

КАВЕРНОЗНІ АНГІОМИ ЗАДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМИ

Гончарук О.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Київ, Україна

Cavernous Angiomas of the Posterior Cranial Fossa

O.M. Goncharuk

National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

Received: July 2, 2010

Accepted: September 8, 2010

Адреса для кореспонденції:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Кафедра променевої діагностики, вул. Дорогожицька, 9
Київ, 04112, Україна
тел.: +38-067-454-97-95
e-mail: politschuk@gmail.com

Summary

The work based on analysis of 20 patients with cavernous angioma (CA) investigated clinical course, diagnosis and prognosis at CA of brainstem and cerebellum. CA are often had multiple — sub-, supratentorial localization. The supratentorial localization of CA is often accompanied by convulsive seizures and subtentorial — with symptoms of brain stem injury or cerebellum. This causes protracted course disease and possible treatment options are surgical and radiosurgery. The main diagnostics of cavernomas in the posterior cranial fossa are modern neurovisualization methods as the CT and MRI.

Key words: cavernous angioma, cerebellum, brain stem, hemorrhage, prognosis.

Вступ

Кавернозні судинні мальформації (кавернозні ангиоми) відносяться до ангиоматозних вад розвитку і складають від 5% до 13% всіх аномалій головного мозку вродженого походження [4,6]. Літературні дані свідчать, що КА центральної нервової системи є окремою клініко-анатомічною одиницею.

Медведев Ю.А., Мацко Д.Е. (1993) при морфологічному вивченні аневризм та вад розвитку судин головного мозку спостерігали 11 випадків кавернозних судинних мальформацій [4]. Автори описують локалізацію кавернозних ангиом в м'якій мозковій оболонці,

та як компонент хвороби Стердже-Вебера з характерною картиною венозної судинної мальформації.

Локалізація КА може бути як супратенторіальною, практично в усіх відділах головного мозку, так і субтенторіальною, переважно в стовбурі мозку [1,4,7]. Є повідомлення про локалізацію КА в підкіркових вузлах [4,8], мозочку [9,10,12], синусах твердої мозкової оболонки, в середній черепній ямі та інших відділах головного мозку [4,7]. Локалізуючись по середній лінії, КА здатні визивати ендокринні порушення, ушкодження трійчастого нерву та поєднуватися з патологією інших судин та внутрішніх органів [4,7].

Кавернозні ангиоми можуть бути різних розмірів від мікромальформацій до гігантських мальформацій, що поширюються на цілі долі. В середньому розмірі КА коливаються від 0,5 до 4,4 см. Кавернозні судинні мальформації зустрічаються в різному віці. Середній вік хворих за даними [4,7] був від 20 до 50 років. Відповідно даних Медведева Ю.А., Мацко Д.Е (1993), середній вік серед померлих з КА був 41 рік [4]. При цьому автори відмічають латентний перебіг КА у тих хворих, у яких середній вік був рівний 52,5 років тоді як прижиттєва маніфестація буває в більш молодому віці — 37,5 років. Є повідомлення про переважну більшість КА серед чоловіків в 1,5-2 рази [13,14].

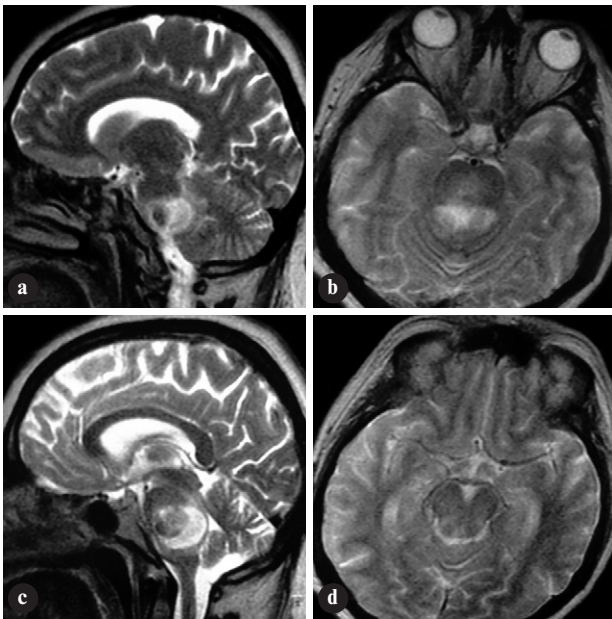


Рис. 1

A-D. МРТ: кавернозна ангиома стовбуру мозку.

