ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

{

Классификация 2007 год

- По первичному очагу:
  - Первичные опухоли.
  - Вторичные опухоли.
- По клеточному составу.
  - Нейроэпителиальные опухоли.
  - Оболочечные опухоли
  - Опухоли гипофиза
  - Опухоли черепных нервов
  - Метастазы
  - Дизэмбриогенетические опухоли

Частота встречаемости опухолей головного мозга.

Метастатические опухоли (30 на 100тыс. человек в год).

Метастазы в головной мозг наблюдаются у 25 % пациентов страдающих раком.

Первичные опухоли мозга (10 – 12 на 100 тыс челов в год).

Большинство составляют нейроэпителиальные опухоли.

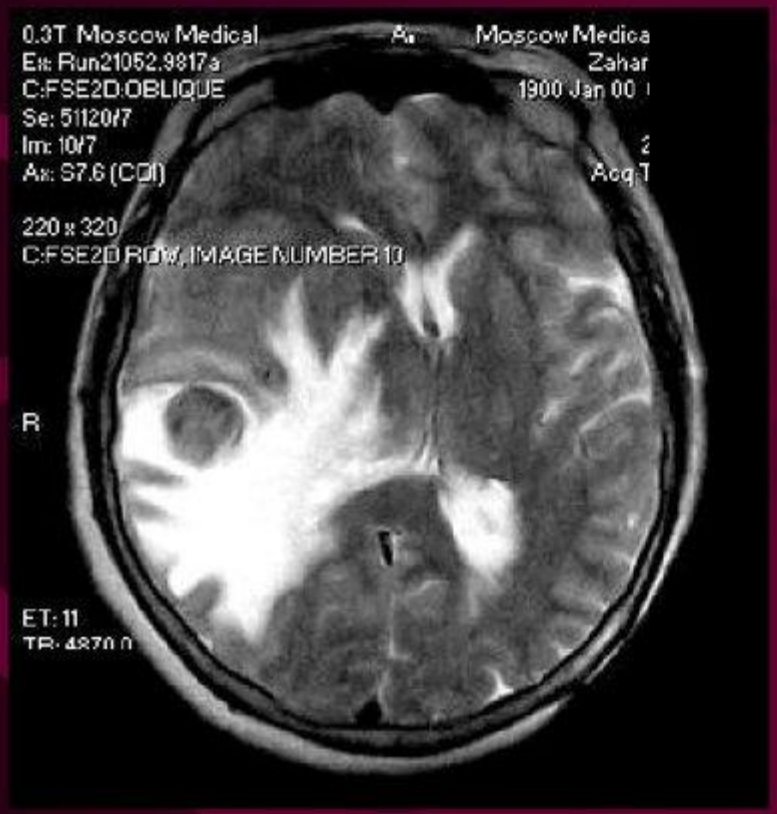
Основные источники метастатического поражения головного мозга и число метастазов.

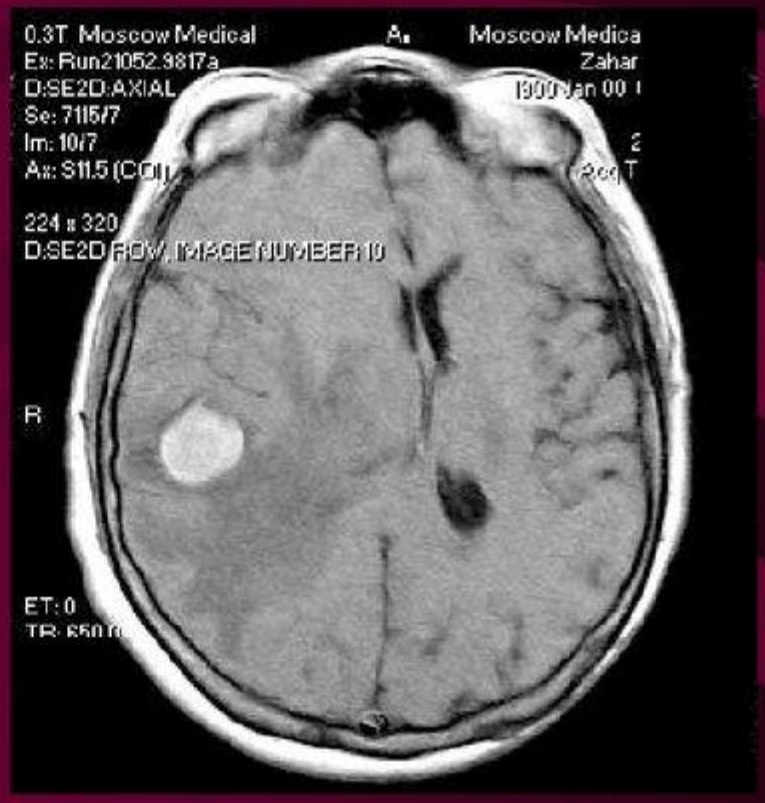
Рак легкого – 30-60% всех метастазов в головном мозге .
Рак молочной железы 15 – 30%.
Меланома – 5-15%.
Рак почки – 5%.
Рак желудочно-кишечного тракта – 2-5%.

Множественные метастазы – 70%
Единичные метастазы – 30%.

Диагностика метастазов в головном мозге.

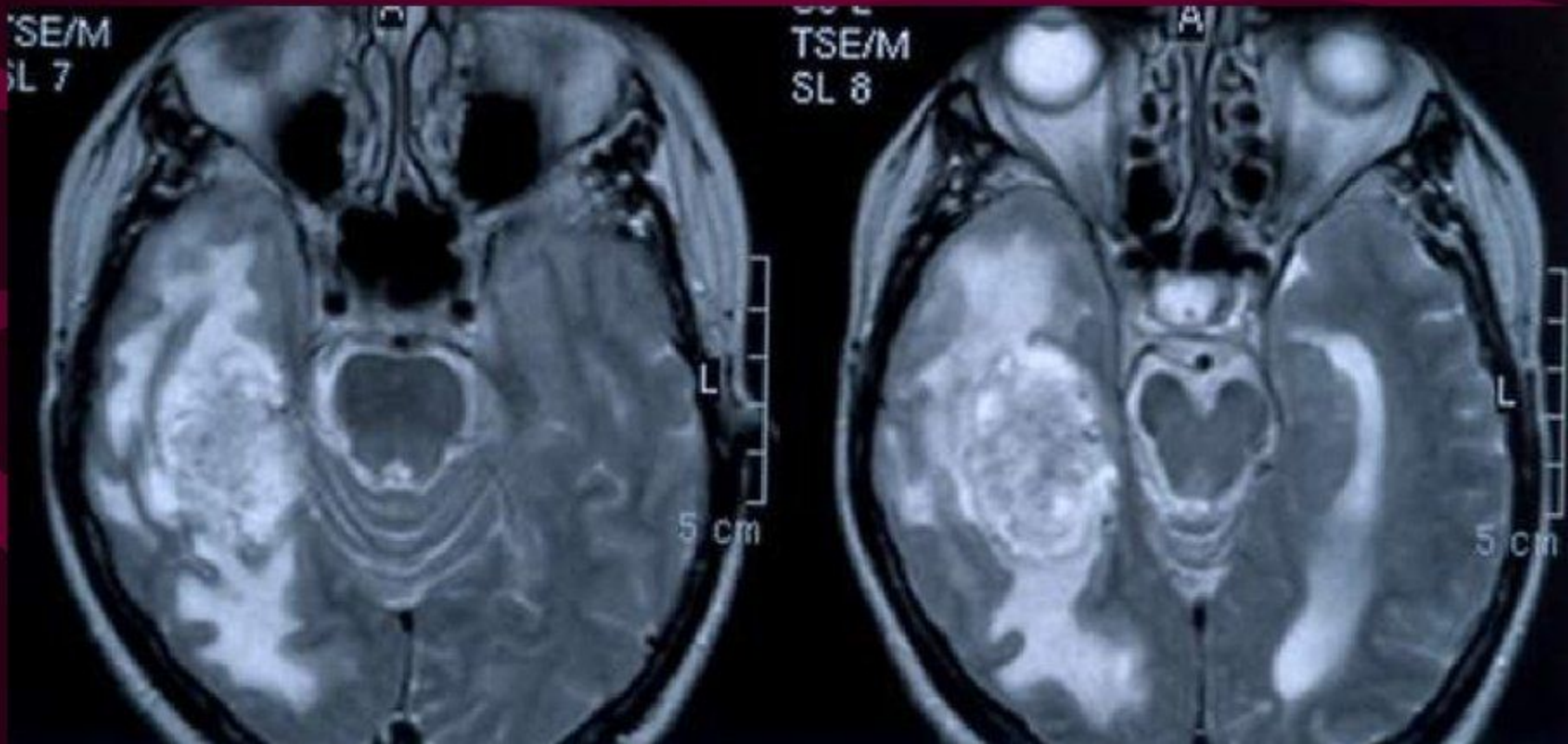
Метастаз меланомы.





