

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РАННЕГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

WAYS TO IMPROVE AND MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EARLY COLON CANCER: CLINICAL CASE

V. Gaulika
A. Parsadanyan
E. Kuznetsov

Summary. This article presents a clinical experience in the treatment of «early» colorectal cancer (=T1N0M0). A tumor was diagnosed on a broad base, 13 centimeters from the dentate line, within the muscular layer of the colon wall. To clarify the nature of the lesion, endorectal ultrasound was used to determine the depth of tumor invasion (according to Kudo classification) and to predict a high cytoreductive result of transanal endoscopic surgery. A single-port transanal endoscopic access was used, from which the entire affected colon wall was resected with partial removal of pararectal tissue. The early postoperative period proceeded without complications. At the follow-up period of about 12 months there were no signs of tumor recurrence.

Keywords: «early» colorectal cancer, oncology, manipulation, surgery, endovideosurgery, visualization.

Гаулика Владислав Олегович

врач-онколог,

Сургутская окружная клиническая больница

vlad.gaulika@list.ru

Парсаданян Арат Микичевич

доктор медицинских наук, профессор,

Ханты-Мансийская государственная

медицинская академия

Кузнецов Евгений Викторович

кандидат медицинских наук, доцент, преподаватель,

Ханты-Мансийская государственная

медицинская академия

Аннотация. В данной статье представлен клинический опыт лечения «раннего» рака толстой кишки (=T1N0M0). Диагностирована опухоль на широком основании, в 13 сантиметрах от зубчатой линии, в пределах мышечного слоя стенки толстой кишки. Для уточнения характера поражения использовано эндоректальное ультразвуковое исследование, позволяющее определить глубину инвазии опухоли (по классификации Kudo) и спрогнозировать высокий циторедуктивный результат трансанальной эндоскопической операции применен однопортовый трансанальный эндоскопический доступ, из которого выполнена резекция всей пораженной стенки толстой кишки с частичным удалением параректальной клетчатки. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. При сроке наблюдения около 12 месяцев не было признаков рецидива опухоли.

Ключевые слова: «ранний» рак толстой кишки, онкология, манипуляции, операция, эндовидеохирургия, визуализация.

Введение

В настоящее время до сих пор велика доля выявления рака толстой кишки на достаточно поздних стадиях. Скрининговые мероприятия, направленные на раннее выявление онкопроцесса, до сих пор не вошли в рутинную практику в системе здравоохранения нашей страны, а также других стран.

Однако, работы по выявлению так называемого раннего рака прямой кишки (принято считать, что ранний рак толстой кишки — это рак в клинической стадии cT1T0M0) достаточно активно ведутся. В данном вопросе научное сообщество сталкивается с рядом дискуссионных проблем. В виду того, что раннее выявление онкопроцесса является предиктором лучшей безрецидивной и общей выживаемости, объем диагностики и лечения не обладает столь высоким радикализмом, как при развёрнутом процессе.

Гемиколэктомия, операции по типу Гартмана, широкая лимфодиссекция вплоть до почти полной скелетизации абдоминального отдела аорты, пункция сторожевых лимфоузлов — все эти манипуляции направлены на максимально полное удаление «плюс-ткани» [1].

Очевидно, что на ранних стадиях онкопроцесса объем хирургической инвазии меньше. Часто прибегают к эндовидеохирургии — методу лечения, который выполняется сразу после эндоскопической визуализации. С учетом того, что когорта пациентов с ранним раком толстой кишки невелика (крайне мало пациентов обращаются в стадии малигнизации доброкачественных полипов, и ранних формах рака прямой кишки) нет систематизированных непосредственных и отдаленных вмешательств, четких критериев расширения объема операции и уточнения диагноза [2].

Основными принципами лечения рака толстой кишки являются: (1) органосохраняющее вмешательство,

(2) сохранение функции органа, (3) достаточный радикализм. Очень часто интраоперационно довольно трудно найти идеальную пропорцию между радикализмом и сохранением органа, а это критически важно с точки зрения прогноза.

Отсюда актуальность данной работы — представление редкого клинического опыта ведения подобных пациентов может способствовать актуализации вышеописанных проблем в научном сообществе, способствует продуктивной дискуссии и формированию практических рекомендаций с позиции доказательности.

