

КРУПНЫЕ ОСТЕОМЫ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ КОСТЕЙ

Д. Фернандо, кандидат медицинских наук,

В. Шпотин, доктор медицинских наук,

С. Долотказин

Александрo-Мариинская областная клиническая больница,
Астрахань

E-mail: dinafernando@mail.ru

Описаны редкие клинические случаи остеом, локализирующихся в лобной пазухе и на поверхности сосцевидного отростка височной кости и характеризующихся крупными размерами и длительным бессимптомным течением.

Ключевые слова: остеома.

Остеомы – доброкачественные новообразования костей, представляющие собой зрелые и дифференцированные опухоли скелета [2]. По данным отечественной и зарубежной литературы, распространенность остеом среди населения составляет около 3%, а их доля среди всех доброкачественных новообразований остеогенного происхождения – около 11% [4, 6].

По локализации в придаточных пазухах носа остеомы распределяются так: в лобных пазухах – до 79% случаев, в решетчатом лабиринте – 15%, в верхнечелюстных пазухах – 5%, в клиновидных – 1% [4, 7]. Существует несколько теорий этиопатогенеза остеом, основные из которых – травматическая, инфекционная и эмбриональная [8].

Гистологически выделяют компактную (остеоидную), губчатую (спонгиозную) и компактно-спонгиозную формы остеом. Для компактной остеомы характерны поражение плоских костей (кости черепа) и медленный рост [1]. Согласно клиническим исследованиям, средняя скорость роста остеом – 1,61 мм в год (от 0,44 до 6,0 мм) [5].

Макроскопически остеома краниофациальной зоны чаще всего представлена одиночным новообразованием бугристой, круглой или овальной формы, происходящим из поднадкостничной или эндостальной поверхности кортикального слоя той области черепа, на которой он формируется.

Бессимптомное течение остеом может длиться годами, но при достижении опухолью критического размера появляется клиническая симптоматика.

Для остеом лобных пазух и решетчатого лабиринта наиболее характерны головная боль, носовые кровотечения, деформация лба. К офтальмологическим осложнениям относят экзофтальм, диплопию, птоз, потерю зрения и слезотечение [3]. Внутрипазушные осложнения проявляются вторичным экссудативным синуситом. К мозговым осложнениям остеом лобной пазухи относят вторичный менингит, абсцесс мозга, пневмоэнцефалум, внутричерепную гипертензию [7].

Симптомы остеомы височной кости зависят от ее локализации. При локализации в стенке наружного слухового прохода остеома может поддерживать вторичное рецидивирующее воспаление, вызывать кондуктивную тугоухость. Располагаясь в барабанной полости, опухоль провоцирует лабиринтные

нарушения, парез лицевого нерва. Близость к сигмовидному синусу иногда приводит к кровотечениям, тромбофлебиту, тромбозу и менингиту [9]. При экзофитном росте остеомы заушной области основными жалобами могут быть косметические изменения, чувство тяжести, вестибулярные нарушения и головная боль.

Наиболее достоверными методами диагностики остеом и их осложнений являются мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с 3D-моделированием, магнитно-резонансная томография. Лечение остеом придаточных пазух и височной кости – хирургическое.

На базе ЛОР-отделения Александрo-Мариинской областной больницы Астрахани за последние 5 лет прошли лечение 26 пациентов с крупными остеомами параназальной локализации и 3 – с остеомами височной кости.

