

Діагностична значимість та безпечність рамкової стереотаксичної біопсії

Смолянка А.В.¹, Малишева Т.А.², Смолянка В.І.¹

¹ Ужгородський обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, Ужгород, Україна

² Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Вступ. Стереотаксична біопсія дозволяє встановити гістологічний тип неоперабельних внутрішньомозкових об'ємних утворів, що є вирішальним для вишення тактики подальшого лікування. Рамковий метод є традиційним методом виконання стереотаксичної біопсії. Протягом останніх 10 років великої популярності набув безрамковий метод, однак він має певні недоліки, серед яких висока вартість та менша діагностична значимість.

Мета роботи: оцінити діагностичну значимість та безпечність рамкового методу стереотаксичної біопсії.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано медичну документацію 56 пацієнтів з неоперабельними супратенторіальними об'ємними утвореннями головного мозку, яким була виконана стереотаксична біопсія в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології (м. Ужгород) з січня 2009 року по січень 2013 року. Середній вік пацієнтів складав 47,6 років. 35 (62.5%) пацієнтів були жіночої статі, 21 (37.5%) – чоловічої.

Об'ємні утворення вважалися неоперабельними через їхню локалізацію в глибинних відділах головного мозку (базальні ганглії, таламус, внутрішня капсула) або мозолистому тілі, при множинному ураженні головного мозку та при поширенні процесу на функціонально важливу зону кори головного мозку. Всім пацієнтам біопсія виконувалась за допомогою стереотаксичної рамки ELEKTAFrameG під КТ-навігацією.

Результати та їх обговорення. Ми отримали наступні гістологічні результати: гліобластома (WHO Grade IV) – 25 випадків (44.6%), анапластична астроцитомма (WHO Grade III) – 6 випадків (10.7%), анапластична олігодендрогліома (WHO Grade III) – 3 випадки (5.4%), олігодендрогліома (WHO Grade II) – 4 випадки (7.1%), дифузна астроцитомма (WHO Grade II) – 4 випадки (7.1%), метастази – 4 випадки (7.1%), лімфома – 3 випадки (5.4%), запалення – 3 випадки (5.4%). У 4 випадках (7.1%) гістологічний результат був не інформативний, але у 3 випадках за допомогою опосередкованих гістологічних ознак, даних нейровізуалізації та характерного клінічного перебігу вдалося встановити діагноз – демієлінізація у 2 випадках (3.6%) та постпроменевий некроз у 1 випадку (1.8%).

Більшість об'ємних утворень представляють гліальні пухлини (42 пацієнта, 75%). Серед них 25 пацієнтів (44.6%) з пухлинами IV ступеня злоякісності, 9 пацієнтів (16.1%) з пухлинами III ступеня злоякісності та 8 пацієнтів (14.2%) з пухлинами II ступеня злоякісності. В нашій серії ми отримали 4 не інформативні результати (7.1%), отже діагностична значимість становить 92.9%.

Всім пацієнтам виконувався КТ-контроль на наступну добу. У 2 пацієнтів (3.6%) відмічався крововилив в ділянці біопсії, але в обох випадках він був асимптомний. У 1 пацієнтки (1.8%) відмічалась інфекційні ускладнення післяопераційної рани. Слід відмітити, що у пацієнтки мав місце набутий імунodefіцит (ВІЛ-інфікована).

Висновки. Рамкова стереотаксична біопсія є безпечним методом, що має високу діагностичну значимість.

Об'ємні утворення стовбуру мозку: чи можна їх видалити радикально та безпечно?

Смолянка В. І., Смолянка А. В.

Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології (м. Ужгород)

Мета роботи: оцінити безпечність та радикальність мікрохірургічного видалення об'ємних утворень стовбура головного мозку.

Матеріали та методи.

Ретроспективно проаналізовано медичну документацію 40 пацієнтів з об'ємними утвореннями стовбура головного мозку, прооперованих в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології (м. Ужгород) за останні 5 років (з квітня 2008 року по квітень 2013 року). З них 19 (47.5%) – жіночої статі, 21 (52.5%) – чоловічої. Всі пацієнти оцінювались неврологічно на момент поступлення та на момент виписки.

Результати та їх обговорення.

У всіх пацієнтів об'ємний утвір проявлявся загальномоозковою та вогнищевою симптоматикою. У 21 пацієнтів об'ємний утвір знаходився виключно інтрамедулярно: середній мозок – 6 пацієнтів, понто-мезенцефальний перехід – 2 пацієнта, міст – 5 пацієнтів, понто-медулярний перехід – 5 пацієнтів, довгастий мозок – 3 пацієнта. У 19 пацієнтів пухлина поширювалась в порожнину IV шлуночка. У всіх випадках виконувалось мікрохірургічне видалення об'ємного утворення, через безпечні зони входу в стовбур головного мозку. Застосовувались наступні хірургічні доступи: серединний субокципітальний доступ – у 28 випадках (70%), субтемпоральний доступ – 5 випадків (12.5%), ретросигмоїдний доступ – 5 випадків (12.5%), птеріональний та супрацеребеллярний доступи – по 1 випадку (по 2.5%). 36 пацієнтам (90%) було виконано тотальну резекцію вогнища, а 4 (10%) – субтотальну. 9 пацієнтів (22.5%) потребували вентрикуло-перитонеальне шунтування в періопераційному періоді. 36 пацієнтів (90%) покращились або не погіршилися на момент виписки. У 4 пацієнтів (10%) на момент виписки було зафіксовано новий неврологічний дефіцит. Летальних випадків не було зафіксовано.

Гістологічні результати: кавернома – 13 пацієнтів (32.5%), епендимомма – 13 пацієнтів (32.5%), медуллобластома з інвазією стовбура головного мозку – 4 пацієнта (10%), гліома стовбура – 4 пацієнта (10%), папіллома судинного сплетення – 2 пацієнта (5%), метастаз – 2 пацієнта (5%), гермінама та дермоїд – по 1 випадку (по 2.5%).

Висновки. Об'ємні утворення стовбура головного можна видалити радикально та безпечно використовуючи оптимальний хірургічний доступ та ретельну мікрохірургічну техніку.