

О.И. Кит, Е.Н. Колесников, А.Ю. Максимов, А.В. Снежко, М.А. Аверкин

Описание случая метакронного рака шейного отдела пищевода после экстирпации пищевода с предгрудинной эзофагопластикой правой половиной толстой кишки

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов на Дону

Повторное развитие метакронной опухоли в пищеводе, резецированном по поводу рака отмечается обычно в поздние сроки. Период времени между пластикой пищевода и появлением опухоли может достигать нескольких десятков лет. Оптимальным в отношении больных раком собственного пищевода после эзофагопластики является раннее и радикальное хирургическое лечение, с индивидуальным подходом к выбору хирургической тактики для достижения максимально возможно высокого уровня жизни.

Ключевые слова: метакронный рак пищевода, хирургическое лечение

Первично-множественными злокачественными новообразованиями принято считать опухоли 2-х и более локализаций, развившиеся в одном организме. Повторное развитие метакронной опухоли в пищеводе, резецированном по поводу рака, отмечается редко. При этом факторами риска развития злокачественной опухоли являются рубцовые изменения пищевода, а также хронический эзофагит, в том числе и рефлюксного генеза. Необходимо отметить, что возникновение злокачественных опухолей в собственном и искусственном пищеводе после эзофагопластики отмечается обычно в поздние сроки и период времени между пластикой пищевода и появлением опухоли может достигать нескольких десятков лет (1,3,4). В Ростовском научно-исследовательском институте за 30 лет выполнено более 650 операций по поводу эзофагеального рака. При этом метакронный рак в шейном отделе пищевода после его резекции отмечен только в одном случае. В отношении данного больного для достижения максимально возможного высокого уровня жизни было выбрано оптимальное решение — раннее и радикальное хирургическое лечение.

Введение

Первично-множественными злокачественными новообразованиями принято считать опу-

холи 2-х и более локализаций, развившиеся в одном организме. С учетом последовательности обнаружения выделяют синхронные первично множественные опухоли (обнаруженные одновременно или практически одновременно) и метакронные (диагностированные с интервалом 6 и более мес.). Нередко отмечаются также метакронно-синхронные и синхронно-метакронные опухоли в различных сочетаниях [2]. Повторное развитие метакронной опухоли в пищеводе, резецированном по поводу рака, отмечается редко. Так, Б.И. Мирошников [3] сообщает о единственном случае на более чем 500 радикальных операций за 20 лет. Единичное наблюдение аналогичной опухоли за более чем 40-летний период работы представили Черноусов А.Ф. и соавт. [4]. По мнению этих авторов, рак собственного патологически изменённого пищевода, развивающийся у пациентов в отдалённом периоде после заместительной или шунтирующей эзофагопластики, правомочно рассматривать в рамках болезни искусственного пищевода. При этом факторами риска развития злокачественной опухоли являются рубцовые изменения пищевода, а также хронический эзофагит, в том числе и рефлюксного генеза. Необходимо отметить, что возникновение злокачественных опухолей в собственном и искусственном пищеводе после эзофагопластики отмечается обычно в поздние сроки и период времени между пластикой пищевода и появлением опухоли может достигать нескольких десятков лет [1, 3, 4]. Оптимальным в отношении больных раком собственного пищевода после эзофагопластики является раннее и радикальное хирургическое лечение, при этом относительно быстрое прогрессирование опухоли часто ограничивает возможности для одномоментного восстановления перорального питания и вынуждает к формированию различных стом. Технические аспекты операции при этом определяются сугубо индивидуально и зависят, в основном, от локализации поражения и степени распространения опухолевой инвазии. В Ростовском научно-исследовательском институте за 30 лет выполнено более 650 операций по поводу

эзофагеального рака. При этом метакронный рак в шейном отделе пищевода после его резекции отмечен только в одном случае. Также мы наблюдали пациента, у которого раковая опухоль возникла в толстокишечном трансплантате [1]. Приводим клиническое наблюдение.

