

ГИГАНТСКАЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ (клинический случай)

Шакиров Р.Р.¹, Зиганшин М.И.¹, Карпухин О.Ю.^{1,2}

¹ ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань, Россия
(главный врач – к.м.н. Р.Ф. Шавалиев)

² ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия
(ректор – д.м.н., профессор А.С. Созинов)

ЦЕЛЬ. Представлено клиническое наблюдение редкой формы стромальной опухоли толстой кишки у пациентки, ранее оперированной по поводу рака молочной железы

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии проведено обследование пациентки с быстрорастущей опухолью брюшной полости неясного генеза. По данным УЗИ и РКТ органов брюшной полости обнаружено большое малоподвижное бугристое образование, сдавливающее окружающие органы и, вероятно, исходящее из толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Произведено удаление опухоли, исходящей из сигмовидной кишки с резекцией ее сегмента и восстановлением непрерывности кишечной трубки. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписка на 7 сутки после операции. Иммуногистохимическое исследование опухоли: гастроинтестинальная автономная нейрогенная опухоль (GANT) – вариант ГИСО.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведение оперативного лечения пациентов с редкими формами мезенхиальных опухолей возможно в условиях отделения колопроктологии при достаточных навыках хирургов и материально-техническом оснащении клиники. При этом необходимо соблюдать мультидисциплинарность подхода в ведении такого пациента.

[Ключевые слова: гастроинтестинальная стромальная опухоль, удаление опухоли]

Для цитирования: Шакиров Р.Р., Зиганшин М.И., Карпухин О.Ю. Гигантская гастроинтестинальная стромальная опухоль сигмовидной кишки (клинический случай). *Колопроктология*. 2019; т. 18, № 4(70), с. 134-138.

GIANT GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF THE SIGMOID COLON (case report)

Shakirov R.R.¹, Ziganshin M.I.¹, Karpukhin O.Yu.^{1,2}

¹ Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

² Kazan State Medical University, Kazan, Russia

The paper presents a clinical case of a rare stromal colon tumor in a patient previously operated for breast cancer. The patient with a rapidly growing abdominal tumor of unknown origin underwent tests in the department of coloproctology. According to ultrasound and CT examination, the lumpy formation with large size and low mobility, compressing the surrounding organs and probably coming from the colon, has been revealed. The removal of the tumor coming from the sigmoid colon with segmental resection anastomosis was performed. The postoperative period was uncomplicated, patient discharged from the clinic 7 days after surgery. Immunohistochemical examination of the tumor showed Gastrointestinal Autonomous Neurogenic Tumor (GANT) – a variant of GIST. Surgery for rare mesenchymal tumors is better in the coloproctological units with sufficient skills of surgeons. The multidisciplinary approach is necessary in such cases.

[Key words: gastrointestinal stromal tumor, tumor removal]

For citation: Shakirov R.R., Ziganshin M.I., Karpukhin O.Yu. Giant gastrointestinal stromal tumor of the sigmoid colon (case report). *Koloproktologia*. 2019; v. 18, no. 4(70), pp. 134-138.

Адрес для переписки: профессор Карпухин Олег Юрьевич, ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», отделение колопроктологии, Оренбургский тракт, д. 138, 420064, Казань; тел.: +7 (905) 312-92-90; e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди всех гастроинтестинальных опухолей стромальные опухоли (ГИСО, англ. gastrointestinal stromal tumors (GISTs)) встречаются лишь в 1-3% случаев.