Локализация нейроэпителиальных опухолей у взрослых.

Эпендимома в проекции нижнего рога правого бокового желудочка. МРТ (Т2). Аксиальный срез.



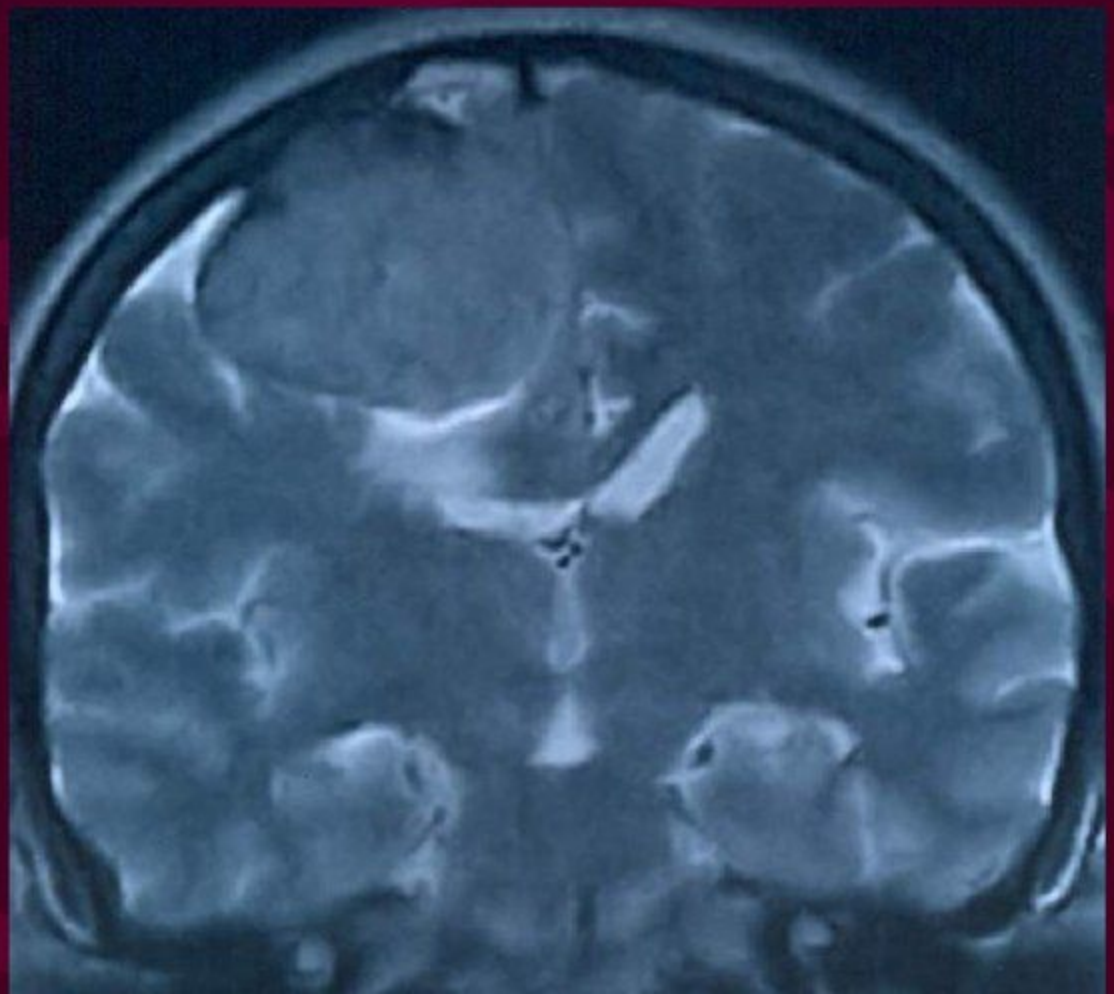
Злокачественность нейроэпителиальных опухолей.

- Глиомы низкой степени злокачественности – 20%.
- Глиомы высокой степени злокачественности – 80%.

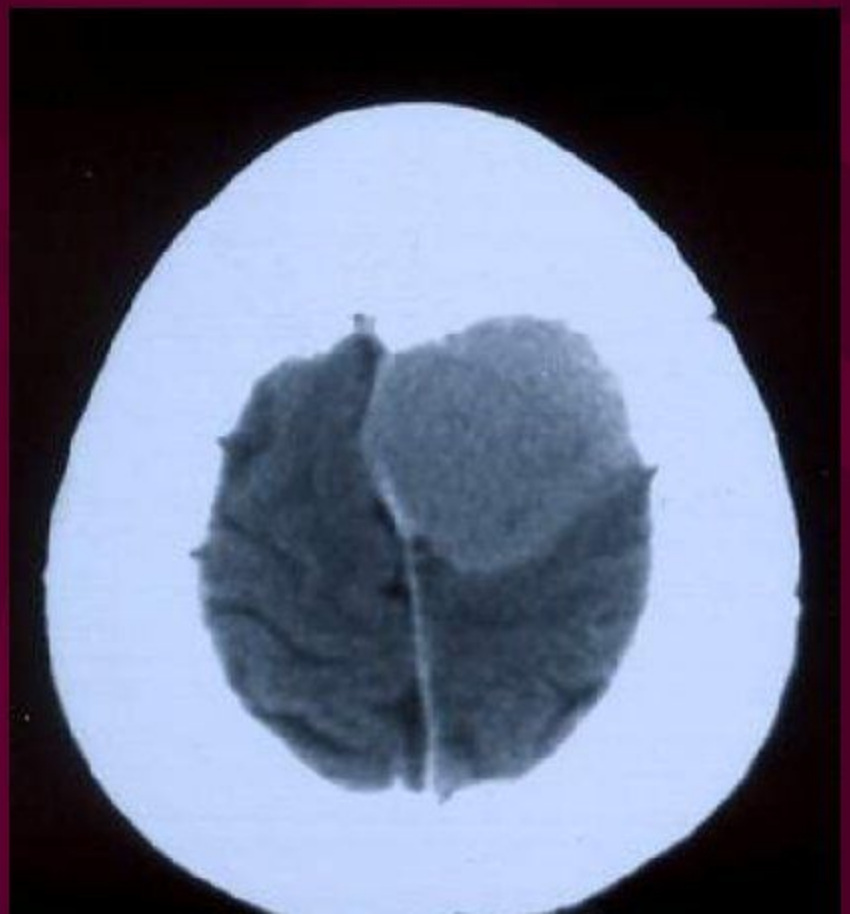
Опухоли мозговых оболочек (менингиомы).

- Конвекситальные - 40-50%.
- Парасагиттальные (фалькс, стенки ВСС) - 20 - 30%.
- Базальные (основание черепа) - 20-30%.

