Толстокишечная пластика пищевода по поводу рецидива рака проксимального отдела желудка, осложненная перфорацией трансплантата

Абдуллаев А.Г., Кононец П.В., Бесова Н.С., Титова Т.А., Борисова Т.Н., Глебовская В.В., Стилиди И.С.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 115478, г. Москва, Российская Федерация

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Абдуллаев Амир Гусейнович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник хирургического отделения № 11 (торакальной онкологии) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Москва, Российская Федерация)
E-mail: amirido@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0003-0104-9087>

Ключевые слова:

рак желудка, локорегионарный рецидив, толстокишечная пластика, осложнения

Современная стратегия лечения даже локализованных форм рака желудка подразумевает комбинированное воздействие с использованием периоперационной, предоперационной или адъювантной химиотерапии в сочетании с хирургическим этапом, а это требует мультидисциплинарного подхода к обсуждению с участием химиотерапевта, радиолога и хирурга. Толстокишечная пластика позволяет сформировать анастомоз на любом уровне, однако данный вид пластики сопряжен с более высоким риском осложнений, которые определяются рядом факторов: ангиоархитектоникой и строением стенки толстой кишки, уровнем формирования проксимального толстокишечного анастомоза, функциональным статусом больного.

Цель настоящей демонстрации – представить клиническое наблюдение успешного лечения больного с рецидивом рака желудка в зоне анастомоза после проведенной химиолучевой терапии и толстокишечной пластики пищевода, осложненной перфорацией трансплантата в левую плевральную полость.

Гистологическое заключение: опухоль имеет строение низкодифференцированной аденокарциномы (кишечный тип по Lauren), pT4aN0M0, стадия IIB. В 2016 г. выявлен рецидив в зоне анастомоза.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Абдуллаев А.Г., Кононец П.В., Бесова Н.С., Титова Т.А., Борисова Т.Н., Глебовская В.В., Стилиди И.С. Толстокишечная пластика пищевода по поводу рецидива рака проксимального отдела желудка, осложненная перфорацией трансплантата // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. 2021. Т. 9, № 1. С. 89–93. DOI: <https://doi.org/10.33029/2308-1198-2021-9-1-89-93>

Статья поступила в редакцию 18.12.2020. **Принята в печать** 29.01.2021.

Colon-patch oesophagoplasty with complication of transplant perforation in patient with local recurrent gastric cancer

Abdullaev A.G., Kononets P.V., Besova N.S., Titova T.A., Borisova T.N., Glebovskaya V.V., Stilidi I.S.

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation, 115478, Moscow, Russian Federation

The current strategy for the treatment of even localized forms of gastric cancer implies a combined effect using perioperative, preoperative, or adjuvant chemotherapy in combination with a surgical

CORRESPONDENCE

Amir G. Abdullaev – MD, Leading
Researcher of Surgical Department
11 (Thoracic Oncology),
N.N. Blokhin NMRCO (Moscow,
Russian Federation)
E-mail: amirido@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0003-0104-9087>

Keywords:

gastric cancer, local
recurrent gastric
cancer, colon-patch
oesophagoplasty,
complication

stage, which requires a multidisciplinary approach to discussion involving a chemotherapist, radiologist, and surgeon. The use of large bowel plasty makes it possible to form an anastomosis at any level, however, this type of plasty is associated with a higher risk of complications, which are determined by a number of factors: angioarchitectonics and structure of the colon wall, the level of formation of the proximal colonic anastomosis, and the patient's functional status.

The aim of this demonstration: to present a clinical observation of the successful treatment of a patient with recurrent gastric cancer in the anastomotic zone after chemoradiation therapy and colonic esophageal plasty complicated by graft perforation into the left pleural cavity.

The histological conclusion: the tumor has the structure of a poorly differentiated adenocarcinoma (intestinal type according to Lauren), pT4aNOMO, stage IIB. In 2016 a relapse in the anastomotic area was revealed.

