

## ПЕРИОСТАЛЕН ХОНДРОСАРКОМ НА ТИБИЯ – ОРГАНСЪХРАНЯВАЩА ОПЕРАЦИЯ

Григоров Я., М. Кънчев, А. Гегова, Д. Бошнаков, В. Кожухаров,  
С. Георгиева

*Key words:* Malignant tumor. Periosteal Chondrosarcoma. Resectio en bloc. Tibia.

### Въведение

Хондросаркомът е вторият по честота злокачествен тумор на костите (около 24 %), който включва хетерогенна група саркоми (1). Първичният или конвенционалният хондросарком започва развитието си в нормална кост, докато вторичният се появява в доброкачествени прекурсори, като Остеохондром, Енхондром, Екзостози, болест на Paget или Ollier, фибозна дисплазия и др. По-често се засяга мъжкия пол с възрастови предпочитания между 15 и 25 и между 35 и 55 година. Тибията е засегната в около 22 % от случаите. Периосталният хондросарком от своя страна е много рядко срещан, с честота по-малка от 1 % от всички костни тумори, като отношението мъже/жени е 2/1. Пикът на поява е възрастта около 40 години, като преди всичко е локализиран в проксималната част на дългите кости (3). Според степента на злокачественост и тяхната локализация, хондросаркомите се отстраняват чрез широка или радикална ампутация, както и органсъхраняваща операция, придържайки се към принципите формулирани от Malawer (4). Химио и лъчетерапията при този вид тумор не са достатъчно ефективни. Същият нараства бавно и късно метастазира.

Болница „Лозенец“ - гр. София,  
Медицински Университет – гр. Варна,  
МБАЛ - Бургас

### Periosteal Chondrosarcoma of tibia – limb sparing surgery

Grigorov Y., M. Kanchev, A. Gegova,  
D. Boshnakov, V. Kojouharov,  
S. Georgieva

The chondrosarcoma is the second frequent malignant tumor of the bones (about 24 %) involves heterogenic groups of sarcomas. The primary or conventional type of the tumor develops into a normal bone. The secondary type appears in the region of benign precursors like Osteochondroma, Enchondroma, Exostosis, Paget and Ollier disease, fibrotic dysplasia and etc. The males are affected more frequently than female. The common ages when the chondrosarcoma appears is between 15 and 25 and between 35 and 55 years old. The tibial bone is affected in about 22 % of the cases. Periosteal Chondrosarcoma is very rare tumor, less than 1% of bone tumors, with peak incidence in 40s and primarily proximal long bones localization. The ratio male to female is 2:1. According to the degree of malignancy and localization of the tumor it can be treated by wide or radical amputation and limb - sparing surgery follow up the principles of Malawer. The effect of chemotherapy and radiotherapy to the tumor is disputable. Usual the tumor develops slowly and late spread. **The aim of the report.** To pay attention to difficulties involves the early diagnostic and possibility for applying of the limb sparing surgery in cases affected by tibial periosteal chondrosarcoma. **Material and method.** The presented case is 37 years old woman affected by late diagnosed Periosteal Chondrosarcoma of left tibia, type IB - GIT2M0 according to Enneking's classification. **Results.** One year

and half after the surgery, the patient has not dates of recidive or metastases of the tumor. The operated limb is without functional deficit. **Discussion.** The presented case is significant. Often the first symptoms and closed to the normal laboratory results can mask the serious disease. The limb - sparing surgery is current tendency of the treatment of the chondrosarcomas. **Conclusion.** The malignant tumors of the lower limb should not be neglected in differential diagnosis. Their first clinical symptoms can involve a problem of the blood vessels. The early diagnosis and adequate treatment are critical to prevent proximal femoral amputation and to improve prognosis for the patient.

