

ХОНДРОСАРКОМА

Выполнила: орд. Куракина
Юлия Владимировна

Воронеж 2014г

Хондросаркома

— это злокачественная хрящеобразующая опухоль.

На долю хондросаркомы приходится около 20-25% всех сарком костей.

Возникает преимущественно в возрасте 30-60 лет, мужчины болеют в 2 раза чаще женщин.

Обычно страдают плоские кости, чаще тазового и плечевого поясов, иногда - диафизы длинных трубчатых костей.

Формы хондросаркомы:

1) Первичная:

- **центральная** (син.: интрамедуллярная, внутрикостная) имеет костномозговое происхождение;
- **периферическая** (син.: интракортикальная) - развивается в кортикальном слое кости;
- **юстакортикальная** (син.: периостальная) — выходит за пределы кортикального слоя кости;

2) Вторичная, возникающая при озлокачествлении диспластических процессов:

- хондроматоз костей — болезнь Олье—Маффуччи;
- костно-хрящевые экзостозы;
- хондромы;
- хондробластомы;
- хондромиксоидная фиброма.

Гистологическая классификация:

- ▣ **Дедифференцированная хондросаркома**
- ▣ **Мезенхимальная хондросаркома**
- ▣ **Светлоклеточная хондросаркома**

Клиническая картина:

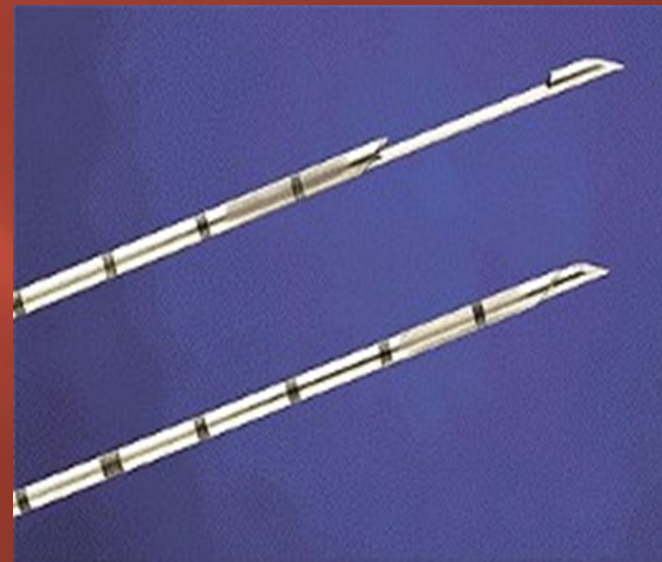
1)Боль - периферические опухоли медленно увеличиваются и не вызывают боли, достигая больших размеров; при центральных опухолях боли прогрессивно нарастают.

2)Припухлость- увеличивается месяцами, иногда годами.



Диагностика хондросарком:

- Лабораторные исследования
- Рентгенологическое исследование кости
- Трепанбиопсия или пункционная биопсия - получение столбика ткани с помощью специальной двухкомпонентной иглы
- МРТ
- Остеосцинтиграфия
- КТ
- Рентген грудной клетки
- Ангиография
- ПЭТ



Рентгенологически

- выявляют в очаге деструкции участки обызвествления в виде крапчатости;
- кортикальный слой с признаками эрозии со стороны эндоста и истончения;
- размеры опухоли более 4 см;
- периостальная реакция слабо выражена или отсутствует;
- может наблюдаться деструкция кортикальной кости и наличие мягкотканного компонента;
- в длинных костях локализуется чаще в метафизах и диафизах;
- интенсивное внутрикостномозговое распространение.



- При **центральных** хондросаркомах рентгенологически в метафизе выявляется очаг деструкции в виде облачкоподобных теней с участками петрификации, кость веретенообразно вздута.
- **Периферическая** форма хондросаркомы рентгенологически имеет вид цветной капусты за счет неправильно разбросанных теней, кортикальный слой разрушен, изъеден.



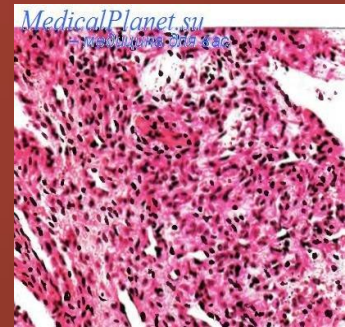
- Пациент К. 47 лет.
Проксимальное
диафизарное
опухолевое
образование
большеберцовой кости
(хондросаркома) и
скип-метастаз в
дистальном метафизе
бедренной кости:

- а) МРТ: коронарное T2-ВИ
с жироподавлением;
- б) МРТ: коронарное T1-ВИ;
- в) КТ-топограмма;
- г) сканирование костей.