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

For citation: Abdullaev A.G., Kononets P.V., Besova N.S., Titova T.A., Borisova T.N., Glebovskaya V.V., Stilidi I.S. Colon-patch oesophagoplasty with complication of transplant perforation in patient with local recurrence gastric cancer. Clinical and Experimental Surgery. Petrovsky Journal. 2021; 9 (1): 89–93. DOI: <https://doi.org/10.33029/2308-1198-2021-9-1-89-93> (in Russian)

Received 18.12.2020. **Accepted** 29.01.2021.

Рак желудка является распространенной опухолью: в структуре заболеваемости он составляет 5,9%, что ежегодно соответствует примерно 35 тыс. вновь установленных случаев в России. В структуре смертности от злокачественных новообразований удельный вес рака желудка составляет 9,5%, находится на 2-м месте [2]. Современная стратегия лечения даже локализованных форм рака желудка подразумевает комбинированное воздействие, когда используется периоперационная, предоперационная или адъювантная химиотерапия в сочетании с хирургическим этапом [1].

У 20–45% радикально оперированных пациентов отмечается прогрессирование болезни в виде отдаленного метастазирования или локорегионарного рецидива, при этом важное значение имеют степень дифференцировки опухоли, форма роста и стадия болезни [3].

В таких случаях используется системная химиотерапия, возможно применение локальной лучевой терапии или хирургического лечения, но это требует обсуждения на консилиуме с участием химиотерапевта, хирурга и радиолога. Необходимо взвесить все составляющие: время прогрессирования, наличие других проявлений болезни, чувствительность опухоли к химиотерапии, локализацию рецидива, возможность операции и функциональный статус пациента. Кроме того, при решении вопроса в пользу операции необходимо определить вариант пластики, поскольку после гастрэктомии или проксимальной резекции желудка с рецидивом

в зоне анастомоза и высоким переходом опухолевой инфильтрации на пищевод длины тонкокишечного трансплантата может быть недостаточно и потребуется использовать фрагмент толстой кишки.

Толстокишечная пластика пищевода с внутриплевральным анастомозом, по мнению авторов, характеризуется удовлетворительным качеством жизни, так как сегмент толстой кишки обладает резервуарной и антирефлюксной функцией [4]. В то же время осложнения, которые могут развиваться в послеоперационном периоде: ишемия и некроз перемещенного сегмента толстой кишки, а также несостоятельность анастомоза – крайне опасны в связи с развитием медиастинита и/или эмпиемы плевры, которые могут привести к гибели больного.

Толстокишечная пластика пищевода – сложное хирургическое вмешательство, которое показано небольшой группе пациентов, как правило, при невозможности пластики желудочным стеблем. Ангиоархитектоника, строение стенки толстой кишки, уровень формирования проксимального толстокишечного анастомоза, дефицит массы тела больного – все это предопределяет риск осложнений при данных вмешательствах, который может превышать 30%.

Клиническое наблюдение

Мужчина, 31 год, поступил в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина в июне 2019 г. по поводу рецидива основного заболевания. Считает себя больным с 2015 г., когда впервые стал отмечать дис-

комфорт в эпигастриальной области во время еды, дисфагию, снижение массы тела на 30 кг в течение 6 мес. При обследовании по месту жительства по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) с биопсией выявлена низкодифференцированная аденокарцинома (диффузный тип по Lauren).

В феврале 2015 г. ему выполнено оперативное вмешательство в следующем объеме: проксимальная субтотальная резекция желудка с резекцией нижнегрудного отдела пищевода, D2-лимфодиссекция.

Гистологическое заключение: опухоль с выходом на серозную оболочку имеет строение низкодифференцированной аденокарциномы (кишечный тип по Lauren), pT4aNOM0, стадия IIB.

В раннем послеоперационном периоде отмечено желудочно-кишечное кровотечение, источником которого могла быть как зона анастомоза, так и культи желудка. Кровотечение остановлено консервативно. Больной выписан с улучшением общего состояния для последующего наблюдения и динамического контроля по месту жительства.