Рассмотрим клинический случай эндовидеохирургической трансанальной резекции «раннего рака толстой кишки». Представлен новый подход к лечению опухоли T1N0M0, соответствующий высоким мировым стандартам по соотношению степени хирургической инвазивности и объему циторедукции.

В нашем отделении был внедрен такой инструментальный метод как эндоректальное ультразвуковое исследование, который был достаточно информативным для принятия решения относительно трансанального, а не трансабдоминального вмешательства у пациента с раком толстой кишки в «ранней» стадии T1N0M0.

В качестве хирургического метода использовали трансанальный однопортовый эндохирургический инструментарий.

Пациент 55 лет обратился с подозрением на объемное образование. По данным эндоскопического исследования с биопсией — новообразование опухоль на широком основании, на передней стенке прямой кишки примерно в 10 см от зубчатой линии. По данным биопсии — высокой степени дифференцировки (G1) папиллярная аденокарцинома (T1).

Дальнейшая диагностика проходила по принципу TNM. Определялось поражение регионарных лимфоузлов, проводился поиск отдаленных метастазов. В результате был поставлен диагноз: аденокарцинома прямой кишки, высокой степени дифференцировки, T1N0M0. При эндоректальном УЗИ новообразование было отнесено к степени sm3 по Kudo (Рис. 1).

Принято решение о проведении эндовидеохирургической трансанальной резекции опухоли.

На первом этапе визуализирована опухоль, проведена разметка — обозначена граница резекции в пределах неизменных тканей с отступом около 1 сантиметра от края новообразования (Рис. 2).

Далее выполнялась резекция монополярным электрокоагулятором. Проводилась резекция всей стенки кишки также удаляли часть параректума (Рис. 3).

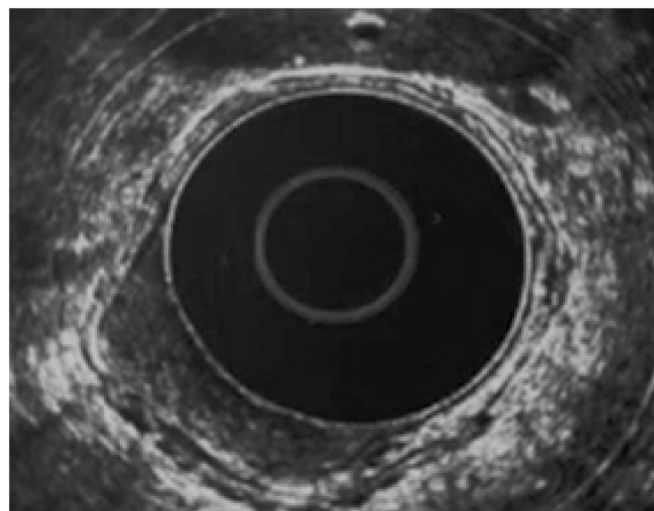


Рис. 1. Эндоректальное УЗИ. Степень инвазии sm3 — инфильтрация подслизистой толстой кишки до мышечного слоя

