

Streszczenie

Celem rozprawy było opracowanie zagadnień związanych z chirurgicznym leczeniem guzów obwodowego układu nerwowego. Podstawę stanowił własny materiał kliniczny, obejmujący 53 pacjentów leczonych operacyjnie w latach 2003-2011 oraz dostępne piśmiennictwo.

Kwalifikacja do leczenia operacyjnego była oparta na stwierdzeniu obecności wyczuwalnej masy guza w badaniu klinicznym lub jego uwidocznieniu w badaniu obrazowym oraz obecności objawów typu: ból, zaburzenia czuciowe, deficyty ruchowe, dodatni objaw Tinela-Hoffmana. Operowane guzy wywodziły się z dużych pni nerwowych (21 guzów u 19 pacjentów) oraz drobnych gałązek skórnych i nerwów palcowych (34 guzy u 34 chorych).

W czasie usuwania guzów wywodzących się z dużych pni nerwowych zastosowano różne techniki operacyjne (usunięcie guza bez naruszania struktury pęczkowej, usunięcie guza z uszkodzeniem części pęczków, usunięcie guza z rekonstrukcją nerwu szwem bezpośrednim, usunięcie guza z rekonstrukcją nerwu z wszczepami nerwu łydkowego, biopsja guza). W grupie guzów wywodzących się z drobnych gałązek skórnych w większości przypadków usunięto masę guza bez identyfikacji źródła pochodzenia (gałązki skórnej).

Ostateczne rozpoznania kliniczne ustalono w oparciu o badania histopatologiczne. W grupie guzów zlokalizowanych w dużych pniach nerwowych dominowały nerwiaki osłonkowe, natomiast w grupie guzów z drobnych gałązek skórnych najczęstsze były nerwiakowłókniaki.

Oceny wyników leczenia dokonano przeprowadzając badania kontrolne uwzględniające obecność: wyczuwalnej masy guza, bólu, parestezji, zaburzeń czucia, deficytów ruchowych i objawu Tinela-Hofmanna. Najkrótszy okres obserwacji po usunięciu guzów z dużych pni nerwowych wynosił 2 lata (z wyjątkiem jednego przypadku), a po usunięciu guzów z drobnych gałązek skórnych 1 rok (z wyjątkiem jednego przypadku).

Wśród guzów z dużych pni nerwowych nie obserwowano nawrotu choroby. W grupie guzów z drobnych gałązek skórnych stwierdzono wznowę guza w jednym przypadku. Usunięcie guzów z dużych pni nerwowych spowodowało ustąpienie dolegliwości bólowych u 88,3%, a objawu Tinela-Hoffmana u 83,3% chorych. Ustąpienie parestezji obserwowano u

70,6%, a poprawę czucia u 66,6% pacjentów. Nie obserwowano poprawy w zakresie istniejących przedoperacyjnie deficytów ruchowych.

Analiza materiału klinicznego pozwoliła na ustalenie, że rokowanie w łagodnych guzach nerwów obwodowych jest dobre. Przy niskim ryzyku nawrotu w wyniku prawidłowo przeprowadzonego leczenia chirurgicznego uzyskuje się w wielu przypadkach wyraźną poprawę funkcji.

W pracy podjęto próbę ustalenia zasad optymalnego postępowania w leczeniu guzów nerwów obwodowych. Szczególną uwagę zwrócono na potrzebę wstępnej diagnostyki różnicowej, wyboru właściwej techniki operacyjnej oraz histopatologicznej weryfikacji rozpoznania klinicznego.