

Российский
онкологический
научный центр
им. Н.Н. Блохина РАМН,
г. Москва

КОМПРЕССИОННЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА. СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

А.К. Валиев, Э.Р. Мусаев, Р.А. Сетдинов, А.Б. Лукьянченко,
Е.А. Сушенцов, М.Д. Алиев

*Проблема лечения
компрессионного
синдрома у больных
с метастатическим
поражением позвоночника
является одной из наиболее
важных и сложных
в современной
онковертебрологии.
Учитывая
увеличивающееся число
этой сложной категории
пациентов, очевидна и
возросшая актуальность
этого вопроса.*

Появление современных диагностических технологий, новых лекарственных препаратов, внедрение в хирургическую практику обширных вмешательств, позволяющих радикально удалить опухоль, значительно увеличили продолжительность жизни онкологических больных. Соответственно, возросло количество пациентов, доживающих до генерализации заболевания и появления отдаленных костных и висцеральных метастазов. С учетом увеличившегося количества пациентов возросла актуальность проблемы своевременной диагностики и оптимального алгоритма лечения этого сложного контингента больных.

В настоящее время в структуре пациентов с опухолями позвоночника все больше больных на стадии клинической диссеминации, как правило, с множественными метастазами [4]. По данным РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН, из 176 больных с метастатическим поражением позвоночника у 57% больных имелись множественные метастазы в кости (РОНЦ 2007 г.). То есть большинству больных с метастатическим поражением позвоночника из-за значительной распространенности заболевания и неблагоприятного прогноза нецелесообразно выполнение обширных хирургических вмешательств, а часто возможно только симптоматическое паллиативное лечение, включающее в себя анальгетики, кортикостероиды и лучевую терапию [1, 2, 4].

Лечение больных с метастатическим поражением позвоночника является сложной, мультидисциплинарной проблемой, лежащей на стыке таких специальностей как онкология, неврология, ортопедия. Поэтому при определении тактики хирургического лечения следует учитывать неврологический и ортопедический статус до и после лечения. А основополагающим моментом в определении лечебной стратегии у этих больных является онкологический статус, включающий в себя морфологическую форму первичной опухоли, степень костной и висцеральной диссеминации, а также ожидаемую продолжительность жизни пациентов и чувствительность опухоли к химио-лучевому лечению.

Проблема лечения компрессионного синдрома у больных с метастатическим поражением позвоночника является одной из наиболее важных и сложных в современной онковертебрологии. Учитывая увеличивающееся число этой сложной категории пациентов, очевидна и возросшая актуальность этого вопроса [1, 3, 11].

Как уже было отмечено выше: метастатическое поражение позвоночника в большинстве случаев имеет множественный характер. Таким образом, хирургическое лечение этих пациентов часто преследует паллиативную цель: уменьшение болевого синдрома, улучшение неврологического статуса, стабилизацию пораженного сегмента.

Наиболее оптимальное достижение этих целей основывается на тщательном планировании и определении тактики специального лечения этого пациента, характере компрессии невралгических структур, клинических проявлений компрессионного синдрома, то есть на оценке онкологического, ортопедического и неврологического статуса больного.

До сих пор к какому-то единому консенсусу по поводу стратегии лечения больных с компрессионным синдромом, вызванным метастатическим поражением, ученые не пришли.

Были попытки создания специальных шкал, на основании которых можно было бы определить показания к тому или иному виду лечения. Kostuik С. et al. пытался оценивать и определять хирургическую тактику на основании уровня поражения в позвоночнике [8]. Harrington Р. определял показания к хирургическому вмешательству на основании неврологического статуса пациентов до операции [6]. Однако эти два варианта определения показаний могут, вероятнее всего, позволить оценить и выбрать хирургическую технику, тип декомпрессии и стабилизации без учета первичной опухоли. Морфологический тип первичной опухоли, степень диссеминации при одинаковом уровне поражения и характере компрессии могут радикально поменять прогноз заболевания. Saillant G. et al. в 1995 году отметил, что морфология первичной опухоли является основополагающим фактором в прогнозе жизни больных с метастатическим поражением позвоночника [10]. Аналогичные данные были получены Klekamp и Samii в 1996 после анализа 740 больных с опухолями позвоночника [7].