Дані сучасних методів нейровізуалізації свідчать про множинність вад розвитку судинних мальформацій [11]. При цьому половина — це сімейні випадки [12].

Клінічні прояви кавернозних СМ залежать від їх локалізації та розмірів. Супратенторіальні КА можуть проявлятися психічними розладами, судорожними нападами. Субтенторіальна локалізація КА проявляється мозочковими розладами при їх розміщенні в мозочку, та порушеннями функцій стовбуру мозку — при їх локалізації в стовбурі. Великих розмірів КА стовбуру можуть порушувати лікворообіг і проявлятися оклюзійно-гідроцефальним синдромом. В більшості випадків їх виявляють як хронічні гематоми стовбуру мозку, котрі мають псевдотуморозний перебіг [2,8,10].

Дані літератури свідчать, що кавернозні СМ проявляються судомним синдромом в 35-60% випадках, прогресуючим псевдотуморозним синдромом в 35-50%, та симптоматикою внутрішньочерепного крововиливу в 20-30% [2,8,10]. Прояви КА в дорослому віці свідчать про проградієнтність процесу і дозволяють їх віднести до бластом [8]. Можливості виявлення та лікування кавернозних судинних маль-

Таблиця 1. Розподіл хворих із кавернозними ангиомами

Вік хворих	Стать хворих		Локалізація крововиливу	
	Чоловіча	жіноча	мозочок	стовбур
15-29	6	1	2	5
30-44	6	3	2	7
45-59	1	-	-	2
60 і >	1	2	-	2
Всього	14	6	4	16

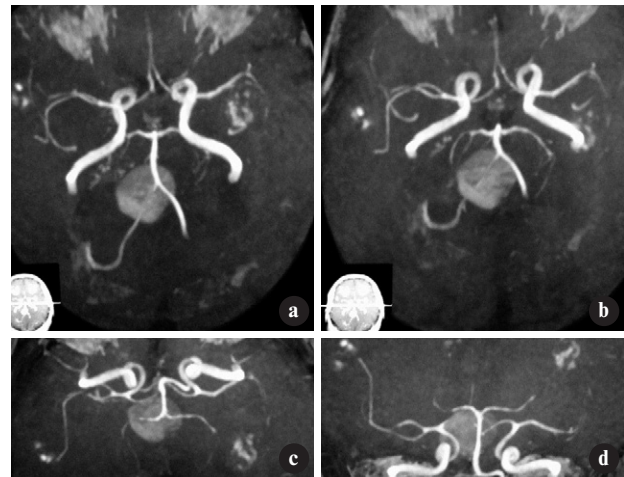


Рис. 2

A-D. МРТ, ангиорежим: кавернозна ангиома стовбуру мозку.

формацій (хірургічне видалення, радіохірургія, променева терапія) з'явилися із застосуванням сучасної нейровізуалізації [3,5,6,9].

Таким чином, даних про кавернозні ангиоми ЗЧА, особливості клінічного прояву, діагностики та прогнозу, недостатньо, вони описуються як окремі випадки.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та прогнозу при кавернозних ангиомах стовбуру та мозочку.

Матеріал та методи

Проаналізовано характер крововиливів у 20 хворих, причиною яких були кавернозні судинні мальформації ЗЧА. Переважали особи чоловічої статі 4:1 відповідно 16 та 4 хворих.

