

Słowa kluczowe: oponiaki, neurochirurgia, podstawa czaszki, wyniki leczenia

Streszczenie:

Oponiaki są najczęściej rozpoznawanymi obecnie pierwotnymi guzami wewnątrzczaszkowymi. Jedna trzecia z nich rozrasta się zajmując podstawę czaszki. Zasadniczym celem leczenia chirurgicznego jest całkowite usunięcie guza z rekonstrukcją tkanek przy zachowaniu jak najlepszego stanu czynnościowego. Rozwój technik chirurgii podstawy czaszki umożliwia bezpieczne usuwanie tych guzów w trudno dostępnych lokalizacjach.

Celem pracy była analiza wyników leczenia i czynników prognostycznych w grupie 204 pacjentów (169 kobiet i 35 mężczyzn ze średnią wieku 55,5 lat), leczonych operacyjnie w Centrum Onkologii w Warszawie w latach 2001-2019 z powodu oponiaka podstawy czaszki. Praca ma charakter analizy retrospektywnej. Za podstawowe mierniki wyniku leczenia przyjęto czas do wystąpienia niepowodzenia zdefiniowanego nawrót, progresja lub zgon albo czas od zabiegu do ostatniej obserwacji klinicznej. Drugim głównym kryterium była zmiana stanu sprawności mierzonego skalami Karnofsky'ego i Rankina w stosunku do stanu sprzed operacji. Jako drugoplanowe kryteria skuteczności przyjęto zmianę stanu neurologicznego w obserwacji odległej oraz radykalność zabiegu mierzoną w skali Simpsona.

Dominującymi objawami neurologicznymi oponiaka w przedstawionej przez nas grupie były uszkodzenie nerwów czaszkowych i bóle głowy. Sprawność chorych przed zabiegiem w skali ECOG wynosiła 0-1 u 88,2%, w KPS była ≥ 80 u 82,4%, w mRS 0-2 punktów miało 90% chorych. Wcześniejsze leczenie operowanego oponiaka przebyło 24. Średni największy wymiar guza wynosił 40,5 mm, objętość 29 cm³. Największą grupę stanowiły oponiaki podstawy środkowego dołu czaszki – 34,8%. 110 chorych (53,9%) miało guzy zajmujące więcej niż jeden obszar anatomiczny podstawy czaszki, u 70 guz był obecny w przestrzeni zewnątrzczaszkowej.

Najczęstszymi dostępami chirurgicznymi zastosowanymi w tej grupie były kraniotomia czołowo-oczodołowa obustronna (29,4%), kraniotomia jarzmowo-oczodołowa i pterionalna oraz kraniotomia podpotyliczna zasutkowa (22,5%). Radykalność resekcji oponiaka oceniano przy pomocy skali Simpsona i u 45,6% chorych uzyskano resekcję całkowitą z przyczepem, u 20,1% resekcję całkowitą z koagulacją przyczepu, u 6,9% resekcję całkowitą bez koagulacji przyczepu, zaś resekcję częściową u 27,5%. Przetoczenie krwi było potrzebne u 21

operowanych chorych. U 3 pacjentów przetoczono 3 jednostki koncentratu krwinek czerwonych, u 13- 2 jednostki, u 5- 1 jedną jednostkę. Czas hospitalizacji średnio wynosił 6,2 doby, mediana 6 dób. Powikłania wystąpiły w tym okresie u 8 chorych i u 4 wymagały reoperacji. Wszystkich chorych wypisano z oddziału, ale jedna osoba przeniesiona do innej placówki medycznej zmarła po 37 dniach od zabiegu. W porównaniu ze stanem przed zabiegiem stan neurologiczny 51% chorych po zabiegu pozostał niezmieniony, u 28,9% poprawił się, u 20,1% pogorszył. Sprawność mierzona skalami ECOG, KPS i mRS nie zmieniła się u odpowiednio 164, 132 i 142 chorych, pogorszyła się u większej liczby chorych w skalach ECOG (34 vs 6) i mRS (50 vs 10), natomiast w KPS poprawiła się u 54 a pogorszyła u 10.