Tokuhashi et al был одним из первых авторов, кто предложил достаточно объективную и комплексную прогностическую шкалу для выбора объема хирургического лечения, в котором учитывались и неврологический, и онкологический статус [12]. Однако ряд авторов при анализе пациентов по этой шкале отметили, что фактические данные выживаемости и ожидаемые, определенные по шкале Tokuhashi, совпадают лишь в ряде случаев [5, 9]

По данным РОНЦ, при анализе 120 пациентов с метастатическим поражением позвоночника, данные фактической и ожидаемой продолжительности жизни совпали только в группах больных с метастазами рака почки (однолетняя выживаемость 28%) и рака легкого (однолетняя выживаемость 0%) [2].

В представленной работе на нескольких клинических примерах показаны различные варианты лечения компрессионного синдрома у больных с метастатическим поражением позвоночника в зависимости от онкологического статуса пациента. Анализ основан на опыте Российского онкологического центра им Н.Н. Блохина РАМН, данных мировой литературы.

За период с 1998 по 2008 годы в нашем центре накоплен опыт комбинированного лечения 683 больных с опухолевым поражением позвоночника. Выполнено 246 хирургических вмешательств на позвоночнике в различных объемах.

Компрессионный синдром у больных метастатическими опухолями позвоночника, особенно с нарастающим неврологическим дефицитом, значительно сокращает время на принятие решения и часто на этом этапе возникают многочисленные ошибки. Отрицательная неврологическая динамика, нарастающий болевой синдром являются абсолютными показаниями к хирургическому лечению, вне зависимости от онкологического статуса пациента.

Компрессионная миелопатия может быть вызвана как сдавлением дурального мешка экстравертебраль-

ным опухолевым компонентом, так и костным фрагментом позвонка, мигрировавшим в позвоночный канал при патологическом компрессионном переломе позвонка.

Основополагающими методами в диагностике компрессионного синдрома являются, помимо клинической оценки, компьютерная и магнитно-резонансная томография пораженного сегмента.

Ниже, на нескольких клинических примерах представлены варианты лечения компрессионного синдрома у больных с метастатическим поражением позвоночника.

Клинический пример №1

Пациент М. 53лет. Диагноз: Рак правой почки. Метастатическое поражение L4 позвонка. Компрессионный болевой синдром.

Анамнез заболевания: боли в поясничном отделе позвоночника беспокоят около 6 мес. При обследовании обнаружено новообразование правой почки, солитарное поражение L4 позвонка. Выполнена нефрэктомия справа. Боли постепенно медленно нарастали. Выраженной отрицательной неврологической динамики не было отмечено.

Учитывая солитарный характер поражения, относительно благоприятный прогноз жизни, низкую чувствительность опухоли к специальному лечению больному выполнено хирургическое лечение в объеме: корпорэктомии L4 позвонка с передней декомпрессией дурального мешка.

После операции боли регрессировали на 60%, проводилась иммунотерапия, лучевая терапия на ложе удаленного позвонка. Продолжительность жизни составила 42 мес.



Рис. 1. Метастатическое поражение L4 позвонка раком почки.



Рис. 2. Поражение Th11 позвонка при лимфоме.



Рис.3. МРТ больного после 2 курсов полихимиотерапии.

Клинический пример №2

Больной X 52 лет поступил в отделение вертебральной хирургии с нижней параплегией и тазовыми нарушениями с уровня Th11 позвонка. Длительность неврологического дефицита 5 суток. Диагноз неясен. При дообследовании был поставлен диагноз лимфома с поражением Th11 позвонка. Солитарное поражение. На рис.2 представлено МРТ пациента при поступлении.

Стрелкой указан мягкотканый компонент, сдавливающий дуральный мешок и, вызывающий клинику нижней параплегии.

Учитывая биологические особенности лимфомы, её высокую чувствительность к химио-лучевому лечению, было решено начать химиотерапию с дальнейшей оценкой эффекта. После одного курса химиотерапии по схеме СНОР появилась положительная неврологическая динамика в виде снижения уровня чувствительных нарушений. При контрольной МРТ через 2 курса химиотерапии был выявлен полный регресс мягкотканого компо-

нента. Пациент активизировался через 4 месяца; через 9 месяцев стал самостоятельно передвигаться с помощью дополнительных средств опоры. Всего было проведено 8 курсов химиотерапии, курс лучевой терапии на область пораженного позвонка. Период наблюдения за пациентом составляет 2 года. Больной полностью реабилитирован, может самостоятельно передвигаться, признаков прогрессирования заболевания не выявлено.

