

Ф. А. ХЕРОБЯН

О САРКОМЕ ЮИНГА ЛОБКОВОЙ КОСТИ

Среди злокачественных опухолей кости, по данным большинства авторов, саркома Юинга составляет около 10%. Если иметь в виду, что первичные саркомы кости вообще встречаются нечасто, то станут понятными весьма скудные статистические данные о поражаемости отдельных костей скелета опухолью Юинга. Нижесказанное свидетельствует о большой редкости поражения лобковой кости.

Из 161 наблюдения опухолей Юинга Гешихтер и Коупленд [4] отмечают только два случая первичной локализации опухоли в лобковой кости, Шерман и Сун [8] из 11 наблюдений отмечают 3 случая, Коли с соавторами [3] из 91 наблюдения—4, Шевченко и Баран [1] из 63—только 2, Десджердинс и соавторы [7] из 52—один, Стоут [9] из 42—тоже один случай.

Другие авторы [2, 6], анализируя материал саркомы Юинга по локализациям, приводят общее число наблюдений для всех костей таза из 222—43 [2] и соответственно из 165—27 [6].

Гратц [5] приводит подробное описание одного наблюдения опухоли Юинга лобковой кости с секционными данными.

Таким образом, в специальной литературе нами отмечено всего 14 наблюдений опухоли Юинга лобковой кости, что составляет 2,5% общего числа наблюдений указанных выше авторов. Из 96 наших наблюдений опухоли Юинга и первичной ретикулосаркомы кости опухолей с первичной локализацией в лобковой кости было всего 5, из них 4 у мужчин и одна у женщины. Больные были в возрасте 15, 16, 17 лет и в двух случаях — 21 года.

Работ, посвященных обсуждению вопросов опухоли Юинга и ретикулосаркомы такой локализации, в доступной нам мировой литературе мы не нашли. Отмеченная выше статья Гратца [5] носит характер казуистического описания. Впервые нами делается попытка обобщить клинко-рентгенологические данные саркомы Юинга этой локализации.

Критерием правильности диагноза для нас служили клинко-рентгенологические наблюдения, биологическая радиочувствительность, развитие болезни с отличительным характером метастазирования и исход болезни, а в двух случаях диагноз был подтвержден также гистологическим и цитологическим исследованиями (в одном случае микроскопическая картина больше походила на ретикулосаркому).

Рентгенологическая картина у 4 больных в своих проявлениях почти одинаковая. Рентгенологическая симптоматология при этом складыва-

лась главным образом из мелких очагов деструкции, расслоения кортика-
лиса, периостальных наслоений и наличия большого мягкотканного ком-
понента.

Во всех указанных случаях патологическим процессом были охваче-
ны в основном горизонтальная или верхняя ветвь лобковой кости и при-
лежащий отдел тела этой кости. Первоначально изменения проявля-
лись в виде мелкоочаговой деструкции. Процесс начался в центральной
части кости по ходу костно-мозгового канала. Заметного вздутия или на-