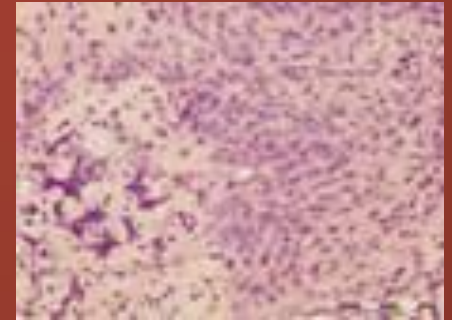
Дедифференцированная хондросаркома

- ▣ Возникает чаще из центральной хондросаркомы, а та, в свою очередь, из эндохондромы
 - ▣ Составляет 10% от общего числа хондросарком.
 - ▣ **Клиническая картина:** боль, отек и парестезия в месте возникновения опухоли.
 - ▣ **Локализация:** бедренная кость, кости таза, плечевая кость и ребра.
 - ▣ **Микроскопия.** Ткань биморфного типа: участки хорошо дифференцированной хондросаркомы чередуются с полями низкодифференцированной саркомы.
 - ▣ **Рентгенологически:**
 - или внутрикостное поражение литического типа с нечеткими контурами,
 - или необызвествлненное новообразование, расположенное в мягких тканях, но связанное с хрящевой опухолью
 - часто имеется деструкция кортикального слоя
 - резкий контраст между хондральной и «дедифференцированной» частями опухоли.
- Дифференциальная диагностика.** Хондрома, хондросаркома центральная, остеосаркома, фибросаркома, злокачественная фиброзная гистиоцитома.



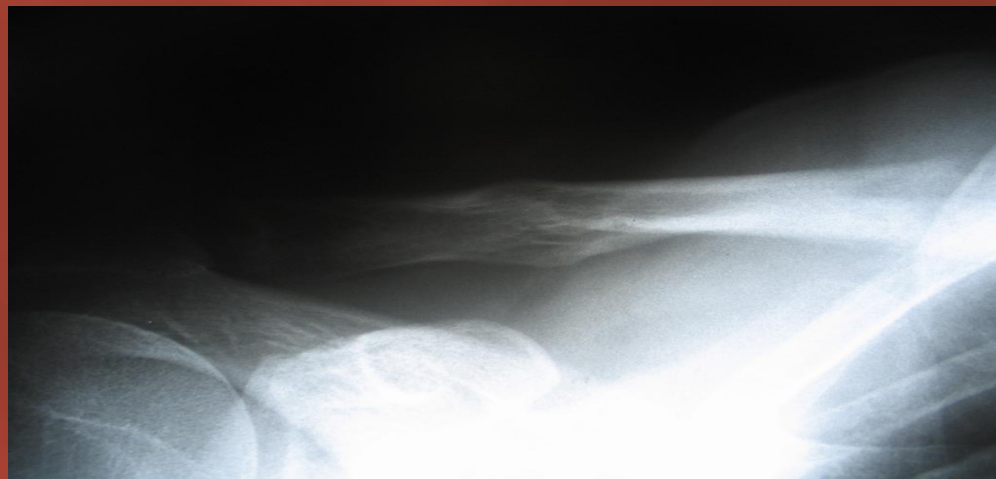
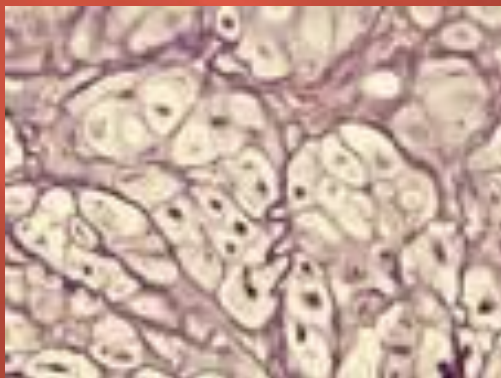
Мезенхимальная хондросаркома

- ▣ Составляет около 6% всех хондросарком.
- ▣ **Локализация:** рёбра, кости лицевого скелета, черепа, таза, позвоночника, лопатка, бедренная кость; иногда обнаруживается несколько очагов;
- ▣ **Клиническая картина.** Интенсивные боли, припухлость.
- ▣ **Микроскопия.** Двухфазная структура ткани: островки гиалиноподобной хондроидной ткани различной степени дифференцировки располагаются среди малодифференцированных клеток; хондроидные участки могут обызвествляться и оссифицироваться;
- ▣ **Рентгенологически** — литический процесс, деструкция кортикального слоя, участки кальцификации, плохо различимые границы очага.
- ▣ **Дифференциальная диагностика.** Доброкачественная и злокачественная гемангиоперицитома, саркома Юинга, дедифференцированная хондросаркома, остеосаркома.