Клинический пример №3

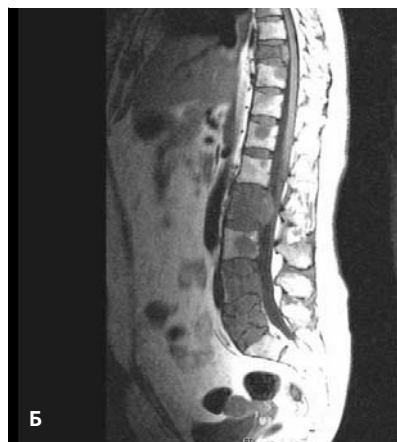
Пациентка М. 52 лет. Поступила в клинику с жалобами на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника. В анамнезе у пациентки было проведено комбинированное лечение рака молочной железы. На момент поступления специального лечения не получала.

При дообследовании выявлено: множественные метастазы в кости скелета, патологический перелом L2 позвонка с компрессией дурального мешка.

На рис.4 представлены данные компьютерной и магнитнорезонансной томографии до лечения.



А



Б

Рис.4. А – компьютерная томография позвонка на уровне компрессии спинного мозга; Б – магнитнорезонансная томография до лечения.

Несмотря на диссеминированный характер заболевания, пациентке было выполнено хирургическое лечение в объеме задней декомпрессивной ламинэктомии с задней стабилизацией. Показанием к хирургическому лечению явился патологический перелом L2 позвонка со смещением фрагмента тела в позвоночный канал и сдавлением спинного мозга. Проведение специального консервативного лечения без выполнения оперативного вмешательства было бы в данной ситуации нецелесообразным.

После операции отмечен полный регресс болевого синдрома, больная восстановилась в полном объеме.

Проводилось специальное лечение: химиотерапия, лучевая терапия. Продолжительность жизни после операции составила 72 месяца.

Вопрос выбора объема и тактики лечения компрессионного синдрома у больных с метастатическим поражением позвоночника сложен и многогранен. До сих пор нет единой четкой концепции, определяющей показания и противопоказания к тому или иному виду лечения. Однако онкологический статус является основополагающим и первостепенным в выборе стратегии и тактики лечения у больных с метастатическим поражением позвоночника.

Литература

1. Алиев М.Д., Тепляков В.В., Каллистов В.Е., Валиев А.К., Трапезников Н.Н. Современные подходы в хирургическом лечении метастазов злокачественных опухолей в кости / Практическая онкология: избранные лекции, Санкт-Петербург, 2004. – С.738-748.
2. Валиев А.К. Чрескожная вертебропластика в лечении больных с опухолевым поражением позвоночника / Канд. дисс. – 2007. – 127 с.
3. Bayley A, Milosevic M, Blend R. et al. A prospective study of factors predicting clinically occult spinal cord compression in patients with metastatic prostate carcinoma // Cancer. – 2001. – Vol.92. – P.303-310.
4. Constans J.P., de Divitiis E., Donzelli R., Spaziante R., Meder J.F., Hays C. Spinal metastases with neurological manifestations. Review of 600 cases // J. Neurosurg. – 1983, Jul. – Vol.59(1). – P.111-118.
5. Enkaoua E.A., Doursounian L., Chatellier G. et al. A critical appreciation of the preoperative prognostic Tokuhashi score in a series of 71 cases, Spine. – 1997. – Vol.2. – P.293-298.
6. Harrington K.D. The Use of methylmethacrylate for vertebral body replacement and anterior stabilization of pathological fracture dislocations of the spine due to metastatic disease // J. Bone Joint. Surg. Am. – 1981. – Vol.63(1). – P.36-46.
7. Klekamp J., Samii H. Surgical results for spinal metastases Acta Neurochir (Wien). – 1998. – Vol.140(9). – P.957-967.
8. Kostuik J.P., Weinstein J.N. Differential diagnosis and surgical treatment of metastatic spine tumors, The adult spine: principles and practices. New York, Raven Press. – 1991. – P.861-888.
9. SOFCOT (Societe Francaise de Chirurgie Orthopedique et Traumatologique). Vertebral Metastasis Report. SOFCOT: Paris. – 1996.
10. Saillant G., Enkaoua E.A., Aimard T. et al. Metastases rachidiennes d'origine thyroidiennes. A propos d'une serie de 37 cas // Rev. Chir. Orthop. – 1995. – P.81672-81681.
11. Schiff D. Spinal cord compression // Neurol. Clin. – 2003. – Vol.21. – P.67-86.
12. Tokuhashi Y., Matsuzaki H., Toryama S. et al. Scoring system for pre-operative evaluation of spinal metastasis tumor progression // Cancer. – 1990. – Vol.15. – P.1110-1113.