

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХОНДРОСАРКОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А.Н. Рудык¹, И.И. Сагитов², Р.Ш. Хасанов¹, Г.Т. Салеева², Р.Г. Хамидуллин¹, Л.Г. Карпенко¹, В.А. Чернышев¹, М.А. Бусыгин¹, С.В. Зинченко¹, М.Р. Хамитов¹

¹ ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань

² ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России. Кафедра ортопедической стоматологии, г. Казань

Ключевые слова: хондросаркома, верхняя челюсть, защитная пластинка

Хондросаркомы являются одними из самых агрессивных злокачественных новообразований, отличающихся высоким потенциалом местного рецидивирования и метастазирования. Основным методом лечения является хирургический. Приведен редкий клинический случай хондросаркомы верхней челюсти у 29-летней пациентки. Хирургическое вмешательство выполнено на первом этапе лечения. Для первичной реабилитации изготовлена разобщающая пластинка методом вакуум-формования и интраоперационное моделирование небной части пластинки, зубного ряда с использованием самотвердеющих пластмасс. Проведен курс послеоперационной дистанционной 3D-конформной гамма-терапии. Проводится полихимиотерапия в адьювантном режиме по схеме АСОР. Продолжается наблюдение, пациентка жива в течение 5 мес.

Введение. Хондросаркома (ХС) — злокачественная опухоль, обычно развивающаяся в трубчатых и плоских костях скелета, на долю которой приходится около 10–20% злокачественных опухолей костей [1, 2]. Хондросаркомы являются одними из самых необычных и агрессивных злокачественных новообразований, отличающихся высоким потенциалом местного рецидивирования и метастазирования [3, 4]. Среди всех неэпителиальных опухолей хондросаркома встречается менее в чем 5% случаев [5]. Среди злокачественных опухолей, локализованных в области головы и шеи, доля хондросарком составляет примерно 0,1% [3]. Описаны случаи внескелетного поражения (слизистая щеки) [6, 7]. Хондросаркомы встречаются чаще у женщин, чем у мужчин [8]. Предложены следующие основные морфологические подтипы ХС — недифференцированные, миксоидные и мезенхимальные [3, 9, 10]. Основным методом лечения ХС на сегодняшний день является хирургический. Лекарственное лечение и лучевая терапия в самостоятельном варианте рассматриваются как паллиативные методы. Как при любом хирургическом лечении злокачественных опухолей головы и шеи, остро стоит вопрос замещения возникших дефектов с целью восстановления важнейших утраченных —

жевание, глотание, речь [11]. Целью публикации является описание редкого клинического случая хондросаркомы верхней челюсти и применения разобщающей интраоральной пластины, изготовленной методом вакуум-формования.

История болезни. 29-летняя пациентка впервые обратилась за медицинской помощью к стоматологу по месту жительства в феврале 2013 года с жалобами на появление опухоли в области мягких тканей правой щеки, а также боли в правой половине лица, субфебрильную температуру. Заболела внезапно, на фоне полного благополучия, в течение 2 дней за медицинской помощью не обращалась. Стоматологом по месту жительства клиническая ситуация на момент обращения расценена как «обострение хронического периодонтита». Выполнено вскрытие пульповой камеры зуба 16 (FDI), экстракция содержимого пульповой камеры и корней 16-го зуба, периостотомия в области 15–17-го зубов. В течение 7 дней пациентка находилась под наблюдением хирурга-стоматолога по месту жительства. В связи с отсутствием положительной динамики больная направлена в Республиканскую стоматологическую поликлинику, где в течение 10 дней проводилась консервативная терапия, произведена повторная периостотомия. Эффекта от проведенного лечения не наблюдалось — пациентка направлена в онкологический центр с диагнозом «Опухоль верхней челюсти справа». При обращении в Республикан-

Адрес для корреспонденции

Рудык А.Н.

