

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ • CLINICAL OBSERVATIONS

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК КИШЕЧНИКА

Семионкин Е.И.*¹, Луканин Р.В.²,
Брагина И.Ю.², Снегур С.В.²,
Юдина Е.А.², Кротков А.Р.²

DOI: 10.25881/20728255_2023_18_2_139

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова», Рязань

² ГБУ РО «Областная клиническая
больница» Рязань

Резюме. Цель исследования. Представить четыре клинических наблюдения хирургического лечения первично-множественного синхронного рака.

Пациенты и методы. Изучены результаты обследования и хирургического лечения: 1) пациента 67 лет с диагнозом первично-множественный синхронный рак: аденокарцинома желудка, низкодифференцированная аденокарцинома левого изгиба ободочной кишки, нейроэндокринная опухоль тонкой кишки; 2) пациента 68 лет с диагнозом первично-множественный рак толстой кишки три опухоли: умеренно дифференцированная аденокарцинома слепой и ободочной кишок; аденокарцинома in situ в полипе ободочной кишки; 3) пациента, 63 лет с диагнозом аденокарцинома восходящей и нисходящей ободочных кишок; 4) пациента 75 лет с диагнозом аденокарцинома восходящей ободочной кишки и нейроэндокринная опухоль нисходящей ободочных кишок.

Результаты. У больных раком желудка необходимо проведение колоноскопии, учитывая возможность синхронного поражения опухолью не только желудка, но и толстой кишки и возможность наличия двух и трех опухолей в ободочной кишке. Для диагностики опухолей толстой кишки наиболее информативна эндоскопия. Правильная индивидуальная тактика лечения является основой успешного лечения первично-множественного рака.

Заключение. Объем хирургического вмешательства следует решать индивидуально. Больным с раком толстой кишки необходимо проведение эзофагогастродуоденоскопии для выявления синхронного рака желудка. Колоноскопия является основным методом обследования толстой кишки.

Возможность синхронного поражения опухолью толстой кишки, желудка, тонкой кишки требуют тщательного обследования пациентов до, и во время операции.

Ключевые слова: первично-множественный синхронный рак ободочной кишки, желудка, тонкой кишки, диагностика, лечение.

Актуальность

Первично-множественный рак — независимое возникновение у одного больного двух или более опухолей, когда одна опухоль не является метастазом другой [1; 2]. Синхронный рак возникает в течение 6 месяцев после впервые выяв-

PRIMARY-MULTIPLE BOWEL CANCER

Seimionkin E.I.*¹, Lukanin R.V.², Bragina I.Yu.², Snegur S.V.²,
Yudina E.A.², Krotkov A.R.²

¹ Ryzan State Medical University, Ryzan

² Ryzan State Clinical Hospital, Ryzan

Abstract. Aim. Present two clinical cases primary-multiple synchronous of cancer.

Patients and methods. The results of the examinations and surgical treatment of a patient 67 year old, which has studied a diagnosis of primary — multiple synchronous cancer: adenocarcinoma of the stomach, a low — differentiated adenocarcinoma of the left flexure of the colon, neuroendocrine tumor of the small intestine, the patient of 68 year old with a diagnosis of primary-multiple cancer of the large intestine, which has 3 tumors: the moderately differentiated adenocarcinoma of caecum, moderately differentiated adenocarcinoma of the colon, T2 adenocarcinoma in situ colon polyp Tis, the patient of 63 year old, which has a diagnosis: adenocarcinoma of ascending colon and of descending colon and the last patient, this is patient 75 year old, which has diagnosis: adenocarcinoma of ascending colon and neuroendocrine tumor of the descending colon.

Results. Our observation confirms the opinion of other authors about the need for colonoscopy in patients with gastric cancer, given the prevalence of tumors of this localization, as well as the possibility of synchronous tumor damage not only to the large intestine and stomach, but also to the small intestine and the possibility of the presence of three tumors (adenocarcinomas) in the colon. For the diagnosis of colon tumors, the most informative method in endoscopy, this is confirmed by the second clinical observation. There are no clear guidelines for the treatment of synchronous cancer. Some prefer radical surgery with and without chemotherapy for resectable primary-multiple synchronous neoplasms, others suggest a more conservative approach, especially for the elderly. The choice of the right treatment tactics and its individualization using modern minimally invasive technologies is the main successful treatment of primary- multiple cancer.

