

Опыт успешного лечения гигантских опухолей толстой кишки (два наблюдения)

А.М. Карачун¹, Д.В. Гладышев², Ю.В. Пелипас¹, А.А. Доманский¹, К.К. Лебедев¹,
М.А. Беляев¹, М.Е. Моисеев², П.А. Сапронов¹, Е.А. Петрова¹

¹ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

²Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40»

Контакты: Алексей Михайлович Карачун dr.a.karachun@gmail.com

Представлен опыт успешного хирургического лечения пациентов с местно-распространенным раком толстой кишки в условиях специализированного стационара, ранее признанных incurable по месту жительства.

Ключевые слова: рак толстой кишки, местно-распространенный рак, мультиорганные резекции, комбинированные операции

Experience of successful treatment of giant colonic tumors: Two cases

A.M. Karachun¹, D.V. Gladyshev², Yu.V. Pelipas¹, A.A. Domansky¹, K.K. Lebedev¹, M.A. Belyaev¹,
M.E. Moiseev², P.A. Sapronov¹, E.A. Petrova¹

¹N.N. Petrov Research Institute of Oncology, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg;

²City Hospital Forty, Saint Petersburg;

An experience of successful surgical treatment of patients with locally advanced colon cancer in referral cancer center is presented. Both patients had been proclaimed to be incurable in their local hospitals.

Key words: colorectal cancer, locally advanced colorectal cancer, multiorgan resections for colorectal cancer, combined surgery

Согласно статистическому отчету GLOBOCAN (International Agency for Research on Cancer, IARC), в 2008 г. в мире зарегистрировано 663 904 новых случая колоректального рака (КРР) [1]. В структуре общей онкологической заболеваемости данная патология занимает 4-ю позицию (9,8 %) и 5-е место (7,6 %) в структуре онкологической смертности. В 2010 г. только в Санкт-Петербурге выявлено 1542 случая рака ободочной кишки [2]. Следует признать тот факт, что, в отличие от ряда индустриально развитых стран, где существуют национальные скрининговые программы по выявлению ранних форм КРР, в России более половины всех первичных обращений пациентов с КРР происходит на III–IV стадиях заболевания. На долю же местно-распространенного рака ободочной кишки, к которому принято относить опухоли, прорастающие все слои стенки толстой кишки и врастающие в соседние органы и структуры (стадия T4b согласно 7-му изданию UICC/TNM), приходится, по различным данным, 5,5–16,7 % всех случаев КРР [3–5]. T. Lehnert et al. сообщают о том, что чаще других на соседние органы и структуры распространяются опухоли прямой и сигмовидной кишки, тогда как другие отделы ободочной кишки имеют местно-распространенный характер заболевания менее чем в 10 % случаев [6]. Согласно данным S. Park et al., наиболее часто в опухолевый конгломерат вовлекаются тонкая кишка (29,2 %), мочевого пузыря (20,8 %) и брюшная стенка (16,7 %).

Радикальные мультивисцеральные резекции “en block” при местно-распространенном раке ободочной кишки обеспечивают локальный контроль за опухолью и улучшают показатели общей выживаемости. Их целесообразность подтверждена рядом исследований и стандартов [7–9]. M. Hoffmann с коллегами из Университетской клиники г. Любека (Германия) сообщили о том, что 5-летняя выживаемость в группе больных, перенесших радикальные вмешательства, составила 55 %, тогда как в группе R1–R2 резекций — только 6 % [10]. Вместе с тем мультивисцеральные вмешательства ассоциированы с более высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности, которая при комбинированных операциях достигает 12 %, тогда как при стандартных радикальных вмешательствах колеблется в пределах 4–5 % [11–13].

Клиническое наблюдение 1

Пациент Е., 34 года, в апреле 2011 г. обратился к нам с жалобами на распадающуюся зловонную опухоль на коже правой подвздошной области, повышение температуры тела до фебрильных цифр, периодические боли в животе, отсутствие аппетита, слабость. Из анамнеза установлено, что в октябре 2010 г. оперирован по поводу деструктивного аппендицита. Выполнена аппендэктомия из срединного лапаротомного доступа. Патоморфологическое исследование операционного материала — флегмонозный аппендицит. Выписан на амбулаторное

лечение в удовлетворительном состоянии с функционирующим наружным кишечным свищем. В марте 2011 г. на месте закрывшегося наружного свищевого отверстия появилось постепенно увеличивающееся в размерах объемное образование со зловонными выделениями. Патоморфологическое исследование биоптата опухоли – умеренно дифференцированная аденокарцинома. Направлен в областной онкологический диспансер по месту жительства, где, с учетом местного распространения опухоли и наличия солитарного метастаза в печени по данным компьютерной томографии (КТ), признан incurable.