E-mail: anruonco@gmail.com

ский клинический онкологический диспансер МЗ РТ в начале марта 2013 г. выявлено: асимметрия лица за счет умеренной припухлости правой щеки. В полости рта: муфтообразное утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти справа в области 14–17-го зубов, данная область болезненная при пальпации, плотная, покрывающая ее слизистая ярко-розового цвета. Патологическая подвижность 14–17-го зубов. Визуализируется экзофитная опухоль 3×4 см в области слизистой альвеолярного отростка и твердого неба справа в проекции указанных зубов (рис. 1). При сборе подробного



Рис. 1. Экзофитная опухоль альвеолярного отростка и твердого неба

семейного анамнеза выяснено, что отец пациентки скончался от саркомы (подробности неизвестны), а 30-летнему брату пациентки в юности проведено специальное лечение по поводу остеосаркомы бедра. По данным рентгеновской компьютерной томографии: «В области моляров альвеолярного отростка верхней челюсти справа определяется очаг деструкции 14×7 мм, из которого исходит образование 29×22 мм, неоднородной структуры, умеренно накапливающее контраст (Омнипак 350), образование «стелется» по нижней поверхности твердого неба. Из вышеописанного дефекта альвеолярного отростка исходит образование, плохо накапливающее контраст и распространяющееся на правую верхнечелюстную пазуху — 27×27×20 мм. Дополнительно из данного дефекта на щечную область распространяется образование 12×12 мм, сходное по структуре с описанным выше» (рис. 2). Произведена биопсия экзофитного компонента опухоли и посистемное обследование — данных за выраженную сопутствующую патологию и органное поражение не выявлено. Заключение патоморфолога: микроскопически — опухоль в подслизистом слое с изъязвлением, состоящая из атипичных хрящевых клеток в хондронидном межзубчатом веществе, большое количество митозов, эпителиальной дифференцировки нет. Иммуногистохимическое заключение (ИГХ): опухолевые клетки имеют иммунофенотип —

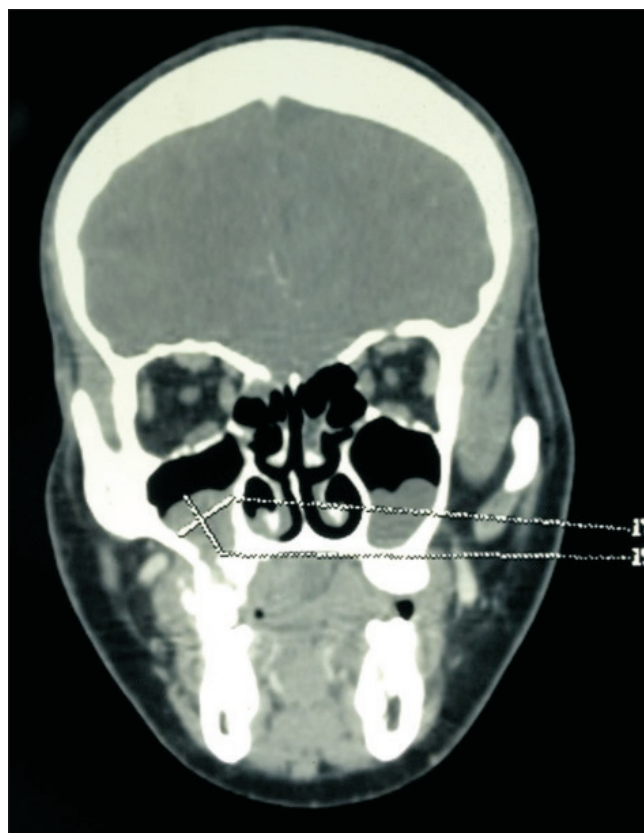


Рис. 2. Рентгеновская компьютерная томография. Распространение опухоли в правую верхнечелюстную пазуху

S100+, ЦКРрап—, индекс пролиферации ki67 до 20%. Заключение ИГХ: хондросаркома, GRADE 2. На консилиуме при участии лучевых терапевтов, химиотерапевтов и хирургов-онкологов принято решение о выполнении на первом этапе специального лечения хирургического вмешательства в объеме максиллэктомии с последующей лучевой терапией на «ложе» резецированной челюсти и проведении системной полихимиотерапии в адъювантном режиме. В плане предоперационной подготовки, после обсуждения клинической ситуации с ортопедами-стоматологами, решено изготовить защитную разобщающую пластинку, которая сможет обеспечить первичную функциональную и эстетическую реабилитацию пациентки. Для изготовления разобщающей пластинки использована технология вакуум-формования на аппарате из прозрачной пластинки толщиной 1 мм и непосредственного дополнительного (во время операции) моделирования небной части, зубного ряда с использованием самотвердеющих пластмасс. Сняты оттиски челюстей, изготовлены гипсовые модели, на которых отмечены линии планируемой резекции верхней челюсти. Подготовка к госпитализации и изготовление первичного протеза составили 3 нед (2 из которых — по субъективным причинам). На момент госпитализации констатировано прогрессирование опухолевого процесса за счет увеличения экзофитного компонента опухоли в полости рта (рис. 3). Паци-



