

Нейроонкология. Маски опухолей

Кафедра семейной медицины и
внутренних болезней СГМУ

Студенческий научный кружок по
неврологии и нейрохирургии



Клинический случай №1

- Пациентка 3., 45 лет.
- Из анамнеза (со слов мужа): 2 месяца назад стала жаловаться на слабость, снижение аппетита. Связывает начало заболевания с нагрузкой на работе. Обращалась к терапевту по м\ж, обследована – патологии не выявлено. Рекомендовано обратиться к неврологу. Консультирована неврологом, направлена к психотерапевту в диагнозом: «**Депрессивное расстройство?**». Психотерапевта при осмотре выявил грубое снижение краткосрочной памяти, рекомендовано МРТ
- На МРТ – объемное образование мозолистого тела
- Направлена на дообследование в нейрохирургическое отделение

Первичный осмотр

- Жалобы на момент первичного осмотра: снижение памяти, выраженная слабость
- Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, ПЖК – удовлетворительно, за 2 месяца похудела на 20 кг., АД – 138/84, пульс 76, ритмичный

Неврологический статус

- Сознание: ясное, шкала ком Глазго – 15б., ориентировка: частичная, критика: частичная, резко снижена краткосрочная память. Нарушено чтение, письмо, не может сконцентрироваться на происходящем, при расспросе, осмотре не понимает, что от нее просят. Не усваивает новую информацию (может смотреть/читать ранее знакомые фильмы, книги)
- Очагового дефицита нет, менингеальные знаки отрицательные. Выявлено незначительное нарушение координационных проб? ПНП с помахиванием слева, шаткость в позе Ромберга

Исследования: запланировано МРТ ГМ с в\в контрастированием.

- Заключение по МРТ: Новообразование в пинеальной области вероятно с прорастанием в мозолистое тело, компремирующее верхние отделы ствола мозга. Вероятно имеется инвазия вещества мозга опухолью области подкорковых ядер слева, теменно-затылочных областей. Выраженная моновентрикулярная окклюзионная гидроцефалия слева.

Диагно

3

- Объёмное образование мозолистого тела с компрессией ствола головного мозга.
Моновентрикулярная гидроцефалия.

(Вероятнее всего глиобластома)

Проведена беседа с родственниками,
настаивали на лечении в центральных НИИ

Динамика

- Однако за время наблюдения отрицательная динамика: положение вынужденное, выросли явления энцефалопатии, дезориентация, не понимает простые просьбы, складывается впечатление о гемианопсии справа?
- В позе Ромберга не стоит, при попытке встать резко отклоняется, ходит в пределах палаты, с помощью по коридору, пальце-носовая проба с промахиванием с обеих сторон
- Планировалась на оперативное лечение: краниотомия, удаление опухоли.
- Оперативное лечение прекращена в связи осложнениями анестезиологического пособия. Нарастали явления ДН, интраоперационно выявлен правосторонний пневмоторакс, дренирован. Переведена в ОРИТ. В течение суток состояние по витальным функциям стабилизировано, решено повторно оперировать.

Динамика

- После второй попытки операции – находится в ОРИТ, состояние тяжелое, сознание медикаментозно угнетено, правосторонняя гемиплегия, СХР повышены справа, патологические знаки справа, лицо симметрично, ограничение взора в стороны с обеих сторон, тазовые функции контролирует (катетер)
- На контрольных КТ ГМ основная часть опухоли остается не удалённой
- Положительная динамика, снята с ИВЛ, моторная афазия, сама ест и пьет, гемиплегия сохраняется, выполнение речевых команд нарушено
- Переведена в НХО в субкомпенсированном состоянии, проведена третья операция 11.05.2022. В настоящий момент находится в ОАРИТ.

Клинический случай №2

- Пациент А., 31 год
- Жалобы: в течение месяца жалуется на головную боль, изначально боли в затылочной области, постепенно перешли в лобную обл.
- Обращался к неврологу по м/ж, назначены НПВП – без эффекта
- Проходил курс лечения в ДС - без эффекта. Головная боль на фоне терапии усиливается, вынужден принимать до 10 табл. кеторола в день. Выполнил МРТ, консультирован нейрохирургом амбулаторно, направлен на госпитализацию cito!

Осмотр и неврологический статус

- Общее состояние – удовлетворительно, положение активное, патологии со стороны органов дыхания, ЖКТ, ССС не выявл.
- Сознание ясное, ш.к. Глазго 15б., ориентировка полная, критика **снижена, элементы лобной симптоматики**, речь – норма, выполнение речевых команд сохранено
- Глазодвигательных нарушений нет, лицо симметрично, девиации языка, бульбарного синдрома, парезов нет
- Тонус мышц в норме, тремор в кистях рук, СХР живые, равны, пат. знаков нет, чувствительность не нарушена, в позе Ромберга пошатывается, пальце-носовая проба с легкой атаксией.

Исследования: запланировано МРТ ГМ с в\в контрастированием.

