

Выбор рационального объема лимфодиссекции в лечении местно-распространенного рака желудка

Ю.В.Истомин, врач-онколог, к.м.н., зав. отделением абдоминальной онкологии ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер г. Екатеринбург

Choice of rational volume lymph node dissection for treatment advanced gastric cancer

J.V. Istomin

Резюме

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты применения расширенной D4 лимфодиссекции – 58 случаев, в сравнении с РЛД D2 – 69 в лечении больных местно – распространенным раком желудка. Послеоперационные осложнения развились в 13,7% и 5,7% случаев, послеоперационная летальность составила 3,4% и 1,4% соответственно. 5-летняя выживаемость составила для группы РЛД D4 – 52%, РЛД D2 – 54%, медиана выживаемости – 28 и 32 месяца. **Ключевые слова:** расширенная лимфодиссекция D2, D4, отдаленные результаты.

Resume

The direct and remote results of application extended D4 lymph-nod dissection (LND) - 58 cases, in comparison with LND D2 - 69 in treatment of patients advanced cancer of a stomach are analysed. Postoperative morbidity - 13,7% and 5,7% of cases, postoperative mortality has made 3,4% and 1,4% accordingly. The 5-years survival rate has made for group LND D4 – 52,0%, LND D2 – 54,0%, a median of survival rate - 28 and 32 months.

Key words: extended lymph – nod dissection D2, D4, the remote results.

Теоретической и практической основой применения расширенной лимфодиссекции в хирургическом лечении рака желудка стали General Rules for Gastric Cancer Study (Основные правила по изучению рака желудка), разработанные на основе исследований Японского исследовательского общества по изучению рака желудка (Japanese Research Society for Gastric Cancer – JRS GC). Ими детально описаны 16 регионарных групп лимфоузлов, формирующих 4 последовательных лимфоколлектора — этапы метастазирования рака желудка: 1 – перигастральные лимфоузлы (1-6), 2 – лимфоузлы чревной трифуркации, ворот селезенки и селезеночной артерии(7-11), 3 – лимфоузлы печеночно-двенадцатиперстной связки, ретропанкреатодуоденальные, лимфоузлы верхних брыжеечных сосудов и корня мезоколон (12-15), 4 – параортальные лимфоузлы (16). Ими же описана методика расширенной лимфодиссекции, т.е. удаления всех описанных групп лимфоузлов в едином блоке с окружающей их клетчаткой и лимфатическими сосудами. В соответствии с группами лимфоузлов выстроена и классификация объема лимфодиссекции :

D 1 — удаление лимфоузлов 1- 6 гр., D 2 — D1 + 7 – 11 гр., D3 - D2 + 12 - 15 гр., D4 – D3 + 16 гр.(1)

Основной целью применения расширенной лимфодиссекции D4, является улучшение выживаемости больных с распространенным (advanced) раком желудка. Однако данные, представленные в литературе, о достижении этой цели неоднозначны. Послеоперационные осложнения процедуры достигают 30%, а послеоперационная летальность 14%(2, 3,4,5).

Цель исследования

Сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов применения расширенной D2 и D4 лимфодиссекции и выбор рационального ее варианта в хирургическом лечении местно-распространенного рака желудка.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования явилась медицинская документация (истории болезни стационарного больного, амбулаторные карты, операционные журналы, результаты рентгенологических, эндоскопических, морфологических исследований) на 127 больных раком желудка, прооперированных в условиях абдоминального отделения Свердловского областного онкологического диспансера с 2000г по 2004г. В этот период нами выполнены 58 операций с РЛД D4, показанием к которой считали местно-распространенный рак желудка (МРРЖ) в стадии T3-4N+M0 у пациентов не старше 60 лет. В это же время части пациентам с МРРЖ выполнены стандартные вмешательства с РЛД D2 - 69 больных. Во всех случаях

Ответственный за ведение переписки

Истомин Ю.В., e-mail: istomin_uv@mail.ru
620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 29,
МЦ "Онкология"

Таблица 1. Характеристика групп пациентов комбинированных гастрэктомий с РЛД D2 и D4.

Группы	Соотношение м/ж	Возраст (Мин.-макс)/ средний	%случаев pT4	%случаев pN+	%случаев 3Б – 4ст.	%случаев перст.кл. рака
КГЭ + РЛД D2	2/1	35-73/ 60	11	23	33	27
КГЭ + РЛД D4	1/1	23-71/46	14	26	37	26

Таблица 2. Число исследованных лимфоузлов при РЛД D2 и D4.

Группа пациентов	Минимальное число исследованных лимфоузлов	Максимальное число исследованных лимфоузлов	Среднее число исследованных лимфоузлов
КГЭ + РЛД D2	0	35	11
КГЭ + РЛД D4	9	39	25

Таблица 3. Послеоперационные осложнения и летальность в группе комбинированных гастрэктомий с РЛД.

	КГЭ + РЛД D2	КГЭ + РЛД D4
Осложнения	4 (5,7%)	8 (13,7%)
Летальность	1 (1,4%)	2 (3,4%)

Таблица 4. Характер послеоперационных осложнений и летальность в двух группах операций (летальность, число абс.)