Конвекситальная менингиома . МРТ (Т1).Коронарный срез.



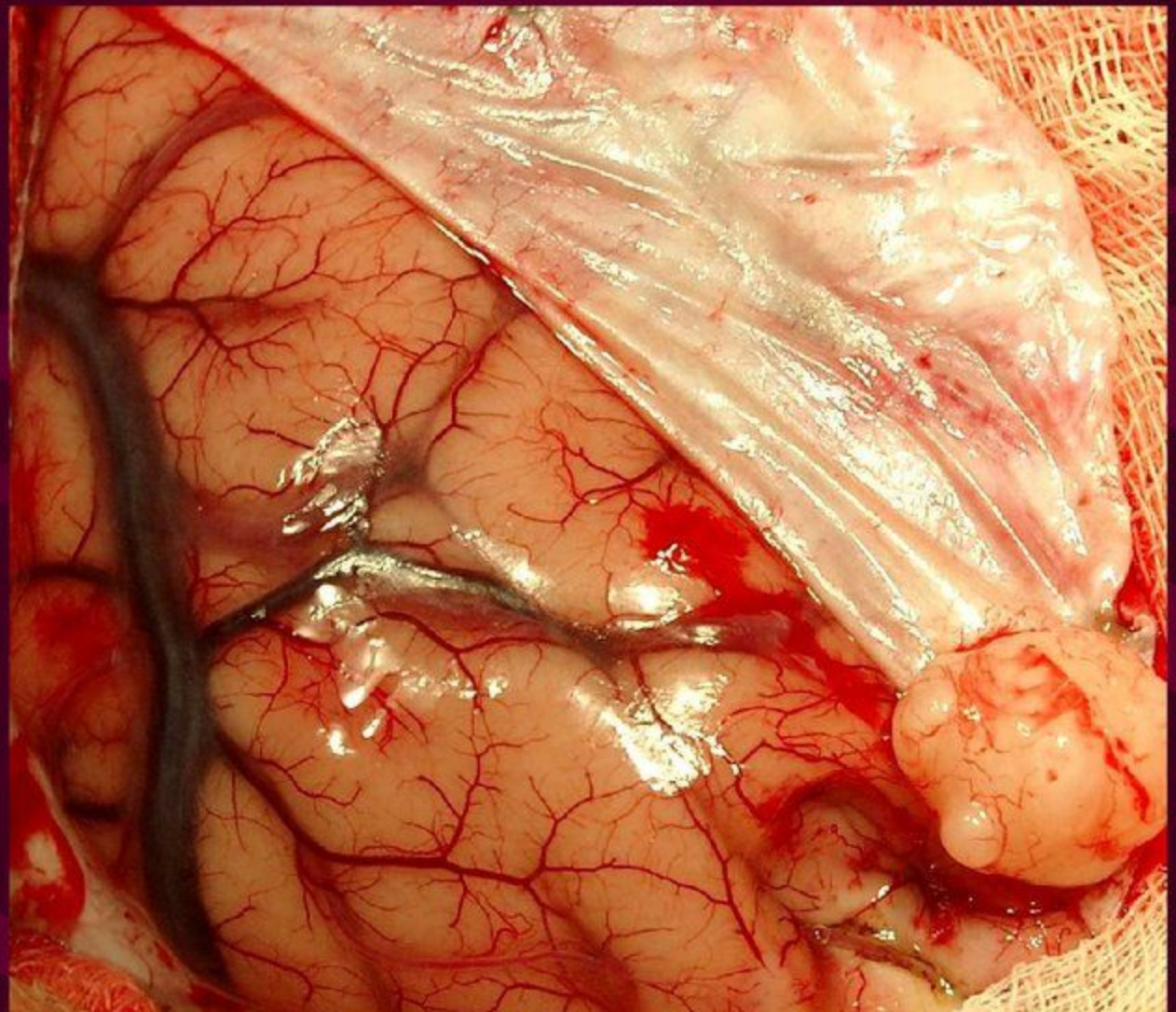
Парасагиттальная менингима. КТ, аксиальный срез.



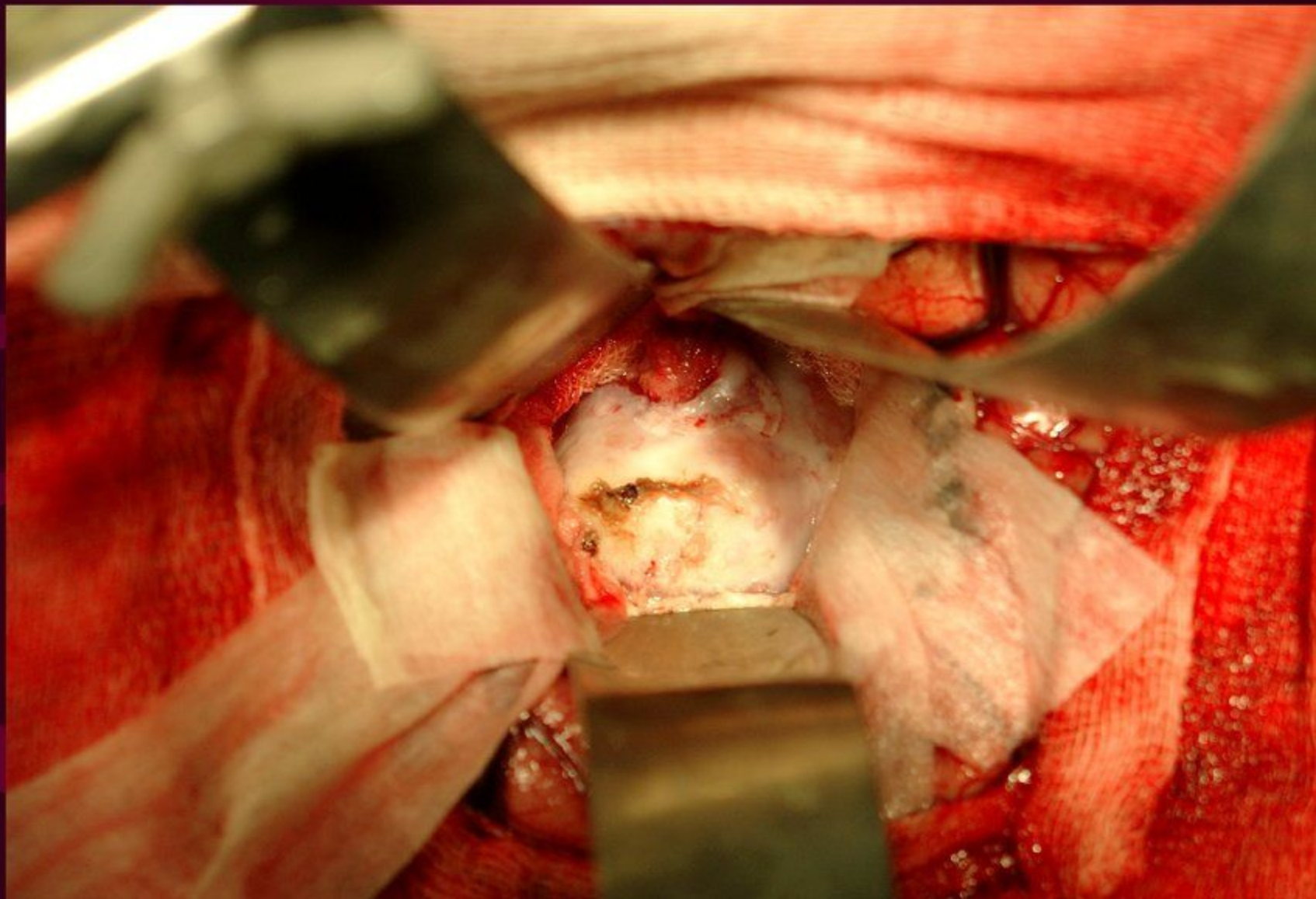
Базальная менингиома. МРТ (Т1). Коронарный срез.

