

Минимально инвазивная эзофагэктомия у пациентов со злокачественной пищеводной фистулой. Собственный опыт

Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Клиника Медекс Кострома» г. Кострома

Babich A.I., Babaev I.D.

Minimally invasive esophagectomy in patients with malignant esophageal fistula. Own experience

Резюме

В статье представлен редкий клинический случай спонтанной перфорации опухоли пищевода. Данное осложнение возникло у пациентки с раком средней трети пищевода и дисфагией 3 степени, при подготовке к плановой гастростомии. Осложнения злокачественной пищеводной фистулы приводит к развитию медиастинита и, как следствие, частым летальным исходам. Своевременная диагностика и оценка тяжести состояния, с использованием интегральной Питсбургской шкалы оценки риска перфорации пищевода позволила выбрать оптимальную тактику ведения пациентки. Выполнена торакоскопия, эзофагэктомия, сформирована эзофагостома и гастростома. Случаи перфорации злокачественной опухоли редки, мало освещены в литературе. Данный случай демонстрирует сложность в выборе тактики ведения пациентов со злокачественной пищеводной фистулой, а также показывает правильность выбранного подхода

Ключевые слова: злокачественная пищеводная фистула, эзофагэктомия, рак пищевода, перфорация пищевода

Для цитирования: Бабич А.И., Бабаев И.Д., Минимально инвазивная эзофагэктомия у пациентов со злокачественной пищеводной фистулой. Собственный опыт, Уральский медицинский журнал, №05 (188) 2020, с. 64 - 67, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.16

Summary

The article presents a rare clinical case of spontaneous perforation of the esophageal tumor. This complication occurred in a patient with cancer of the middle third of the esophagus and grade 3 dysphagia, during preparation for a planned gastrostomy. Complications of malignant esophageal fistula leads to the development of mediastinitis and, as a consequence, frequent deaths. Timely diagnosis and assessment of the severity of the condition, using the integral Pittsburgh esophageal perforation risk assessment scale, made it possible to choose the optimal patient management tactics. Thoracoscopy, esophagectomy, esophagostomy and gastrostomy were performed. Cases of perforation of a malignant esophageal tumors are rare, poorly covered in the literature. This case demonstrates the difficulty in choosing tactics for managing patients with a malignant esophageal fistula, and also shows the correctness of the chosen approach

Keywords: malignant esophageal fistula, esophagectomy, esophageal cancer, esophageal perforation, mediastinitis

For citation: Babich A.I., Babaev I.D., Minimally invasive esophagectomy in patients with malignant esophageal fistula. Own experience, Ural Medical Journal, No. 05 (188) 2020, p. 64 - 67, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.16

Введение

Рак пищевода занимает 8 место в структуре онкологических заболеваний и характеризуется неблагоприятным прогнозом и течением. В последние годы отмечается рост заболеваемости раком пищевода. Частота встречаемости составляет 2.3 % среди ЗНО у мужчин и

0.5 % среди женщин (в структуре онкологических заболеваний) и занимает 8 место. В 2014 г абсолютное число впервые установленных диагнозов составило 5973 случаев, а в 2016 – 6289 случаев. Средний возраст в 2016 (оба пола) составляет 65.3 года [1]. На ранних стадиях заболевания хирургический метод является основным методом

лечения. В связи с внедрением в практику неоадьювантанной химиолучевой терапии для пациентов с местно-распространенными формами заболевания участились случаи перфораций злокачественных опухолей пищевода. [3] Тяжелые осложнения лучевой терапии (ЛТ), такие как профузное кровотечение, перфорация пищевода или пищеводные свищи у больных РП встречаются в 2–8 % случаев [5]. На сегодняшний день отсутствуют четкие рекомендации по клиническому ведению осложненных форм рака пищевода.

В настоящее время активно внедряется применение торакоскопической эзофагэктомии, которая обладает рядом преимуществ: меньшая травматичность и, как следствие, менее выраженный болевой синдром, хорошая визуализация, раннее восстановление легочной функции и меньшее количество послеоперационных осложнений [2; 10]. При аналогичных результатах общей выживаемости все эти преимущества позволяют считать торакоскопию методом выбора для выполнения эзофагэктомий [4]. История торакоскопической резекции пищевода начинается в 1992 г, когда В. Dallemagne и соавт. впервые выполнили минимальноинвазивную эзофагэктомию (МИЭ) [7]. А. Cuschieri и соавт. МИЭ эзофагэктомию в связи с раком пищевода с применением гибридной технологии: торакоскопическая мобилизация пищевода в сочетании с открытой мобилизацией желудка и формированием анастомоза на шее [6]

Мы представляем вашему вниманию случай перфорации рака средней трети пищевода при подготовке к плановой гастростомии в связи с дисфагией 3 степени. Данное осложнение является редким, а также мало освещенным в современной литературе, отсутствуют четкие рекомендации по ведению таких пациентов. Данное осложнение характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью. Среди перфораций пищевода, частота встречаемости злокачественной пищеводной фистулы составляет не более 5 % [8].