Они происходят из интерстициальных клеток Кахаля, которые, согласно современным представлениям, являются пейсмейкерами, задающими в желудочно-кишечном тракте частоту медленных волн электрического потенциала гладкой мышечной ткани,

и играют важнейшую роль в управлении спонтанной моторикой желудочно-кишечного тракта [6]. Эти опухоли обычно небольших размеров и имеют доброкачественное течение, особенно при низком митотическом индексе. С увеличением объема опухоли возрастает и её «агрессивность» с метастазированием в большой сальник, брюшину или печень. Чаще всего ГИСО обнаруживаются в желудке (60-70%) и тонкой кишке (25-35%). Относительно редко их находят в толстой кишке – 5%, еще реже в пищеводе и червеобразном отростке – 2% [3]. Если в целом методы лечения злокачественных новообразований органов брюшной полости исходящих клеток железистого эпителия в настоящее время хорошо известны и обоснованы [2], то четких алгоритмов хирургической тактики в отношении гастроинтестинальных стромальных опухолей до сих пор не выработано. В рекомендациях Европейского общества медицинской онкологии ESMO (European Society for medical oncology), а также в рекомендациях Национальной всеобщей онкологической сети NCCN (National Comprehensive Cancer Network) приведены разнообразные методики лечения, однако оптимальных критериев их выбора нет [4,5]. Таким образом, проблема хирургических вмешательств при стромальных опухолях различных отделов желудочно-кишечного тракта по-прежнему остается чрезвычайно актуальной [1]. В этой связи приведенное клиническое наблюдение, на наш взгляд, заслуживает внимания. Пациентка Г., 56 лет, поступила в плановом порядке в отделение колопроктологии 04.04.2019 г. с предварительным диагнозом «объемное образование брюшной полости. Опухоль ободочной кишки?» Из анамнеза: 05.03.2015 г. пациентке произведена мастэктомия слева по поводу рака молочной железы, в связи с чем состоит на диспансерном учете в онкологическом диспансере. Патогистологическое исследование от 2015 года: инфильтративный дольковый рак молочной железы, pT₂N₂M₀. В послеоперационном периоде прошла 6 курсов паллиативной химиотерапии (по схеме FAC) и дистанционную лучевую терапию, а затем – гормонотерапию тамоксифеном. При контрольном осмотре в июле 2018 года, по данным УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, молочной железы с регионарными лимфоузлами, остеосцинтиграфии, а также обзорной рентгенографии органов грудной клетки прогрессирования рака не выявлено. Однако через 2 месяца пациентка стала отмечать боли и чувство инородного тела в животе, нарушение дефекации в виде запоров. В феврале 2019 г. отметила увеличение живота за счет объёмного образования в мезогастральной области. С течением времени рост образования продолжился, по поводу чего пациентка обратилась к колопроктологу.

При объективном обследовании живот увеличен в размерах за счет умеренно-подвижной, незначительно болезненной бугристой опухоли размерами 300×250 мм тугоэластической консистенции.

По данным УЗИ ОБП: в брюшной полости визуализируется объемное образование с четкими неровными контурами размером 250×180×290 мм, с неоднородной структурой, при ЦДК регистрируется смешанный кровоток, образование, вероятно, исходит из толстой кишки.

РКТ ОБП с внутривенным контрастированием (Рис. 1): в мезо- и гипогастрии с распространением в полость малого таза выявляется объемное кистозно-солидное образование 238×140 мм, с признаками инвазии в переднюю брюшную стенку, петли кишечника оттеснены, магистральные сосуды интактные, мочевой пузырь сдавлен образованием, определяются единичные брыжеечные лимфоузлы до 9 мм.



Рисунок 1. РКТ ОБП с внутривенным контрастированием: выявляется объемное кистозно-солидное образование 238×140 мм в мезо- и гипогастрии с распространением в полость малого таза и вероятной инвазией в брюшную стенку

Тотальная видеокOLONOSКОПИЯ: толстая кишка с трудом расправляется при инсуфляции воздухом, содержит малое количество прозрачной жидкости. Гаустрация сохранена, перистальтика активная, тонус нормальный. Баугинеева заслонка сосочковой формы, устье аппендикса щелевидное, слизистая толстой кишки на всём протяжении бледно-розовой окраски, блестящая, сосудистый рисунок прослеживается, местами очень выраженный с расширенными сосудами. В сигмовидной кишке обнаружено полиповидное образование 2 мм в диаметре, тип 0-IIa, с типом ямочного рельефа III-L по S.Kudo (1996). Полип удален щипцами.