В сентябре 2016 г. при прохождении плановой ЭФГДС выявлена зона рецидива в пищеводно-желудочном анастомозе. Выполнена биопсия, верифицирован перстневидно-клеточный рак. С октября 2016 г. по февраль 2017 г. больному проведено 9 курсов полихимиотерапии по схеме FLOT, период стабилизации составил 10 мес, после чего при контрольном исследовании по данным ЭФГДС отмечался рост рецидивной опухоли в зоне анастомоза. Принято решение о проведении реиндукции 1-й линии химиотерапии в режиме FLOT с последующей возможной лучевой терапией.

С декабря 2017 г. по апрель 2018 г. проведено 9 курсов химиотерапии с последующей дистанционной лучевой терапией на зону рецидива в области анастомоза по июль 2018 г. Разовая очаговая доза составила 2 Гр, суммарная – 44 Гр. Достигнут частичный положительный эффект в виде уменьшения опухоли.

При плановом обследовании в мае 2019 г. по данным ЭФГДС, пищевод не изменен на всем его протяжении до 35 см от резцов, где определяется проксимальная граница плоской подслизистой опухолевой инфильтрации, которая в виде тяжелой располагается по всем стенкам пищевода. Кольцо пищеводно-желудочного перехода на уровне 38 см от резцов инфильтрировано. Сужено за счет циркулярной опухоли. Его просвет деформирован и составляет около 8–9 мм в диаметре (рис. 1).

Учитывая локализованный характер прогрессирования (зона пищеводно-желудочного анастомоза), длительную стабилизацию болезни, объем проведенного лечения, консилиумом с участием химиотерапевта, радиолога и хирурга принято решение об операции.

А/А

Б/В

Рис. 1.
Рентгенологические признаки рецидива в зоне пищеводно-желудочного анастомоза

Fig. 1. Thoracic radiography showing a recurrence in the esophagogastric anastomosis

В июле 2019 г. в НМИЦ онкологии выполнена операция: надплевральная резекция оставшейся части желудка с экстирпацией зоны пищеводно-желудочного анастомоза и резекцией грудного отдела пищевода. Толстокишечная пластика пищевода поперечной ободочной кишкой из комбинированного лапаротомного и правого торакотомного доступов.

По данным гистологического исследования в области желудочно-пищеводного анастомоза слизистая оболочка уплотнена на участке 4,5×2,5 см, темно-бордового цвета, расположена в 4,5 см от края резекции пищевода с распространением на желудок. Разрастания низкодифференцированного рака с единичными перстневидными элементами (диффузный тип по Lauren), прорастанием в мышечную оболочку желудка и пищевода, без выхода на серозную оболочку. В одном лимфатическом узле вдоль малой кривизны метастаз рака.

Рис. 2.

Рентгеноконтрастное исследование анастомоза и перемещенного фрагмента толстой кишки на 7-е сутки

Fig. 2. X-ray contrast study of the anastomosis and the displaced fragment of the colon on the 7th day

A/A

B/B

Контрастирование анастомозов проведено на 7-е сутки, признаков несостоятельности не обнаружено, пациенту разрешено питание (рис. 2).

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки. Через 2 дня после выписки

из стационара его состояние ухудшилось: появились общая слабость, постоянный сухой кашель, лихорадка до 39 °С. По данным общего анализа крови – лейкоцитоз $17 \times 10^9/\text{л}$.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки: по сравнению с исследованием пищевода с контрастом отмечается подъем купола диафрагмы раздутыми петлями толстой кишки с уровнями жидкости до уровня переднего отрезка III ребра. Нижняя доля левого легкого поджата. В левой плевральной полости сохраняется небольшое количество жидкости, толщина слоя в латеропозиции до 1,7 см. По данным ультразвукового исследования в положении сидя в левой плевральной полости определяется жидкость с множественными тонкими перегородками толщиной до 3,5–4,0 см, ближе к задней подмышечной линии (рис. 3).

