

ФИБРОСАРКОМ НА КЛАВИКУЛА ПОЯВИЛ СЕ 30 ГОДИНИ СЛЕД ЛЪЧЕТЕРАПИЯ В СЪЩАТА ОБЛАСТ

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

Key words: *Clavicula. Excisio en bloc. Fibrosarcoma. Malignant tumor.*

Въведение

Фибросаркомът на костите е сравнително рядък тумор, засягащ по – често мъжкия пол и характерен за по – зрялата възраст. По данни на Андреев съставлява 9.3 % от злокачествените костни тумори (1). По данни на италиански автори в проследена група от 240 пациенти между 2000 и 2012 година, само в около 0.8 % от случаите фибросаркомът е локализиран в ключицата (2). Той може да бъде първичен, когато се развива от неосифициращата опорна съединителна тъкан, по – рядко от периоста и параосални структури или вторичен, в случаи когато възниква от предхождащо костно поражение, включително и остеомиелит. Хистологично туморът е съставен от вретеновидни клетки с различна степен на диференциация и колагенни влакна, по – силно изразени в диференцираните форми. Клиничните прояви като – болка наличие на нарастваща подутина, засягане на съседна става, патологични фрактури и др., зависят от степента на диференциация. Образните изследвания обикновено разкриват литично огнище с неясни граници, прекъсване на кортекса и мекотъканна маса. Фибросаркомите обикновено са резистентни на лъчетерапия, а предоперативната химиотерапия е

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

Fibrosarcoma of the clavicle appeared 30 years after radiotherapy in the same area

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

Abstract: *The Fibrosarcoma of the bone is relatively rare tumor affecting in often the male sex and specific for adulthood. According to Andreev it constitutes 9.3% of malignant bone tumors. The fibrosarcoma is located in the clavicle in only about 0.8% of the cases, according to report of Italian authors which tracked a group of 240 patients between 2000 and 2012. It can be primary, when developed from non-ossified supporting connective tissue in - rarely from periosteum and paraosals structures or in cases where arises from the prior bone lesion, including osteomyelitis. In most patients the tumor origin remains unclear. A review including a period of 30 years, a team of French authors tracked 6919 patients treated at the Institute Gustave Roussy, on the occasion of breast cancer followed by radiation therapy. Eleven of them develop radioinduced sarcomas of 4 to 24 years after the procedure, 9 of which in the zone of irradiation, including two in the clavicle and one in supra and infraclavicular region. Most - many patients - 5 are affected by malignant fibrosing histiocytoma and 3 of fibrosarcoma. **The aim of the report:** Pay attention to the high risk of occurrence of malignant tumors in clavicle decades after the radiotherapy in the same area, and the difficulties associated with their radical elimination. **Material and method:** The presented patient is a wom-*

an of '63 with fibrosarcoma of the right clavicle, occurring after right heart mamektomiya and radiotherapy held 30 years ago. The treatment involved claviclectomia and excision of m. pectoralis major. Results: One year after the surgery, the patient has not dates for recidive or metastases of the tumor. The function of the right upper limb is satisfactory. Discussion: „Bright period “ following a surgery and radiotherapy on the occasion of breast cancer may last even three decades. The presented patient, and similar cases cited in the available literature may require the conclusion that the appearance of radioinduced sarcoma can always expects or may never be ruled out. Its radical removing from the area of the chest wall and the shoulder region is not always possible. Conclusion: Long - term follow - up of patients undergoing radiation for breast cancer is warranted. Early detection of radioinduced tumors and their timely treatment can prevent metastasis and be decisive for the life of the patient.

недостатъчно ефективна. В голяма част от пациентите произходът на тумора остава неясен. В обзор включващ период от 30 години, колектив от френски автори проследява 6919 пациента лекувани в института Gustave Roussy, по повод карцином на гърдата с последвала лъчетерапия (3). Единадесет от тях развиват лъчеиндуцирани саркоми от 4 до 24 години след процедурата, 9 от които

в зоната на облъчване, включително двама в клавикулата и по един в супра и инфраклавикуларната област. Най – много пациенти – 5 са засегнати от малигнен фиброзиращ хисциоцитом, а 3 от фибросарком.