Внутрижелудочковая менингиома. МРТ (Т2). Аксиальный срез.

Конвекситальная менингиома



Внутрижелудочковая менингиома

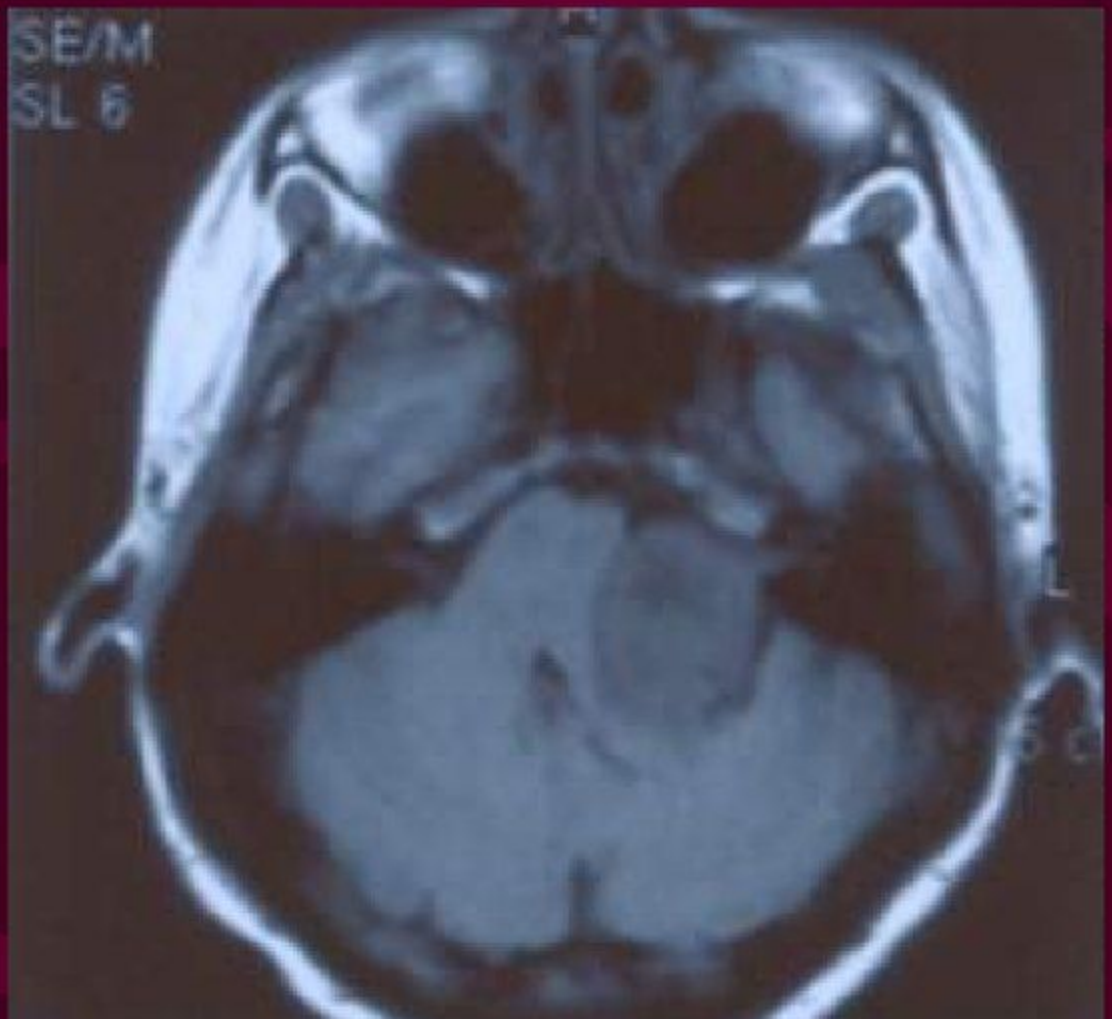


Опухоли гипофиза.

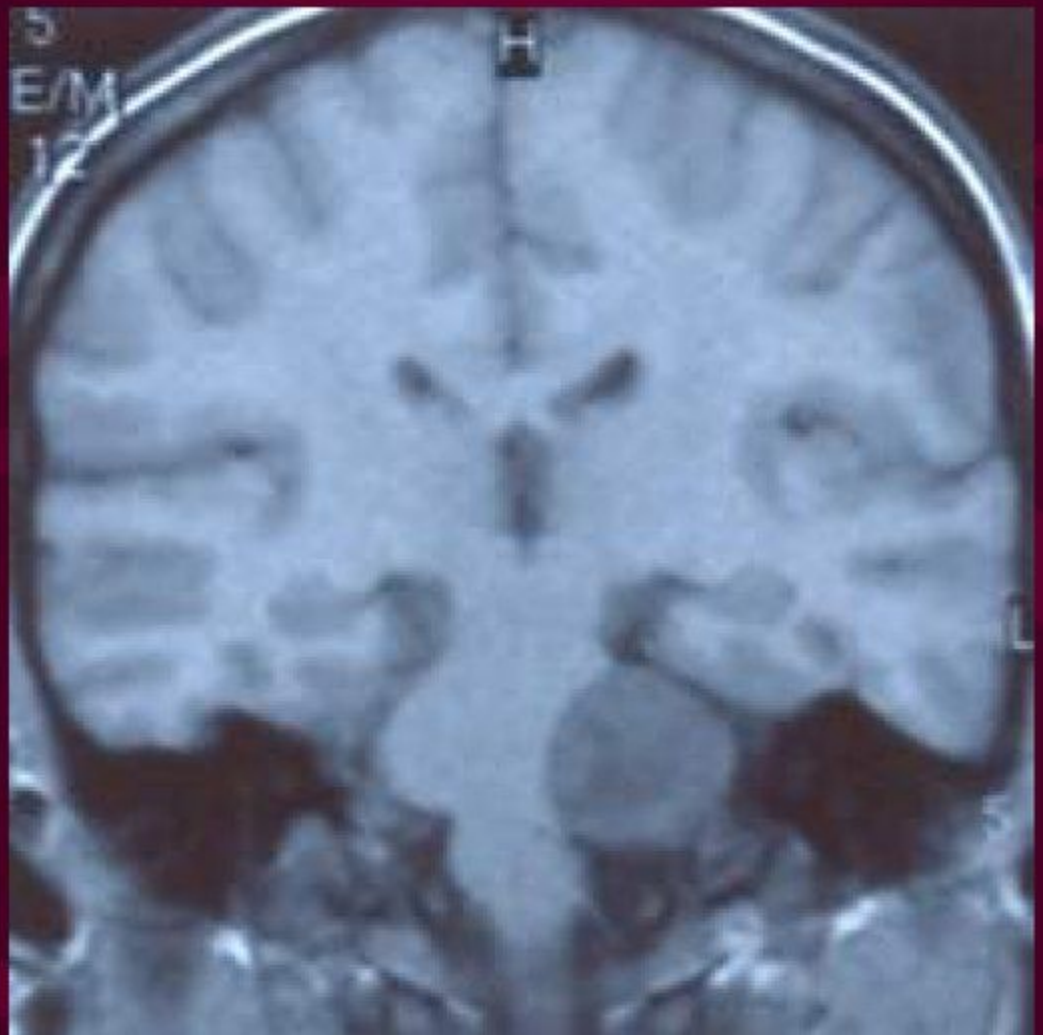
Аденома гипофиза. МРТ (Т1).Сагиттальный срез.