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. В правой подвздошной области крупная, диаметром до 15 см, распадающаяся зловонная опухоль, исходящая из брюшной полости (рис. 1). В правой паховой области лимфатический узел (ЛУ) плотно-эластичной консистенции диаметром до 2 см (цитологическое исследование материала тонкоигольной биопсии – аденокарцинома). Гемоглобин 98 г/л. При видеокколоноскопии в слепой кишке выявлена нестенозирующая экзофитная опухоль. По данным КТ живота, в S5 печени визуализировано гиподенное образование диаметром до 3 см, в мезо- и гипогастральной областях справа опухолевый конгломерат, состоящий из слепой и подвздошной кишок, а также передней брюшной стенки (рис. 2). Признаков вовлечения в опухоль правых мочеточника и почки нет. Увеличенные до 2,8 см в диаметре параколические ЛУ и ЛУ вдоль подвздошно-толстокишечных сосудов. Наружные подвздошные ЛУ увеличены до 2,6 см в диаметре, паховые ЛУ справа – до 2,2 см в диаметре. Раково-эмбриональный антиген (РЭА) – 3,1 нг/мл.

После дообследования и предоперационной подготовки выполнена расширенная комбинированная правосторонняя гемиколэктомия с резекцией 50 см подвздошной кишки, передней брюшной стенки, атипичной резекцией V сегмента печени и пластикой дефекта передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом (рис. 3–6).

Патоморфологическое исследование операционного материала: умеренно дифференцированная аденокарцинома слепой кишки, прорастающая все слои стенки



Рис. 1. Внешний вид опухоли пациента Е.

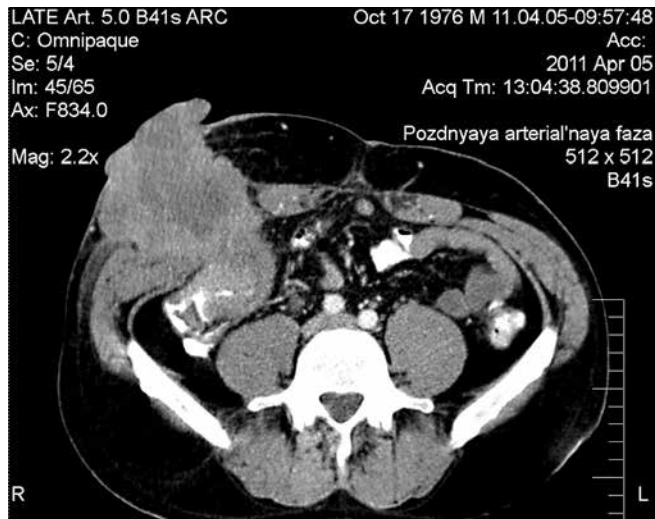


Рис. 2. КТ живота пациента Е. до начала лечения



Рис. 3. Резекция передней брюшной стенки с экзофитным компонентом опухоли

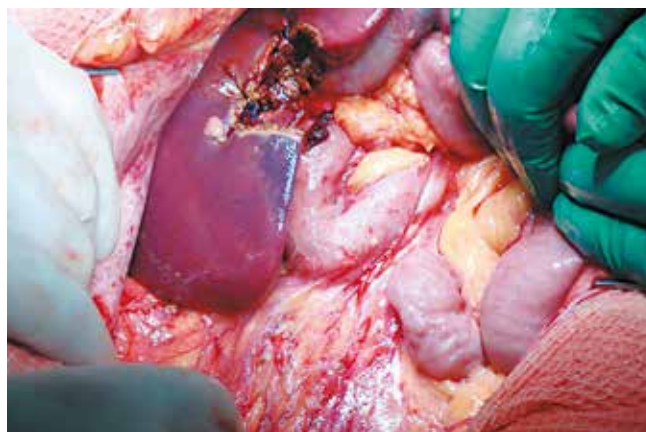


Рис. 4. Внешний вид операционного поля после удаления макропрепарата

кишки и все слои передней брюшной стенки, врастающая в петлю подвздошной кишки. Метастазы в 4 из 14 исследованных регионарных ЛУ. Метастаз аденокарциномы в печени.



Рис. 5. Пластика передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом



Рис. 6. Внешний вид операционной раны после ушивания передней брюшной стенки



Рис. 7. Пациент Е. через 20 мес после операции

Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Выписан из стационара на 12-е сутки после операции. Метастатический правый подвздошный ЛУ оставлен в качестве маркерного очага.

В дальнейшем по месту жительства получил 6 циклов полихимиотерапии по схеме FOLFOX4, на фоне которых отмечен полный регресс маркерного очага в правой подвздошной области.