Светлоклеточная хондросаркома

- Составляет около 2% от всех хондросарком
- **Локализация:** в основном в проксимальных отделах (эпифизах) бедренной и плечевой костей, реже поражает кости таза и позвоночника.
- **Клиническая картина.** Непостоянные незначительные боли, медленно растущая опухоль.
- **Микроскопия.** Двухфазная ткань дольчатого строения; зоны хрящевого матрикса чередуются с участками, содержащими многочисленные моноклеарные и многоядерные клетки; характерны крупные хондроциты с выраженной светлой цитоплазмой и чёткими межклеточными границами; встречаются костные трабекулы.
- **Рентгенологически** — литический очаг в основном в области эпифиза, ограниченный склерозированной костью, характерно вздутие кости, кортикальный слой разрушается редко (за исключением больших очагов), оссификация очага (типично для хондросарком) лишь в 25% случаев.



Лечение.

- Сегментарная резекция кости вместе с опухолью -при хондросаркомах низкой или средней степени злокачественности.
- Ампутация и экзартикуляция- при высокой степени злокачественности.
- Радиохирurgia с применением системы стереотаксической роботизированной радиохирургии **Кибер-Нож**, позволяет подвести большую дозу излучения к опухоли за несколько фракций (1 – 5) с минимальным воздействием на окружающие здоровые ткани.
- Химио- и лучевой терапии – резистентна,но может применяться как составной элемент комплексного лечения или с паллиативной целью (нерадикальное хирургическое вмешательство, труднодоступная локализация опухоли).



Исход хондросаркомы

- относительно удовлетворительный;
- выражена склонность к локальному рецидивированию;
- формы низкой степени злокачественности метастазируют редко и через длительное время после выявления заболевания,
- хондросаркомы высокой степени злокачественности метастазируют рано в лёгкие, головной мозг, печень.
- Пятилетняя выживаемость в среднем 45–60%; при хондросаркомах I степени — 90% и снижается до 29% при хондросаркомах III степени злокачественности.

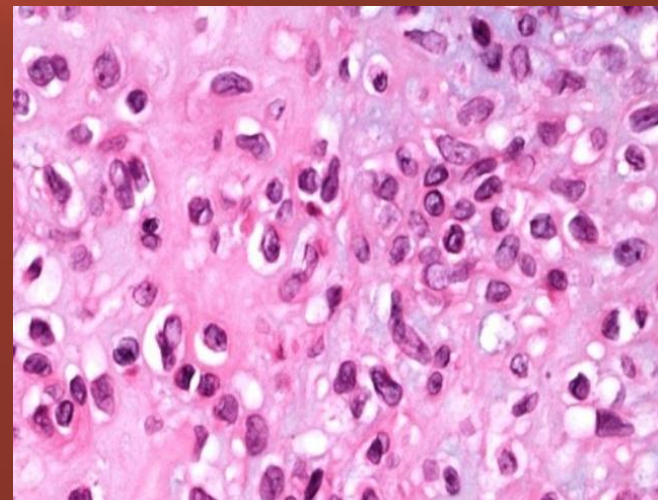
Клинический случай. Опыт межлопаточно-грудных ампутаций в Республиканском клиническом онкологическом диспансере Республики Башкортостан

- Пациент Я. 36 лет поступил с жалобами на наличие опухоли правого плеча, болевой синдром, не купирующийся приемом НПВС.
- Анамнез заболевания: больным себя считает в течение 2 лет, когда стал отмечать боли в правом плече, наличие опухолевидного образования верхней трети плеча. За медицинской помощью в течении 2 лет не обращался. В связи с нарастанием вышеуказанных симптомов обратился к онкологу по месту жительства (пациент житель села), направлен в ОД с диагнозом саркома правой плечевой кости.
- Опухоль занимает всю верхнюю половину правого плеча с переходом на плечевой сустав, неподвижная, плотная. Объем активных и пассивных движений в плечевом суставе резко ограничен из-за выраженного болевого синдрома и наличия опухоли.



Проведено клиническое обследование:

- По данным **спиральной КТ** трех зон с внутривенным контрастированием (органы грудной клетки, брюшной полости, малого таза) отдаленных метастазов не выявлено. По данным сцинтиграфии скелета выявлена одна зона накопления радиофармпрепарата – правая плечевая кость.
- **Рентгенологически** и по данным компьютерной томографии опухоль занимает всю верхнюю треть правой плечевой кости, имеет признаки хондросаркомы.
- Произведена **трепанобиопсия** опухоли под внутривенным наркозом. Цитологическое и гистологическое заключение – высокодифференцированная хондросаркома.
- Опухоль состоит из незрелых клеток с резко выраженным клеточным атипизмом. Рисунок опухоли имеет вид микросаркомы, в которой можно найти участки хрящевой ткани с плохо оформленными ячейками, содержащие неправильной формы хондробласты.