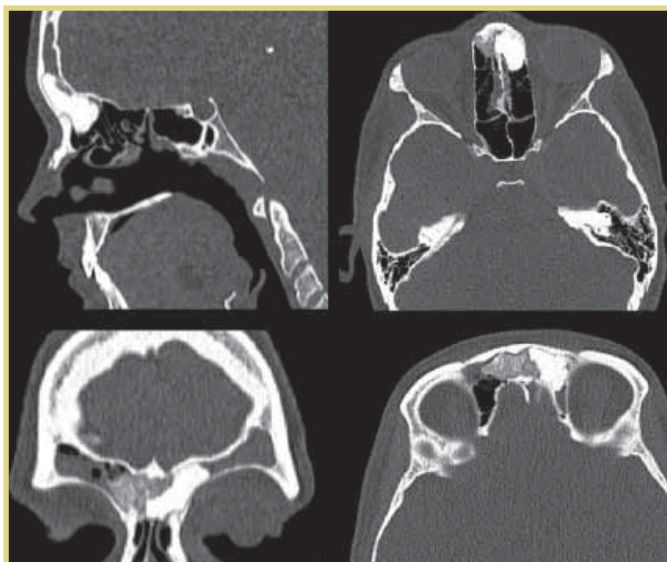


Рис. 1. Пациентка М., 21 года. Остеома левой лобной и решетчатой пазух

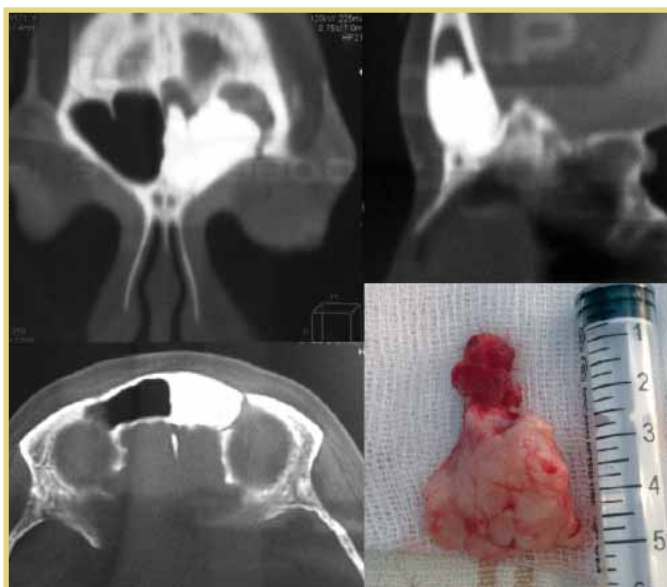


Рис. 2. Пациентка Д., 35 лет. Остеома левой лобной и решетчатой пазух

Ниже приведены 3 клинических случая, характеризующихся особенно крупными размерами опухоли.

Пациентка М., 21 года. Согласно анамнезу заболевания, латентный период развития остеомы составил около 6 лет; 6 лет назад впервые пациентка почувствовала незначительный дискомфорт в области лба. Период нарастания клинических симптомов – 6 мес до момента обращения за медицинской помощью, когда появились стойкие, распирающие головные боли в проекции левой лобной пазухи, иррадиировавшие в левую орбиту. При объективном осмотре, передней риноскопии и эндоскопии полости носа патологических изменений не выявлено: отсутствовали деформация лицевого скелета, асимметрия, кровотечение и выделения из носовых ходов. Диагноз поставлен по данным рентгенологического исследования придаточных пазух и МСКТ с 3D-моделированием; визуализировано новообразование костной плотности с четкими гладкими краями, занимающее до 2/3 объема левой лобной пазухи и распространяющееся на передние клетки решетчатого лабиринта (рис. 1).

Местом прикрепления остеомы являлась мозговая стенка лобной пазухи. Естественное устье лобно-носового канала было обтурировано опухолью, что вызывало болевой синдром и явления вторичного экссудативного фронтита.

Оперативное вмешательство произведено под эндотрахеальным наркозом. Выполнен небольшой дугообразный разрез по волосистой части брови. Остеопластический доступ с сохранением костного фрагмента передней стенки на надкостнице и использование хирургических фрез позволили минимизировать размеры послеоперационного костного дефекта, добиться хорошего косметического эффекта, предотвратить вдавление и деформацию области лобного бура. Ввиду большого размера остеомы (4,2×2,4×3,0 см) для атравматичного извлечения фронтальная ее часть была фрагментирована внутривпазушно, этмоидальная извлечена единым блоком. С учетом локализации (медулярная стенка) и высокого риска осложнений резекция места прикрепления опухоли не производилась, а подлежащая кость была сглажена фрезами до здоровых тканей. Проходимость лобно-носового канала восстановлена дренированием полихлорвиниловым стентом в течение 21 дня. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции. Результат гистологического исследования: компактная остеома.

Пациентка Д., 35 лет. Предполагаемый латентный период заболевания составил 5 лет, а период явных клинических симптомов – 3 мес (рис. 2). Заболевание манифестировало стойким болевым синдромом в области лба, слабостью, редко – головокружением. Согласно данным компьютерной томографии (КТ) придаточных пазух, левая лобная пазуха полностью обтурирована тканью новообразования (остеома), плотно прилегающего к ее стенкам, распространяющегося на передние клетки решетчатого лабиринта и обтурирующего соустье лобно-носового канала.

Выполнена фронтотомия; остеома 4,0×3,7×2,0 см мобилизована и удалена единым блоком. Место фиксации – медулярная и орбитальная стенки. Результат гистологического исследования: компактная остеома.