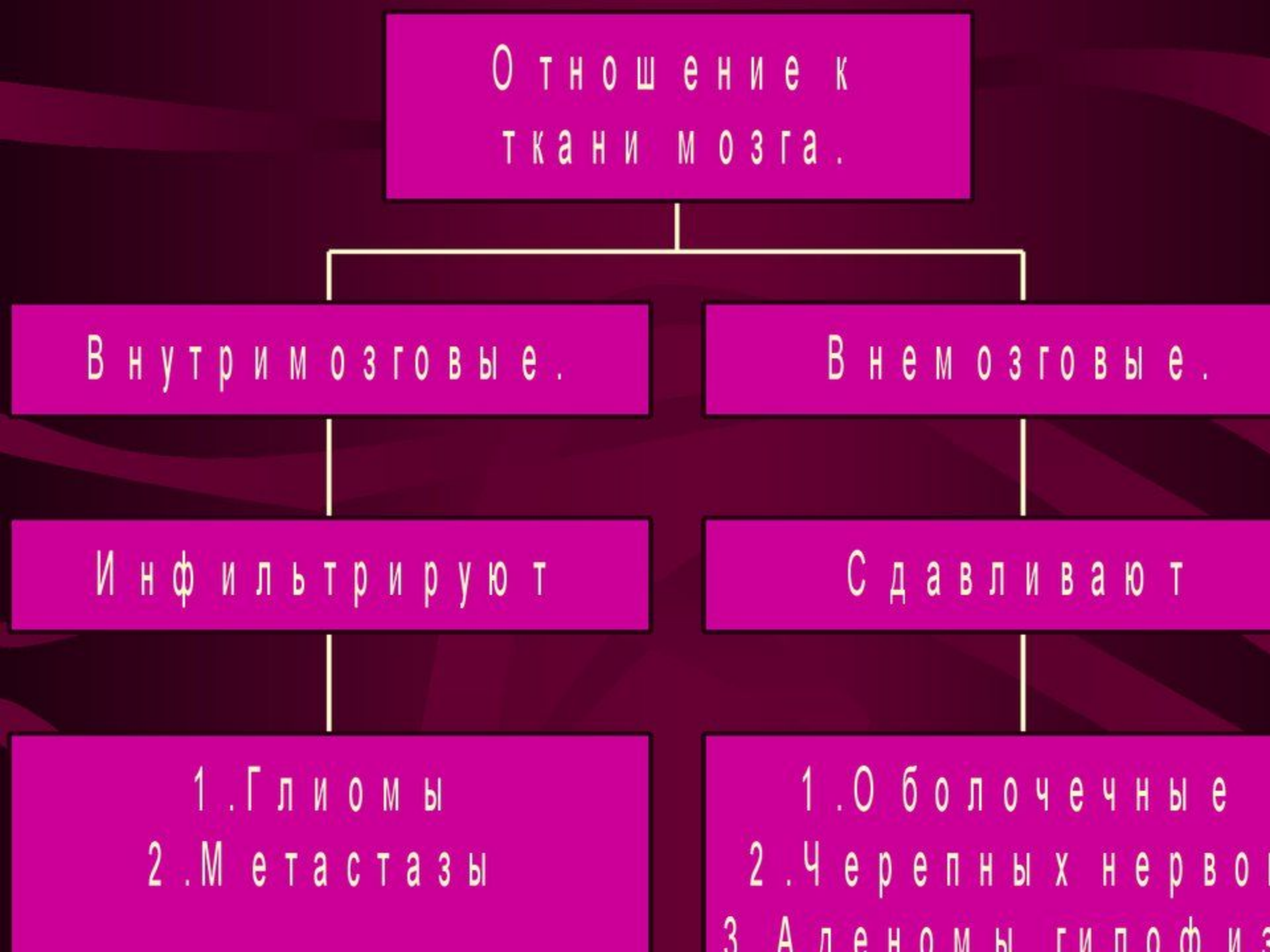
Аденома гипофиза. МРТ (Т1).Коронарный срез.

Невринома вестибулокохлеарного нерва. МРТ (Т1). Аксиальный срез.



Невринома вестибулокохлеарного нерва. МРТ (Т1). Коронарный срез.




Отношение к ткани мозга.
Внутримозговые.
Внемозговые.
Инфильтрируют
Сдавливают
1.Глиомы
2.Метастазы
1.Оболочечные
2.Черепных нерво
3 Аденомы гипофиз

Клиническая картина опухолей головного мозга.

Особенности локальной симптоматики.

Глиомы, Менингиомы, Метастазы	Невриномы, Аденомы гипофиза
Локализация разнообразная	Локализация постоянна
Локальные симптомы различны	Локальные Симптомы постоянны

Метастатические опухоли

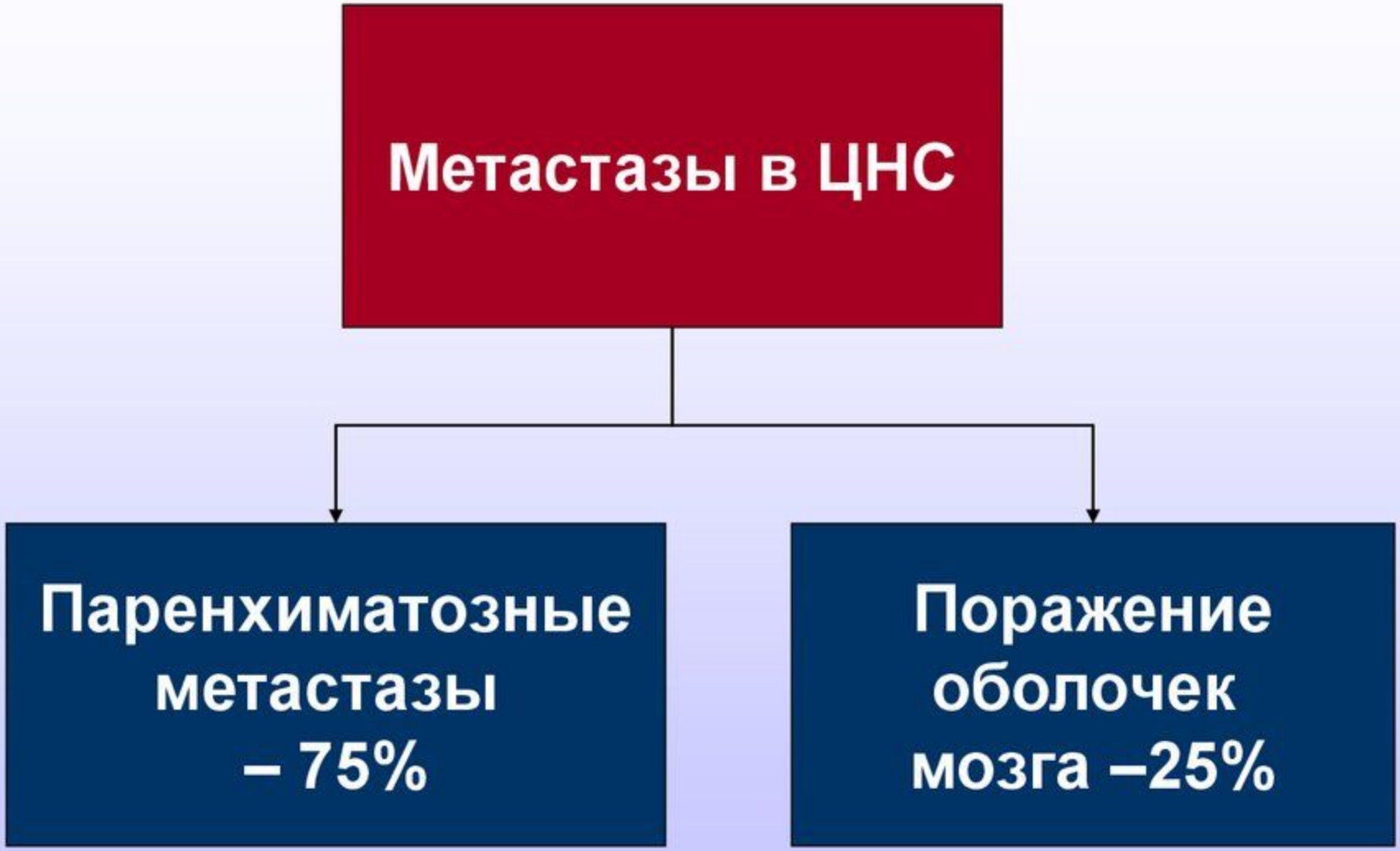
- По секционным данным метастазы в головной мозг наблюдаются у 25% больных, умерших от рака

