

УДК 616-006.04

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ХОНДРОСАРКОМЫ В ЛЕГКОМ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Б.Б. Ахмедов¹, М.М. Давыдов¹, М.А. Ибраев¹, И.А. Дадыев^{1,2}¹ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Ключевые слова: мезенхимальная хондросаркома, хирургическое лечение, пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи

Мезенхимальная хондросаркома — злокачественная опухоль, характеризующаяся присутствием в разных местах более или менее дифференцированного хряща и одновременно высокоvascularизированной веретенчатой или мезенхимальной ткани из клеток округлой формы, имеющей сходство с гемангиоперицитомой.

Представлен случай пациента 27 лет с мезенхимальной хондросаркомой правой височной кости G3, у которого было выявлено прогрессирование заболевания спустя 6 лет после манифестации — метастаз в правом легком. Проводимая химиотерапия оказалась малоэффективна, в связи с чем было выполнено хирургическое лечение в объеме пневмонэктомии справа с циркулярной резекцией бифуркации трахеи.

Мезенхимальная хондросаркома является редко встречаемым вариантом хондросарком. Впервые описана L. Lichtenstein в 1956-м и D. Bernstein в 1959 г. [1]. На ее долю приходится всего от 1 до 10% всех хондросарком [2–5]. Чаще страдают молодые люди в возрасте от 20 до 30 лет, опухоль высокоагрессивна: 5- и 10-летняя выживаемости 54,6 и 27,3% соответственно [6–9]. Мезенхимальные хондросаркомы считаются более чувствительными к химиолучевой терапии по сравнению с другими видами хондросарком. Системная терапия для таких опухолей сходна с терапией саркомы Юинга, что видно из рекомендаций Национальной всеобщей онкологической сети (NCCN) и Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Тем не менее в большинстве докладов про лекарственную терапию мезенхимальных хондросарком нет убедительных данных в пользу проведения адъювантной терапии [2, 3, 6, 9–13]. Основным методом лечения является хирургический. В 2 схожих между собой по дизайну мета-анализах с участием 107 и 113 пациентов следует, что общая выживаемость и частота безрецидивной выживаемости зависят от ради-

кальности хирургического лечения. Химиолучевая терапия достоверно не влияет на увеличение общей выживаемости, но увеличивает время безрецидивной [3, 14, 15]. При анализе литературы мы не нашли источников, где указан и продемонстрирован вариант выполнения бронхопластических операций при метастатических мезенхимальных хондросаркомах (поиск проводился в Embase-, Medline-, Cochrane-, Ovid-, Elibrary, PubMed), в связи с чем хотим представить клиническое наблюдение хирургического лечения при метастатическом поражении правого легкого и бифуркации трахеи.

Клинический случай

Пациент К., 27 лет, находился в институте клинической онкологии «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» с 05.10.2015 г. с диагнозом: мезенхимальная хондросаркома правой височной кости G-3. Функциональный статус при поступлении: ECOG 0–1. По Карновскому 100%. Рост 170 см. Масса тела 85 кг.

С 2007 г., когда стал отмечать эпизоды головной боли, при обследовании в поликлинике по месту жительства обнаружена опухоль правой височной области, проведено комбинированное лечение: 11.01.2007 г. — костно-пластическая трепанация черепа правой височной области, удаление опухоли, лучевая терапия СОД 58 Гр, 6 курсов ХТ Ломустином. ИГХ-исследование — транслокации,

Адрес для корреспонденции

Ибраев М.А.

E-mail: maibraev@gmail.com

характерные для саркомы Юинга, отсутствуют. Первичная мезенхимальная хондросаркома G-3 правой височной области.

В 2013 г. выявлено прогрессирование заболевания — метастаз в правом легком, подтвержден морфологически. Проведено 10 курсов ХТ по схеме VАС/IE в 2013–2014 гг.:

VAC: винкристин 1,5 мг/м² в/в в 1-й день + доксорубин 75 мг/м² в/в в 1-й день + циклофосфамид 1200 мг/м² в/в в 1-й день, каждые 3–4 нед.