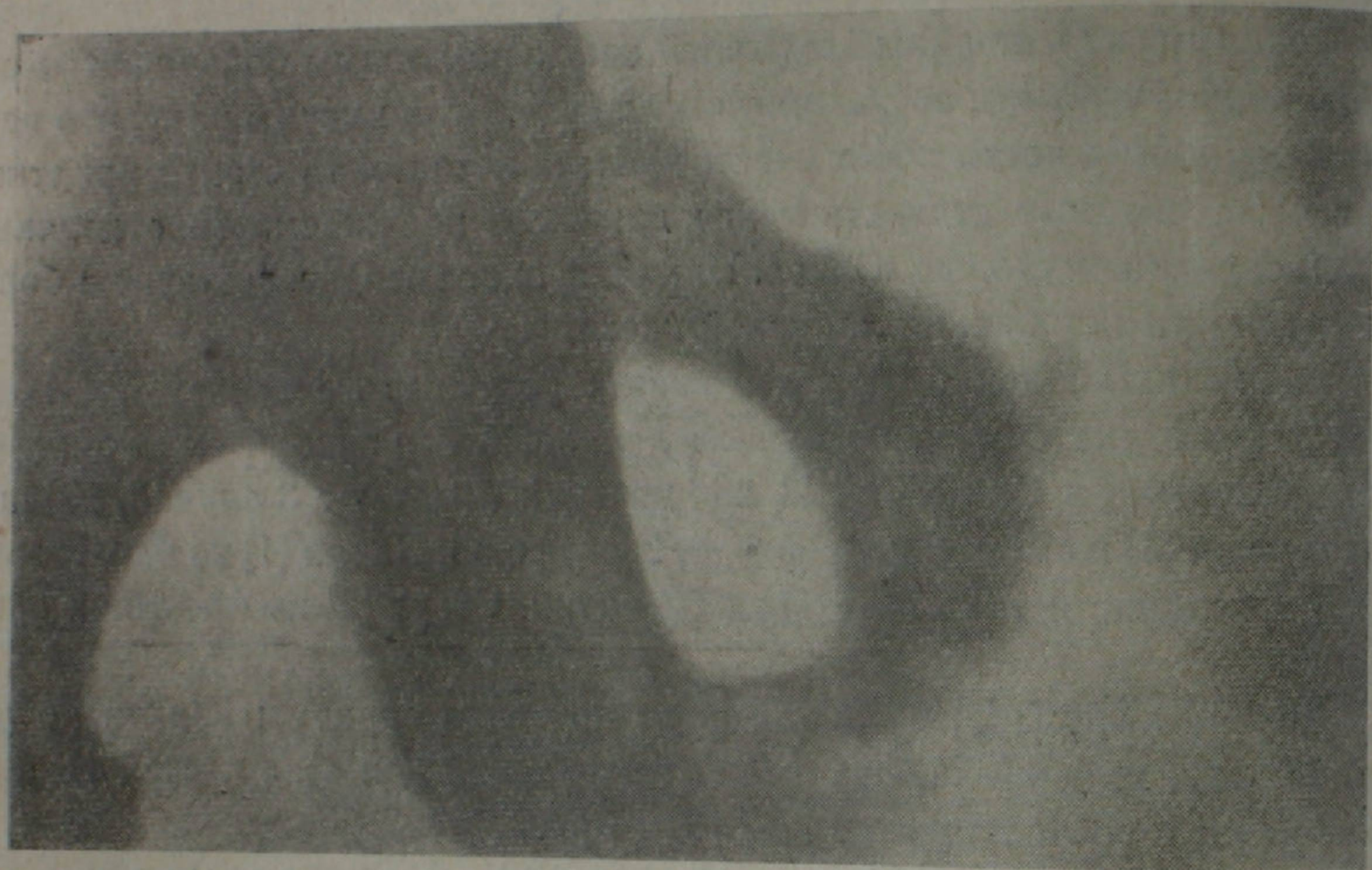


Рис. 1. Ретикулосаркома лобковой кости. Очаговая деструкция с выраженной
эностальной реакцией горизонтальной ветви кости.

рушения конфигурации кости не наблюдалось. Неравномерно выражен-
ный остеолит в центральной части кости придает ей более прозрачный
вид, на фоне которого смутно намечаются отдельные костные перекла-
дины. В двух случаях на прозрачном фоне костно-мозговой полости на-
мечается несколько склеротических крапинок, что и обуславливает не-
которую мраморность рисунка. Кортикальный слой представляется рас-
слоенным, слегка истонченным, местами с нарушением непрерывности
линий. Выражена слабая периостальная реакция в виде линейного пери-
остита. Границы патологического участка нечеткие, намечается постепен-
ный переход процесса на тело этой кости.