Пациент и метод

Представеният пациент е жена на 63 години (В. П. К., ИЗ № 3984 / 2015 г.), която постъпи за първи път в клиниката с оплаквания от лека болка и наличие на подутина в дясна клавикуларна област, с давност около година и 6 месеца. Провеждано е хирургично лечение през август и декември 2014 г. и е поставена диагноза – Фибросарком. След последната операция отново е констатиран рецидив. Преди 30 години, по повод злокачествено заболяване, на пациентката е ампутирана дясната гърда и е проведена лъчетерапия. Локалният статус разкриваше наличие на оперативен цикатрикс в средна трета, по хода на дясната клавикула, както и на подутина с диаметър около 5 см., разположена в същата област. Палпаторно консистенцията на тумора бе плътна. Не се палпираха патологично увеличени регионални лимфни възли (фиг. 1). Лабораторните показатели бяха в нормални стойности. Ехографията на коремни органи разкриваше стеатоза на черния дроб, конкременти в лявия бъбрек и малки възли в щитовидната жлеза.

На направената рентгенография личеше деструкция в средната трета на клавикулата, а ЯМР – разкриваше туморна формация в областта на дясната клавикула с размери 4/5 см., с инвазия на тумо-

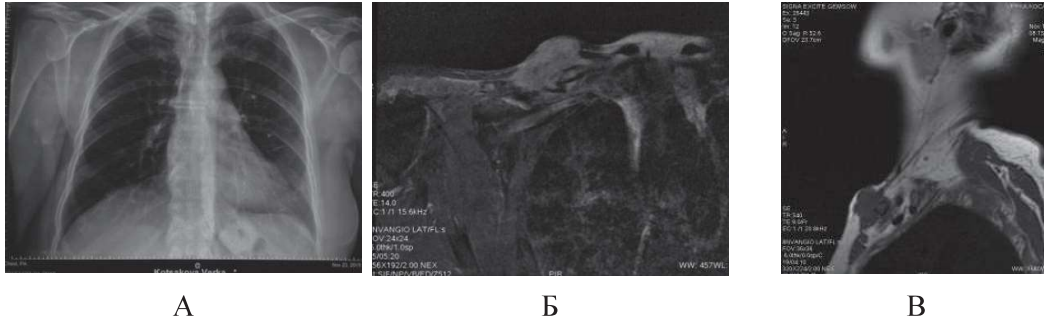


А

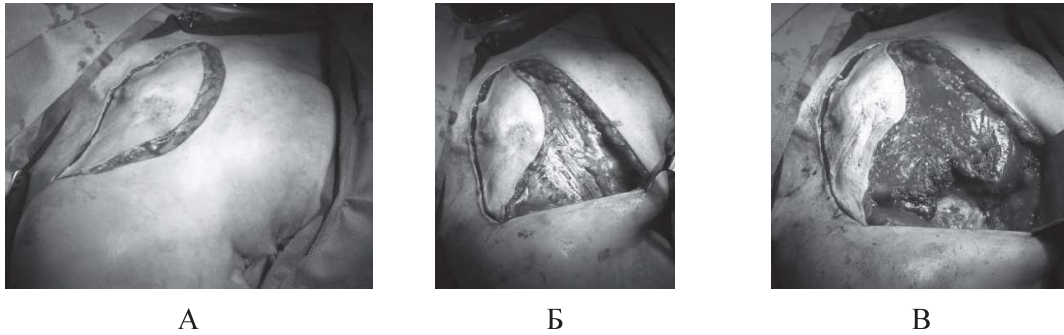


Б

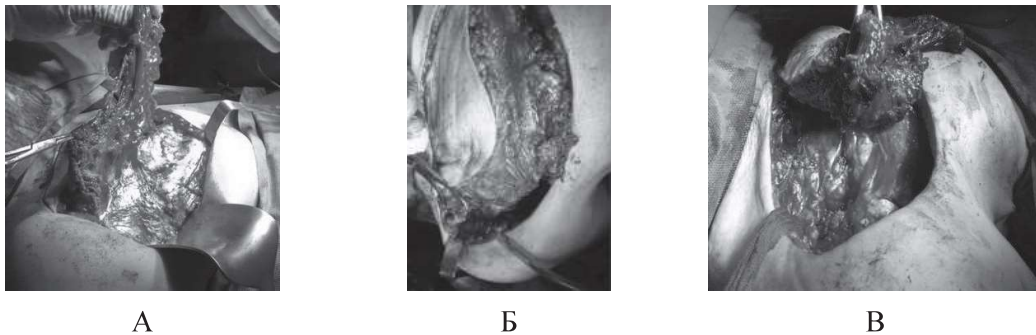
Фиг. 1 (а, б) - диагностични фотоснимки.



Фиг. 2 (а, б, в). (а) диагностична рентгенография; (б, в) диагностичен ЯМР.



Фиг. 3 (а, б, в). (а) – овоиден разрез край клавикулата, медиално от стерноклавикуларната и латерално от акромиоклавикуларната става; (б) – разкритие на целият т. *pectoralis major*; (в) – мускулът е отделен от раменната кост и ребрата.