Общее состояние пациентки удовлетворительное. С учетом клинической картины, результатов инструментальных методов исследования, объективного осмотра решено выполнить оперативное лечение в объеме лапаротомии, ревизии брюшной полости с определением объема вмешательства на операционном столе.

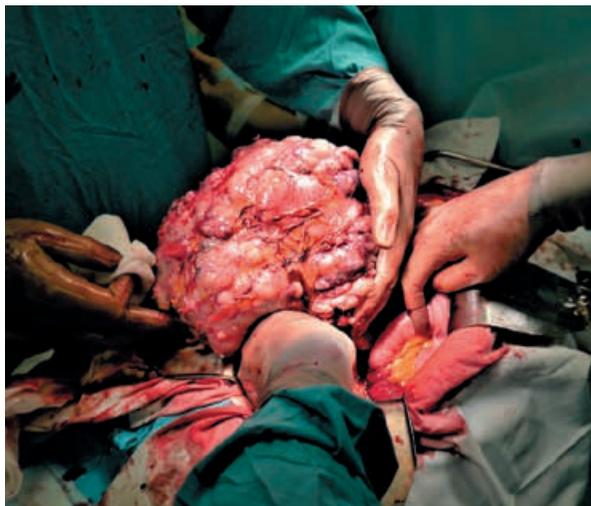


Рисунок 2. Извлечение опухоли больших размеров из брюшной полости



Рисунок 3. Макроскопическое строение опухоли на разрезе макропрепарата

05.04.2019 г. выполнена операция: лапаротомия, резекция сигмовидной кишки с опухолью, санация и дренирование брюшной полости.

Под общей эндотрахеальной анестезии с ИВЛ выполнена средне-нижне-срединная лапаротомия. Коррекция доступа с использованием четырёх ранорасширителей Сигала-Кабанова. При ревизии органов брюшной полости выявлен малоподвижный бугристый опухолевый конгломерат размерами 28×25 см. Опухоль оттесняет петли тонкой и толстой кишки на периферию брюшной полости, интимно связана со стенкой сигмовидной кишки в её средней трети, просвет последней практически полностью obturирован за счёт сдавления извне. Региональных и отдаленных метастазов не выявлено. Отмечен выраженный спаечный процесс между опухолью и окружающими органами. Мобилизация новообразования произведена с помощью электрохирургического аппарата LigaSure (Valleylab). Учитывая интимный контакт опухолевидного образования со стенкой сигмовидной кишки, принято решение выполнить резекцию последней. Проксимальная зона резекции в 15 см, дистальная – в 5 см от места инвазии опухолевого конгломерата в стенку кишки. Кишка после лигирования сосудов и наложения прямых зажимов отсечена. После перевязки сосудистой ножки, исходящей из брыжейки сигмовидной кишки, препарат удален (Рис. 2). Непрерывность кишечника восстановлена наложением десцендосигмоанастомоза «конец-в-конец». Произведено дренирование малого таза. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость санирована раствором хлоргексидина биглюконата. Ретроградно, через прямую кишку, выше зоны анастомоза заведена интубационная трубка. Послойное ушивание брюшной стенки. Макропрепарат: опухоль с крупнобугристой поверхностью, покрыта тонкой капсулой размерами 28×25 см с вращением в стенку средней трети сигмовидной кишки на протяжении 7 см. На разрезах дольчатая, пестрая ткань, желтого цвета, мягко-эластичной консистенции, с участками кистозно-солидного строения и множественными очагами некрозов и кровоизлияний. В кистозных полостях – темно-красная жидкость (Рис. 3). Вес опухоли 2360 грамм. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На 7 сутки пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из стационара. Послеоперационное патогистологическое исследование: злокачественная мезенхимальная опухоль с большим количеством сосудов, множественными очагами некрозов и кровоизлияний, определяются участки жировых включений. В стенке толстой кишки и лимфоузлах опухолевого роста нет. Согласно восьмому изданию классификации злокачественных опухолей TNM (2018) выставлена стадия 3в, pT₄N₀M₀.