IE: этопозид 100 мг/м² в/в в 1–5-й дни + ифосфамид 1,8 г/м² в/в в 1–5-й дни (+ Месна) каждые 3–4 нед [16].

По данным МСКТ органов грудной полости от декабря 2014 г., отмечена стабилизация процесса (критерии оценки RECIST 1.1) — справа в S6 многоузловое мягкотканное образование с четкими контурами, содержит кальцинаты, по сравнению с данными от 21.08.014 г. — уменьшение размеров с 15×19×17 до 11×19×12 мм. От образования к корню легкого тяж, в корне конгломерат с четкими полициклическими контурами до 31×45×35 мм — без динамики. Образование в корне практически тотально обызвествлено.

По данным компьютерной томографии органов грудной полости от марта 2015 г. — продолженный рост опухоли, в связи с чем проведено 6 курсов ХТ по схеме:

— винкристин 1,5 мг/м² в/в в 1-й день + доксорубин 75 мг/м² в/в в 1-й день + циклофосфамид 1200 мг/м² в/в в 1-й день.

Спустя полгода, в сентябре 2015 г., по данным МСКТ органов грудной полости, отмечалась отрицательная динамика — опухолевый конгломерат в корне правого легкого, окружающий все долевого бронхи правого легкого с эндобронхиальным компонентом, увеличился до 52 88 65 мм и узел в S6 нижней доли правого легкого без динамики. Пациенту выполнена фибробронхоскопия, где выявлено сужение просветов верхнедолевого и промежуточного бронхов за счет смешанной формы роста опухоли, расширение шпоры верхнедолевого бронха. На всем протяжении слизистая оболочка правого главного бронха с множественными расширенными извитыми сосудами, проксимальный полюс опухолевой инфильтрации достигал бифуркации трахеи по медиальной стенке правого главного бронха. Принимая во внимание неэффективность химиотерапевтического контроля над болезнью, молодой возраст пациента и возможность выполнения радикального хирургического вмешательства, госпитализирован в торакальное отделение торакоабдоминального отдела НИИ КО НМИЦ им. Н.Н. Блохина для оперативного лечения.

Учитывая распространенность опухолевого процесса, решено было провести оперативное вмешательство в объеме пневмонэктомии справа с циркулярной резекцией бифуркации трахеи (14.10.2015).

В положении больного на левом боку выполнена передне-боковая торакотомия справа в 5-м межреберье. При ревизии: в корне правого легкого определялась плотная опухоль размерами до 90 мм в диаметре, врастающая в перикард на уровне верхней легочной вены; верхняя граница опухоли располагалась в зоне основания правого главного бронха по задней стенке. Выполнена резекция правой боковой стенки перикарда в зоне врастания, циркулярная резекция бифуркации трахеи, пневмонэктомия справа. Объем резекции трахеи составил 3 полукольца.

Гистологическое исследование: в ткани легкого опухолевые узлы, представленные очагами атипического хондро- и остеогенеза с выраженным периферическим гиалинозом, очагами некроза с признаками организации — морфологическая картина соответствует лечебному патоморфозу мезенхимальной хондросаркомы. В краях резекции бронхов и прикорневых лимфатических узлах элементов опухолевого роста не определяется.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент был выписан на 12-е сутки.

В феврале 2016 г. с клиникой тонико-клонического эпилептического приступа экстренно госпитализирован в Белгородскую областную больницу. По данным МРТ головного мозга 29.02.2016 г. — объемное образование правой лобной доли. В марте 2016 г. выполнена краниотомия, удаление метастаза.

В июле 2016 г. с повторной клиникой генерализованного судорожного приступа был госпитализирован в НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко. По данным МРТ головного мозга от 19.07.2016 г. — рецидивная опухоль в правой лобной доле. В срочном порядке проведен сеанс радиохирургии на аппарате «Leksell Gamma Knife Perfexion» СОД 43 Гр с последующим удалением метастаза из правой лобной доли с использованием интраоперационной УЗ-визуализации на следующий день (20.07.2016). Пять месяцев спустя, в январе 2017 г., выявлен рецидив заболевания — метастаз на границе правой лобной и височной долей, в связи с чем пациенту проведен сеанс стереотаксической лучевой терапии на аппарате «Leksell Gamma Knife Perfexion» СОД 50 Гр.