Характерным является наличие мягкотканного компонента, который
особенно четко виден на фоне малого таза при опорожненном мочевом
пузыре. Валикообразно вырисовываясь по краю гребня лобковой кости,
он в диаметре превалирует над толщиной пораженной кости в 2—3 раза.
Тень его расположена косо по боковой стенке тазового кольца и доходит
до дугообразной линии подвздошной кости (3—10 см). Контуры мягко-
тканной тени ровные, гладкие, выпуклостью обращены в сторону поло-
генологически определяемых изменений.

Во всех случаях, как было указано, помимо горизонтальной ветви, опухолевый процесс переходил также на тело кости вплоть до анатомической части вертлужной впадины. В результате этого стирается четкость изображения суставной щели тазобедренного сустава, нарушается картина «фигуры слезы». Наблюдается умеренный остеопороз костей, образующих тазобедренный сустав; ясно видимой очаговости здесь нет.



Рис. 2. Саркома Юинга лобковой кости. Очаговая деструкция горизонтальной ветви с расслоением кортикалиса и линейным периоститом. Мягкотканый компонент.

Помимо перехода процесса на указанные смежные участки кости, в одном случае имелось поражение и нисходящей ветви лобковой кости. Патологического перелома не наблюдалось ни в одном случае. Представленные рентгенограммы трех больных более детально изображают рентгенологическую картину опухоли Юинга лобковой кости (рис. 1, 2, 3).

В одном случае рентгенологическая картина несколько отличается от остальных. Здесь также патологическим процессом охвачена в основном горизонтальная ветвь лобковой кости. Вся эта часть кости, начиная с места перехода горизонтальной ветви на нисходящую до ацетабулярной части тела, поражена остеоллизом с полным отсутствием структуры костных балочек. Кость замещена мягкотканной массой. Кортикальный слой почти не прослеживается. Дистальный конец пораженного участка кости несколько закруглен со стороны костномозгового канала и хорошо очерчен; остатки разрушенного кортикалиса несколько остроконечно раздвинуты; кость в некоторой степени вздута; периостальной реакции не видно; мягкотканый компонент циркулярно охватывает кость; нарушен контур «фигуры слезы». Наблюдается остеопороз костей сустава. Контуры суставной щели плохо дифференцируются. Рентгенологическая картина на-

поминает литическую форму гигантоклеточной опухоли. Характерными чертами этого случая, отличающими его от остальных, являются полный остеолит без каких-либо репаративных реакций надкостницы и кости, а также центральное расположение процесса с экспансивным ростом и вздутием кости, что довольно четко видно на снимке, произведенном после курса рентгенотерапии, на котором уже намечаются контуры кортикального слоя с легким вздутием кости. Мягкотканый компонент полностью исчез. Диагноз здесь поставлен на основании гистологического и цитологического исследований.