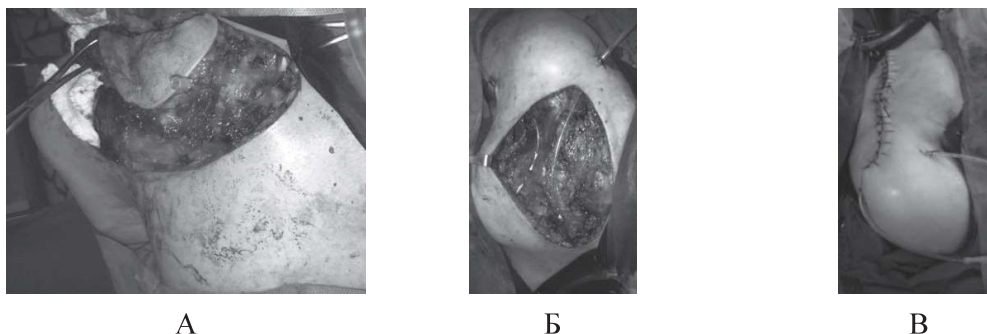
Фиг. 4 (а, б, в). (а) - т. *pectoralis major* е отделен и от стернума; (б) – дизартикация на акромиоклавикуларната става; (в) – отделяне на клавикулата от подлежащите тъкани в медиална посока.

ра в медуларния канал и клавикуларната част на т. *pectoralis major* (фиг. 2).

Оперативната интервенция включваше дизартикация на дясната акромиоклавикуларна и стерно-клавикуларна става, *excisio en bloc* на туморната формация, без да се наруши целостта ѝ заедно с прилежаща кожа около клавикулата по цялото ѝ протежение, подкожната тъкан, съседната шийна мускулатура и целия т. *pectoralis major*, прикрепен за кла-

викулата. На фигурите 3, 4, 5, 6 са проследени етапите на операцията и макроскопския изглед на тумора.

Патохистологична находка е типична за високодиференциран фибросарком. На фиг. 7 (а), оцветяване Х. Е., добре личи снопчестия строеж на образуването - безразборно ориентираните снопчета от туморни клетки, с проявен клетъчен и ядрен атипизъм, както и наличието на клетки с хиперхромни ядра, разли-



А

Б

В

Фиг. 5 (а, б, в). (а) – маркиране с игла на стерноклавикуларната става; (б) – оперативната рана с дренажите след отделяне на тумора *en bloc*; (в) – преди поставяне на превръзката.



А



Б

Фиг. 6 (а, б). Макроскопски вид на препарата отделен *en bloc*, включващ клавикулата, заедно с туморната формация, без да се наруши целостта ѝ, заедно с прилежащата кожа и подкожна тъкан, както и съседната шийна мускулатура и целия *m. pectoralis major*, без да бъде отделен от клавикулата. (а) – изглед отвън; (б) – вътрешната страна.

чаващи се по размери и форма и хиалинизирана фиброзна тъкан. На фиг. 7 (б), оцветяване Х. Е., се открива гигантоклетъчен гранулом тип „чуждо тяло“ около нерезорбирани все още конци, вероятен остатък от предхождаща интервенция. Ясно се различават отделните слоеве - епидермис, дерма, хиподерма (в дясната страна на препарата) и туморната тъкан (в ляво) на фиг. 7 (в), оцветяване Ван Гизон. Свидетелство за високата диференциация на тумора е богатата колагенова продукция, фиг. 7 (г), оцветяване Ван Гизон. Туморната инвазия на клавикулата с частично разрушени костни гредички и кръвоизливи (в дясно, долу) е представена на фиг. 7 (д), оцветяване Х.Е.

Следоперативният период протече сравнително гладко. Десният горен крайник бе имобилизиран с митела за