Основные источники метастатического поражения головного мозга

- ✓ Опухоли легкого (44%)
- ✓ Опухоли молочной железы (10%)
- ✓ Опухоли желудочно-кишечного тракта (6%)
- ✓ Опухоли мочеполовой системы (7%)
- ✓ Опухоли кожи (3%)

Локализация метастатических опухолей ЦНС

- В кости черепа и ТМО – чаще всего светлоклеточный рак почки, предстательной железы, меланомы
- Позвонки и эпидуральное пространство спинного мозга – чаще всего рак молочной и предстательной желёз
- Мягкая мозговая оболочка при распространённом поражении – аденокарценома желудка, рак лёгкого, молочной железы
- Вещество головного и спинного мозга – меланома, рак лёгкого, молочной железы и т.д.


Метастазы в ЦНС
Паренхиматозные метастазы – 75%
Поражение оболочек мозга –25%

Количество метастазов в головном мозге

Метастатическое поражение головного мозга

Компьютерная томография

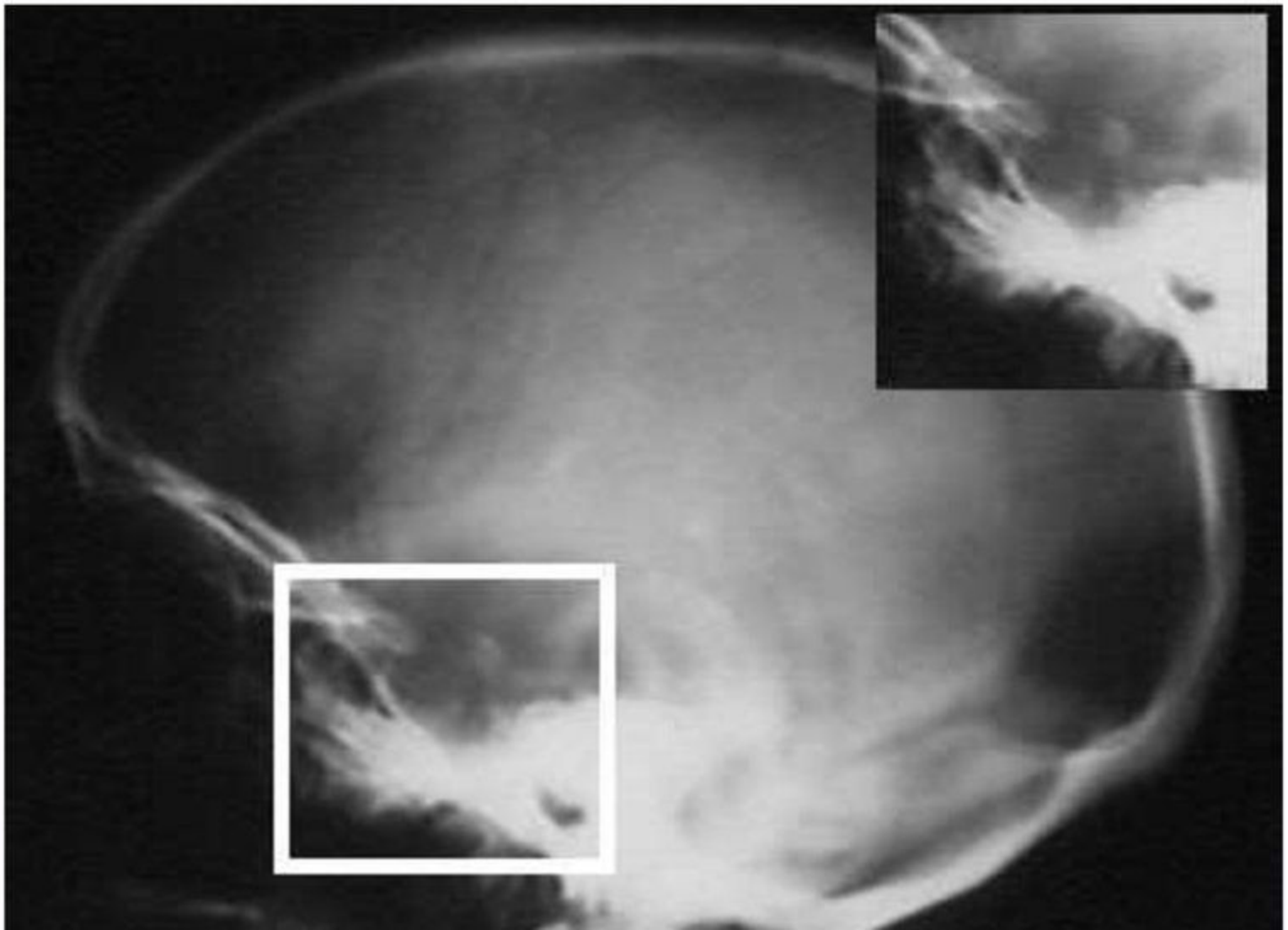
Опухоли гипофиза.

- Клинические проявления обусловлены гормональной активностью (эндокринно-активные – 75%, неактивные - 25%)
- Гормонально активные – акромегалия, синдромы Иценко-Кушинга и Нельсона
- Гормонально неактивные – поражаются базальные структуры мозга (психические, зрительные, диэнцефальные нарушения)

Рентгенография при аденоме гипофиза

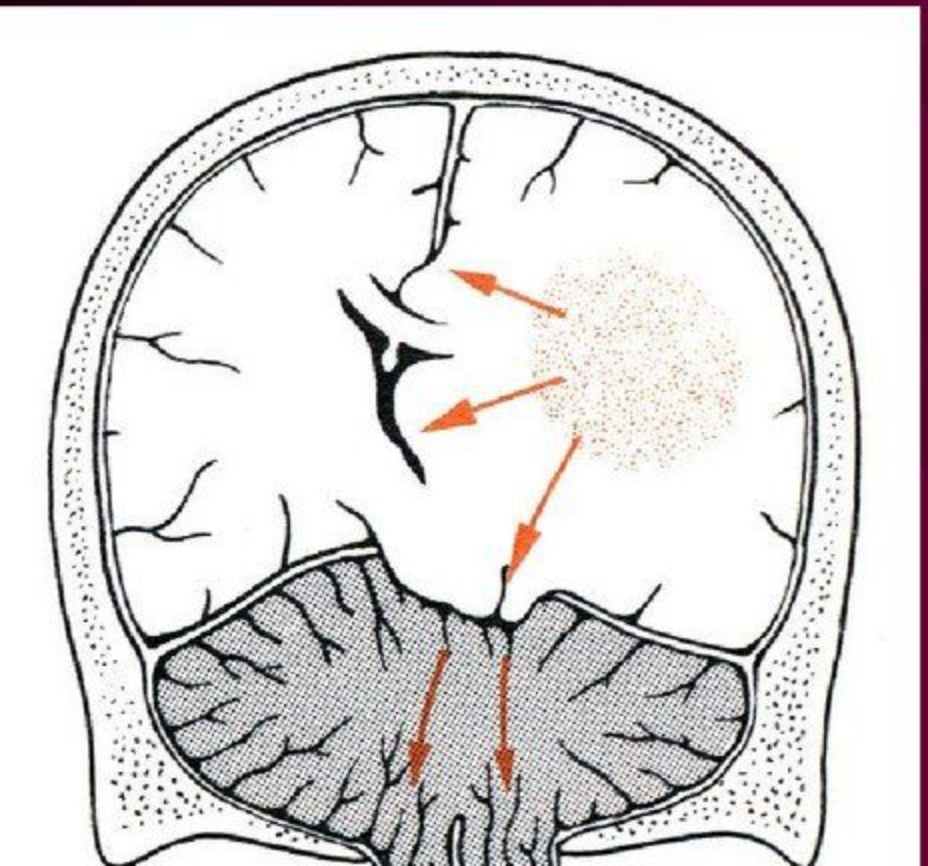
- ✓ Развитие остеопороза стенок турецкого седла без изменений структуры костей свода черепа
- ✓ Неровность участка внутреннего контура костной стенки седла
- ✓ Частичное или тотальное истончение передних и задних клиновидных отростков
- ✓ Увеличение размеров турецкого седла