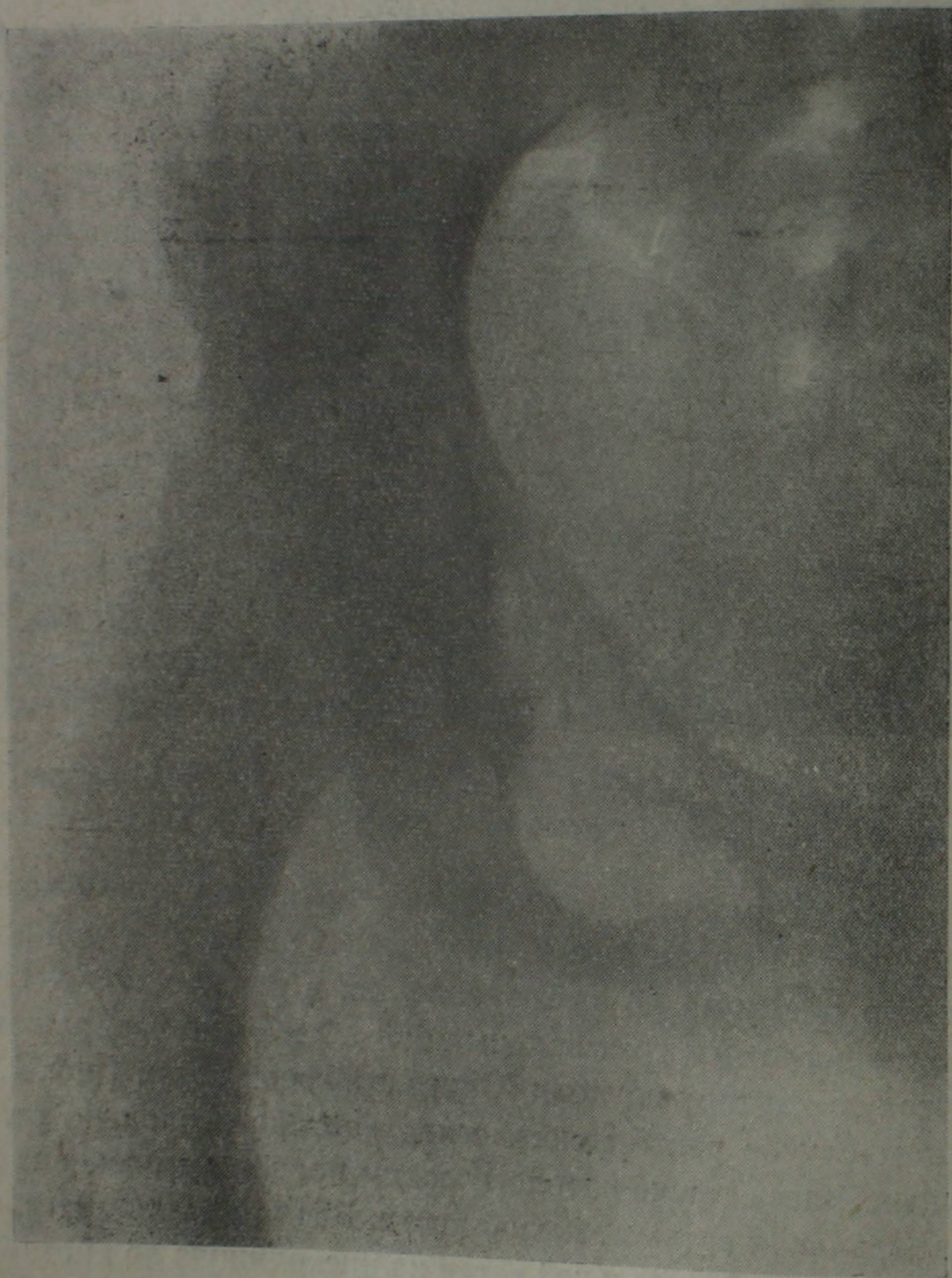


Рис. 3. Саркома Юинга лобковой кости. Центральное рассасывание горизонтальной ветви с переходом на тело кости. Большой мягкотканый компонент доходит до дугообразной линии тазового кольца.

Клиническое развитие болезни типично для этого вида опухоли в общих чертах и имеет некоторые свои особенности. Первым симптомом болезни, как и при других локализациях опухоли, является симптом боли. Однако они локализованы не на месте первичного, преимущественным образом в области ближайшего тазобедренного сустава. Вскоре к

болям присоединяется и хромота, а затем в области паха и лобка появляется опухоль. Гратц в своих наблюдениях описывает такое же клиническое развитие этого заболевания. Девочка 7 лет, как отмечает автор, получила легкую травму в области симфиза. Через несколько дней родители заметили, что она прихрамывает. Спустя еще несколько дней она начала жаловаться на боль в тазобедренном суставе, при ходьбе и движении, которая проходила при покое. Давление на симфиз пока еще не было болезненно, а рентгенологически уже были выражены изменения в лобковой кости. Клинически определялось и увеличение лимфоузлов паховой области.

