

НЕТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ХОРДОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА

Осадчий А.С., Липатов А.В.

Хордома является достаточно редким злокачественным новообразованием, которое составляет 1% внутричерепных опухолей и 4% от всех первичных опухолей костей позвоночника. Она происходит из эмбриональных остатков примитивной нотохорды, но достоверных доказательств этого пока что не обнаружено. Это, по сути, злокачественная опухоль, которая медленно растет. Она является локально агрессивной опухолью, и может метастазировать в другие органы. Приводим клиническое наблюдение пациентки А., 1956 г.р. находившееся на обследовании в медицинском центре.

Цель. Привести пример нетипичной локализации хордомы позвоночника, которая относится к локально агрессивным опухолям с метастазированием в другие органы.

Материалы и методы. В Медицинский Лучевой Центр обратилась Пациентка А., 1965 г.р. 18.01.2015 года с жалобами на боли в области грудного отдела позвоночника, впервые появившиеся в июле 2014 г с иррадиацией в руки. По месту жительства была проведена консервативная терапия без улучшения. В январе 2015 года состояние резко ухудшилось, появилась слабость в ногах, задержка мочеиспускания и боль в области грудного отдела позвоночника усилилась. Была выполнена магнитно-резонансная томография на Siemens Magnetom Symphony 1,5 Тл с контрастным веществом. Для выявления метастазов была проведена сцинтиграфия скелета.

Результаты. После проведенной магнитно-резонансной томографии была выявлена локализация патологического процесса, которая укладывалась в клиническую картину. Было установлено, что образование сдавливает структуры спинного мозга и частично разрушает тело позвонка с остистыми отростками. После сцинтиграфии обнаружили метастатические очаги в костной ткани скелета, что охарактеризовало данное образование как злокачественный процесс.

Выводы. Данный клинически пример демонстрирует достаточно редкую по локализации и происхождению опухоль позвоночника. Трудность в раннем выявлении опухоли заключается в бессимптомном её течении на протяжении всего роста. Приоритетным методом диагностики данной патологии является магнитно-резонансное исследование с контрастным веществом. Компьютерная томография позволяет проводить дифференциальную диагностику с другими костными опухолями. Сцинтиграфию скелета необходимо выполнять для выявления метастатических очагов и оценки тяжести патологического процесса.

Ключевые слова: хордома позвоночника, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

ATYPICAL LOCALIZATION OF SPINAL CHORDOMA

Osadchiy A.S., Lipatov A.V.

Chordoma is a rare malignancy, which makes 1% of intracranial tumors and 4% of all primary bone tumors of the spine. It originates from embryonic remnants of the primitive notochord, but reliable evidence of this hasn't been found yet. This is, in fact, a malignant tumor that grows slowly. They are locally aggressive tumors, and can metastasize to other organs. Here is a clinical observation of the patient A., born in 1956, that was examined at the medical center.

Purpose. To give an example of a chordoma atypical localization in spine, which is a locally aggressive tumor with metastasis to other organs.

ООО «Медицинский
Лучевой Центр».
г. Самара, Россия

«Medical Radiation Cen-
ter».
Samara, Russia

Materials and methods. Patient A., born in 1965, applied to the medical center in January 2015 with complaints of thoracic spine pain, radiating to the arm, which started in July 2014. She was treated conservatively before, without improvement. In January 2015 the state deteriorated sharply, there was weakness in the legs, urinary retention, and increasing of the thoracic spine pain. Magnetic resonance imaging with contrast enhancement was performed (Siemens Magnetom Symphony 1,5 T). Skeletal scintigraphy was performed for metastasis detection.

Results. Localization of the pathological processes was revealed with MRI, which matched the clinical condition. It had been found that the mass compressed the spinal cord and partly destroyed the vertebral body with the spinous process. Metastatic bone lesions were found using scintigraphy which helped to characterize this mass as a malignant process.

Conclusions. This example demonstrates a rare case of the spinal tumor because of its localization and origin. The difficulty of the tumor early detection is in its asymptomatic disease course throughout the mass's growth. Priority diagnostics method is a magnetic resonance imaging with contrast enhancement. Computed tomography allows performing a differential diagnosis with other bone tumors. Skeleton scintigraphy must be performed to detect metastatic lesions and assess the severity of the pathological process.

Keywords: spinal chordoma, computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI).