Рентгенография при аденоме гипофиза

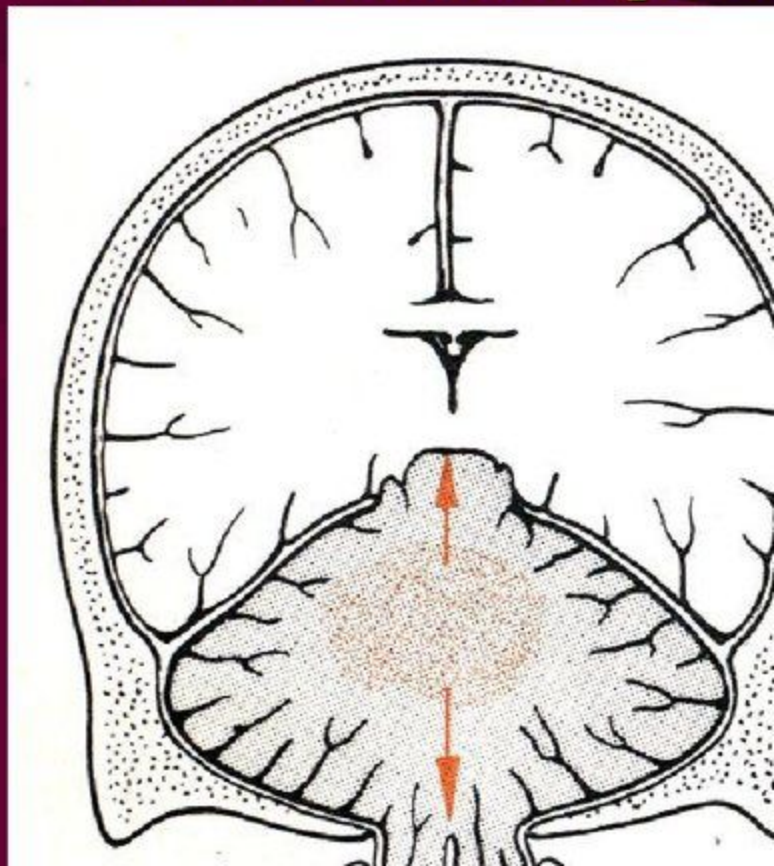


Дислокационный синдром при опухолях головного мозга.

Височно – тенториальное вклинение



Вклинение миндалико мозжечка в большое затылочное отверсти

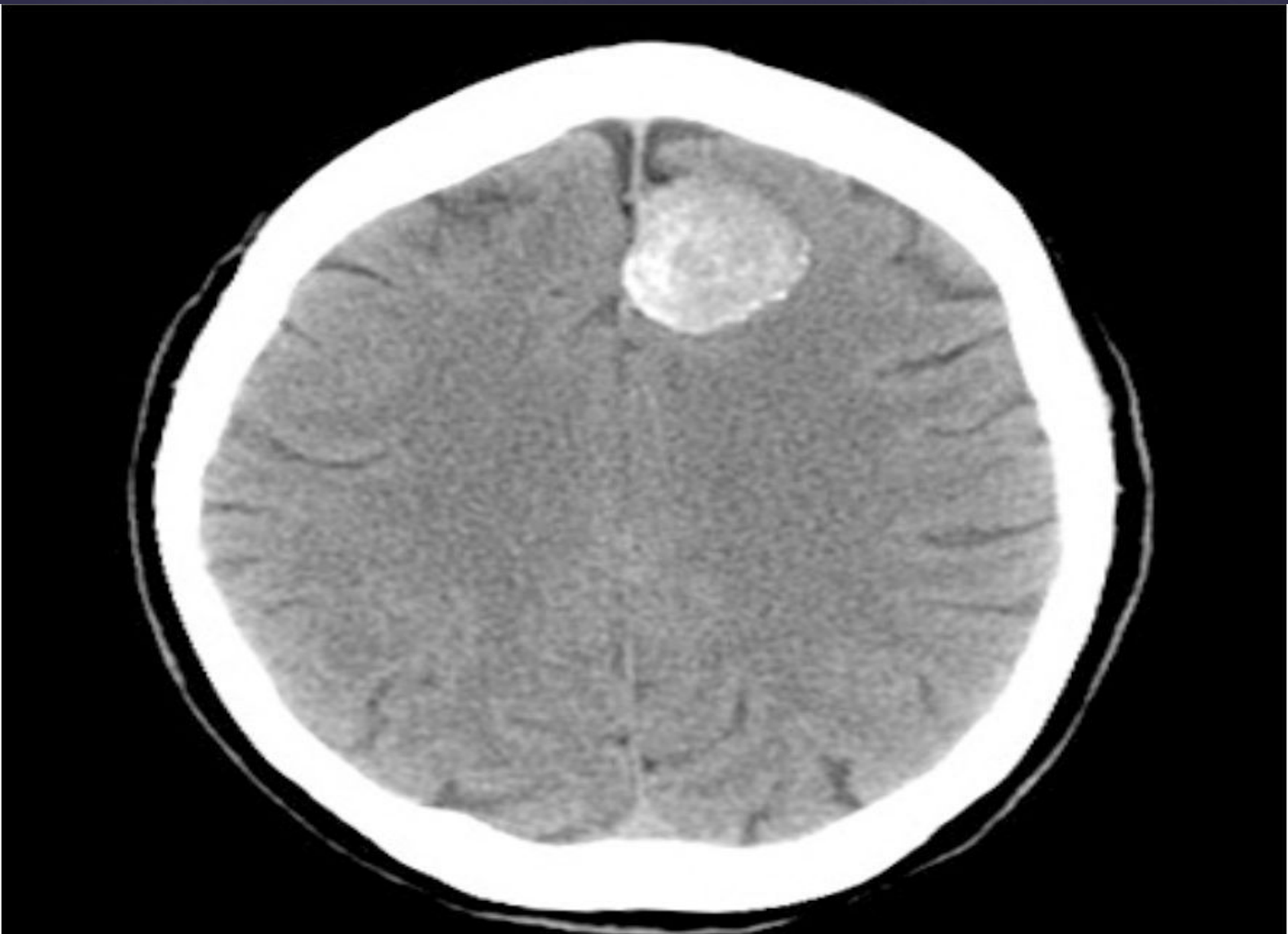


Диагностика опухолей головного мозга.