Conclusion. In our opinion, the volume of surgical intervention. It should be decided individually, depending on the condition of the patient, possibility of expanding operations. Patients with colon cancer need to carry out esophagogastroduodenoscopy in the preoperative period, which helps to identify synchronous stomach cancer. Colonoscopy is the main method of examination of the colon.

The possibility of synchronous tumor damage not only the colon and the stomach, but also the small intestine, which is a rare localization Education requires a thorough review of the abdominal cavity during surgery and available methods examination of the small intestine before surgery.

Keywords: primary-multiple synchronous colorectal cancer Gut, stomach, small intestine, diagnosis, treatment.

ленного рака, в отличие от метакронного, который диагностируется через 6 месяцев после впервые выявленного рака [3].

Частота множественных синхронных новообразований варьирует от 2 до 17% [4]. В России контингент пациентов с первично-множественными опухолями

в 2020 г. составил 5,9% от общего количества пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением [5]. Рак толстой кишки и желудка являются наиболее распространенными локализациями рака [6]. Опухоли тонкой кишки, в частности нейроэндокринные, выявляются редко

* e-mail: semionkin@list.ru

в 1–3 случаях на 100 тыс. населения [7]. Актуальность проблемы заключается в сложности диагностики и отсутствии четких рекомендаций по лечению.

Цель

Представить четыре клинических наблюдения обследования и хирургического лечения первично-множественного синхронного рака.

Материал и методы

1. Больной Р., 67 лет, находился в клинике с 06.12.2021 по 24.12.2021 гг. с диагнозом первично-множественный синхронный рак: аденокарцинома желудка T2N2Mo, низкодифференцированная аденокарцинома нисходящей ободочной кишки T4N2Mo, нейроэндокринная опухоль тонкой кишки T2N1M0.

Осложнения. Частичная кишечная непроходимость, анемия, паратуморозный конгломерат с распадом опухоли, алиментарное истощение. Сопутствующие заболевания: ИБС, ГБ 2 стадии, степень 2, риск 2, сахарный диабет 2 типа.

Болен в течение 6 месяцев, отмечает боли в животе, вздутие, похудание на 10 кг, отсутствие аппетита, примесь крови в кале. С 27.09. по 07.10.2021 гг. находился на стационарном лечении в ЦРБ. Направлен в отделение колопроктологии клиники. Пальпаторно выявлена неподвижная опухоль в левом подреберье, анемия — ОАК — эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb107 г/л; лейкоциты $11,9 \times 10^9/л$, СОЭ 42 мм/час.

Выполнены исследования:

1. ФКС — опухоль левого изгиба, непроходимая для эндоскопа. Биопсия — низкодифференцированная аденокарцинома.
2. КТ с контрастированием йодомером-400 — опухоль селезеночного изгиба ободочной кишки с вовлечением селезенки и петель тонкой кишки.
3. МРТ — картина опухоли селезеночного изгиба с прорастанием в окружающую клетчатку и селезенку.
4. ЭГДС-в в/3 желудка на передней стенке ближе к малой кривизне блюдцеобразная язва диаметром около 1,5 см. Биопсия аденокарцинома.
5. Трансабдоминальное УЗИ брюшной полости — в проекции селезеночного изгиба ободочной кишки гипэхогенное образование 23×78 мм представлено измененной кишкой, в него входит петля тонкой кишки, по периферии инфильтрация, свободной жидкости в брюшной полости нет.
6. Ретроградная ирригография — в нисходящей кишке определяется циркулярное сужение просвета кишки, с неровными контурами (Рис. 1).

По результатам обследования поставлен диагноз: первично-множественный синхронный рак: местно распространенная низкодифференцированная аденокарцинома нисходящей ободочной кишки, паратуморозный абсцесс, частичная кишечная обтурационная непроходимость, аденокарцинома желудка.