В лаборатории иммуногистохимической диагностики произведен пересмотр гистоблоков с проведением иммуногистохимического исследования: опухоль позитивна на виментин (Рис. 4), CD56 (Рис. 5), NSE, синаптофизин, на S100 (Рис. 6), негативна – на хромогринин, CD34, белок PGP9,5, CD117, белки нейрофиламентов, на общий цитокератин. Индекс Ki67=до 8%, неравномерно по срезу. Число митозов составляет более 5 на 50 полей зрения. Заключение: гастроинтестинальная стромальная опухоль из автономных нервов (GANT)– вариант ГИСО (ВОЗ-2010).

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то, что среди сарком желудочно-кишечного тракта ГИСО составляют около 80%, в толстой кишке они встречаются относительно редко [2]. Непосредственно в колопроктологическое отделение такие пациенты поступают крайне редко. Первичные данные инструментальных методов исследований на догоспитальном этапе зачастую не сходятся с интраоперационными находками [5]. В описанном клиническом случае по данным РКТ ОБП, проведенной в предоперационном периоде, «объемное кистозно-солидное образование» имеет признаки инвазии в переднюю брюшную стенку. Однако в ходе операции при ревизии брюшной полости выявлено лишь сдавление окружающих органов со смещением их к периферии. Удаление опухоли, несмотря на её большие размеры, произведено без выраженных технических трудностей и кровопотери, требующей заместительной терапии. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не отмечено, а пребывание пациентки в стационаре ограничилось одной неделей. Таким образом, размеры опухоли и её распространенность, описанная инструментальными методами исследования, не являются критерием для признания нерезектабельности новообразования и причиной отказа в оказании хирургической помощи в условиях отделения колопроктологии. Так же важно отметить мультидисциплинарность подхода при лечении пациентов с ГИСО. Помимо комплексной лучевой диагностики в предоперационном периоде, точного стадирования удаленной опухоли необходимо выполнение иммуногистохимического исследования препаратов новообразования для точного определения степени злокачественности и решения вопроса о проведении таргетной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение оперативного лечения пациентов с редкими формами мезенхиальных опухолей возможно в