В настоящее время пациент жив 26 мес после пневмонэктомии с циркулярной резекцией бифуркации трахеи, 132 мес с момента установки диагноза.

Обсуждение

Учитывая, что мезенхимальная хондросаркома имеет четкую устойчивость ко всем видам консервативной терапии, хирургическое лечение на сегодняшний день является полностью оправданным и единственным реально эффективным методом лечения.

Основной целью хирургического лечения является выполнение радикального объема вмешательства. Радикальность операции является общепризнанным прогностическим фактором, который достоверно влияет на выживаемость этих пациентов [17].

Комбинированные мультиорганные резекции у этой категории больных оправданы. При радикальном хирургическом лечении больных с метастазами в легких 5-летняя выживаемость составляет порядка 40% [16], тогда как единичные публикации сообщают, что продолжительность жизни больных мезенхимальной хондросаркомой с метастазами в легких, которым ввиду сопутствующей патологии было невозможно выполнение хирургического вмешательства, не превышает одного года [15].

Ключевыми факторами для проведения хирургического лечения легочных метастазов являются функциональная переносимость операции, выполнение радикального объема вмешательства, отсутствие других проявлений заболевания.

Продление жизни и улучшение ее качества у этой тяжелой категории пациентов, считавшихся до недавнего времени подлежащими лишь симптоматической терапии, является актуальной проблемой современной клинической онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lightenstein L., Bernstein D. Unusual benign and malignant chondroid tumors of bone. A survey of some mesenchymal cartilage tumors and malignant chondroblastic tumors, including a few multicentric ones, as well as many atypical benign chondroblastomas and chondromyxoid fibromas. *Cancer [Journal Article]*. 1959, v. 12, p. 1142-1157.
2. Shakked R.J., Geller D.S., Gorlick R., Dorfman H.D. Mesenchymal chondrosarcoma: clinicopathologic study of 20 cases. *Arch. Pathol. Lab. Med. [Case Reports; Journal Article]*. 2012, v. 136 (1), p. 61-75.
3. Cesari M., Bertoni F., Bacchini P., Mercuri M., Palmerini E., Ferrari S. Mesenchymal chondrosarcoma. An analysis of patients treated at a single institution. *Tumori [Clinical Trial; Journal Article]*. 2007, v. 93 (5), p. 423-427.
4. Nussbeck W., Neureiter D., Soder S., Inwards C., Aigner T. Mesenchymal chondrosarcoma: an immunohistochemical study of 10 cases examining prognostic significance of proliferative activity and cellular differentiation. *Pathology [Journal Article; Research Support, Non-U.S. Gov't]*. 2004, v. 36 (3), p. 230-233.
5. Louvet C., de Gramont A., Krulik M., Jagueux M., Hubert D., Brissaud P., Sirinelli A., Augereau B., Tubiana J.M., Debray J. Extraskelletal mesenchymal chondrosarcoma: case report and review of