16.12.2022 г. выполнена срединная лапаротомия. Выявлена большая опухоль селезеночного изгиба $9 \times 8,5 \times 5,5$ см, плотная, неподвижная, прорастающая селезенку, брюшную стенку; опухоль желудка, опухоль тонкой кишки. Проведена обструктивная левосторонняя гемиколэктомия (Рис. 2), с выведением трансверзостомы, спленэктомия, вскрытие поддиафрагмального абсцесса, резекция с регионарной лимфодиссекцией опухоли тонкой кишки, с аппаратным анастомозом. Учитывая тяжелое состояние пациента, выполнена клиновидная резекция стенки желудка с опухолью в пределах здоровых тканей. Края резекции при гистологическом исследовании толстой, тонкой кишки, желудка без опухолевого роста. На 8 сутки выписан из стационара под наблюдение онколога.

2. Больной А., 66 лет, находился в клинике с 17.01.2022 по 28.01.2022 г. с диагнозом первично-множественный рак толстой кишки: умеренно дифференцированная аденокарцинома слепой кишки G2, с паратуморозным гнойным воспалением и перфорацией и инвазией в жировую клетчатку T4 умеренно дифференцированная аденокарцинома ободочной кишки G2, с инвазией мышечного слоя, T2; аденокарцинома in situ в полипе ободочной кишки Tis. Осложнения: кишечный свищ, петлевая илеостома. Сопутствующее заболевание: гипертоническая болезнь 2 стадия, 2 степень, риск 2.



Рис. 1. Ирригография. В нисходящей кишке определяется стойко выраженное циркулярное сужение просвета кишки.



Рис. 2. А — вид удаленного макропрепарата; Б — макропрепарат на разрезе. Циркулярная опухоль практически полностью суживает просвет кишки.

Болен в течение 2 месяцев. 12 декабря 2021 г. экстренно оперирован по поводу обтурационной опухолевой непроходимости, проведена лапаротомия, выведена петлевая илеостома. Поступил в клинику на радикальное оперативное лечение.

Выполнены исследования:

1. ФКС — выявлены неоплазия слепой кишки и опухолевое образование в поперечной ободочной кишке и здесь же полиповидное образование размером 2,0×3,0 см с внешними диспластическими изменениями (Рис. 3).
2. РКТ опухоль слепой кишки, с наличием увеличенных лимфоузлов.
3. ЭГДС-заключение-хиатальная грыжа 3 см.
4. Трансабдоминальное УЗИ брюшной полости — в проекции слепой кишки гипоехогенное образование 60×78 мм представлено измененной кишкой, по периферии инфильтрация, жидкость. Признаки тумора слепой кишки.
5. Ретроградная ирригография — в слепой кишке деформация, складки слизистой не прослеживаются, купол слепой кишки и баугиниева заслонка не определяются. Картина опухоли слепой кишки.

19.01.2022 г. выполнена срединная лапаротомия. При ревизии определяется опухоль слепой кишки 10×10 см, опухоль поперечной ободочной кишки 2×2 см, полип на ножке поперечной ободочной кишки 2×3 см. Опухоли подвижные. Произведена правосторонняя гемиколонэктомия с лимфодиссекцией ДЗ и удалением опухолей и ликвидацией илеостомы. Сформирован аппаратный анастомоз. На 9 сутки после операции выписан под наблюдение онколога.

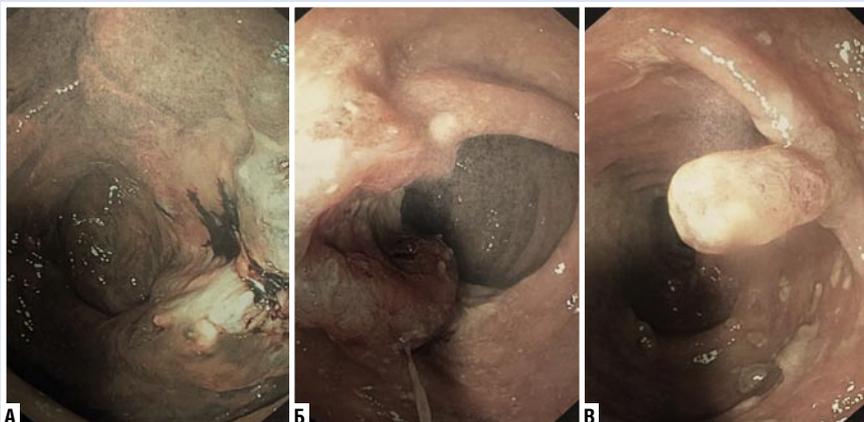


Рис. 3. ФКС. А — опухоль слепой кишки с циркулярным поражением стенки, участками некроза, сгустками черного цвета. Б — циркулярная опухоль поперечной ободочной кишки. В — полип поперечной ободочной кишки.