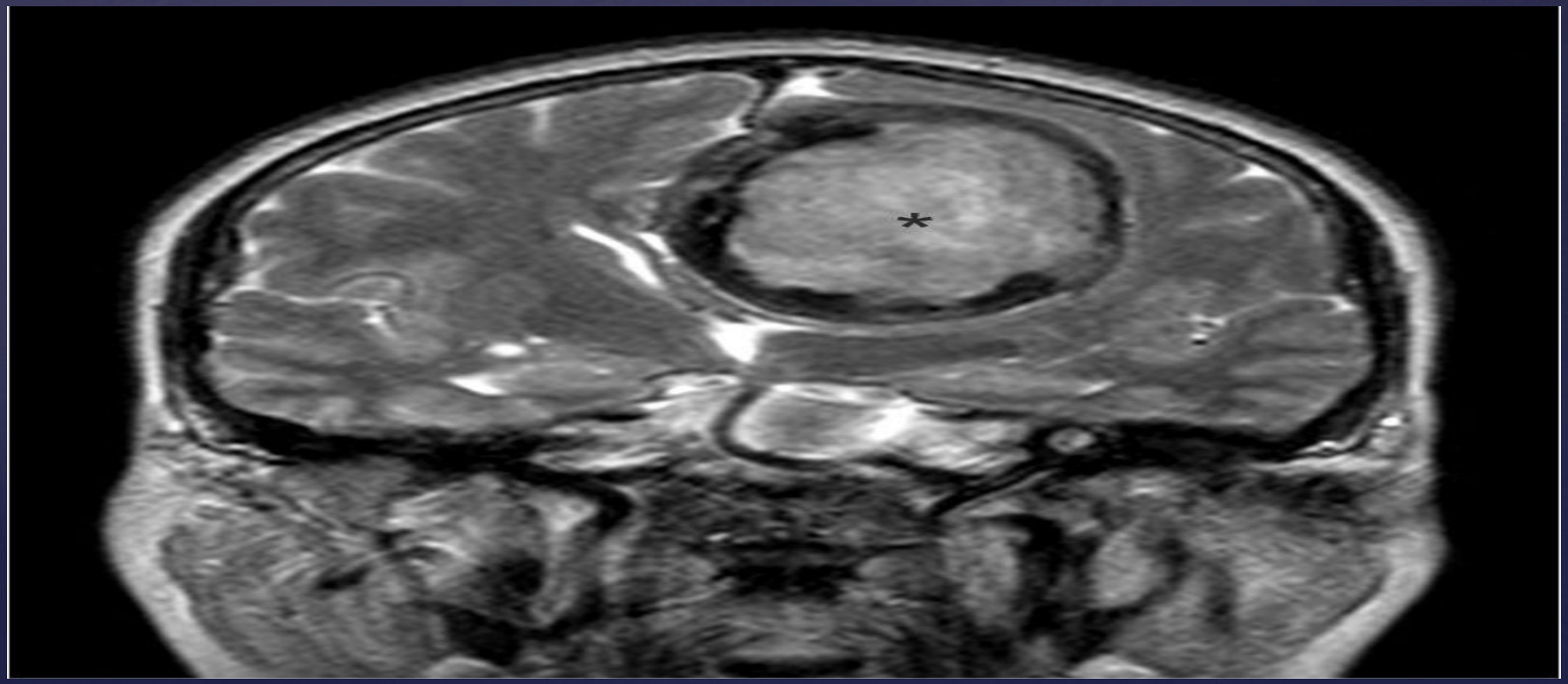
Лечение опухолей головного мозга.

- Хирургическое.
- Лучевое.
- Химиотерапия.

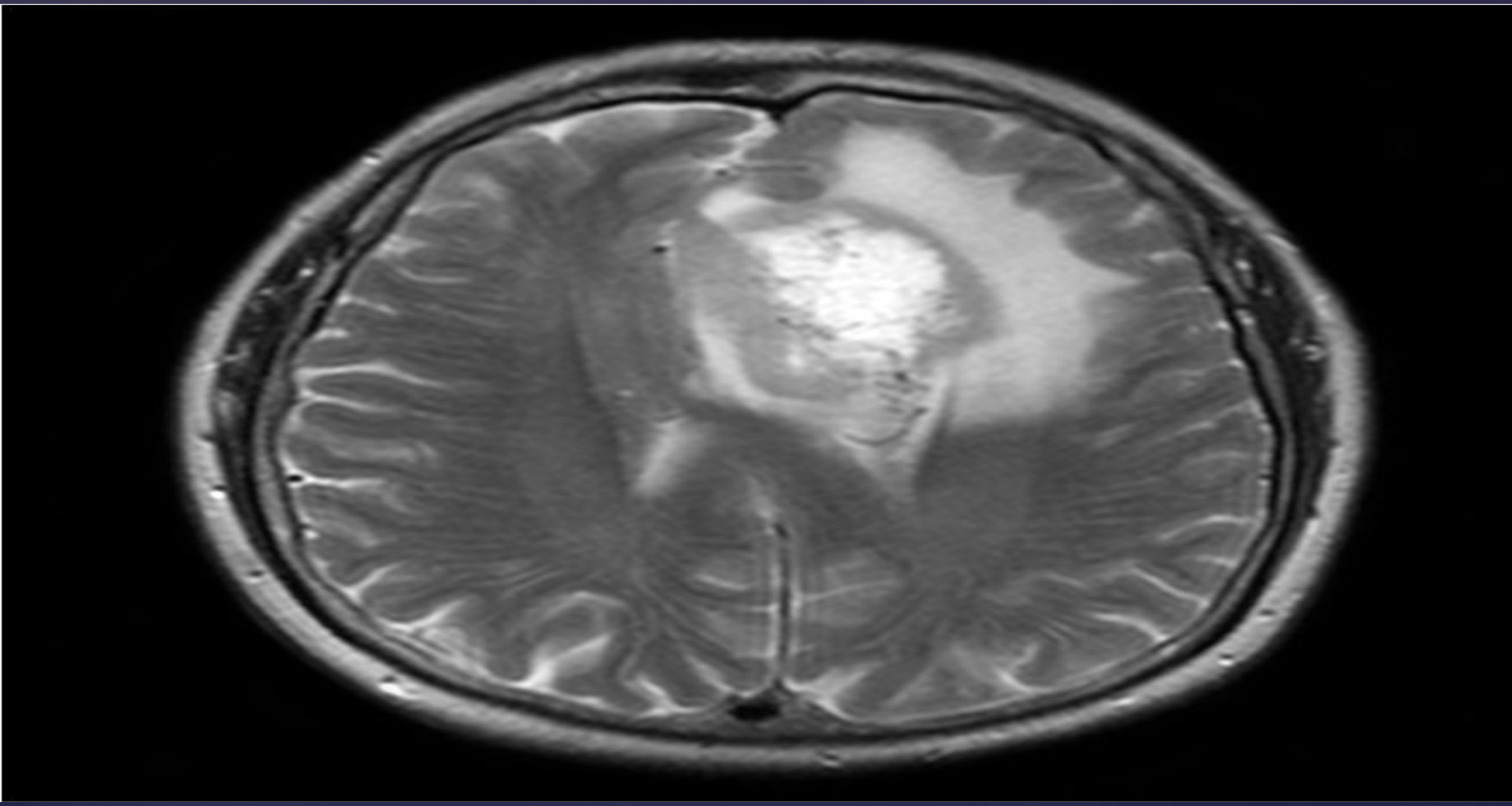
Без контраста
После контраста



Для доброкачественных опухолей головного мозга типично наличие чётких границ на МРТ и КТ, так как они имеют капсулу, разграничивающую их от тканей головного мозга, так называемый экспансивный характер роста (в результате увеличения размеров смещают, отодвигают рядом расположенные отделы мозга), относительно медленные темпы роста и отсутствие метастазирования.



Для злокачественных опухолей головного мозга типично отсутствие чётких контуров и границ, напротив, их краёв не видно, они характеризуются инфильтративным типом роста (то есть распространяют свои клетки между клетками здоровой ткани - инфильтрация), некротический распад (в центре опухоль начинает пожирать саму себя за неимением питания, что приводит к области самопереваривания центральных участков опухоли), высокие темпы роста и развития (скоротечный драматический исход) и метастазирование (распространением опухоли в соседние участки мозга по оболочка и по спинно-мозговой жидкости).



Злокачественная опухоль левой лобной доли с отёком, некротическим распадом и без отчётливых границ