

Удаление рецидивирующей фибробластической опухоли надплечья у мальчика 14 лет с использованием плазменного скальпеля

Десмоидная фиброма (ДФ) (агрессивный фиброматоз) - опухоль мягких тканей, развивающаяся из мышечно-апоневротических структур. ДФ относят к опухолям, которым свойственен местный агрессивный рост и отсутствие способности к метастазированию.

По данным различных авторов частота встречаемости ДФ сравнительно мала и достигает 0,03-0,1% среди опухолей мягких тканей. ДФ не обладают способностью к метастазированию, поэтому основной задачей лечения является контроль местного роста опухоли. Эффективное лечение агрессивного фиброматоза остается сложной клинической задачей из-за быстрого инфильтративного роста и локального агрессивного поведения опухоли, проявляющегося нарушением функционального состояния, сдавлением органов и тканей.

Долгое время единственным методом лечения ДФ считался хирургический метод. Однако, несмотря на видимую радикальность производимых операций, число локальных рецидивов было достаточно высоким, и составляло по данным литературы от 24 до 90% (!).

Причем, даже расширение объема хирургических вмешательств существенно не влияло на возникновение рецидивов опухоли. При гистологическом анализе видимых здоровых краёв резецированных мягких тканей (после удаления опухоли), морфологи обнаруживают опухолевые клетки. Применение консервативных методов, лучевой- и химиотерапии позволяло, в ряде случаев добиться удовлетворительных лечебных результатов.

И все же, хирургический метод и сегодня является основным в лечение ДФ.

С целью улучшения качества хирургического вмешательства, снижения числа рецидивов хирурги-онкологи НПЦ специализированной медицинской помощи им. В. Ф. Войно-Ясенецкого (НПЦ) используют в своей практике новую хирургическую технологию - лазерный скальпель. О действии энергии плазмы на ткани мы уже сообщали на страницах нашего сайта.

Приводим случай применения энергии плазмы при удалении рецидивной ДФ у ребенка, ранее получившего комплексное лечение (сочетание хирургического метода с лучевой и химиотерапией).

Мальчик Ц., 14 лет, поступил в онкологическое отделение в апреле 2016 г. по поводу рецидива ДФ в области нижней трети шеи, надплечья и спины слева. В возрасте 4-х и 8 лет (2010 г.) пациенту производились оперативные вмешательства по поводу ДФ в объеме удаления опухоли спины. Гистологический диагноз: десмоидная фиброма. Спустя 1 год после операции (октябрь 2011 г.) ребенок осматривался в клиничко-диагностическом

центре ДКБ им. Н. Ф. Филатова г. Москвы. Диагностирован рецидив заболевания. Выше и ниже послеоперационного рубца, расположенного в проекции VII шейного позвонка, выявлены четыре опухолевых узла на задней поверхности шеи, спины, в толще трапецевидной мышцы, размерами от 14 до 53 мм в диаметре, сливающиеся между собой в общий опухолевый конгломерат от уровня C_1 – Th_2 (данные КТ-ангиографии). Общие размеры опухолевого конгломерата 15,0x10,0x5,0 см.

Ребенок обсуждался на консилиумах с привлечением ведущих специалистов, занимающихся проблемой лечения фибробластических опухолей института им. П. А. Герцена, ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии, получал курсы С. Рогачева. На консилиуме врачей было принято решение о попытке проведения полихимиотерапии препаратами: тамоксифен, метотраксат, винбластин.

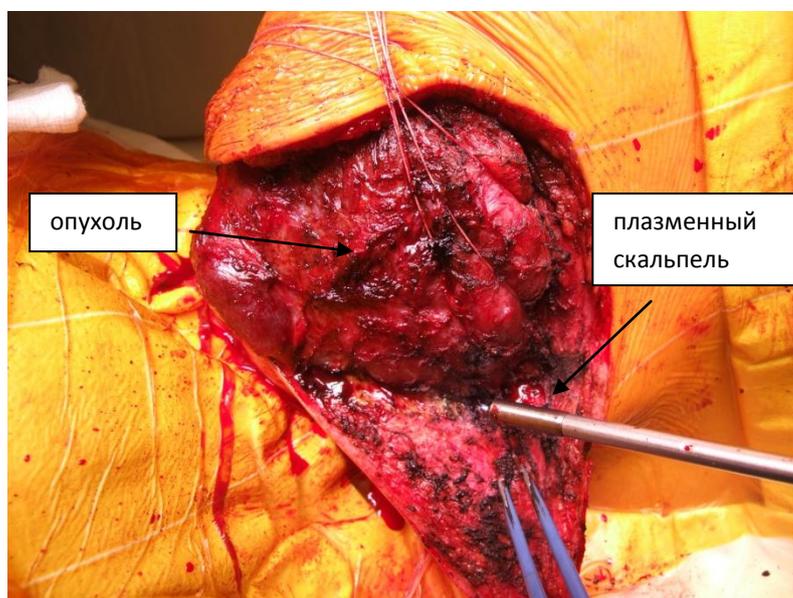
Несмотря на проводимую полихимиотерапию опухоль постепенно увеличивалась в размерах. Летом 2015 г. больному было проведено протонное облучение ДФ спины. В октябре 2015 г. ребенок был осмотрен детскими онкологами НПЦ. Размеры опухоли были 77x56x16 мм.

До марта 2016 г. пациент специального лечения не получал. Родители обратились за помощью в НПЦ. После консилиума врачей во главе с директором НПЦ проф. А.Г. При- тыко было принято решение о выполнении хирургического вмешательства в объеме удаления опухоли (рис.1).



Рис.1 Внешний вид больного при поступлении. В области левого надплечья, нижних отделов шеи, спины имеется больших размеров опухоль (10,5x9,0x9,0 см). Опухоль имеет плотную, местами хрящевую консистенцию, неподвижна, безболезненная при пальпации. Кожа над опухолью не изменена. На верхнемедиальной поверхности кожи над опухолью не смещается. Движения головы вверх и вниз ограничены за счет рубцового процесса - последствия лучевого лечения.

29 марта 2016 г. была проведена операция: удаление десмоидной фибромы мягких тканей области нижней трети шеи, спины и левого надплечья (хирург – проф. Т.А.Шароев). Хирургическое вмешательство выполнялось с использованием инновационного метода хирургии – плазменного скальпеля (рис. 2).



При удалении опухоли была отмечена интимная связь опухоли с лопаткой, ключицей, остистыми и поперечными отростками позвонков. Между тем, макроскопически опухоль удалена в пределах видимых здоровых тканей радикально (рис. 3). Ложе удаленной опухоли было обработано плазменным скальпелем.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Гистологическое заключение: десмоидная фиброма с низким индексом клеточной пролиферации.



Рис. 3. Макропрепарат, удаленной опухоли мягких тканей.