Таким образом, клиника опухоли Юинга лобковой кости вначале может дезориентировать врача в отношении локализации процесса. Если на снимке тазобедренного сустава не полностью охвачена лобковая кость, то неопытный рентгенолог может упустить ее, так как в начале болезни изменения в области тела лобковой кости, т. е. в тазобедренном суставе, бывают минимальными.

Длительность анамнеза больных от 1,5 до 2 мес. Начало болезни обычно спонтанное, перенесенной травмы или какой-либо инфекции не отмечалось. Больные приходили в клинику с диагнозом неоплазмы, исходящей из тазовых костей. К моменту госпитализации у всех больных было наличие опухоли, которая прощупывалась по свободному краю тазового кольца в виде валика различной толщины. Опухоль плотная, слегка болезненна, размеры опухоли в среднем 5—6 см. Кожа обычно не изменена. У нескольких больных наряду с первичной опухолью с пораженной стороны прощупывались и паховые лимфоузлы, подвижные, безболезненные, размером 1,5×2 см. В результате сдавливания мочевого пузыря больные нередко жаловались на частое и болезненное мочеиспускание. В более поздней стадии появлялась температура с периодическими подскоками в пределах 37—38°. Со стороны крови наблюдалось изменение, главным образом, данных РОЭ (50 мм/ч., 55 мм/ч., 35 мм/ч.). Умеренный лейкоцитоз был выражен только в одном случае и доходил до 8 500.

Вначале болезнь лечили лучевой терапией, кроме одного случая, где с начала болезни применялся химиопрепарат сарколизин. Средние дозы облучения от 3000 до 5000 р на патологическую область. Во всех случаях опухоли оказались радиочувствительными, и первые признаки благоприятного действия лучевой терапии проявлялись в конце первой недели и постепенно подкреплялись к концу курса лечения. Через 1—1,5 мес. боли исчезали, опухоль уменьшалась или полностью исчезала, больные начинали самостоятельно ходить, прибавлять в весе. Рентгенологическое исследование показало, что ранним признаком положительных результатов лечения явилось уменьшение тени мягкотканного компонента опухоли, в результате чего ликвидируются признаки компрессии мочевого пузыря. После двухмесячного курса лечения наблюдались также признаки костной репарации патологического участка. Определяется утолщение и уплотнение горизонтальной ветви лобковой кости за счет периостальных

оссификатов и склероза кости. Представленная на рис. 4 рентгенограмма дает характерную картину болезни после лучевой терапии спустя 5—6 месяцев. Имеется некоторое утолщение ветви лобковой кости с полным восстановлением структуры.



Рис. 4. Саркома Юинга лобковой кости после лучевой терапии. Полное восстановление структуры кости, заметное утолщение горизонтальной ветви.

Результаты местного лечения оказались непродолжительными. В двух случаях по истечении двух месяцев наблюдался рецидив болезни, а в двух — отдаленные метастазы. В одном случае множественные метастазы были в легких, а в другом — в глазнице с выраженным экзофтальмом. Срок появления метастазов от начала болезни — 5 и 12 мес.

Таким образом, несмотря на локальные положительные результаты лечения, жизнь больных не удавалось продлить на более или менее длительный срок. Все четверо больных умерли в течение 9, 12, 17 мес. с момента заболевания и 2, 8, 10 мес. — с момента начала курса лечения. Один больной пока находится под наблюдением в течение 1,5 лет с начала болезни и 7 мес. после I курса лечения.