Хордома является злокачественным образованием, которое обычно возникает в позвоночном столбе или в области основания черепа. Она встречается в 1% случаев всех злокачественных опухолей костной ткани [1]. Хордомы могут возникнуть в любом возрасте, но, как правило, наблюдается у взрослых (30-70 лет). Типичные места локализации в области основания черепа, затылочной области наиболее часто встречаются у пациентов 20-40 лет, в то время как крестцово-копчиковая хордома как правило, встречается в более старшей возрастной группе (пик около 50 лет и старше) [2]. Все хордомы делятся на несколько основных типов: а) недифференцированная хордома; б) обычная хордома; в) хондроидная хордома. Наименее агрессивные среди них - это хондроидная хордома. Недифференцированная хордома склонна к метастазированию и отличается особой агрессивностью в отличие от обычной и хондроидной хордомы. В некоторых случаях хордому принимают за хондросаркому. Это связано с тем что, они имеют схожее строение и локализацию. Отличительной особенностью хондросаркомы от хордомы является то, что она имеет большую чувствительность к лучевой терапии и имеет более благоприятный прогноз [3]. Клиническая картина возникает спонтанно, то есть видимые факторы, которые способствовали бы появлению этой опухоли, не известны. Симптомы хордомы могут быть различными в зависимости от типа и локализации злокачественного образования. Сама опухоль растет из костной ткани, но при увеличении ее в размерах она сдавливает соседние ткани и органы:

спинной мозг, артерии, нервы и т.д. Так как опухоль растет довольно медленно (более года), первые клинические признаки возникают лишь спустя определенное время [4]. При локализации опухоли в области позвоночника, симптомы будут характерные для вертебральной патологии: появляются боли в спине, параличи, парезы, онемение конечностей, нарушается функция кишечника и мочевого пузыря, а также эректильная функция у мужчин. При появлении хордомы в области основания черепа у больного возникают болевые ощущения в лицевой области, нарушается зрение и глотательная функция, появляется расстройство речи и головокружения. Для хондромы крестца характерны признаки поражения «конского хвоста». К ним относятся нарушения со стороны функции мочеполовой системы и осложнения со стороны кишечника.

История болезни.

Пациентка А., 1965 г.р. 18.01.2015 года обратилась в медицинский центр с жалобами на боли в области грудного отдела позвоночника, впервые появившиеся в июле 2014 г с иррадиацией в руки. По месту жительства была проведена консервативная терапия без улучшения. В январе 2015 года состояние резко ухудшилось, появилась слабость в ногах, задержка мочеиспускания и боль в области грудного отдела позвоночника. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы розового цвета, гемодинамика стабильная, живот мягкий безболезненный. УЗИ брюшной полости от 18.01.2015 года: данных за органическую патологию и наличие mts не



Рис. 1,а.



Рис. 1,б.

Рис. 1. МРТ, сагиттальная плоскость.

а - T2 ВИ без контрастного усиления;

б - T1 ВИ после контрастного усиления. Отмечается равномерное усиление МР-сигнала от образования.

выявлено.

Результаты обследований.

На представленных рентгенограммах грудной клетки в 2-х проекциях мягкие ткани не изменены, дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника, рентгенологически деструкции костей скелета не выявлено. Определяется расширение задне-верхнего средостения до 5,0 см. На уровне IV межреберья слева линейный фиброз. Легочный рисунок фиброзно изменен. Корни структурные. Купола диафрагмы расположены обычно, контуры ровные. Синусы свободные. Тень средостения не смещена, не расширена. Сердечно-сосудистая тень в пределах возрастных изменений. Заключение: Образование верхнего средостения. Линейный фиброз левого легкого.

Далее была выполнена МРТ с контрастным усилением (рис. 1) На полученных T1 и T2 изображениях по стандартной и специальной программам физиологический кифоз сглажен, ось сохранена. Тела позвонков и форменные элементы Th1-Th3 деформированы, высота тела Th2 тотально снижена, указанные костные структуры с изоинтенсивным МР-сигналом за счет полициклического образования с четкими контурами, аксиальные размеры- 40x53мм, высотой- 34мм. Отмечается деструкция поперечных отростков Th1, Th2, компрессия позвоночного канала и спинного мозга на уровне Th1-Th3 с дислокацией последнего к левой стенке позвоночного канала, прорастание образования в паравerteбральные мягкие ткани и плевраль-