Материал и методы

Больной Е. 78 лет самостоятельно обратился в РНИОИ в 06.2017 года с жалобами на резко выраженную дисфагию, похудание, потерю веса до 10 кг, наличие опухолевидного образования в левой ключично-надключичной области. Ранее в 2002 году (15 лет назад) по поводу плоскоклеточного рака средне-грудного отдела пищевода II стадии ($T_3N_0M_0$), в нашем лечебном учреждении выполнена экстирпация пищевода (операция Добромыслова — Торека) с последующей предгрудинной пластикой правой половиной толстой кишки с илеоцекальным сегментом и формированием эзофагоэнтероанастомоза на шее. Диспансерное наблюдение проводилось в течение 5 лет, данных за прогрессирование онкологического процесса выявлено не было. В дальнейшем в медицинские учреждения не обращался. Наличие опухолевидного образования и затруднения при приеме пищи отметил с 04.2017, опухоль быстро увеличивалась в размерах, дисфагия прогрессировала, начал худеть. Необходимо отметить, что в 1974 году пациенту была выполнена гастрэктомия по поводу тотального полипоза желудка.

При осмотре определялась плотная бугристая, умеренно смещаемая опухоль в медиальном отделе ключично-надключичной области слева, в проекции ранее наложенного эзофагоэнтероанастомоза на шее, размерами 6,0x5,0x4,5 см, плотно прилегающая к левой доле щитовидной железы (рис. 1).

При обследовании получены следующие данные: Фиброэзофагоскопия от 08.06.2017 — устье пищевода находится на расстоянии 19 см от резцов, пищеводно-кишечный анастомоз расположен на 22 см от резцов, резко сужен, вследствие опухолевой инфильтрации. Выполнена биопсия. Дано заключение — рак области пищеводно-кишечного анастомоза. При гистологическом исследовании выявлен G1 плоскоклеточный рак.



Рис. 1. Внешний вид пациента

После выполнения спиральной рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки и шеи с болюсным контрастированием от 16.06.2017, дано заключение: состояние после предгрудинной толсто-тонкокишечной пластики пищевода, в области анастомоза определяется образование 51x54x43мм, суживающее просвет, заднемедиальным контуром образование тесно прилежит и не отделяется от левой доли щитовидной железы, которая деформирована образованием. Магистральные сосуды шей интактны. Увеличения внутригрудных лимфатических узлов нет (рис. 2).

Для уточнения местной распространённости опухоли и определения её возможной связи с левой долей щитовидной железы выполнены магнитно-резонансная томография шеи и диагностическая ангиография, которые также выявили опухоль в области пищеводно-кишечного анастомоза без связи со щитовидной железой (рис.3).

На основании полученных данных, и, прежде всего, результатов гистологического исследования, был поставлен диагноз — первично-множественный метакронный рак шейного отдела собственного пищевода. Было принято решение о хирургическом лечении. Операция в объёме резекции шейного отдела пищевода, пище-



Рис. 2. Спиральная рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки и шеи с болюсным контрастированием и объёмной реконструкцией

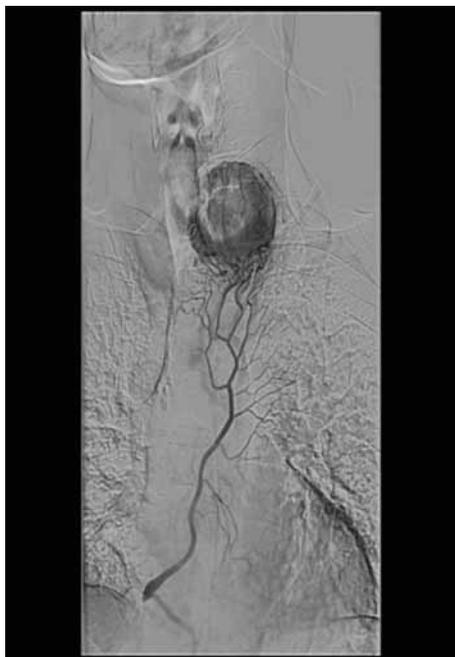


Рис. 3. Диагностическая Ангиография. Артерия, кровоснабжающая кишечный трансплантат пищевода без гемодинамических нарушений. В проекции пищеводно-кишечного анастомоза визуализируется патологическая васкуляризация (преимущественно в кишечном трансплантате, диаметром до 6 см). Анастомозов к данному очагу не выявлено. Анастомозирования с сосудами щитовидной железы не выявлено