Більшість хворих були молодого та зрілого віку (18 спостережень — 90±6,7%), двоє хворих (10±6,7%) були у віці старше 60 років. Середній вік проявів симптомів кавернозної ангиоми становив 36,5 років, що відповідає літературним даним.

Всім хворим проводилася комп'ютерна томографія зразу ж при поступленні. МРТ томографія проводилася за клінічними показами та в динаміці захворювання.

Таблиця 2. Локалізація крововиливів при кавернозних ангиомах

Стать	Тип крововиливу					
	Мозочкові			Стовбурові		
	N	%	Δ,%	N	%	Δ,%
Чоловіки + жінки	4	20	8,9	16	80	8,9
Всього	20					

Комп'ютерно-томографічне обстеження проводили на томографі "Somatom AR Star" та "Somatom CRX" ("Siemens", Німеччина). Сканування проводилося з товщиною зрізу 3 мм для базальних та 8 мм — для конвексимальних відділів. При спонтанній інтракраніальній геморагії АКТ — дуже важливий метод, котрий виявляв наявність і локалізацію крововиливу, що визначало план діагностики причини крововиливу та метод лікування пацієнтів з урахуванням розповсюдженості, форми та виду крововиливу. За допомогою АКТ також виявляли вогнища ішемічного ураження, наявність гідроцефалії, оклюзійно-гідроцефального синдрому, супутнього набряку мозку, ознак дислокації стовбура, тощо. АКТ виконували і в післяопераційному періоді.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) здійснювалась пристроєм фірми "General Electric" з просторовою розв'язною здатністю 0,5 мм з напруженням магнітного поля 0,5 Т та на МРТ фірми "Siemens" з напруженням магнітного поля 0,33 Т.

Троє хворих прооперовані, у двох проведено радіохірургічне втручання.

Результати

У 16 хворих ($80 \pm 8,9\%$) кавернозна ангиома локалізувалася в стовбурі мозку (міст, ніжка мозку, довгастий мозок) у двох в мозочку і у 2 — вони були множинними: суб-, супратенторіальної локалізації, у двох із них кавернозна ангиома стовбура поєднувалася з мікроаневризмами. Кавернозні ангиоми суб-тенторіальної локалізації проявилися геморагічним синдромом. На цьому фоні чітко визначалися симптоми ураження стовбурових структур та/або мозочку мозку. Тривалість захворювання була від двох до десяти років. Розподіл хворих за віком, статтю та локалізацією геморагії приведено в таблиці 1.

Статистично достовірна ($p < 0,05$) перевага чоловіків з КАГ, відповідно 14 і 6 (70% і 30%), та достовірна ($p < 0,05$) більшість крововиливів в стовбур мозку порівняно з мозочком, відповідно 18 (90%) і 2 (10%). Крововиливи відповідали локалізації кавернозних ангиом. Локалізація крововиливів при кавернозних ангиомах наведена в таблиці 2.

Дані проведених спостережень свідчать, що кавернозні ангиоми частіше ($p < 0,05$) локалізувалися в стовбурі мозку і відповідно крововилив частіше був у стовбур мозку, що відображено в таблиці 2. У 16 хворих кавернозна ангиома локалізувалася в стовбурі мозку (міст, ніжка мозку, продовгуватий мозок) у 4 в мозочку, при цьому у 3 вони були множинними — суб-, супратенторіальної локалізації, у двох із них кавернозна ангиома стовбура поєднувалася з мікроаневризмами. Рисунки 1 та 2 ілюструють локалізацію КА в ЗЧЯ.

Обговорення

Кавернозні ангиоми супратенторіальної локалізації у хворих проявилися судомними нападами протягом декількох років. На цьому фоні чітко визначалися симптоми ураження структур та/або мозочку мозку. Тривалість захворювання була від 2 років до десяти років. Крововилив у кавернозну ангиому мав підгострий та хронічний характер.