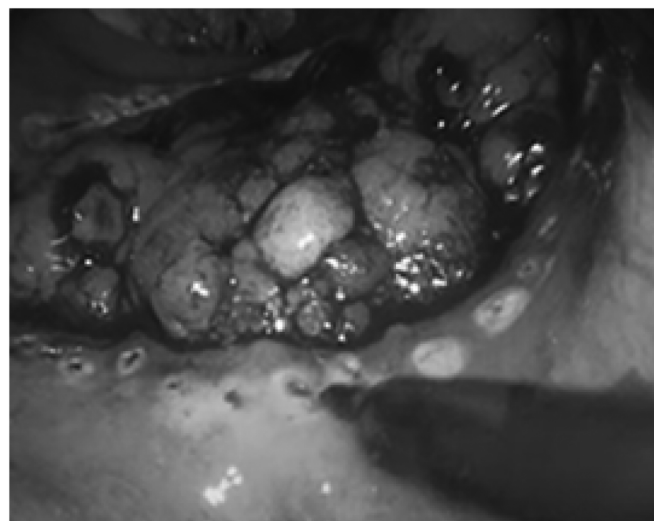


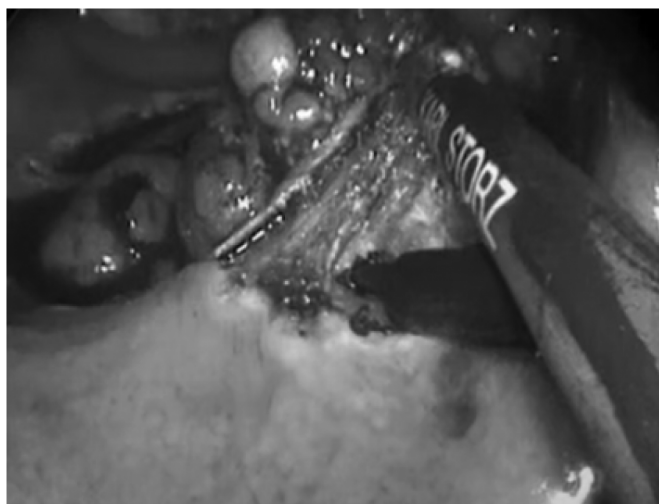
Рис. 2. Визуализация опухоли, начало разметки

Рана стенки кишки ушивалась узловыми швами в косом направлении для профилактики стенозирования поперечника кишки (Рис. 4).

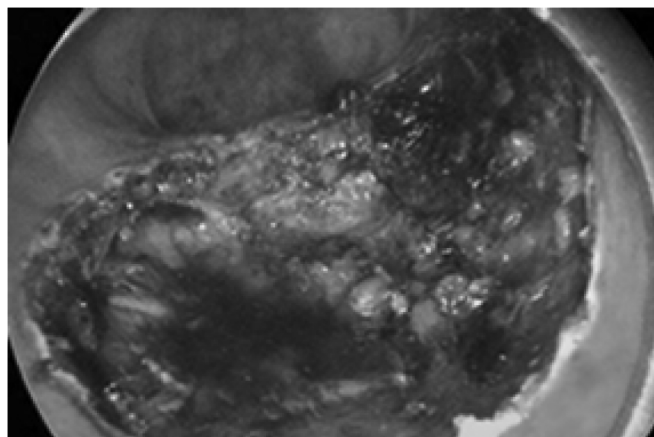
Ранний послеоперационный период проходил без осложнений, не было признаков проникновения в свободную брюшную полость, перитонеальные знаки отсутствовали. Пациент был выписан на 13 сутки послеоперационного периода.

Гистологический диагноз совпал с данными предшествующей биопсии, неoadъювантная терапия не проводилась, в настоящее время имеются среднетотдаленные послеоперационные результаты — через 12 месяцев после операции нет признаков рецидива рака прямой кишки.

Время операции — 50 минут, кровопотеря — до 100 мл.



а



б

Рис. 3. Резекция опухоли (а — начало резекции в размеченной области, б — окончание резекции всей стенки и части параректума). Признаков проникновения в брюшную полость нет



Рис. 4. Ушивание стенки толстой кишки после резекции

Ниже представляем некоторые статистические показатели доброкачественных опухолей прямой кишки. Частота встречаемости полипов толстой кишки находится на уровне 12–16 %, хотя ряд авторов считают, что данная цифра занижена. С возрастом частота встречаемости полипов возрастает — если до 50 лет она около 10 %, то с 50 до 60 — на уровне 40–60 %.

Малигнизирует чаще всего ворсинчатая аденома (примерно в 90 % случаев, чуть реже — ворсинчато — тубулярная (примерно 25 %), тубулярные аденомы малигнизируют редко (около 5–10 %).

При этом, уделенные аденомы имеют признаки малигнизации в 10 % случаев. Опухоли ворсинчатой морфологии — в 30 %. Ворсинчатые опухоли рецидивируют примерно в 40–50 % случаев.

Основываясь на данных фактах, можно сделать вывод, что увеличение эффективности курации данных доброкачественных патологий может привести к снижению распространенности злокачественных новообразований.

Современные технологии дают большие возможности для вмешательств из трансанального доступа. Данный доступ вызывает достаточно большой хирургический интерес с точки зрения и диагностики, и лечебных мероприятий.

Первые упоминания о трансанальном доступе встречаются в работах J. Lisfranc от 1830 года, в которых впервые описана трансанальная резекция толстой кишки с последующим низведением.