ЭФГДС: пищевод не изменен до уровня 27 см от резцов, где определяется проксимальная граница пищеводно-толстокишечного анастомоза. На уровне 42 см от резцов при инсуффляции воздухом по передней стенке толстокишечного трансплантата определяется перфоративное отверстие округлой формы диаметром 0,7 см. На уровне 47 см – дистальная граница трансплантата. Установлен назоинтестинальный зонд.

Больному выполнена торакоскопия с конверсией в торакотомию слева. При ревизии: в левой плевральной полости организованные спайки, жидкость с примесью фибрина (до 500 мл). Спайки рассечены, легкое мобилизовано, визуализирован толстокишечный трансплантат – признаков нарушения кровоснабжения не отмечено. При интраоперационной ЭФГДС анастомозы состоятельны и проходимы, в наддиафрагмальной зоне слева выявлен дефект стенки толстой кишки до 4 мм, края отверстия жизнеспособные. Выполнено ушивание перфорации двухрядным швом, установлен назоинтестинальный зонд, плевральная полость санирована, установлены дренажи.

Рис. 3. КТ-признаки плеврита слева после перфорации стебля (слева) и спустя год после лечения (справа)

Fig. 3. CT-signs of pleurisy on the left after stem perforation (left) and a year after treatment (right)

A/A

B/B

С целью энтерального питания установлена еюностома. В течение 2 нед проводились патогенетическая терапия, питание через еюностому, промывание левой плевральной полости растворами антисептиков с положительным эффектом. Отмечено купирование плеврита слева, начато питание естественным путем. Еюностома закрыта через 1 мес. Больной выписан с выздоровлением. При контрольном обследовании спустя 1 год после операции признаков прогрессирования болезни не отмечено.

Заключение

В данном клиническом наблюдении представлен симбиоз верной стратегии лечения, принятой

на мультидисциплинарном консилиуме с участием химиотерапевта, радиолога и хирурга, вместе с успешным лечением грозного осложнения в послеоперационном периоде – перфорации толстокишечного трансплантата в плевральную полость. Считаем, что к определяющим моментам лечения хирургических осложнений можно отнести традиционные положения: своевременное выявление, санация воспалительного очага, адекватное дренирование, поддержка функционального статуса, включая энтеральное питание.

Таким образом, комбинированное лечение локальных рецидивов рака желудка с использованием толстокишечной пластики пищевода позволяет улучшить отдаленные результаты, несмотря на риск послеоперационных осложнений.

Литература

1. Al-Batran S.-E., Homann N., Pauligk C. et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT 4): a randomized, phase 2/3 trial // *Lancet*. 2019. Vol. 393. P. 1948–1957.

2. Злокачественные новообразования в России в 2018 г. / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Пе-

тровой. Москва : МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. 250 с.

3. Бердов Б.А., Скоропад В.Ю. Влияние морфологического строения рака желудка на закономерности развития рецидивов и метастазов // *Вопросы онкологии*. 2009. № 1. С. 60–65.

4. Davydov M.I., Stilidi I.S., Bokhayn V.Y. Intraleural colon interposition in gastric cancer patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001; 20 (45): 1062–3.

References

1. Al-Batran S.-E., Homann N., Pauligk C., et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT 4): a randomized, phase 2/3 trial. *Lancet*. 2019; 393: 1948–57.

2. Malignant neoplasms in Russia in 2018. In: A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova (eds). Moscow: MNI

im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMITs radiologii» Minzdrava Rossii, 2019: 250 p. (in Russian)

3. Berdov B.A., Skoropad V. Yu. Influence of the morphological structure of gastric cancer on the patterns of development of relapses and metastases. *Voprosy onkologii* [Problems in Oncology]. 2009; (1): 60–5. (in Russian)

4. Davydov M.I., Stilidi I.S., Bokhayn V.Y. Intraleural colon interposition in gastric cancer patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001; 20 (45): 1062–3.