Рис. 3. Внешний вид опухоли на момент госпитализации

ентка не может осуществить смыкание челюстей за счет увеличения экзофитного компонента опухоли в полости рта до 8 см в поперечнике. Выполнено хирургическое вмешательство в объеме трахеостомии, перевязки наружной сонной артерии и биопсии лимфоузлов шеи 2а уровня справа, комбинированной максиллэктомии справа с резекцией нижних отделов решетчатой кости, крыловидного отростка клиновидной кости справа. Во время операции после удаления экзофитного компонента опухоли в полости рта выявлено: инфильтративный характер роста, компонент опухоли поражает альвеолярный отросток верхней челюсти справа (муфтообразно), распространяется на слизистую верхнечелюстной пазухи справа с деструкцией передней, латеральной и задней стенок верхней челюсти без распространения на крыловидные мышцы и одноименный отросток клиновидной кости. Интраоперационно, после ушивания раны и тампонады марлевыми салфетками с мазью, содержащей антибиотик, установлена изготовленная ранее разобщающая пластинка. До установки в полости рта композитной пластмассой создана имитация зубов, самотвердеющей пластмассой был сформирован десневой край (рис. 4). Послеоперационный период протекал гладко. За-

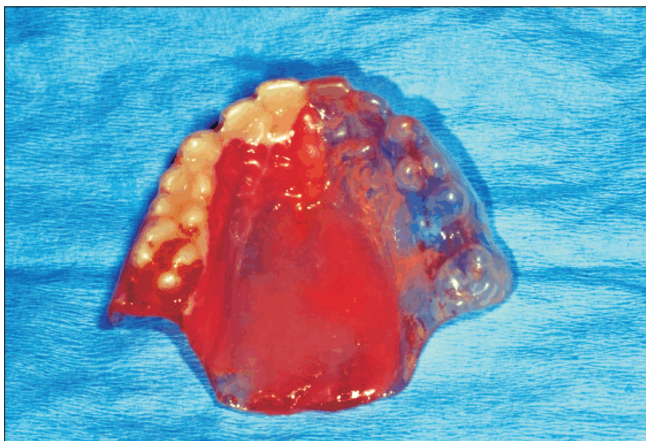


Рис. 4. Вид разобщенной пластинки с имитацией зубов

живление операционной раны лица первичное, без признаков воспаления. Раневая поверхность в области удаленной челюсти с активными грануляциями. Питание *per os* начато на вторые сутки после операции. Плановое гистологическое заключение: хондросаркома высокой степени злокачественности (G3). Лимфоузлы обычной гистоструктуры. Пациентка выписана на 10-е сут. Через 3 нед после оперативного вмешательства начат курс дистанционной гамма-терапии: 3D-конформная лучевая терапия на область ложа удаленной верхней челюсти с фиксацией термопластической маской на аппарате Elekta, разовая очаговая доза – 2,5 Гр, один раз в день, 18 сеансов (изо-эффект 60 Гр). Проводится полихимиотерапия в адьювантном режиме по схеме АСОР. Продолжается наблюдение, пациентка жива в течение 5 мес. Питание – *per os*, фонация, носовое дыхание сохранены. Эстетический результат – удовлетворительный (рис. 5).



Рис. 5. Эстетический результат после 5 мес

Обсуждение. Современные публикации демонстрируют единичные наблюдения хондросаркомы в области головы и шеи, в частности верхней челюсти.

Хондросаркома является редкой, агрессивной злокачественной опухолью. Среди опухолей головы и шеи хондросаркома встречается крайне редко. Приведенный клинический случай подтверждает мнение о крайней агрессивности опухоли. Отличительной особенностью приведенного клинического наблюдения стало быстрое прогрессирование опухоли в виде увеличения объема экзофитного компонента в полости рта более чем в 2 раза в течение 3 нед. Алгоритм лечения хондросарком в целом определен на сегодняшний день, однако он продиктован отсутствием других высокоэффективных схем лечения. Объясняет данную ситуацию редкая встречаемость в клинике хондросарком челюстей, отсутствие эффективных схем полихимиотерапии, практически полное отсутствие клинического опыта таргетной терапии. Идеология использования защитного первичного протеза (защитной пластинки