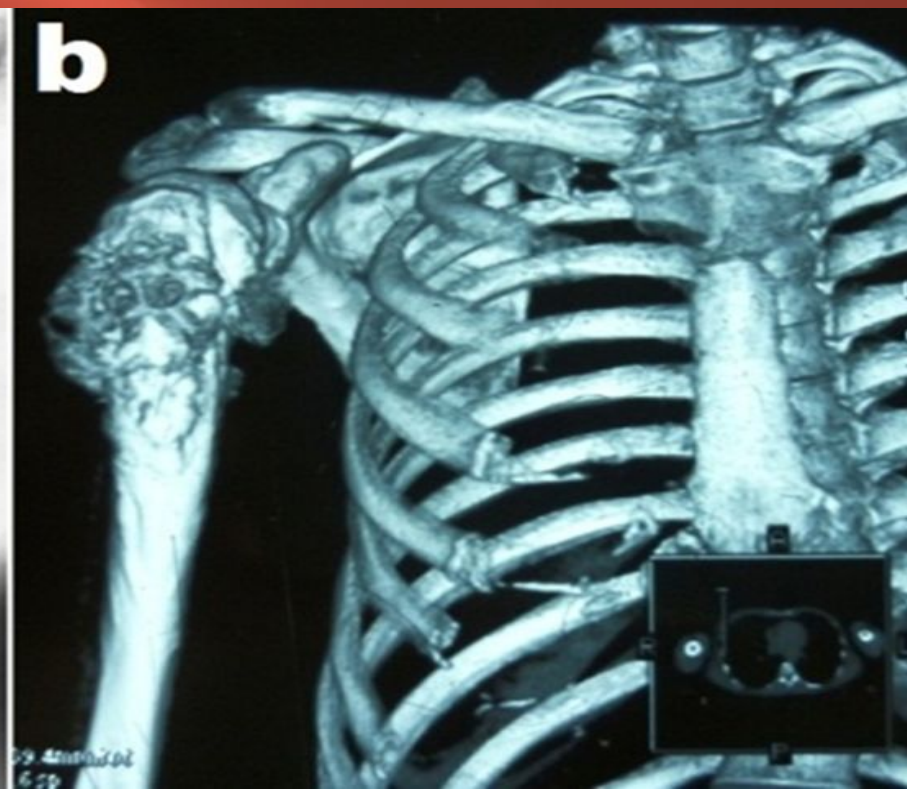
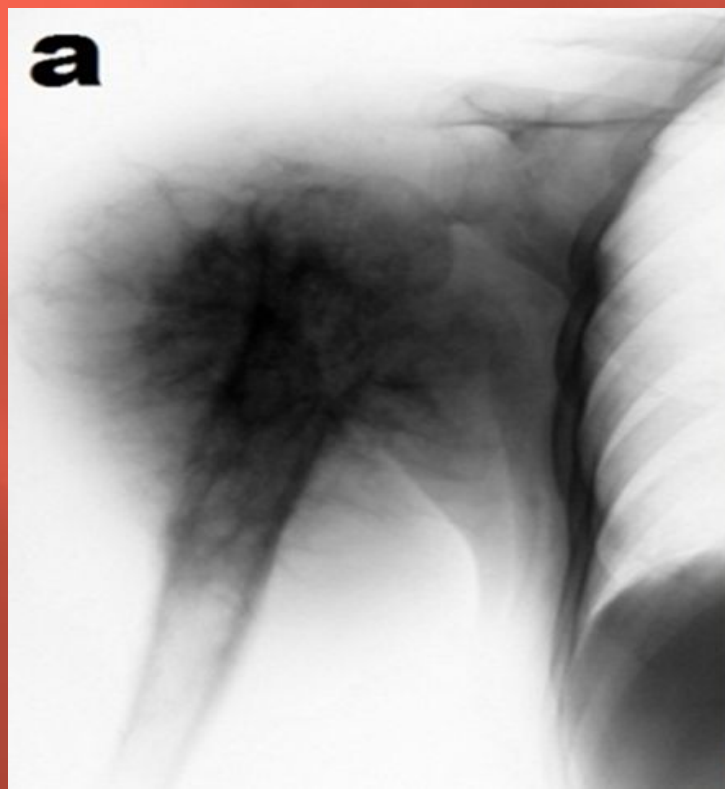
Рентгенологическая картина (а) и КТ (b) хондросаркомы правой плечевой кости.

- определяется вздутие проксимальной половины правой плечевой кости
- отсутствие четких контуров кости
- ячеистость структуры
- спикулы на фоне выраженного мягкотканого компонента



Диагноз: Хондросаркома правой плечевой кости

$G_2T_2N_0M_0$. С учетом местнораспространенного процесса (переход опухоли на плечевой сустав, мягкие ткани плеча и грудной стенки), данных морфологии (хондросаркома) произведена межлопаточно-грудная ампутация.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