Дані проведених спостережень свідчать, що кавернозні ангиоми частіше локалізувалися в стовбурі мозку і відповідно крововилив частіше був у стовбур мозку. Кавернозні ангиоми можуть мати проградієнтний характер, що визначається з найбільшою вірогідністю повторними геморагіями в порожнину КА та супутніми ішемічними розладами, котрі особливо відчутно проявляються в стовбурі мозку. Серед оперованих хворих відмічено суттєвий регрес неврологічної симптоматики, що дозволило покращити якість життя. Суттєвий регрес неврологічної симптоматики відмічено і у хворих, котрим було проведено радіохірургічне лікування (Кіберніж).

Кавернозні ангиоми є вродженою патологією, які з найбільшою вірогідністю можна віднести до бластоматозних судинних вад, так як вони часто мають проградієнтний характер розвитку. Сучасні нейровізуалізуючі методи — КТ і МРТ дозволяють діагностувати КА в будь-якій стадії. При клінічних проявах КА судомним синдромом, наростаючою неврологічною симптоматикою, або при появі ознак внутрічерпної гіпертензії, показано їх хірургічне та/або радіохірургічне лікування.

Література

1. Гайдар Б.В., Труфанов Г.Е., Ранешвили Т.Е., Парфенов В.Е., Свистов Д.В. (2007) Лучевая диагностика внутричерепных кровоизлияний. (Санкт-Петербург). "ЭЛБИ-СПБ". 280 с.
2. Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Голик В.А., Скребец Ю.Ю. (2003) Артериальные аневризмы и артериовенозные мальформации головного мозга. Учебный посібник. (Дніпропетровськ). "Пороги". 137 с.
3. Лебедев В.В., Крылов В.В. (2000) Неотложная нейрохирургия. (Москва). "Медицина". 567 с.
4. Медведев Ю.А., Мацко Д.Е. (1993) Аневризмы и пороки развития сосудов мозга. (Санкт-Петербург). РНХИ им. проф. А.Л. Поленова. I: 136 с.
5. Переседов В.В., Верещагин Н.В., Дзенис Ю.Л., Пирадов П.А. и соавт. (1997) Тактика лечения нетравматических мозжечковых кровоизлияний. Вопросы нейрохирургии. 2: 3-7
6. Ромоданов А.П., Зозуля Ю.А., Педаченко Г.А. (1990) Сосудистая нейрохирургия. (Киев). "Здоровье". 312 с.
7. Самойлов В.И. (1990) Субарахноидальное кровоизлияние. (Ленинград). "Медицина". 231 с.
8. Хэм А., Кормак Д. (1982) Гистология. (Москва). Том III
9. Gonzales-Garcia J., Gelabert-Gonzales M., Garcia-Allut A., Fernandez-Villa J.M., Lopes-Garcia E., Garcia-Pravos A. (2000) Cerebellar hematomas: a surgically treatable stroke. Rev. Neurol. Vol. 31; 12: 1119-1126
10. Irimia-Sieira P., Moya-Molina M., Martinez-Vila E. (2000) Clinical aspects and prognostic factors of intracerebral hemorrhage. Rev. Neurol. Vol. 31; 12: 192-198
11. Haaga J.R., Lanzieri C.F. (2003) Computed tomography and magnetic resonance imaging of the whole body. 4th edition. "Mosby, Enc". (eds.). pp 691-721
12. Rosenthal D., Marquardt G., Sievert T. (1993) Spontaneous intracerebellar hemorrhage: acute management and prognosis. Adv. Neurosurg. Vol. 21: 61-68
13. Rudd A.G., Matchar D.B. (2004) Health policy and outcome research in stroke. Stroke. Vol. 35; 2: 397-400
14. Sakai N., Yamada H., Tanigavara T. et al. (1991) Surgical treatment of cavernous angioma involving brainstem and review of the literature. Acta Neurochir. (Vien). Vol. 113: 138-143