- Заключение: объемное образование правой лобной доли головного мозга, выраженный отёк, дислокационный синдром, смещение 14 мм

Диагно з

- Объёмное образование правой лобной доли.
Дислокационный синдром.

Динамика

- Показано оперативное лечение в
плановом порядке
- Выписан до операции в связи с
ОРВИ

Клинический случай №3

- Больной Г., 70 лет
- Анамнез: с сентября 2021г появились боли в пояснице, за мед. помощью не обращался, самостоятельно принимал НПВС – частичн. эффект. с декабря 2021 г. заметил образование в правом подреберье которое увеличивалось со временем, периодические боли в правом подреберье, боли в спине стали более интенсивными. В январе перенёс КОВИД 19 – усиление болевого синдрома, от мед. помощи отказался, не обследовался, ко врачу не обращался (убежден, что клиники работают только на НКИ). 19.04.2022 резкая боль в спине, по этому поводу вызвана бригада 03. Учитывая наличие объёмного образования в проекции печени направлен к хирургу. На приемном отделении выполнено УЗИ образования, госпитализирован в ХО. С 20.04.2022 перестал мочиться, усилилась боль в пояснице, перестал самостоятельно ходить. Вызван невролог на консультацию.

Осмотр и неврологический статус

- Осмотр: состояние средней степени тяжести, живот вздут, болезненный в нижних отделах, в правом подреберье визуально и пальпаторно определяется образование в диаметре до 8-10 см, плотное, неподвижное, кожа над ним не изменена
- Неврологически: сознание ясное, ЧМН – норма, **нижний вялый парапарез 1-2б., СХР снижены с нижних конечностей, гипестезия с Т8, до анестезии в стопах, мочеиспускание по катетеру, стул не контролирует**

Направлен на МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника.

Диагноз

- Основной: Патологический компрессионный перелом тела L1 позвонка на фоне Mts поражения тел T12-L1 с компрессией позвоночного канала, спинного мозга на уровне Th12-L1. Множественные Mts в печень из неустановленного источника.
- Осложнение: Нижний вялый парапарез , тазовые нарушения по типу задержки мочеиспускания.

Показано оперативное лечение по срочным показаниям - ламинэктомия T12-L1 с декомпрессией дурального мешка, биопсией

После госпитализирован в ОРИТ, при стабилизации переведён в НХО

Динамика

- Продолжен онко-поиск, выполнено СКТ ОГК, брюшной полости с в\в болюсным контрастированием.
- Выявлены метастазы в лёгких, почках, печени. Планировалось биопсия образования печени в условиях МИХ.
- В этот же день появились отеки НК, на УЗИ вен н\к: острый илиофemorальный флеботромбоз с двух сторон.
Консультирован сосудистым хирургом, врачом гемостаза, назначена антикоагулянтная терапия. От биопсии печени решено воздержаться в связи с высоким риском кровотечения. На фоне высоких доз гепарина началось ректальное кровотечение. Остановлено гемостатиками.

- По данным гистологического обследования: низкодифференцированная аденокарцинома.
- Консультирован онкологом.
- Консилиум: учитывая распространённость онкопроцесса, грубую и необратимую неврологическую симптоматику, развитие осложнений рекомендовано паллиативное лечение. Онкопоиск нецелесообразен.

Клинический случай №4

- Пациент С., 64 года
- Жалобы: боль в области верхней трети левого бедра по задней поверхности, в области левого тазобедренного сустава, усиливаются при движении
- Анамнез: страдает остеохондрозом несколько лет, в начале февраля 2022 г. появилась боль в области левого бедра, лечился амбулаторно, без эффекта, проводилось СКТ костей таза - коксартроз 1 ст., ввиду неэффективности амбулаторного лечения госпитализирован в 1 Н.О. 1ГКБ. Также известно со слов, что с 2021 г. похудел на 18 кг. Во время стационарного лечения проводился курс блокад без положительного эффекта. Выполнено МРТ поясничного, грудного и шейных отделов позвоночника - выявлен стеноз позвоночного канала на уровне L4-L5 больше справа, и грыжа м/п диска L5-S1 слева.
- Поступил в НХО для проведения операции в плановом порядке.

Неврологический статус

- Сознание ясное, шкала ком Глазго 15б., речь норма, ЧМН – норма
- Парезов в правой нижней конечности нет, в левой – дистально нет, проксимально не оценить ввиду выраженного болевого синдрома
- Тонус мышц в норме, тремора нет, СХР с рук - живые, D=S, с ног - живые, D=S, патологических знаков нет, нарушений чувствительности нет. В позе Ромберга: не выполняется ввиду болевого синдрома. Пальце-носовая проба без промахивания.
- Симптомы натяжения: Лассега слева 0 гр, справа 70 гр (боль в левой ноге).
- Локально: левая нижняя конечность меньше в объеме в сравнении с правой, бедро согнуто и приведено к телу (с целью уменьшения болевого синдрома).