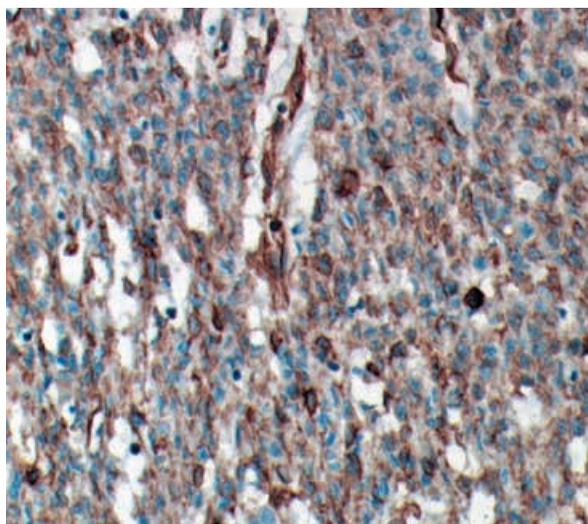


Рисунок 4. Виментин позитивен равномерно, увеличение $\times 200$

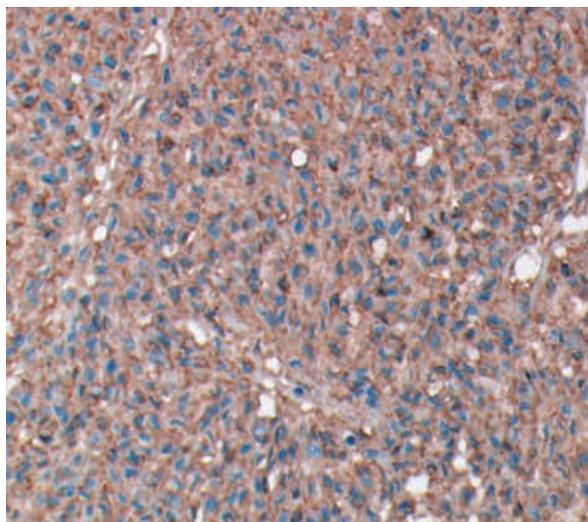


Рисунок 5. CD56 яркая равномерная реакция, увеличение $\times 200$

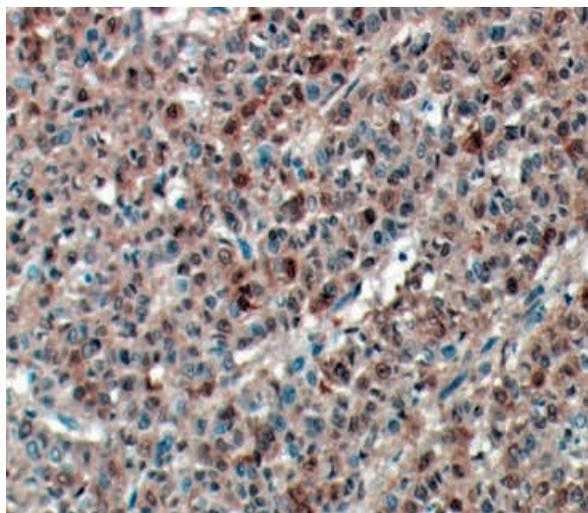


Рисунок 6. S100 равномерная реакция в опухоли, увеличение $\times 200$

условиях отделения колопроктологии при достаточных навыках хирургов и материально-техническом оснащении стационара. Однако важно соблюдать мультидисциплинарность подхода в ведении такого пациента.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Концепция и дизайн исследования – Карпухин О.Ю., Зиганшин М.И.

Сбор и обработка материала – Шакиров Р.Р., Зиганшин М.И.

Статистическая обработка – Шакиров Р.Р.

Написание текста – Шакиров Р.Р., Карпухин О.Ю.

Редактирование – Карпухин О.Ю.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Takaki M. Gut pacemaker cells: the interstitial cells of Cajal (ICC). *J Smooth Muscle Res.* 2003 Oct;39(5):137-61.
2. Богомолов Н.И., Пахольчук П.П., Томских Н.Н., Гончаров А.Г., и соавт. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST): Клиническая монография. Тверь: ООО «Изд-во Триада». 2006; 40 с.
3. Онкология: Национальное руководство. Краткое издание (Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова). М., ГЭОТАР-Медиа. 2014; 576 с.
4. Demetri GD, Antonescu CR, DeMatteo RP et al. NCCN Task Force

- report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010;8(Suppl. 2):1-41.
5. Gasali PG, Blay J-Y, Bertuzzi A et al. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2014;25(Suppl. 3):21-26.
6. Карачун А.М., Орлова Р.В., Пелипась Ю.В. и соавт. Современные представления об особенностях хирургического лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей. *Клиническая больница 122.* 2016; Вып. 16, с. 48-57.

REFERENCES

1. Takaki M. Gut pacemaker cells: the interstitial cells of Cajal (ICC). *J Smooth Muscle Res.* 2003 Oct;39(5):137-61.
2. Bogomolov N.I., Pakholchuk P.P., Tomskikh N.N., Goncharov AG. Stromal tumors of the gastrointestinal tract (GIST): Clinical monograph. Tver: LLC «Publishing house Triad», 2006, 40 p. (in Russ.).
3. Oncology: National manual. Short edition (Edited by Chissov VI, Davydov MI). M.: GEOTAR-Media. 2014; 576 p. (in Russ.).
4. Demetri G D, Antonescu CR, DeMatteo RP et al. NCCN Task Force

- report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010;8(Suppl. 2):1-41.
5. Gasali PG, Blay J-Y, Bertuzzi A et al. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2014;25(Suppl. 3):21-26.
6. Karachun A.M., Orlova R.V., Pelipas Yu.V. et al. Modern ideas about the features of surgical treatment of gastrointestinal stromal tumors. *Clinical hospital 122.* 2016; v. 16, pp. 48-57. (in Russ.).