водно-тонкокишечного анастомоза и тонкокишечного трансплантата выполнена 4.07.2017 (член-корр. РАМН проф. О.И. Кит). Под эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине с запрокинутой головой, рассечены кожа и подкожная жировая клетчатка над кишечным трансплантатом и эзофагоэнтероанастомозом, разрез продлён на передне-боковую поверхность шеи. Выделена правая половина ободочной кишки с илеоцекальным сегментом, шейный отдел пищевода и пищеводно-кишечный анастомоз, в котором определяется опухоль, обтурирующая его просвет, прорастающая серозную оболочку, размерами 5,4x5,0x4,5 см. После выполнения мобилизации пищевода и трансплантата выявлено, что интактный участок шейного отдела пищевода, а также длина кишечной трубки имеют достаточную длину для выполнения радикальной резекции и последующего формирования нового пищеводно-кишечного соустья (рис. 4).

Пищевод и подвздошная кишка пересечены на расстоянии 2 см от анастомоза, резецированы вместе с пищеводно-тонкокишечным анастомозом (рис. 5).

Сформирован пищеводно-тонкокишечный анастомоз «конец в конец» 2-х рядным узловым швом (рис. 6). Рана зашита наглухо. Установлены резиновые выпускники через отдельные контрапертуры.

При гистологическом исследовании удалённого препарата получено заключение: G2 плоскоклеточный рак, на отдельных участках с тенденцией к орогованию, инвазия всех слоев стенки анастомоза, лейкоцитарная инфильтрация, в стенке пищевода рак вышеописанного строения. Линии резекции имеет обычное строение.

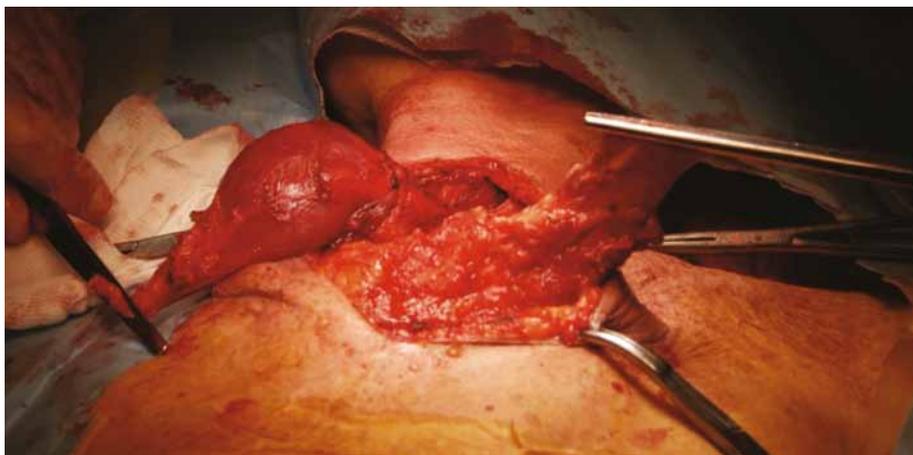


Рис. 4. Выделенные шейный отдел пищевода, пищеводно-кишечный анастомоз с опухолью, анастомоз, илеоцекальный сегмент кишки

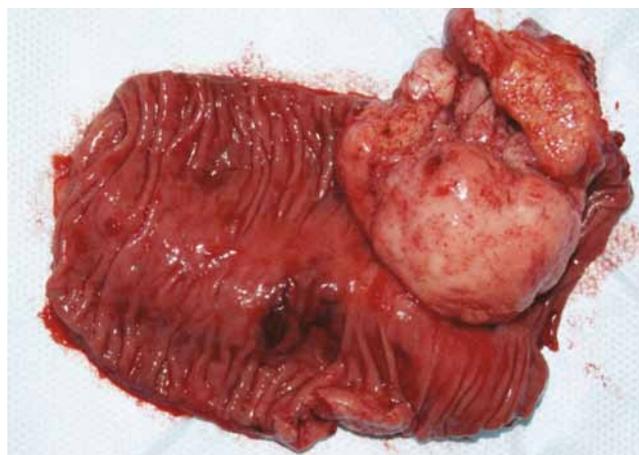


Рис. 5. Резецированные пищевод, зона пищеводно-кишечного анастомоза и участок тонкой кишки со стороны слизистой оболочки