Исследование: СКТ костей таза и тазобедренных суставов

Исследования: СКТ органов костей таза

- Заключение: по медиальной поверхности верхней трети диафиза левого бедра, каудальнее малого вертела определяется мягкотканное образование плотностью до 40ед.Н, с линейными оссификатами по контуру его, деструкцией части компактной пластинки медиальных отделов диафиза бедра , размерами до 8х5.3х7.3см.

Диагноз

- Опухоль диафиза левого бедра с множественными метастазами из неустановленного источника.
Выраженный болевой синдром.

Последующий онко-поиск

- СКТ ОГК – множественные mts в легкие, признаки NEO средостения
- СКТ брюшной полости – mts в надпочечники?
- Первичный очаг не установлен
- Онкопоиск продолжен

Клинический случай №5

- Пациентка Ш., 65 лет
- Жалобы: боли в грудном отделе позвоночника, иррадиирующие по межреберьям 5-9 справа, боль сопровождается онемением. Боль носит жгучий, стреляющий характер, усиливается в ночное время. Из-за боли резко ограничена двигательная активность. Головокружение, шаткость при ходьбе, онемение левой стопы.
- Анамнез: COVID-19 в октябре-ноябре, с января стала появляться неврологическая симптоматика: мурашки в левой голени, появились умеренные боли в грудном отделе позвоночника, стал хуже закрываться правый глаз. Обратилась к неврологу, выполнила МРТ ГМ (без патологии), назначена терапия - без эффекта.

Анамнез

- Постепенно симптоматика стала прогрессировать - в левой ноге уселось онемение и появилась слабость в стопе, боли стали интенсивнее, прогрессировал прозопарез.
- Госпитализирована с постковидным синдромом в отд. реабилитации, лечение - без эффекта (лечение ГКС не получала).
- На момент госпитализации основная жалоба – усиление болевого синдрома, из-за чего не может спать.

Неврологический статус

- Сознание ясное, ориентировка полная, критика полная, речь – норма. Зрачки D=S 3мм., фотореакция сохранена, глазодвигательных нарушений нет.
- Лицо: периферический прозопарез справа. Девиация языка: вправо, дисгевзия, аносмия. Бульбарного синдрома нет. Парезы: слабость тыльного сгибания левой стопы.
- Тонус мышц в норме, тремора нет.
- Сухожильные рефлексy: с рук - живые, D<S, с ног - снижены, D<S. Патологические знаки: нет.
- Чувствительность: парестезии по корешку S1 справа.
- В позе Ромберга: лёгкое пошатывание. Пальце-носовая проба: без промахивания. Болевой синдром 8 б по ВАШ.
- Ходит без опоры на ограниченные расстояния.
- Тазовые функции контролирует









Исследования

- МРТ грудного отдела позвоночника с в\в контрастом + МРТ ШОП, ПОП, МРТ головного мозга, СКТ височных костей (компрессия лицевого нерва в канале?), СКТ ОГК (постковидный пневмофиброз)
- ОАК, БАК
- Общий анализ ликвора
- Электронейромиография (ЭНМГ) (синдром Гиена-Барре?)
- ПЦР на цитомегаловирус, ВПГ, вирус Эпштейн-Барр, IgM к SARS-COV-2

Исследования

- Заключение МРТ ГОП: Вероятнее всего, имеет место новообразование (глиальное?) спинного мозга на уровне Th6-8 с перифокальным отеком. На остальных МРТ, КТ патологии не выявлено.
- ЭНМГ: Картина острой невропатии левого лицевого нерва, данных на синдром Гийена-Барре не получено
- ОАК, БАК, ликвор в пределах нормы
- ПЦР из крови и ликвора на цитомегаловирус, ВПГ, вирус Эпштейн-Барр, IgM к SARS-COV-2 – отрицательно
- Учитывая данные МРТ (миелит?), связь с НКИ решено начать пульс-терапию дексаметазоном, в последствии переведена на метипред. От биопсии решено воздержаться в связи с высоким риском развития проводниковых нарушений. На фоне терапии выполнено контрольное МРТ – образование уменьшилось в размере.

Заключительный клинический диагноз:

- Миелопатия на грудном уровне спинного мозга, полинейропатия с поражением правого лицевого, обонятельного, языкоглоточного нервов, S1 слева неясного генеза.
- Осложнение: Тораколгия. Выраженный нейропатический болевой синдром.

Динамика

- На фоне терапии регрессировал болевой синдром (габапентин), прозопарез сохраняется
- МРТ – очаг миелопатии уменьшился (на фоне пульс - терапии ГКС)
- Выписывается под наблюдение невролога по м\ж с рекомендациями:
- Продолжить прием габапентина, метипреда по схеме.
- Через месяц контроль МРТ ГОП с в\в контрастированием, повторная консультация нейрохирурга
- Консультация в центре рассеяного склероза
- консультация в АКОД с пересмотром МРТ, онкопоиск при необходимости (лимфома?)
- Консультация в НИИ неврологии (г.Москва)
- Генез поражения нервной системы требует уточнения.