Обследован через 20 мес. Общее состояние удовлетворительное. Функциональный статус по шкале ECOG – 0 ст. Рубцы после лапаротомии окрепшие, гипертрофированные. Грыжевых выпячиваний нет. Паховые ЛУ с обеих сторон не увеличены. Индекс массы тела 22,5 кг/м² (рис. 7). Гемоглобин 140 г/л. Общий белок 73,2 г/л. РЭА – 2,8 нг/мл. Видеоколоноскопия – толстая кишка осмотрена на всем протяжении, анастомоз свободно проходим, слизистая оболочка без изменений. КТ груди и живота: в легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется, данных за увеличение внутригрудных ЛУ не получено; в печени без очаговых изменений, гиперплазии внутрибрюшных и забрюшинных ЛУ, асцита нет.

Клиническое наблюдение 2

Пациент Б., 52 года, обратился в феврале 2012 г. с аналогичными жалобами. Из анамнеза установлено, что в феврале 2009 г. перенес аппендэктомию по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита. Заживление послеоперационной раны вторичным натяжением с образованием вентральной грыжи. В октябре 2009 г. выполнено устранение грыжи с пластикой дефекта апоневроза сетчатым эндопротезом. Спустя 10 мес после операции (август 2010 г.) отмечено появление свищевого отверстия со зловонным отделяемым в правой подвздошной области (патоморфологическое исследование биоптата из свищевого отверстия – аденокарцинома). В октябре 2010 г. больной повторно госпитализирован в одну из клиник Северо-Западного региона, где выполнено иссечение свища, удаление сетчатого эндопротеза, резекция илеоцекального угла с илеоасцендостомией, а после получения результатов патоморфологического исследования операционного материала (аденокарцинома слепой кишки) – правосторонняя гемиколэктомия. В послеоперационном периоде получил 5 циклов адьювантной монохимиотерапии 5-фторурацилом. В июне 2011 г. произведено иссечение инфильтрата в области послеоперационного рубца (патоморфологическое исследование – метастаз аденокарциномы). Проведено 3 цикла химиотерапии по схеме XELOX. При контрольной КТ органов брюшной полости от 29.09.2011 – образование в правой подвздошной области размерами 7 × 4 см (без динамики в сравнении с КТ до начала химиотерапии). В специализированном лечении по месту жительства отказано, рекомендована симптоматическая терапия, перевязки с водорастворимыми мазями.

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. На коже правой подвздошной области крупная двухфокусная распадающаяся опухоль, исходящая из брюшной полости (рис. 8).

При видеокOLONоскопии на уровне средней трети сигмовидной кишки просвет сужен за счет сдавления извне. В 30 и 50 см от ануса определяются блюдцеобразные опухоли до 3 см в диаметре. По данным КТ органов брюшной полости, в подвздошной области справа определяется экзофитная опухоль, прорастающая все слои брюшной стенки с вовлечением в опухолевый конгломерат петель тонкой и толстой кишок. Отдаленных метастазов не выявлено (рис. 9). Патоморфологическое исследование биоптата опухоли — высокодифференцированная аденокарцинома. РЭА 45,1 нг/мл.

После предоперационной подготовки выполнена комбинированная симультанная резекция подвздошной и поперечной ободочной кишок с илеотрансверзоанастомозом, резекция двух петель тонкой и сигмовидной кишки, паранефральной клетчатки справа, передней брюшной стенки с пластикой дефекта передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом и перемещенным кожно-жировым лоскутом (рис. 10–14).

Патоморфологическое исследование операционного материала — рецидив умеренно дифференцированной аденокарциномы толстой кишки, прорастающей в пере-



Рис. 8. Внешний вид опухоли пациента Б.

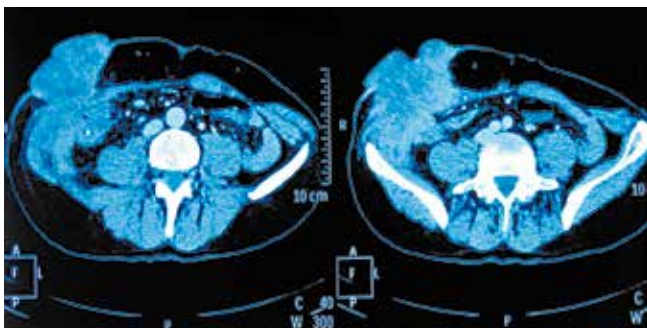


Рис. 9. КТ живота пациента Б. до начала лечения



Рис. 10. Вид органокомплекса после мобилизации опухолевого инфильтрата, пересечения петель тонкой, сигмовидной и поперечной ободочной кишок



Рис. 11. Резекция передней брюшной стенки



Рис. 12. Вид операционного поля после удаления макропрепарата

дную брюшную стенку; метастаз умеренно дифференцированной аденокарциномы в сигмовидной кишке.

