локалізації.

Матеріали і методи. Вивчено історії хвороб та відстежено катамнез (тривалістю від 1 до 4 років) 14 пацієнтів (4 – дермоїдна кіста, 10 – епідермоїдна кіста), які були прооперовані в нашій клініці з 2007 по 2010 роки. Локалізація епідермоїдів: мосто-мозочковий кут – 5 хворих, сільвієва щілина – 3 пацієнта, тім'яна доля та спинний мозок – по 1 хворому. Локалізація дермоїдів: супраселлярно – 3 пацієнта, IV шлуночок – 1 хворий. Розподіл пацієнтів по статі і віку: 7 пацієнтів чоловічої статі та 7 – жіночої статі; середній вік хворих складав 30,1 років.

Результати і їх обговорення. В клінічній картині у 6 пацієнтів домінував вогнищевий неврологічний дефіцит (парези кінцівок, дисфункція черепно-мозкових нервів), у 5 пацієнтів – судомний синдром, у 3 пацієнтів – гідроцефально-оклюзійний синдром. Вогнищевий дефіцит переважав у 3 хворих з епідермоїдною кістою ММК, 2 – з супраселлярною епідермоїдною кістою, та в пацієнта з інтраспінальним епідермоїдом. Судомний синдром спостерігався у всіх пацієнтів з епідермоїдами сільвієвої щілини, у хворого з епідермоїдом тім'яної доли та в 1 пацієнта з супраселлярною дермоїдною кістою. Гідроцефально-оклюзійний синдром домінував в клінічній картині у 2 пацієнтів з епідермоїдами ММК та у пацієнтки з дермоїдною кістою IV шлуночка.

11 хворим було виконано тотальне видалення дермоїдних та епідермоїдних кіст, що було підтверджено контрольними МРТ, у 3 залишено незначну ділянку капсули пухлини, тісно зв'язану з однією з великих судин мозку (середньою мозковою артерією, базилярною артерією, задньою мозковою артерією). 13 з 14 хворих (92.8%) відмітили покращення одразу після оперативного втручання. У 1 хворої з епідермоїдною кістою ММК після операції поглибився неврологічний дефіцит та нарів оклюзійно-гідроцефальний синдром. Після вентрикуло-перитонеального шунтування та реабілітаційного періоду її стан покращився, порівняно з доопераційним. На даний момент всі оперовані почувають себе задовільно, без неврологічного дефіциту. Рецидивів не відмічено.

Висновки. Єдиним ефективним методом лікування епідермоїдних та дермоїдних пухлин залишається хірургічне видалення. Ретельне мікрохірургічне видалення цих новоутворень дозволяє досягнути задовільних результатів та тривалої ремісії захворювання.