Больше, чем через 100 лет A.Parks использовал данный доступ для циркулярного иссечения слизистой анального канала.

Сейчас есть 3 метода лечения рака толстой кишки — электрическая электроэксцизия через колоноскоп, трансанальное удаление опухолей, трансабдоминальные вмешательства. Среди данных методов выделяется электрическая электроэксцизия через колоноскоп — данный метод является результатом диагностики новообразований толстой кишки. Его применение ассоциируется с хорошими послеоперационными функциональными результатами, реабилитация после данного вмешательства почти не требуется, в связи с чем его можно применять или амбулаторно, или в режиме «хирургии одного дня», данный метод является исчерпывающим в хирургии небольших новообразований — до 3 сантиметров.

В настоящее время возможности трансанального эндоскопического доступа расширяются, в связи с чем

можно достаточно успешно применять его при лечении начальных форм рака толстой кишки, при малигнизации аденомы, для удаления ворсинчатых опухолей и аденом с признаками малигнизации, растущих на широком основании.

Исследования последних лет показали, что трансанальное эндоскопическое вмешательство по своим возможностям конкурирует с такими операциями как трансанальное открытое удаление и трансабдоминальная резекция с широкой лимфодиссекцией. Так трансанальное удаление рака прямой кишки дает в среднем 24 % рецидивов, трансабдоминальное вмешательство — примерно 5 % рецидивов. Трансанальная эндоскопическая резекция дает от 1,5 % до 16 % рецидивов рака толстой кишки. Отсюда можно заключить, что трансанальное эндоскопическое вмешательство расширяет возможности радикальной резекции опухоли по сравнению с классическим трансанальным доступом, однако, проигрывает по уровню циторедукции и свободе от рецидивов трансабдоминальному вмешательству [1].

Действительно, трансабдоминальное вмешательство до сих пор является золотым стандартом первичной циторедукции и характеризуется наиболее точным интраоперационным стадированием опухоли и в целом наиболее подходящим онкохирургическим вмешательством. Ряд авторов придерживается именно классических принципов хирургической циторедукции с целью максимального контроля над местным онкопроцессом, иногда, в ущерб функциональному результату и качеству жизни [2].

Однако, последние данные показали, что при лечении рака толстой кишки в стадии cT1N0M0 трансабдоминальное вмешательство дает результаты, которые не отличаются от трансанальной эндоскопической хирургии при условии, если нет расхождений в диагнозе или трансанальное эндоскопическое вмешательство дополнено неоадьювантной терапией. Данная новость, на наш взгляд, является позитивной, так как позволяет добиваться отличного прогноза безрецидивной и общей выживаемости пациентов с ранним раком толстой кишки, избегая тяжелых полостных операций.

Однако, в данном вопросе результаты трансанального эндоскопического доступа, очевидно, зависят от строжайшего отбора пациентов по стадии TNM.

Так глубина инвазии опухоли в стенку кишки не должна быть в пределах мышечного слоя, также не должно быть признаков поражения параректальных лимфоузлов. Опухоль должна иметь высокую степень дифференцировки, размеры опухоли не должны превышать 3 сантиметра, а ее локализация — не более 13–15 сантиметров от зубчатой линии, другим важным критерием

успешного лечения является экзофитный рост. Вот основные критерии отбора пациентов для трансанальной резекции рака толстой кишки, стоит отметить, что часть из них зависит от характера опухолевого процесса, в частности, инвазия, тип роста, степень дифференцировки. Остальные критерии являются довольно гибкими и в основном зависят от мануальных навыков и технического совершенства аппаратуры [3].

Исследование рака с целью уточнения диагноза должно проводиться в объеме ректороманоскопии, фиброколоноскопии с биопсией, эндоректальное ультразвуковое исследование, МРТ малого таза с целью определения состояния регионарных лимфоузлов.

Среди вышеперечисленных методов особое место занимает эндоректальное ультразвуковое исследование. Данное исследование, по некоторым данным, обладает высокой точностью в определении степени инвазии в стенку прямой кишки. Чаще всего степень инвазии классифицируется по Kudo (1993), потому что данная классификация имеет высокую корреляцию с частотой поражения параректальных узлов, таким образом, использование данной классификации позволяет выбирать наиболее рациональное вмешательство с хорошим балансом инвазии/радикальности. Так Sm1-Sm2 степени инвазии рака характеризуются поражением лимфоузлов в 1–3 и 8 % случаев соответственно, что допускает возможность проведения эндовидеохирургии из трансанального доступа [4].

