

# НЕВРОХИРУРГИЯ

---

## ТОМ 2

### Отговорен редактор

чл.-кор. проф. д-р Николай Габровски, д.м.н.

### Редакционна колегия

проф. д-р Васил Каракостов, д.м.

проф. д-р Явор Енчев, д.м.н.

доц. д-р Иво Кехайов, д.м.

доц. д-р Илия Вълков, д.м.

доц. д-р Стефан Вълканов, д.м.

София • 2023



Издателство на БАН  
„Проф. Марин Дринов“

## Глава 28

# ЕСТЕЗИО- НЕВРОБЛАСТОМ

**Автори:** Тома Спириев,  
Лили Лалева, Владимир Наков

**Ключови гуми:** естезионевробластом, хирургия на черепната основа, невроонкология, лъчетерапия

### УВОД

Естезионевробластомът е рядък злокачествен тумор, произхождащ от олфакторния невроепител, който се характеризира с локален инвазивен растеж (може да обхване черепната основа, фронталния дял на мозъка, орбитите, околоносните кухини), но в редки случаи може да даде и дистантни метастази [1–5]. За първи път е диагностициран от Berger и Luc през 1924 г. [6], като понастоящем се счита, че туморът обхваща 3–6% от синоназалните онкологични процеси [1, 4] с честота 0.4 на 1 милион човека на година [4]. Може да се срещне във всяка възраст, включително при деца, но много рядко [7]. Има два пика на проява – във второто и шестото десетилетие на живота [2–4], като проучванията показват по-висока честота при мъже [4, 7, 8].

### ХИСТОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ

Общоприето е, че естезионевробластомът произлиза от невроепителни олфакторни клетки, локализирани в региона на олфакторния епител, ганглиите на автономна-

та нервна система на назалната мукоза, сфенопалатинния ганглий, *pervus terminalis* (сноп от немиелинизирани нервни влакна в субарахноидното пространство в областта на гирус ректурс до ламина cribроза) и вомероназалния орган на Jacobson [1, 3–5]. Туморът има лобуларна архитектура от малки кръгли туморни клетки, като морфологично, ултраструктурно и имунохистохимично има прилики с невробластома на адреналните жлези и симпатикусовата нервна система. Микроскопски се наблюдават розетки или псевдорозетки, както и невросекреторни гранули, неврофиламенти и микротубули [3, 5]. Наблюдават се ядрен плеоморфизъм, митотични фигури и некрози [3]. При имунохистохимично оцветяване повечето естезионевробластоми са позитивни на невронспецифична енолаза, неврофиламент, синаптофизин и S-100, като Ki-67 показва пролиферативен индекс 10–50% [3, 5]. Съществува хистологична скала за оценка на Huams et al. [9], която взема под внимание цитоархитектура, митотичен индекс, ядрен плеорофизъм, наличие/отсъствие на розетки и наличие/отсъствие на некрози и може да се използва като прогностичен показател и оценка на по-нататъшно лечение. Въпреки че нейната валидност все още се тества, тази скала е важен метод за характеризиране на туморната биология и независим показател за степента на агресия на тумора и риска за рецидив, който трябва да се вземе предвид при обсъждане на допълнителна химио- и лъчетерапия [4].

### КЛИНИЧНА КАРТИНА

Клиничната картина невинаги е специфична, което може да забави диагнозата. Клиничната оценка включва щателна анамнеза и преглед с цел да се определи стадият на заболяването, както и придружаващите заболявания, които имат значение за последващото лечение.

Най-честите оплаквания са [3–5]:

- Назална конгестия и симптоми, наподобяващи синусит;