

Mezenhimālas hondrosarkomas retas izpausmes

Tatjana Bogdanova¹, Arnis Ābolišs¹, Andrejs Vanags², Genādijs Trofimovičs²,
Jānis Gardovskis², Ilze Štrumfa¹

Rīgas Stradiņa universitāte, Medicīnas fakultāte, Latvija

¹ Patoloģijas katedra,

² Ķirurģijas katedra

Ievads. Mezenhimāla hondrosarkoma ir reta hondrosarkomas forma, kas sastāv no primitīvām mezenhimālām un skrimšļa šūnām. Mezenhimāla hondrosarkoma ir agresīvs audzējs. Tā var izveidoties jebkuras lokalizācijas mīkstajos audos un kaulos, bet biežāk lokalizējas augšstilba kaulā, žokļu kaulos, ribās un mugurkaulā. Viena no retākajām lokalizācijām, kur audzējs attīstās, ir plauksta. Audzējs biežāk aprakstīts jauniem pacientiem [Mills, 2010].

Darba mērķis. Izmantojot saistošu klīniskā gadījuma aprakstu, demonstrēt mezenhimālas hondrosarkomas retu primāru lokalizāciju plaukstā neparastā vecumā grupā.

Materiāls un metodes. Minētā mērķa sasniegšanai izvērtēti un tiek demonstrēti pacienta anamnēzes un klīniskās ainas dati, kā arī morfoloģiskās izmeklēšanas un imūnhistoķīmiskās vizualizācijas rezultāti.

Rezultāti. 90 gadus veca sieviete tika steidzami stacionēta sakarā ar asiņošanu no kreisās plauksts veidojuma. No slimības anamnēzes zināms, ka veidojums parādījies aptuveni pirms 5 gadiem un pakāpeniski palielinājies. Stacionēšanas brīdī tas bija pacientes dūres lielumā. Asins analizē konstatēta izteikta anēmija (eritrocīti $2,8 \times 10^{12}/l$, hemoglobīns 64 g/l, hematokrits 20%). Ar konservatīvas terapijas un hemotransfūziju palīdzību paciente tika sagatavota operācijai. Veikta kreisās plauksts amputācija plauksts locītavas (*art. radiocarpea*) līmenī, atkāpjoties 1–2 cm no audzēja un veidojot ādas lēveri. Krūšu orgānu pārskata rentgenogrammā datus par metastāzēm krūškurvja orgānos neiegūst. Vēdera dobuma orgānu radioloģiska izmeklēšana netika veikta.

Izmeklējot operācijas materiālu, konstatēts kreisās plauksts audzējs ar izmēriem $10,5 \times 10 \times 11$ cm. Audzējs lokalizēts plauksts ulnārajā pusē, pārsvarā starp 4. un 5. metakarpālo kaulu, izteikti nobīdot un deformējot 4. un 5. pirkstu. Audzējs veidoja lielus izvelvējumus dorsālajā virsmā, kur atrod arī dziļu izčūlojumu ar diametru 10 cm, un palmārajā virsmā. Duālā morfoloģiskā uzbūve ar zemas diferenciācijas pakāpes hondroīdo komponentu un nediferencētu mezenhimālo komponentu liecināja par mezenhimālu hondrosarkomu. Izvērtējot multiplu audu griezumus, zemākas malignitātes komponentu vai preneoplastisku procesu neatrada. Tika konstatēta audzēja invāzija kaulaudos, mīkstajos audos un ādā ar plašu izčūlojumu.

Veicot imūnhistoķīmisku vizualizāciju, neoplastiskās šūnas difūzi citoplazmatiski ekspresēja vimentīnu un CD99, bet hondroīdajā komponentā – S100 proteīnu. Audzēja proliferācijas aktivitāte, nosakot Ki-67, mezenhimālā komponentā sasniedza pat 51,2%. Audzēja šūnas neekspresēja kopējo citokeratīnu AE1/3, CD45, CD3, CD20, CD30, CD34, aktīnu un desmīnu. Pēcoperācijas periodā tika konstatēta intravenozā katetra infekcija, ko izdevās novērst ar antibakteriālu un pretsāpju terapiju. Paciente tika izrakstīta turpmākai ambulatorai terapijai trešajā pēcoperācijas dienā.

Secinājumi.

1. Aprakstītajā mezenhimālas hondrosarkomas gadījumā konstatētas vairākas retas iezīmes – neparasta audzēja primārā lokalizācija plaukstā un attīstība lielā vecumā. Pacientes gadiem ilgā veidojuma anamnēze liecina par ilgstošu norisi vai audzēja transformāciju par augstākas malignitātes neoplastisku procesu.
2. Mezenhimālas hondrosarkomas diagnostikā informatīva ir raksturīgā divkomponentu morfoloģiskā aina. Imūnfenotips palīdz izslēgt citus mezenhimālas izcelsmes ļaundabīgus audzējus.