ные полости с двух сторон (рис.2). После контрастного усиления сигнал данного образования равномерно повышается. Субхондральный склероз и небольшие краевые остеофиты замыкательных пластинок тел позвонков исследуемого отдела. Грыжи Шморля каудальных отделов тел Th9, Th11, глубиной 6-7мм. Тела остальных позвонков с четкими контурами, МР-сигнал костного вещества тел позвонков исследуемого отдела неравномерно повышен в T1 и T2 за счет дегенеративно-дистрофических изменений. Межпозвоночные и реберно-поперечные суставы неравномерно сужены, суставные поверхности с признаками субхондрального склероза. Высота межпозвоночных дисков исследуемого отдела не снижена, структура неравномерно дегидратирована. Заключение: По МР-картине больше данных за хордому тел Th1, Th2 позвонков, с распространением в позвоночный канал и компрессией спинного мозга, в заднее средостение. Susp. инвазия в пищевод.

Для определения метастатических процессов была проведена сцинтиграфия скелета. При остеосцинтиграфии скелета определяется диффузно-неравномерное распределение препарата в позвоночнике, отмечаются мелкие очаги патологического накопления радиофармацевтического препарата (РФП) в теле Th2 (126%), переднем отрезке 6 ребра справа (150%), передних отрезках 6,7,8 ребер слева (291-261-138%), правом подвздошно-крестцовом сочленении (до 155%) - вероятно специфического характера,



Рис. 2,а.

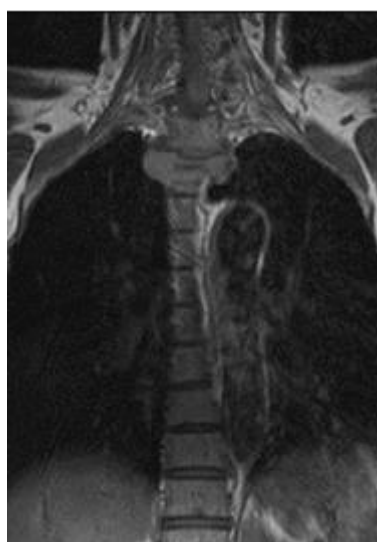


Рис. 2,б.

Рис. 2. МРТ, аксиальная и коронарная реконструкции.

а - Т1 ВИ без контрастного усиления;

б - Т1 ВИ коронарная проекция. Отмечается равномерный рост образования в паравертебральные области.

факт травмы отрицает. Заключение: Очаги патологической гиперфиксации в теле Th 2, 6 ребра справа, 6,7,8 ребра слева, правого подвздошно-крестцового сочленения специфического характера.

Обсуждение.

Дифференцировать хордому позвоночника следует в первую очередь с хондросаркомы, они также могут локализоваться в этих местах. Одной из отличительной особенностью сарком является деструкция костной ткани, что для недифференцируемой хордомы не совсем характерный рентгенологический признак. Хирургическое лечение опухоли связано с большими рисками послеоперационных осложнений и в ряде случаев невозможностью радикальной резекции. Послеоперационная лучевая терапия позволяет увеличить период жизни таких паци-

ентов и порой это единственный метод лечения спинальных хордом.

Заключение.

Данный клинически пример демонстрирует достаточно редкую по локализации и происхождению опухоль позвоночника. Трудность в раннем выявлении опухоли заключается в бессимптомном её течении на протяжении всего роста. Приоритетным методом диагностики данной патологии является магнитно-резонансное исследование с контрастным веществом. Компьютерная томография позволяет проводить дифференциальную диагностику с другими костными опухолями. Сцинтиграфию скелета необходимо выполнять для выявления метастатических очагов и оценки тяжести патологического процесса.

References:

1. Farsad K., Kattapuram S.V., Sacknoff et.al. Sacral chordoma. *Radiographics*. 2009; 29 (5): 1525-30.
2. Erdem E., Angtuaco E.C., Van Hemert R et al. Comprehensive review of intracranial chordoma. *Radiographics*. 2003; 23 (4): 995-1009.
3. Zhou H., Jiang L., Wei F. et al. Chordomas of the upper cervi-

cal spine: clinical characteristics and surgical management of a series of 21 patients. *Chin Med J (Engl)*. 2014; 127 (15): 2759-64.

4. Benedicto O. Colli, Ossama Al-Mefty. Chordomas of the skull base: follow-up review and prognostic factors. *Neurosurgical Focus*. 2001; 10 (3): 1-11.