- the literature. *J. Clin. Oncol. [Case Reports; Journal Article]*. 1985, v. 3 (6), p. 858-863.
6. Nakashima Y., Unni K.K., Shives T.C., Swee R.G., Dahlin D.C. Mesenchymal chondrosarcoma of bone and soft tissue. A review of 111 cases. *Cancer [Journal Article]*. 1986, v. 57 (12), p. 2444-2453.
 7. Huvos A.G., Rosen G., Dabska M., Marcove R.C. Mesenchymal chondrosarcoma. A clinicopathologic analysis of 35 patients with emphasis on treatment. *Cancer [Comparative Study; Journal Article]*. 1983, v. 51 (7), p. 1230-1237.
 8. Salvati M., Caroli E., Frati A., Piccirilli M., Agrillo A., Brogna C., Occhiogrosso G., Giangaspero F. Central nervous system mesenchymal chondrosarcoma. *J. Exp. Clin. Cancer Res. [Case Reports; Journal Article]*. 2005, v. 24 (2), p. 317-324.
 9. Bloch O.G., Jian B.J., Yang I., Han S.J., Aranda D., Ahn B.J., Parsa A.T. A systematic review of intracranial chondrosarcoma and survival. *J. Clin. Neurosci. [Journal Article; Research Support, N.I.H., Extramural; Research Support, Non-U.S. Gov't; Review]*. 2009, v. 16 (12), p. 1547-1551.
 10. Kawaguchi S., Weiss I., Lin P.P., Huh W.W., Lewis V.O. Radiation therapy is associated with fewer recurrences in mesenchymal chondrosarcoma. *Clin. Orthop. Relat. Res. [Journal Article]*. 2014, v. 472 (3), p. 856-864.
 11. Salvador A.H., Beabout J.W., Dahlin D.C. Mesenchymal chondrosarcoma – observations on 30 new cases. *Cancer [Journal Article]*. 1971, v. 28 (3), p. 605-615.
 12. Dantonello T.M., Int-Veen C., Leuschner I., Schuck A., Furtwaengler R., Claviez A., Schneider D.T., Klingebiel T., Bielack S.S., Koscielniak E. Mesenchymal chondrosarcoma of soft tissues and bone in children, adolescents, and young adults: experiences of the CWS and COSS study groups. *Cancer [Journal Article; Multicenter Study; Research Support, Non-U.S. Gov't]*. 2008, v. 112 (11), p. 2424-2431.
 13. Hashimoto N., Ueda T., Joyama S., Araki N., Beppu Y., Tatzaki S., Matsumoto S., Nakanishi K., Tomita Y., Yoshikawa H. Extraskelletal mesenchymal chondrosarcoma: an imaging review of ten new patients. *Skeletal. Radiol. [Journal Article; Multicenter Study]*. 2005, v. 34 (12), p. 785-792.
 14. Jie Xu, Dasen Li, Lu Xie, Shun Tang, Wei Guo. Mesenchymal Chondrosarcoma of Bone and Soft Tissue: A Systematic Review of 107 Patients in the Past 20 Years. *U.S. National Library of Medicine*. 2015.
 15. Frezza A.M. et al. Mesenchymal chondrosarcoma: prognostic factors and outcome in 113 patients. A European Musculoskeletal Oncology Society study. *Eur. J. Cancer*. 2015, v. 51 (3), p. 374-381.
 16. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии 2017 г.
 17. Lee S.Y., Lim Y.C., Song M.H., Seok J.Y., Lee W.S., Choi E.C. Chondrosarcoma of the head and neck. *Yonsei Med. J.* 2005, v. 46 (2), p. 228-232. DOI: 10.3349/ymj.2005.46.2.228.

Статья поступила 09.11.2017 г., принята к печати 12.12.2017 г.
Рекомендована к публикации Е.А. Сушенцовым

THE POSSIBILITY OF SURGICAL TREATMENT OF METASTATIC MESENCHYMAL CHONDROSARCOMA OF THE LUNG. CASE REPORT

Akhmedov B.B.¹, Davydov M.M.¹, Ibraev M.A.¹, Dadyev I.A.^{1,2}

¹ FGBU «National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin» of the Ministry of Health of Russia

² A.I. Evdokimov Moscow State MedicalStomatological University

Key words: mesenchymal chondrosarcoma, surgery treatment, carinal pneumonectomy

Mesenchymal chondrosarcoma is a malignant tumor, characterized by the presence of differentiated cartilage and simultaneously highly vascularized spindle cells or mesenchymal tissue from round shape cells.

The case report of 27-year-old patient with a mesenchymal chondrosarcoma of the right temporal bone G3 is presented. In this patient the progression of the disease was discovered 6 years after the manifestation with a metastasis in the right lung. Conducted chemotherapy was ineffective and as a result surgical treatment was performed in the volume of right pneumonectomy with circular resection of the tracheal bifurcation.