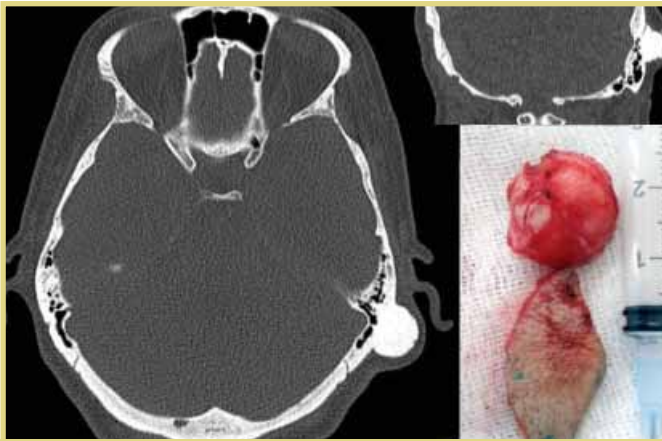


Рис. 3. Пациентка К., 54 лет. Остеома височной кости

Пациентка К., 54 лет. Длительность заболевания с момента появления уплотнения в левой заушной области — 10 лет. На момент обращения беспокоили наличие крупного образования за левым ухом, препятствующего ношению очков, чувство тяжести, периодическая ноющая головная боль умеренной интенсивности. Первоначально пациентка готовилась к госпитализации в нейрохирургическое отделение, однако при обследовании патологических явлений со стороны головного мозга и внутричерепных структур не выявлено. Госпитализирована в ЛОР-отделение.

Объективно: отоскопическая картина с 2 сторон без патологии, слух с обеих сторон сохранен в полном объеме. В левой заушной области обнаружено новообразование округлой формы до 4,0 см в диаметре, пальпаторно-костной плотности, кожа над ним не изменена (рис. 3).

На КТ височных костей — сосцевидные отростки пневматического типа строения, барабанная полость и антрум свободны. На задней поверхности левого сосцевидного отростка — костное образование размерами 4,1×4,0×3,9 см, на широком основании, с четкими округлыми контурами, однородной структуры, не имеющее видимой связи с внутричерепными структурами, без костно-деструктивных изменений.

Под общей анестезией выполнено удаление остеомы левой заушной области. Произведен разрез кожи, окаймляющий образование. Мягкие ткани отсепарованы, обнажено куполообразное костное образование до 4,0 см в диаметре. При помощи фрез сформирован желоб по периметру прикрепления остеомы для истончения ее основания. Остеома удалена единым блоком, подлежащая пластина сглажена фрезами до здоровой

кости. Вместе с остеомой иссечен избыток кожи в проекции опухоли, рана ушита послойно. Послеоперационный период — гладкий. Пациентка выписана на 7-е сутки. Рана зажила первичным натяжением.

Результат гистологического исследования: компактная остеома.

Приведенные клинические случаи обращают на себя внимание тем, что до достижения критического размера остеомы были практически бессимптомными. Использование в предоперационном обследовании КТ с 3D-моделированием позволяет точно спланировать операционный доступ и тактику лечения, избежать формирования крупных послеоперационных дефектов, осложнений и определиться с необходимостью привлечения смежных специалистов. Кроме того, подробный сбор анамнеза и совокупность рентгенологических признаков позволили дифференцировать доброкачественный рост, характерный для остеомы, с деструктивным, инвазивным ростом, свойственным злокачественным остеогенным новообразованиям.

Литература

1. Егоренков В.В. Пограничные и доброкачественные опухоли костей // Практическая онкология. — 2010; 1: 14–7.
2. Заболотный Д.И., Паламар О.И., Гук А.П. и др. Костно-хрящевые новообразования синопараназальной области с интракраниальным ростом. Особенности хирургического лечения // Вестн. оториноларингол. — 2013 2: 11–6.
3. Зенгер В.Г., Мустафаев Д.М., Копченко О.О. и др. Обширная остеома лобной пазухи с прорастанием за ее пределы // Вестн. оториноларингол. — 2009; 1: 72–4.
4. Осипенко Е.В., Карпищенко С.А., Сопко О.Н. и др. Компьютерная томография в диагностике остеом околоносовых пазух // Лучевая диагностика и терапия. — 2014; 4: 68–73.
5. Dispenza C., Martines R., Dispenza F. et al. Frontal sinus osteoma complicated by palpebral abscess: case report // Acta Otorhinolaryngol. Ital. — 2004; 24: 357–60.
6. Grayeli A., Redondo A., Sterkers O. Anterior skull base osteoid osteoma: case report // Br. J. Neurosurg. — 1980; 12: 173–5.
7. Rajesh Vishwakarma, Shawn T. Joseph, Kalpesh B. Patel et al. Giant Frontal Osteoma: Case Report with Review of Literature // Indian J. Otolaryngol. Head Neck. Surg. — 2011; 63 (Suppl. 1): 122–6.
8. Selva D., White V., O'Connell J. et al. Primary bone tumours of the orbit // Surv. Ophthalmol. — 2004; 49: 328–42.
9. Sikarvar V., Lavania, Saxena R. Osteoma of the temporal bone- rare case // Nepalese J. ENT Head Neck Surg. — 2011; 29 (1): 25–6.

LARGE OSTEOMAS OF FRONTAL AND TEMPORAL BONE

D. Fernando, Candidate of Medical Sciences; **V. Shpotin**, MD; **S. Dolotkazin** Aleksandro-Mariinskaya Clinical Hospital, Astrakhan

The paper describes rare clinical cases of osteomas that are located in the frontal sinus and on the surface of the mastoid process of the temporal bone and characterized by large sizes and a long asymptomatic course.

Key words: osteoma.