Czas obserwacji po zabiegu wyniósł od 1 do 198 miesięcy, średnio 59 miesięcy, mediana wyniosła 54 miesiące. W tym czasie zmarło 13 osób, 6 z powodu progresji guza a 7 z powodu innych chorób. Prawdopodobieństwo przeżycia 7 lat wyniosło 0,931 zaś 10 lat 0,900. Wznowę albo progresję oponiaka stwierdzono u 33 chorych, spośród których 11 było reoperowanych oraz napromienianych, 4 było tylko reoperowanych, 11 tylko napromienianych a 7 nie było leczonych. W czasie ostatniej obserwacji będącej podstawą oceny wyniku leczenia u 120 chorych nie stwierdzono obecności guza, u 72 guz był stacjonarny, u 12 stwierdzono progresję. Prawdopodobieństwo przeżycia 7 lat bez wznowy albo progresji albo zgonu wyniosło 0,732.

W czasie ostatniej obserwacji sprawność 87% chorych w skali KPS wyniosła 80-100 i poprawę sprawności w tej skali w porównaniu ze stanem sprzed zabiegu stwierdzono u 101 osób. Natomiast wyniki oceny w mRS wskazują, że przebyte leczenie miało niekorzystny wpływ na tryb życia. 63 osoby miały ocenę jak przed zabiegiem, u 15 poprawiła się a u 113 pogorszyła. Stan neurologiczny 76% chorych w trakcie obserwacji poprawił się albo nie zmienił się.

Analiza statystyczna wykazała, że ryzyko niepowodzenia było większe 2,7 razy u chorych, którzy mieli guz w lokalizacji zewnątrzczaszkowej, 4,8 razy z KPS <80, 3,2 razy z guzem G2 albo G3, natomiast 3,6 razy mniejsze u chorych z obrzękiem mózgu przed operacją. Ryzyko niepowodzenia w przypadku resekcji całkowitej z przyczepem albo koagulacją przyczepu stanowi 0,294 odpowiedniego ryzyka dla resekcji mniej doszczętnej. Pozostałe czynniki nie miały istotnego związku z ryzykiem niepowodzenia. Istotnie gorsze wyniki w ocenie sprawności przy pomocy KPS mieli pacjenci w wieku powyżej 61 lat, natomiast gorszą ocenę przy pomocy mRS uzyskali mężczyźni oraz chorzy bez obrzęku mózgu przed zabiegiem.

Rodzaj dostępu operacyjnego (rozległy vs ograniczony) nie wiązał się z istotną statystycznie różnicą w utracie krwi, częstości powikłań, niepowodzeń, zmianie sprawności. Jedynie wynik kosmetyczny był istotnie gorszy w tej grupie.

Porównanie wyników w przedstawionej grupie z publikacjami dotyczącymi podobnych grup chorych wskazuje, że w zakresie podstawowych wskaźników, jak radykalność resekcji, zmiana stanu neurologicznego, częstość powikłań, stan sprawności chorych, czas przeżycia do progresji, częstość występowania progresji albo wznowy oponiaka, wyniki w naszej grupie są podobne lub nieco lepsze od przedstawianych w piśmiennictwie. Analiza wyników w przedstawionej grupie 204 chorych z oponiakami podstawy czaszki pozwala stwierdzić, że czynnikami rokującymi większe prawdopodobieństwo przeżycia bez wznowy albo progresji oponiaka podstawy czaszki są wzrost guza tylko wewnątrzczaszkowo i w kościach czaszki, lepsza sprawność w skali Karnofsky'ego przed zabiegiem, brak cech złośliwości w badaniu histopatologicznym i bardziej doszczętne usunięcie guza. Lepszą sprawność w odległej obserwacji rokują wiek do 60 lat dla oceny w skali Karnofsky'ego oraz płeć żeńska i występowanie obrzęku mózgu przed zabiegiem dla oceny w skali Rankina. Usunięcie oponiaka podstawy czaszki z rozległego lub łączonego dostępu z jednoczesną rekonstrukcją nie wiąże się ze zwiększoną częstością przetoczeń krwi niepożądanych następstw zabiegów a stosowanie technik chirurgii podstawy czaszki umożliwiających odcięcie unaczynienia oponiaka podczas dostępu pozwala na usunięcie guza z niewielką utratą krwi bez przedoperacyjnej embolizacji naczyń guza.