

Гигантских размеров тератома крестцово-копчиковой области у новорожденной

Крестцово-копчиковая тератома – врожденная неоплазия из группы эмбриом (органозоидных тератом), локализуемая в крестцово-копчиковой области. Является самым распространенным новообразованием у новорожденных. Встречается с частотой 1 случай на 35 тысяч детей, девочки страдают в 3-4 раза чаще мальчиков. Доброкачественные неоплазии встречаются чаще злокачественных. Крупные новообразования могут становиться причиной внутриутробной гибели плода, недоношенности, врожденных пороков развития, осложнений и смерти во время родов или в раннем постнатальном периоде. Лечение – хирургическое удаление опухоли.

Оперативное вмешательство, как правило, не представляет больших трудностей для хирурга. Между тем, при очень больших размерах новообразования, могут возникать технические трудности, вызванные сдавлением и оттеснением опухолью окружающих органов и тканей.

Новорожденная С., поступила в НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого (НПЦ) в первые сутки после рождения. Девочка доношенная от матери 30 лет, родилась 6 февраля 2017 г. Ребенок от II беременности протекавшей с токсикозом в I триместре. Во II триместре при УЗИ выявлена – Spina bifida крестцово-копчикового отдела (?). В III триместре диагностирована анемия легкой степени. II своевременные оперативные роды, путем кесарева сечения в головном предлежании. Хроническая гипоксия плода. Масса при рождении- 4300г, длина-55 см. Направлена в НПЦ после консультации врачей выездной нейрохирургической бригады НПЦ. С 7 февраля ребенок находится в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей. Состояние при поступлении оценено как объективно тяжелое по основному заболеванию. В крестцово-копчиковой области определялась опухоль больших размеров. Новообразование имело четкий, ровный, округлый контур, состояло из жидкостного и мягкотканного компонентов. Размеры опухоли 15 x12 см. (рис. 1а, б). Кожа над большей частью опухоли изменена, местами перерастянута за счет напряжения в области крупных кист, выражена сосудистая сеть в области новообразования. Граница опухоли проходит практически по анальному отверстию.



Рис. 1 «а». Внешний вид ребенка при поступлении. В крестцово-копчиковой области определяется больших размеров опухоль (15,0x13,0x12,0 см).



Рис. 1 «б». Кожа над опухолью изменена, пронизана сетью расширенных патологических сосудов. Опухоль местами прорастает все слои дермы. Пальпаторно участки наполненные жидким содержимым чередуются с участками мягкотканой плотности.

На магнитно-резонансных томограммах опухоль распространяется в малый таз, сдавливает прямую кишку, оттесняет матку и мочевой пузырь вверх (рис. 2).

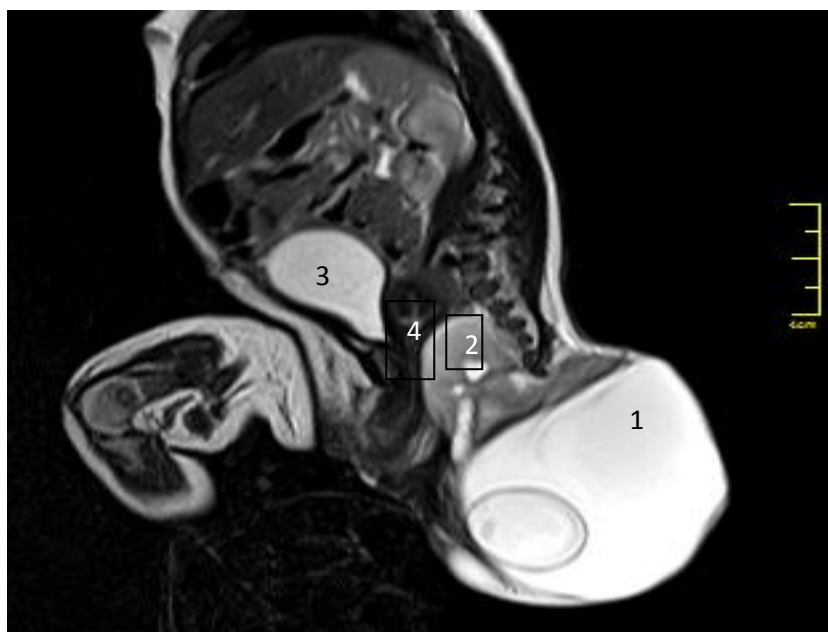


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма девочки С., 2 дней жизни. Опухоль герминовой природы располагается в крестцово-копчиковой области. Цифрами отмечены: 1- жидкостный компонент опухоли; 2- солидный компонент новообразования; 3- мочевого пузыря отесненный вверх; 4-матка.