Течение послеоперационного периода гладкое. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Выписан из стационара на 14-е сутки после операции.

Осмотрен через 9 мес после операции. Состояние удовлетворительное. Функциональный статус по шкале

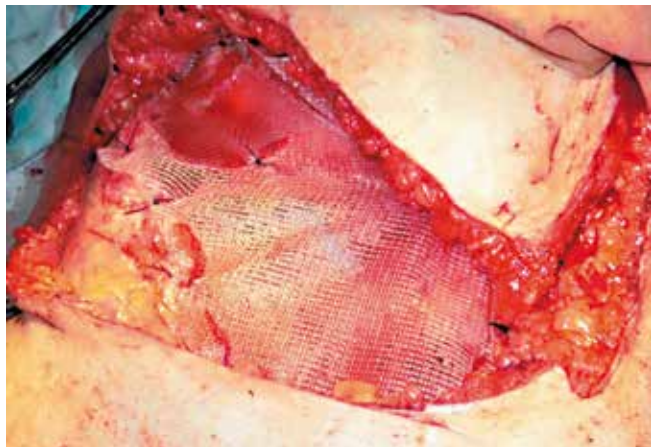


Рис. 13. Формирование перемещенного кожного лоскута, пластика дефекта апоневроза проленовым эндопротезом по типу "in lay"



Рис. 15. Макропрепарат – опухолевый конгломерат, состоящий из ободочной, сигмовидной и тонкой кишок, паранефральной клетчатки и передней брюшной стенки



Рис. 14. Внешний вид операционного поля после ушивания лапаротомной раны



Рис. 16. Пациент Б. через 9 мес после операции

ЕСОG 1-й степени (способен выполнять легкую и сидячую работу). Индекс массы тела 23,8 кг/м² (рис. 16). В анализах крови – гемоглобин 133 г/л, общий белок 63,2 г/л. РЭА – 1,7 нг/мл. При КТ органов грудной и брюшной полости – в легких и средостении очаговых и инфильтративных изменений не определяется, в печени без очаговых изменений, гиперплазии внутрибрюшных и забрюшинных ЛУ, асцита нет.

Заключение

Таким образом, цель настоящего сообщения состоит в демонстрации на примере 2 пациентов, признанных инкурабельными по месту жительства, возможностей успешного лечения больных местно-распространенным раком толстой кишки с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами в условиях специализированного стационара.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Cancer Fact Sheet. Colorectal Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 [Electronic resource] / GLOBOCAN (IARC). Lyon, 2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/colorectal.asp>. Date of access: 03.03.2013.
2. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Под ред. проф. Ю.А. Щербука. СПб., 2011. 408 с.
3. Gebhardt C., Meyer W., Ruckriegel S., Meier U. Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma. *Langenbecks Arch Surg* 1999;2(384):194–9.
4. Park S., Lee Y.S. Analysis of the prognostic effectiveness of a multivisceral resection for locally advanced colorectal cancer. *J Korean Soc Coloproctol* 2011;1(27):21–6.
5. Staniunas R.J., Schoetz D.J. Jr. Extended resection for carcinoma of colon and rectum. *Surg Clin North Am* 1993;1(73):117–29.
6. Lehnert T., Methner M., Pollok A. et al. Multivisceral resection for locally advanced primary colon and rectal cancer: an analysis of prognostic factors in 201 patients. *Ann of Surg* 2002;235(2):217–25.
7. Nelson H., Petrelli N., Carlin A. et al. Guidelines 2000 for colon and rectal surgery. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:583–96.
8. Otchy D., Hyman N.H., Simmang C. et al. Practice parameters for colon cancer. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1269–84.
9. Tjandra J.J., Kikenny J.W., Buie W.D. et al. Practice parameters for the management of rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2005;48:411–23.
10. Hoffmann M., Phillips C., Oevermann E. et al. Multivisceral and standard resections in colorectal cancer. *Langenbecks Arch Surg* 2012;397(1):75–84.
11. Croner R.S., Merkel S., Papadopoulos T. et al. Multivisceral resection for colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 2009;52(8):1381–6.
12. Eisenberg S.B., Kraybill W.G., Lopez M.J. Long-term results of surgical resection of locally advanced colorectal carcinoma. *Surgery* 1990;108(4):779–85.
13. Nakafusa Y., Tanaka T., Tanaka M. et al. Comparison of multivisceral resection and standard operation for locally advanced colorectal cancer: analysis of prognostic factors for short-term and long-term outcome. *Dis Colon Rectum* 2004;47(12):2055–63.