Описание клинического случая.

Больная О., 86 лет, обратилась с жалобами на невозможность принятия твердой и жидкой пищи, обильное отделение слюны, периодическую рвоту. По Данным ФГДС была выявлена опухоль средней трети пищевода, которая полностью перекрывает просвет. Выполнение эндоскопического стентирования было признано невозможным ввиду невозможности безопасного проведения проводника. По данным гистологического заключения – плоскоклеточный рак, G1. По данным рентгеноскопии контраст в желудок не попадает. По данным СКТ ОГК и ОБП опухоль средней трети пищевода, без инвазии в соседние органы, а также без признаков поражения регионарных лимфоузлов, отдаленных метастазов выявлено не было. Сопутствующая патология: ИБС. Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Стенокардия напряжения, 2 ФК. СН I. ECOG 1. Учитывая клинику дисфагии 3 степени больной было запланировано формирование питательной гастростомы.

На следующий день после госпитализации, в 07.00

обратилась к дежурному врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38.5 С, озноб, болью за грудиной и рвотой (триада Маклера). При осмотре выявлена подкожная эмфизема на шее слева, на СКТ ОГК – рак пищевода, пневмомедиастинум. При принятии водорастворимого контраста – отграниченный затек в параэзофагеальное пространство. Установлен диагноз: перфорация опухоли пищевода.

Согласно данным литературы применяются следующие варианты ведения пациентов с перфорацией пищевода: 1. Консервативная терапия; 2. Эндоскопическое стентирование; 3. Эзофагэктомия с пластикой; 4. Эзофагэктомия без пластики (эзофагостома, гастростома); 5. Дренаживание средостения, плевральной полости (метод «контролируемой фистулы»).

При принятии решения в отношении тактики ведения таких пациентов важно правильно оценить их состояние и выбрать подход, наиболее соответствующий тяжести состояния. Мы использовали Питсбургскую шкалу оценки тяжести перфорации пищевода (Pittsburgh perforation severity score - PSS). [9] Согласно этой шкале каждому симптому присваивается определенное количество баллов, максимальным числом 18.

1 балл - возраст > 75 лет; ЧСС > 100/мин; Лейкоцитоз >10.000/mL; Плевральный выпот.

2 балла - $t > 38.5$ С; Неотграниченный затек; Дыхательная недостаточность (ЧДД > 30; Повышенная потребность в кислороде; Необходимость в ИВЛ); Время до постановки диагноза >24 ч

3 балла - рак пищевода; гипотония. Питсбургская шкала была предложена в 2009 году. В 2014 году проведена работа по валидации данной шкалы, на основании работы Dr. Michael Schweigert, который проанализировал 288 пациентов с перфорацией пищевода, проходивших лечение в 11 центрах с 1990 по 2014. У 43 из них был рак пищевода.

На основании анализа, исследователи предложили алгоритм принятия решений, в котором 1 группа (низкий показатель PSS: 0-2) должна сфокусироваться на нехирургическом ведении. 2 группа пациентов (средний показатель PSS: 3-5) с неотграниченным затеком, должны лечиться хирургически. Также было выяснено, что 3 группа, группа высокого риска (PSS > 5), имела худшие прогнозы и наивысшую смертность, с риском летального исхода в 8 раз выше, чем в средней группе и в 18 раз выше, чем в группе низкого риска. «Т.к. эти пациенты наиболее подвержены опасности в связи с перфорацией пищевода, раннее и агрессивное хирургическое лечение является обязательным для предотвращения фатальных исходов» - отмечают авторы. [8]

У данной пациентки сумма баллов составила 6, она была отнесена в группу высокого риска. Пациентке была выполнена торакоскопия, субтотальная эзофагэктомия, без пластики. Сформирована эзофагостома и гастростома. Послеоперационный диагноз: рак средней трети пищевода (плоскоклеточный рак) pT3N0M0 IIa ст, G1, 3 кл гр.

Больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии через 2 недели после операции

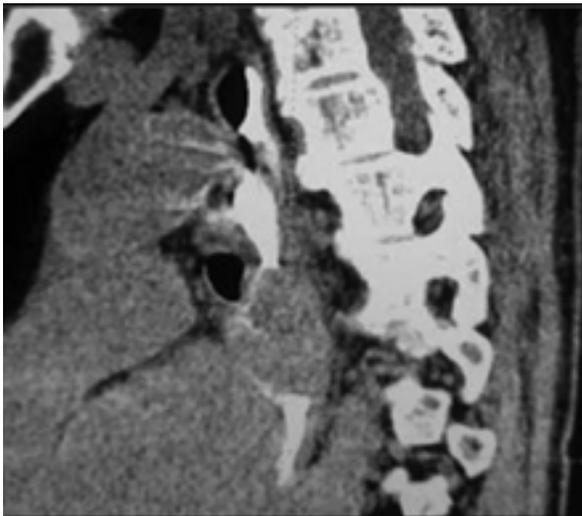


Рисунок 1. Больная О., СКТ, сагиттальные срезы. За-тек Контраста в средостение из пищевода