Планировалось выполнение планового оперативного вмешательства. Однако 10 марта произошел спонтанный разрыв одной из кист опухоли. После консилиума врачей совместно с директором НПЦ проф. Притыко А.Г. принято решение о выполнении экстренного хирургического вмешательства.

11 марта 2017 г. операция: удаление крестцово-копчиковой опухоли с резекцией копчика. На рисунке 3 представлена опухоль с дефектом кожи в области разрыва новообразования.

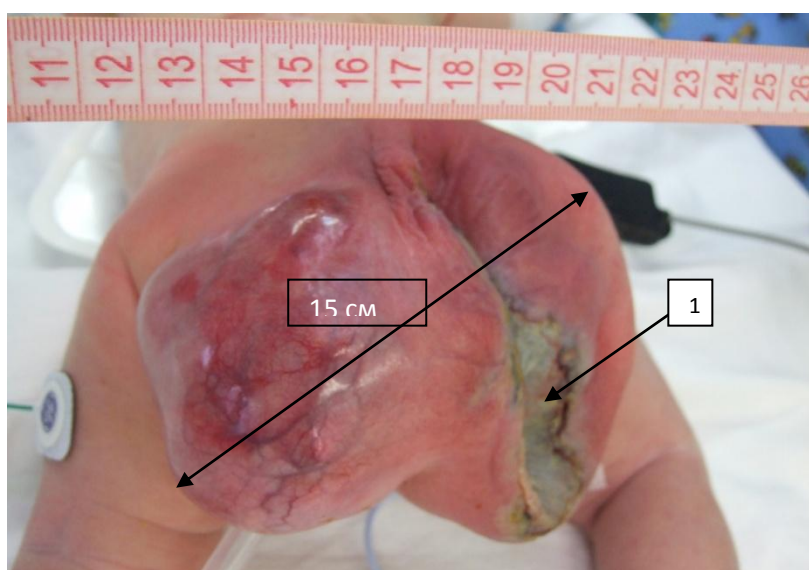


Рис. 3. Опухоль, несмотря на разрыв и эвакуацию жидкостного компонента, имеет размеры до 15 см в наибольшем измерении. Цифрой 1 обозначено место разрыва опухолевой кисты.

Хирургическое вмешательство было осложнено тем, что граница опухоли проходила по краю анального отверстия (рис. 4).



Рис. 4. Граница опухоли проходит по краю анального отверстия. Синей линией обозначена линия синего цвета. В прямую кишку введена силиконовая трубка.

На рисунках представлены этапы операции. Измененная над опухолью кожа иссечена и удалена вместе с новообразованием (рис. 5).

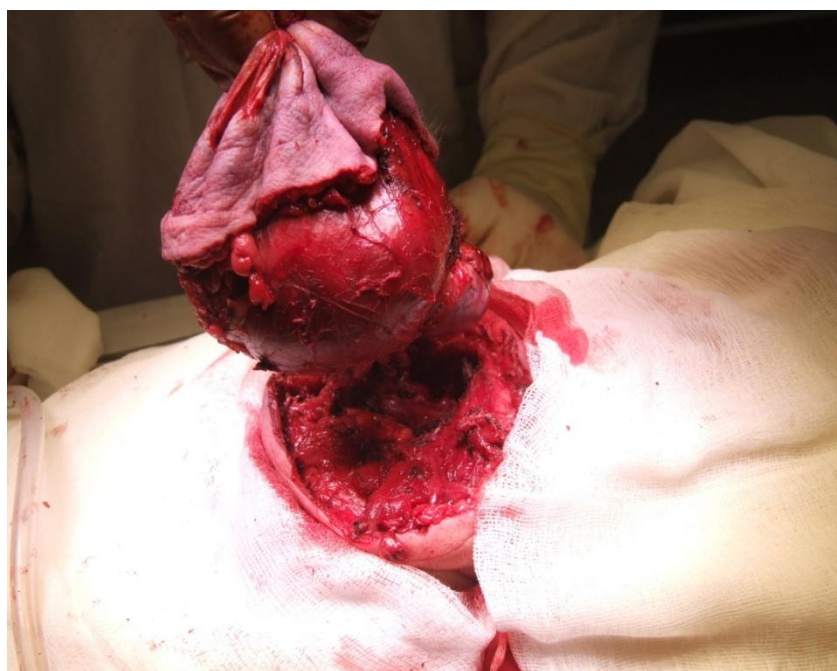


Рис. 5. Опухоль выделена из окружающих тканей острым путем и удалена вместе с измененной кожей. На рисунке представлен мягкотканый компонент новообразования, имеющий капсулу. Во время операции капсула опухоли не повреждена.