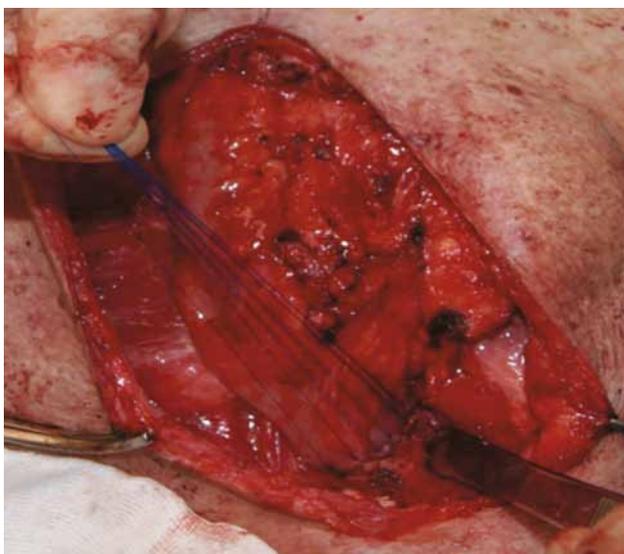


Рис. 6. Пищеводно-тонкокишечный анастомоз «конец в конец»

Послеоперационный период протекал без осложнений. С 3 суток разрешено пить, с 5 начал получать смеси для нутритивной поддержки. На 8 сутки разрешено принимать полужидкую пищу. На 10 сутки удалены резиновые выпускники. По данным рентгенологического исследования от 17.07.2017 экстраорганных затёков контраста нет, анастомоз проходим, данных за несостоятельность соустья нет. Выписан через 15 суток после операции в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 мес., жалоб нет, дисфагии не отмечает.

Выводы

По нашему мнению, представленное наблюдение является редким, свидетельствует о возможном развитии в отдаленные сроки после операции новой метакронной раковой опухоли в оставшейся части пищевода и о необходимости индивидуального подхода к выбору хирургической тактики (в том числе и интраоперационному) для достижения максимально возможно высокого уровня жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касаткин В.Ф., Кит О.И., Фоменко Ю.А. Рак искусственного пищевода спустя 50 лет после предгрудинной пластики // Вестник хирургии им.И.И.Грекова. — 2012. — Т. 171. — № 3. — С. 82-83.
2. Кит О.И., Колесников Е.Н., Владимирова Л.Ю. и др. Случай успешного хирургического лечения синхронно-метакронного рака поджелудочной железы у пациента с тремя локализациями злокачественной полинеоплазии // РМЖ. — 2015. — Т. 23. — № 13. — С. 796-797.
3. Мирошников Б.И. Метакронный рак шейного отрезка пищевода через 20 лет после резекции его грудного отдела и антеторакальной толстокишечной, а затем сегментарной тонкокишечной пластики // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2007. — Т. 166. — № 2. — С. 91-92.
4. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А., Балалыкин Д.А. Болезни искусственного пищевода. — М., Издательский дом Видар-М, 2008. — 673 с.

Поступила в редакцию 15.01.2018 г.

*O.I. Kit, E.N. Kolesnikov, A.Yu. Maksimov,
A.V. Snezhko, M.A. Averkin*

Description of the case of metachronous cancer of the cervical esophagus after extirpation of the esophagus with pre-sternum esophagoplasty by the right half of the colon

Rostov Research Institute of Oncology
Rostov-on-Don

Repeated development of a metachronous tumor in the esophagus resected because of cancer is usually observed in later periods. The period of time between the plasticity of the esophagus and the appearance of tumor can reach several tens of years. Optimal for patients with cancer of their own esophagus after esophagoplasty is early and radical surgical treatment with an individual approach to choosing surgical tactics to achieve the possible high quality of life.

Keywords: metachronous esophagus cancer, surgical treatment