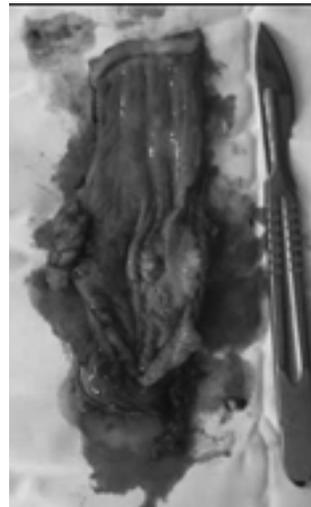


Рисунок 2. Больная О., Удаленный пищевод с опу-холью и ЗПФ



Рисунок 3. Больная О. Сформированная конечная эзофагостома

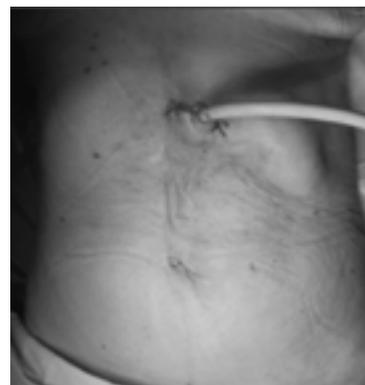


Рисунок 4. Больная О. Сформированная гастростома

Период наблюдения: 6 месяцев, без признаков прогрессирувания. От реконструктивной операции больная отказалась.

Заключение

Описание случаев перфорации опухолей пищевода в мировой литературе редки. Представленный случай позволяет акцентировать внимание на данную проблему и предполагает необходимость дальнейшего изучения вопроса с целью стандартизации подхода к ведению пациентов с перфорациями рака пищевода. Применение

современных минимально-инвазивных технологий позволяет избежать осложнений и минимизировать хирургическую травму, является безопасным и эффективным методом лечения данной патологии. Своевременная оценка тяжести состояния пациентки согласно Питсбургской шкале позволяет выбрать оптимальную тактику ведения и предотвратить осложнения. ■

Бабич Александр Игоревич, к.м.н. Бабаев Ибрагим Джангирович. Автор, ответственный за переписку: Бабич А. И. 156008, город Кострома, улица Шагова, дом 205

Литература:

1. *Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. //М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018.*
2. *Марийко В.А. Сравнительная оценка результатов видеоторакоскопической и открытой эзофагэктомий при заболеваниях пищевода. //Автореф. Дисс. Д.м.н. Москва: Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, 2007*
3. *Almhanna K, Shridhar R, Meredith KL. Neoadjuvant or adjuvant therapy for resectable esophageal cancer: is there a standard of care? //Cancer Control. 2013 Apr; 20(2):89-96. <https://doi.org/10.1177/107327481302000202>*

4. Joris J G Scheepers, Donald L van der Peet, Alexander A F A Veenhof, and Miguel A Cuesta. Thoracoscopic resection for esophageal cancer: A review of literature // *J Minim Access Surg*. 2007 Oct-Dec; 3(4): 149–160. <https://doi.org/10.4103/0972-9941.38909>
5. Muijs C.T., Beukema J.C., Mul V.E. et al. External beam radiotherapy combined with intraluminal brachytherapy in esophageal carcinoma // *Radiother. Oncol.* - 2012. - Vol. 102 (2). - P. 303–308. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2011.07.021>
6. Cuschieri A., Shimi S., Banting S. Endoscopic oesophagectomy through a right thoracoscopic approach // *Coll. Surg. Edmb.* – 1992. – Vol. 37. - №1. – P.7-11. [https://doi.org/10.1016/0960-7404\(93\)90052-z](https://doi.org/10.1016/0960-7404(93)90052-z)
7. Dallemagne B., Weerts J.M., Jehaes C. Case report: subtotal oesophagectomy by thoracoscopy and laparoscopy // *Min. Inv. Ter.* – 1992. – Vol. 1. – P. 147-160. <https://doi.org/10.3109/13645709209152942>
8. Schweigert M, Sousa HS, Solymosi N, Yankulov A, Fernández MJ, Beattie R, Dubecz A, Rabl C, Law S, Tong D, Petrov D, Schäbitz A, Stadlhuber RJ, Gump J, Ofner D, McGuigan J, Costa-Maia J, Witzigmann H, Stein HJ. Spotlight on esophageal perforation: A multinational study using the Pittsburgh esophageal perforation severity scoring system. // *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2016 Apr; 151(4):1002-9. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2015.11.055>
9. Wigley C, Athanasiou A, Bhatti A, Sheikh A, Hodson J, Bedford M, Griffiths EA. Does the Pittsburgh Severity Score predict outcome in esophageal perforation? // *Dis Esophagus*. 2019 Feb 1;32(2). doi: 10.1093/dote/doy109.