и пр.) — не нова. Использование современных материалов и технологий ортопедической стоматологии позволило быстро и эффективно восстановить основные функции (жевание, глотание, речь), провести следующие этапы лечения, не нарушая сроков. При применении подобных конструкций важным моментом является обеспечение хорошей фиксации в полости рта. В описанной ситуации — цель достигнута за счет фиксации протеза к сохраненным зубам верхней челюсти слева без металлических элементов, сохранена эстетика. Пациентка отмечает легкость и удобство использования протеза, позволяющие эффективно осуществлять гигиену полости рта и послеоперационного дефекта. Прогноз для пациентов с хондросаркомой — плохой. Это обусловлено тенденцией к местному рецидивированию и метастазированию, что возможно даже после долгого безрецидивного периода. Описан случай безрецидивного интервала в 20 лет. Отдаленные метастазы наиболее часто наблюдаются в костях и легких. В литературе приводятся данные о пяти- и десятилетней выживаемости 48 и 28% соответственно. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением, получает 2-й курс адьювантой полихимиотерапии, общее состояние удовлетворительное.

ЛИТЕРАТУРА

1. Selz P.A., Konrad H.R., Woolbright E. Chondrosarcoma of the maxilla: a case report and review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997, v. 116, p. 399-400.
2. Munshi A., Atri S.K., Pandey K.C., Sharma M.C. Dedifferentiated chondrosarcoma of the maxilla. *J. Cancer Res. Ther.* 2007, v. 3, p. 53-55.
3. Knott P.D., Gannon F.H., Thompson L.D. Mesenchymal chondrosarcoma of the sinonasal tract: a clinicopathological study of 13 cases with a review of the literature. *Laryngoscope.* 2003, v. 113, p. 783-790.
4. Zakkak T.B., Flynn T.R., Boguslaw B., Adamo A.K. Mesenchymal chondrosarcoma of the mandible: case report and review of the literature. *J. Oral. Maxillofac. Surg.* 1998, v. 56, p. 84-91.
5. Mokhtari S., Mirafsharieh A. Clear cell chondrosarcoma of the head and neck. *Head Neck. Oncol.* 2012, v. 4, No. 13, doi: 10.1186/1758-3284-4-13.
6. Rosenblatt D.O., Lipin R.B., Palacios E. et al. Unusual maxillary chondrosarcoma. *Ear. Nose Throat. J.* 2012, v. 91, No. 9, p. 355-359.
7. Pontes H.A., Pontes F.S., de Abreu M.C. et al. Clinicopathological analysis of head and neck chondrosarcoma: three case reports and literature review. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* 2012, v. 41, No. 2, p. 203-210.
8. Ram H., Mohammad S., Husain N., Singh G. Huge mesenchymal chondrosarcoma of mandible. *J. Maxillofac. Oral. Surg.* 2011, v. 10, No. 4, p. 340-343.
9. Garrington G.E., Collett W.K.. Chondrosarcoma. I. A selected literature review. *J. Oral. Pathol.* 1988, v. 17, No. 1, p. 1-11.
10. Angiero F., Vinci R., Sidoni A., Stefani M. Mesenchymal chondrosarcoma of the left coronoid process: report of a unique case with clinical, histopathologic, and immunohistochemical findings, and a review of the literature. *Quintessence Int.* 2007, v. 38, p. 349-355.
11. Katyayan P.A., Katyayan M., Kalavathy N. Prosthetic rehabilitation of a maxillofacial defect in a chondrosarcoma patient. *J. Contemp. Dent. Pract.* 2011, v. 12, No. 5, p. 398-403.

Статья поступила 06.12.2013 г., принята к печати 20.01.2014 г.
Рекомендована к публикации В.А. Соболевским

RARE CASE OF CHONDROSARCOMA OF MAXILLA

Rudyk A.N.¹, Sagitov I.I.², Khasanov R.S.¹, Saleeva G.T.², Khamidullin R.G.¹, Karpenko L.G.¹, Chernyshev V.A.¹, Busygin M.A.¹, Zinchenko S.V.¹, Khamitov M.R.¹

¹ Tatarstan Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia

² Kazan State Medical University. Department of Orthopedic Dentistry, Kazan

Key words: chondrosarcoma, maxilla, protective plate

Chondrosarcomas are considered to be one of the most aggressive tumors which are of high metastatic and recurrence potential. The basic method of treatment is surgical method. A very rare medical case of chondrosarcoma of the maxilla in 29 years old patient is reported. First stage of the treatment was surgical. Special separative plate was performed for primary rehabilitation by the method of vacuum shaping and intraoperative modeling of the palate part of the plate and teeth as well with the use of autopolymer resin. Course of the postoperative beam 3-dimensional conformal radiation therapy was performed. The course of the adjuvant polychemotherapy is being performed. Follow-up continues, patient is alive during 5 months.