### Пациент и метод

Представеният пациент е жена А. В. А., на 37 год. (ИЗ № 1232, 18.03.2014 г.), която постъпи за първи път в клиниката с оплаквания от болка, напрежение и наличие на подутина в проксималната част на лявата подбедрица, разположена задно – латерално, с давност около година. Поради съмнение за съдово заболяване е провеждана терапия с Fraxiparin и Sintrom, а по-късно е взета биопсия и поставена диагноза „Периостален хондросарком“. На пациентката е била предложена бедрена ампутация, която тя категорично отказала. В миналото е констатиран пролапс на митралната клапа, па-

ническо разстройство, отключено след загуба на дете, както и алергия към антибиотици и храни. Пациентката се придвижваше без помощни средства и накуцване. По задно-латералната страна в проксималната 1/3 на лявата подбедрица се забелязваше овална подутина, както и повишен калибър на подкожната венозна мрежа. Палпаторно образуването беше с твърдо – еластична консистенция и леко болезнено. Не се палпираха патологично увеличени регионални лимфни възли (фиг. 1). Лабораторните данни свидетелстваха единствено за леко изразен анемичен синдром.



а. б.

Фиг. 1(а, б). (а) дорзална повърхност, наличие на оперативен цикатрикс, областта където е проникнато за биопсия; (б) повишен напречен диаметър на лявата подбедрица, сравнение със здравия крак.

Образните изследвания - рентгенография, КТ, ЯМР и ангиографията доказаха наличието на туморна маса, с хру-

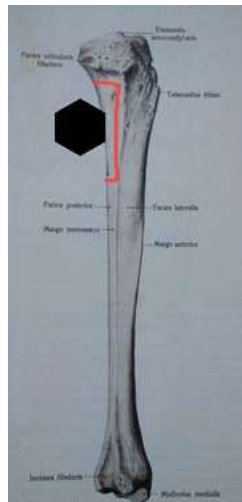


а. б. в.

Фиг. 2 (а, б, в) - наличие на туморна маса, с хрущялна плътност, изхождаща от тясна основа от задно-латералната страна на лявата тибия, с диаметър около 8 см.

щялна плътност, изхождаща от тясна основа от задно-латералната страна на лявата тибия, с диаметър около 8 см., компресираща n. peroneus communis, a., vv. tibialis posterior и n. tibialis, както и a., vv. peronea (фиг. 2).

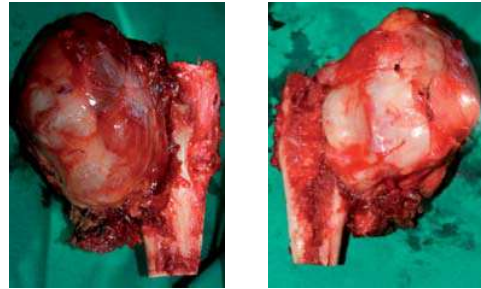
Поради специфичното задно-латерално разположение на тумора и интимното му прилежание към важни анатомични структури, не бе възможно същият да бъде отстранен единствено със заден достъп, без да бъде нарушена целостта на образуването, което на практика обезмисляше органсъхраняващия подход. Затова първоначално се подходи с предно-медиален достъп, чрез който надлъжно се разцепи тибията на желаното протежение, като по този начин се оформи задна кортикална ламела, включваща основата на тумора върху костта (фиг. 3).



Фиг. 3. Схематично е представено задно-латералното разположение на тумора и костната ламела, оформена чрез предно-медиалния достъп, което осигури възможност за отстраняване на образуването с обширен заден достъп, без да бъде нарушена целостта му (2).

Чрез обширен заден достъп с начало fossa poplitea, се освободиха и екартираха, тибиялния и перонеалния съдовонервни снопове. Това позволи изваждането на тумора заедно с прилежащата му костна ламела от тибията en bloc, без да бъде нарушена целостта му (фиг. 4). Хистологичната картина потвърди първоначалната

диагноза – „Периостален хондросарком“ (фиг. 5). Според класификацията на Enneking, туморът бе отнесен към група IB - G1T2M0.



а.

б.