Группа пациентов	Несостоят. анастомоза	Абсцесс брюшной полости	Панкреатит и панкреонекроз	ТЭЛА	Всего
КГЭ + РЛД D2	1	1	2(1)	0	4(1)
КГЭ + РЛД D4	2(1)	3	1	2(1)	8(2)
Итого	3(1)	4	3(1)	2(1)	12(3)

клинически имело место прорастание опухоли в соседние органы, что потребовало их резекции или удаления.

В обеих группах проведен анализ непосредственных результатов - сравнение числа послеоперационных осложнений, летальности, некоторых показателей собственно операции - длительности, кровопотери, числа исследованных лимфоузлов. А так же изучены отдаленные результаты - анализ пятилетней выживаемости по методу Каплана - Майера с оценкой достоверности $\log_{\text{rank}} - \text{test}$ (Statistica for Windows.6.0)

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлена сравнительная характеристика групп пациентов.

Как видно из таблицы различия в группах по факторам прогноза весьма несущественны. Гистологическое подтверждение инвазии опухоли в соседние структуры получено в группе РЛД D2 в 11% случаев, в группе РЛД D4 - в 14%. Частота регионарного поражения 23% и 26% соответственно. ЗБ и 4 стадии опухолевого процесса в группе РЛД D2 составили 33%, в группе РЛД D4 - 37%. Перстневидно - клеточный рак - 27и 26%.

Изучение числа исследованных, при указанных двух видах вмешательств, лимфоузлов показало, что в среднем при расширенной лимфодиссекции D4 их удалась в 2,3 раза больше, чем при РЛД D2 (таблица 2). Длительность операции РЛД D4 в среднем составила 4 часа 35 минут, РЛД D2 - 3 часа 50 минут. Метастазы в парааортальные лимфоузлы выявлены у 7 пациентов, что составило 12%. Осложнения и летальность в этих группах распределились следующим образом (таблица 3).

Несмотря на то, что процент послеоперационных осложнений и летальности в группе РЛД D4 выше в 2 раза, чем в группе РЛД D2, они невелики в обеих группах.

Как видно из таблицы 4, несостоятельность анастомоза развилась в 1 случае после РЛД D2 и в 2 случаях РЛД D4, причем в одном из них закончилась летально (в скобках указаны случаи летальных исходов). В трех слу-

чаях после РЛД D4 диагностированы абсцессы брюшной полости, тогда как после РЛД D2 - такое осложнения встретилось один раз. В то же время послеоперационный панкреонекроз развился после РЛД D2 в 2 случаях (один завершился летально), а после РЛД D4 - в одном случае. Тромбозомболия легочной артерии с одним летальным исходом встретилась в 2 случаях после РЛД D4.

Исходя из представленного материала, мы не можем сказать, что лимфодиссекция в объеме D4 значительно опаснее для пациента, чем РЛД D2, тем не менее это вмешательство длительнее, и послеоперационный период чаще осложняется отграниченными скоплениями жидкости в брюшной полости, что в ряде случаев приводит к абсцедированию последних. Нельзя не отметить и то, что в группе РЛД D4 имели место 2 случая тромбозомболии легочной артерии, один из которых закончился летально. При анализе объема интраоперационной кровопотери выяснили, что в группе комбинированных гастрэктомий с РЛД D2, она составила в среднем 490 мл., а в группе РЛД D4 - 621мл. Необходимость в возмещении кровопотери возникла в группе РЛД D2 в 8,7% случаев, а в группе РЛД D4 - в 12%.

Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов, перенесших радикальную операцию с расширенной лимфодиссекцией D4. Общая 5-летняя выживаемость составила для пациентов группы РЛД D2 - 54%, для группы РЛД D4 - 52%. Статистически достоверных различий мы в наших группах пациентов не получили ($p > 0,5$), что подтверждается и медианой выживаемости, которая составила для пациентов с РЛД D4 - 28 месяцев, с РЛД D2 - 32 месяца.

Таким образом, несмотря на то, что группы пациентов невелики, полученный результат не позволяет нам расценивать расширенную лимфодиссекцию D4, как более эффективную по сравнению с РЛД D2.

Вывод: Применение расширенной лимфодиссекции в объеме D4 не улучшает отдаленных результатов лечения больных местно-распространенным раком желудка по сравнению с РЛД D2. ■

Литература:

1. Maruyama K. Effectiveness of Systemic Lymph Node Dissection in Gastric Cancer Surgery; K. Maruyama, M. Sasako, T. Kinoshita, K. Okajima, M. Nishi, H. Ichikawa, T. Nakajima, E. Tahara; Gastric cancer. Springer-Verlag, 1993.- P. 293-306.
2. Sasako M., Sano T., Yamamoto S. et al. D2 lymphadenectomy alone or with para-aortic nodal dissection of gastric cancer; New Eng.J.Med. - 2008. - Vol.359(5).- p.453 - 462.
3. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка; М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов; Современная онкология.- 2000.-Т.2, №1.- С.4-12.
4. Хвастунов Р.А., Широков О.В., Шерешков А.Ю. и др. Расширенные D3 - хирургические вмешательства при раке желудка; Современная онкология. - 2004.- Т.6N1.
5. Di Leo A, Pedrazzani C, Bonfiglio M, Borzellino G, Zerman G, Tasselli S, De Manzoni G Superextended lymphadenectomy (D4) in the treatment of gastric adenocarcinoma; Minerva Chir. - 2002 - 57(5) - p641-647.