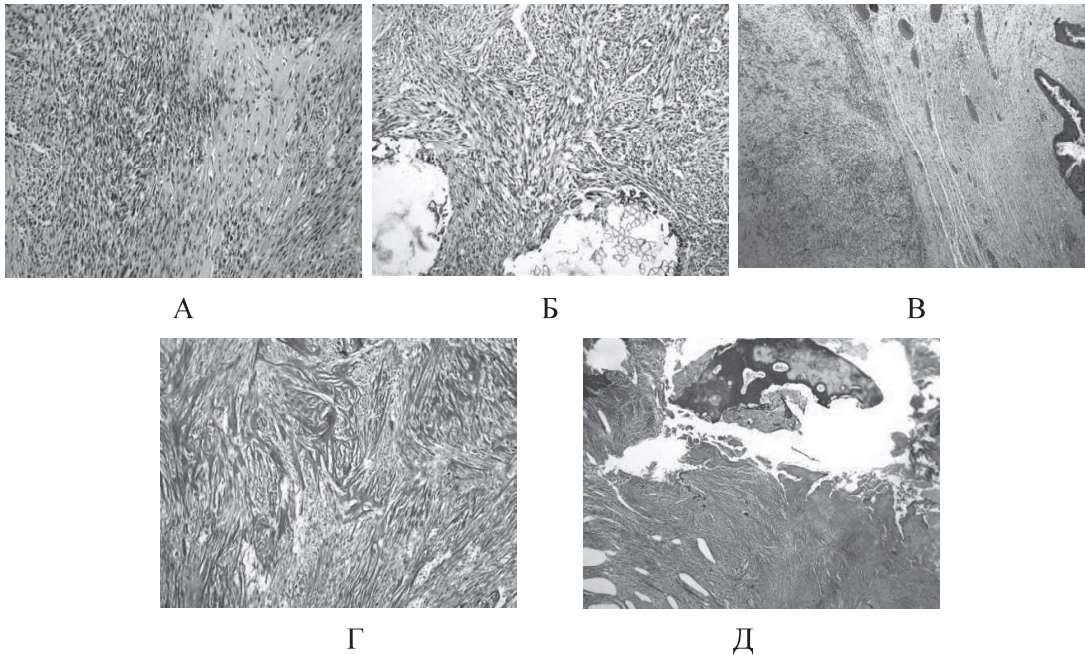
30 дни. Оперативната рана зарасна първично (фиг. 8). Компликациите включваха лек, бързо преходен оток на мишницата и предмишницата. На пациентката беше препоръчано провеждането на курс от химио и лъчетерапия.

Резултат

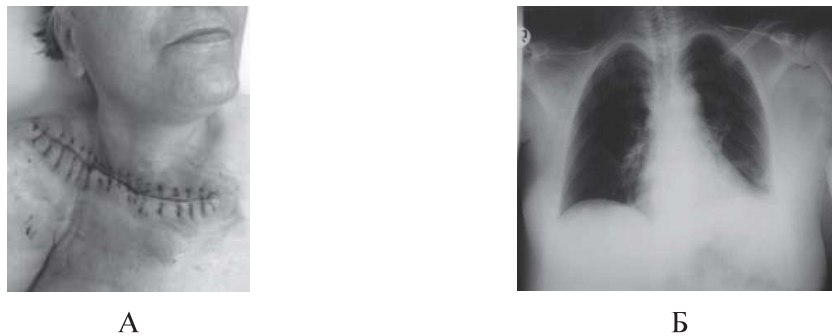
До настоящия момент, една година след отстраняване на тумора пациентката е без данни за рецидиви. Не са регистрирани локални или далечни метастази. Функцията на десният горен крайник е задоволителна.

Дискусия

„Светлият период“ след проведено хирургично и лъчелечение по повод карцином на гърдата може да продължи дори три десетилетия. Представеният пациент, както и сходни случаи цитирани в достъпната литература



Фиг.7 (а, б, в, г, д). Патохистологична находка.



Фиг. 8 (а, б). (а) – фотоснимка, оперативната рана зарасна първично, състояние след сваляне на конциите; (б) - рентгенография в ранния следоперативен период, състояние след тотална клавикулектомия в дясно.

могат да наложат извода, че появата на лъчеиндуциран сарком винаги може да се очаква или никога не може да се изключи. Радикалното му отстраняване от областта на гръдната стена и раменния пояс не винаги е възможно.

Заклучение

Дългосрочното проследяване на пациенти подлагани на лъчетерапия по повод карцином на гърдата е оправдано. Ранното откриване на лъчеиндуцирани тумори и тяхното навременно лечение могат да предотвратят метастазирането

им и да се окажат решаващи за живота на пациента.

Книгопис

1. Андреев Иван, Райко Райчев. Тумори на костите; София. Медицина и физкултура 1993; (138 - 142).
2. Piero Picci, Marco Manfrini, Nicola Fabbri, Marco Gambarotti, Daniel Vanel. Atlas of musculoskeletal tumors and tumorlike lesions. © Springer International Publishing Switzerland 2014. Fibrosarcoma (200 - 203).

3. Taghian A1, de Vathaire F, Terrier P, Le M, Auquier A, Mouriesse H, Grimaud E, Sarrazin D, Tubiana M. Long-term risk of sarcoma following radiation treatment for breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1991 Jul; 21 (2): (361 – 7).

Адрес за кореспонденция:

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