Фиг. 4 (а, б) - макроскопски изглед на тумора резециран en bloc, съответно (а) от страната на кортекса и (б) от към медуларния канал на тибията.

Следоперативният период протече сравнително гладко. Компликациите включваха бързопреходна загуба на чувствителност по плантарната страна на ходилото и ръбцова некроза на участъци от задната оперативна рана, които зарастнаха вторично (фиг. 6).

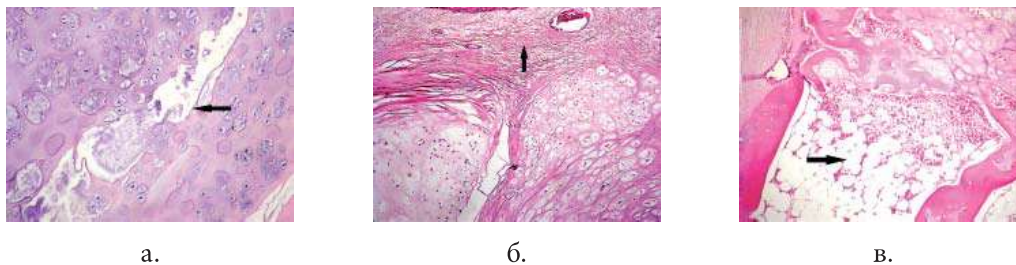
Нарушената цялост на тибията и риска от патологична фрактура, наложи временното използване на две помощни средства при придвижване в следоперативния период (фиг. 7).

### Резултат

До настоящия момент, година и половина след отстраняване на тумора пациентката е без данни за рецидиви. Не са регистрирани локални или далечни метастази. Оперираният крайник е без функционален дефицит.

### Дискусия

Представеният случай е показателен. Често първоначалната клинична изява на фона на близки до нормата или нормални лабораторни показатели, могат да маскират наличието на злокачествен тумор. Съвременна тенденция за хирургичното лечение на хондросаркомите е органсъхраняваща операция.



Фиг. 5 (а, б, в) - хистологична картина. (а) структура на хондросаркома с типичен тъканен и клетъчен полиморфизъм, наличие на мукоидна дегенерация в средата (стрелката); (б) делчестия строеж на тумора, с ангажиране на периоста (стрелката); (в) начална инфилтрация в медуларния канал (стрелката).



Фиг. 6 (а, б). Ранен следоперативен период след сваляне на дренажите. (а) предно-медиалния достъп; (б) заден достъп - наличие на незначителни по протежение участъци от ръбцова некроза в областта на оперативна рана, които зараснаха вторично.

Фиг. 7 (а, б). На контролните рентгенографии направени година и половина след операцията се виждат склеротични промени в областта на отделената костна ламела. Тибията е с възстановена здравина, което позволява на пациентката да се придвижва без помощни средства.

### Заклучение

Злокачествените тумори на подбедрицата не трябва да бъдат пренебрегвани в диференциалната диагноза, като често тяхната първоначална изява може да е свързана и със съдов проблем. Ранната диагностика и адекватно им отстраняване са решаващи за избягване на бедрена ампутация и запазване живота на пациента.

### Книгопис

1. Андреев Иван, Райко Райчев. Тумори на костите; София. Медицина и физкултура 1993; (80 - 96).
2. Синелнъников Р. Атлас анатомии человека. Том I. Москва. Медицина. 1978: (163, фиг. 162).

3. Andrew E. Horvai, Thomas Link. Elsevier saunders. Philadelphia. Bone and soft tissue pathology 2012. (99).
4. Angus J. Patterson, David C. Harmon. Bone and soft tissue tumours. Roy A. J. Spence, Patrick G. Johnston. Oncology. Oxford University Press – 2001; (359 – 383).

### Адрес за кореспонденция:

д-р Явор Г. Григоров, д.м.  
София - 1407, ул. „Козяк“ 1,  
тел. 00359 888 004 954;  
00359 2 960 7586  
yavorgrigorov@yahoo.com