Обоснованное применение эндовидеохирургической трансанальной резекции позволяет добиться следующих позитивных результатов — сокращение сроков реабилитации, снижение болевого синдрома, относительно высокая свобода от послеоперационных осложнений, отсутствие необходимости в формировании колостомы, меньшая кровопотеря и сокращение времени операции. В целом, данная процедура является малоинвазивной [5].

Ограничением данного вмешательства являются мануальные навыки оператора, неполная циторедукция, особенности работы через однопортовый доступ [6].

Таким образом, при лечении рака толстой кишки крайне важно достаточно точно стадировать процесс по принципу TNM. Определение распространенности онкопроцесса является ключевым в достижении высокой свободы от рецидивов при применении миниинвазивных оперативных методик. Применение трансанального эндовидеохирургического доступа является более эффективным, чем стандартные трансанальные вмешательства и по своей эффективности сопоставимо с абдоминальными операциями при условии, что опухоль соответствует критериям раннего новообразования.

Применение эндоректального УЗИ достаточно информативно при планировании эндовидеохирургического вмешательства, так как позволяет оценить глубину инвазии опухоли в стенку кишки и исключить противопоказания к применению данной миниинвазивной методики. Исходя из общей тенденции в хирургии к минимальной хирургической инвазивности, можно заключить, что эндовидеохирургическое трансанальное вмешательство является современным методом лечения ранних стадий

рака толстой кишки, обладает большим потенциалом, в том числе возможностью конверсии вмешательства в трансабдоминальное. Это дает возможности для разработки алгоритма принятия решений в соответствие с интраоперационной картиной, когда хирургическая травма дозирована и определяется исходя из конкретной морфологии поражения. В свою очередь это улучшит течение раннего послеоперационного периода, сократит время реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Xue X, Lin G. Transanal endoscopic microsurgery: exploring its indications and novel applications. A narrative review. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2022 Mar;17(1):95–103. doi: 10.5114/wiitm.2021.108811. Epub 2021 Sep 1. PMID: 35251393; PMCID: PMC8886471.
2. Berger Y, Gingold-Belfer R, Khatib M, Yassin M, Khoury W, Schmilovitz-Weiss H, Issa N. Transanal endoscopic microsurgery under spinal anaesthesia. *J Minim Access Surg*. 2021 Oct-Dec;17(4):490–494. doi: 10.4103/jmas.JMAS_144_20. PMID: 34558425; PMCID: PMC8486065.
3. Arezzo A, Gagliardi G. Transanal endoscopic microsurgery: is robotics the way to go? *Tech Coloproctol*. 2021 Nov;25(11):1179–1182. doi: 10.1007/s10151-021-02514-8. PMID: 34463878.
4. Li W, Xiang XX, Da Wang H, Cai CJ, Cao YH, Liu T. Transanal endoscopic microsurgery versus radical resection for early-stage rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2023 Feb 17;38(1):49. doi: 10.1007/s00384-023-04341-9. PMID: 36800079; PMCID: PMC9938057.
5. Serra-Aracil X, Lucas-Guerrero V, Mora-López L. Complex Procedures in Transanal Endoscopic Microsurgery: Intraperitoneal Entry, Ultra Large Rectal Tumors, High Lesions, and Resection in the Anal Canal. *Clin Colon Rectal Surg*. 2022 Feb 28;35(2):129–134. doi: 10.1055/s-0041-1742113. PMID: 35237108; PMCID: PMC8885161.
6. Ahmad NZ, Abbas MH, Abunada MH, Parvaiz A. A Meta-analysis of Transanal Endoscopic Microsurgery versus Total Mesorectal Excision in the Treatment of Rectal Cancer. *Surg J (N Y)*. 2021 Sep 14;7(3):e241–e250. doi: 10.1055/s-0041-1735587. PMID: 34541316; PMCID: PMC8440057.

© Гаулика Владислав Олегович (vlad.gaulika@list.ru); Парсаданян Арагат Микичевич; Кузнецов Евгений Викторович
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»