Источником происхождения опухоли является копчик, уходящий в толщу новообразования. На рис. 6 стрелкой обозначен крестец после резекции копчика с опухолью.

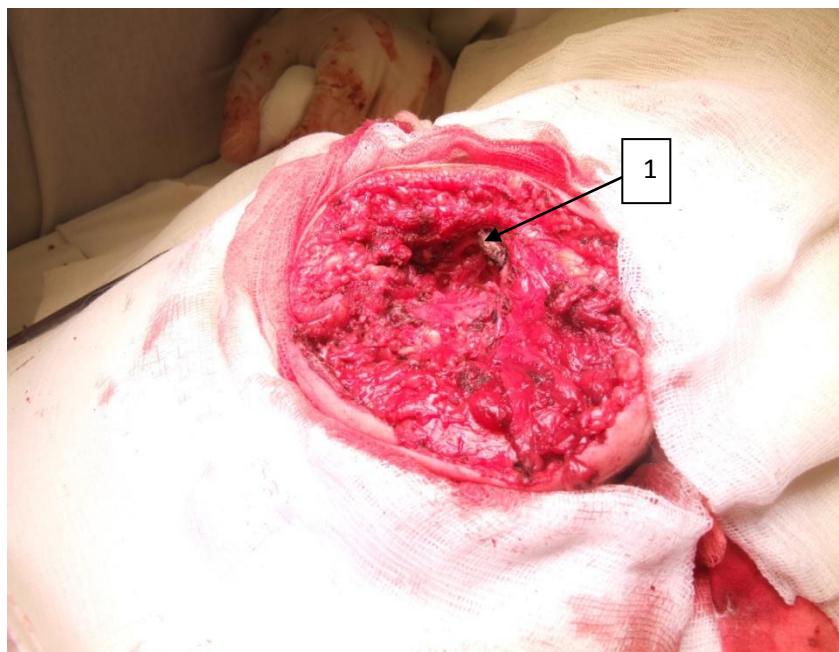


Рис. 6. Стрелкой показан крестей после резекции копчика с опухолью.

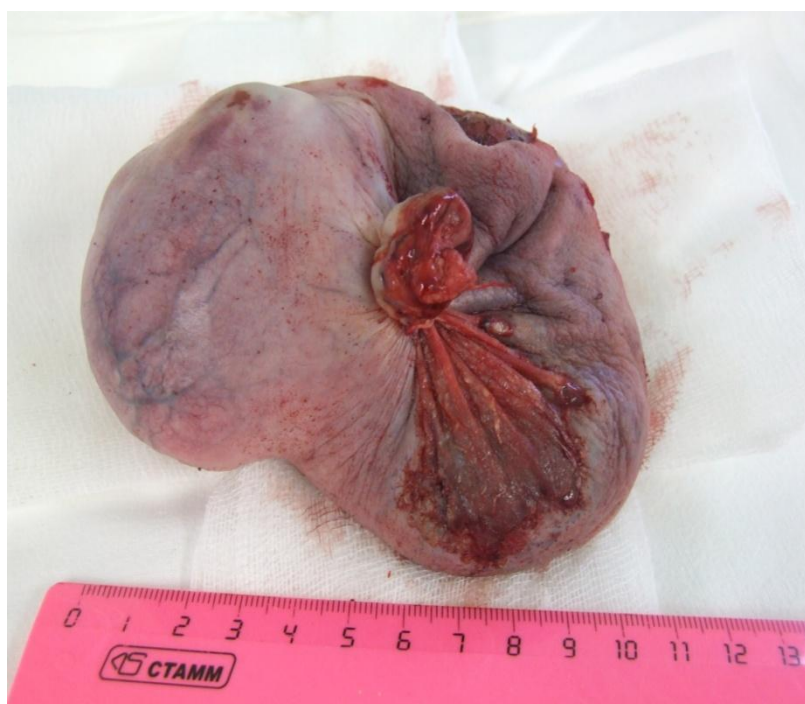


Рис. 7. Макропрепарат удаленной опухоли.

Сведения об операции: вес ребенка – 4 кг, рост – 46 см, объем циркулирующей крови – 360,0 мл, продолжительность операции 90 мин, кровопотеря – 20,0 мл. Кровь во время операции не переливалась. Осложнений во время операции не было. Бригада врачей: хирург – проф. Шароев Т. А., асс. к.м.н. Нишионов Д.К., Рохоев М.А., анестезиолог – Илларионов Ю. В.

Гистологическое заключение: зрелая тератома.