В одном случае цитологически была диагностирована ретикулосаркома, которая признаками клинического течения, рентгенологической картиной, радиочувствительностью, исходом не отличалась от опухоли Юинга. Начало болезни довольно бурное (длительность анамнеза 1,5 мес.), вскоре появилась опухоль, которая в результате лечения саркомы уменьшилась, боли ослабли, больной прибавил в весе 12 кг. Рецидив наступил через 1,5—2 мес. От проводимого лучевого лечения также получен очень кратковременный положительный эффект. Спустя 2 мес. процесс на том же месте возобновился и больной умер от выраженной

ных признаков сдавления органов малого таза, мочеполовой сферы и прямой кишки, а также от наличия большого инфильтрирующего опухолевого процесса через 8 мес. со времени I курса лечения и через 12 месяцев от начала болезни.

В ы в о д ы

1. В клинической картине опухоли Юинга при локализации процесса в лобковой кости на первый план в противоположность рентгенологической картине выступают симптомы, связанные с тазобедренным суставом — боль, хромота, появление опухоли в паховой области. В дальнейшем — появление опухоли в области симфиза и симптомы вторичного сдавливания мочевого пузыря.

2. Процесс преимущественно первично локализуется в горизонтальной ветви лобковой кости, постепенно переходя на тело—составную часть вертлужной впадины.

3. а) Признаки очаговой деструкции более выражены в части горизонтальной ветви, в ее костномозговом канале. Расслоение кортикального слоя по верхнему и нижнему краю кости и параллельно выраженная линейная периостальная реакция дополняют пестроту рентгенологических изменений с участками небольших оссификатов. б) Изменения в области тела кости в начале болезни имеют более стертую картину; очаговость выражена очень слабо. Хорошим критерием изменения тела лобковой кости на этой стадии опухолевого процесса являются деформация и нечеткость наружного контура «фигуры слезы» и умеренный остеопороз костей сустава. Мягкотканый компонент при опухоли Юинга лобковой кости всегда присутствует, но видимость его контуров на обычных снимках не всегда четко выражена.

4. Клинически, рентгенологически и по течению болезни ретикуло-саркома лобковой кости заметно не отличается от опухоли Юинга той же локализации.

5. Средняя выживаемость больных с саркомой Юинга лобковой кости составляет 10—12 мес.

Ереванский институт онкологии
и рентгено-радиологии АМН СССР

Поступило 31/V 1965 г.

Յ. Ա. ԽԵՐՈՅԱՆ

ՅԱՅԼՈՍԿՐԻ ՅՈՒԻՆԳԻ ՍԱՐԿՈՄԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Յայլոսկրի Յուինգի սարկոման, համաձայն զրահանության տվյալների, հազվադեպ է: Հավաքածու տվյալներով մեր կողմից նշված է այդ հիվանդության 14 դեպք:

Սույն աշխատության մեջ առաջին անգամ փորձեր են կատարվում նշեց

Յուինգի ուռուցքի կլինիկական և ռենտգենաբանական առանձնահատկությունները ուռուցքի ցալոսկրում տեղակայվելու դեպքում: Վերլուծությունը կատարված է հինգ դեպքերի հիման վրա, որոնք ընտրված են Յուինգի ուռուցքի բոլոր տեղակայությունների ընդհանուր 96 հիվանդների դիտողություններից:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Шевченко И. Т., Баран Л. А. Врачебное дело, 4, стр. 44, 1965.
2. Coley B. L. Neoplasms of bone a. related conditions, 1960.
3. Coley B. L., Higinbothom N. L. a. Bowden L. Ann. of surgery, 128, 3, 1948.
4. Geshickter Ch. F. a. Copeland M. M. Tumors of bone, 1949.
5. Gratz Ch. M. Am. J. surg. 8, 2, 424—427, 1930.
6. Dahlin D. C. Bone tumors, 1957.
7. Desjardens A. U., Meyerding H. W. a. Laddy E. T. Am. J. roentg. a. rad. therapy. 38, 344—351, 1937.
8. Sherman R. S. a. K. Y. Soong. Radiology 66, 4, 529—539, 1956.
9. Stout A. P. Am. J. of roentg. a. radium therapy, 3, 1943.