Края резекции при гистологическом исследовании без опухолевого роста.

Лимфоваскулярной и периневральной инвазии не обнаружено, с метастазом в 1 л/узел, из выделенных 29, апикальный л/узел без метастатического поражения, ICD-08140/3/ Cytueh C/D.

3. Больной П., 63 лет, находился в клинике с 08.2022 по 29.08.2022 гг. с диагнозом первично-множественный рак восходящей и нисходящей ободочной кишки Т3N0M0. Осложнения: анемия 1 ст. Сопутствующие заболевания гипертоническая болезнь 2 стадия, 2 степень, риск 2, ИБС, СН 2 ФК.

Болен в течение 4 месяцев, когда появились боли в животе, слабость, головокружение, запоры, похудел на 5 кг. 12.08.2022 г. поступил в плановом порядке на радикальное оперативное лечение. Амбулаторно были проведены:

1. 14.07.2022 г. ФГДС заключение — поверхностный гастрит, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.
2. 30.07.2022 г. ФКС в нисходящей кишке циркулярная опухоль, суживающая просвет. Биопсия. Гистологическое строение аденокарцинома.

12.08.2022 г. трансабдоминальное УЗИ органов брюшной полости — в проекции восходящей ободочной кишки на протяжении 45 мм утолщение стенки до 10 мм, гипоехогенное образование, по периферии инфильтрация; в нисходящей ободочной кишке на протяжении 80 мм, утолщение стенки кишки до 11 мм, рядом инфильтрация, лимфоузлы 8 мм, жидкости в брюшной полости не выявлено. Эхо картина множественного рака ободочной кишки.

18.08.2022 г. произведена срединная лапаротомия. Опухоли циркулярные,

подвижные, в восходящей ободочной кишке и нисходящей ободочной кишке. Выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеосигмоанастомоза, лимфаденэктомия. Послеоперационное течение гладкое. Выписан 29.08.2022 г. под наблюдение онколога.

Гистологическое исследование №36422/522 от 20.08.2022 г.: первично-множественный рак толстой кишки: аденокарцинома восходящей ободочной кишки, размером 60×75×15 мм, стенозирующая просвет кишки до 80%, с некрозом, с инвазией в жировую клетчатку за пределы мышечного слоя, лимфоваскулярной и периневральной инвазии не обнаружено; аденокарцинома нисходящей ободочной кишки, размером 50×40×10 мм, стенозирующая просвет кишки до 90%, с инвазией в жировую клетчатку за пределы мышечного слоя, лимфоваскулярной и периневральной инвазии не обнаружено. Выделенные 69 лимфоузлов, в том числе и апикальные, без метастатического поражения, края резекции без опухолевого роста р Т3N0M x. ICD-08262/3/.

4. Больной С., 75 лет, находился в клинике с 18.01.2023 по 09.02.2023 гг. с диагнозом первично-множественный синхронный рак: аденокарцинома восходящей ободочной кишки Т3N0M0, нейроэндокринная опухоль нисходящей ободочной кишки Т3N1M0. Осложнения: кишечное кровотечение, анемия; частичная кишечная непроходимость. Сопутствующие заболевания: ИБС, СН 2 фк, ГБ 2 стадии, степень 2, риск 2, ЦВБ, тромбоцитопения.

Болен в течение одного месяца, когда появились боли в животе, слабость, головокружение, запоры, примеси крови в кале, похудел на 6 кг. Поступил экстренно. ОАК — эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb 62 г/л, тромбоциты 36 , лейкоциты $12,2 \times 10^9/л$, СОЭ 42 мм/час. Многократно переливались компоненты крови. Проведены следующие исследования:

1. Трансабдоминальное УЗИ брюшной полости 19.01.23 г. — стенка восходящей ободочной кишки на протяжении 51 мм неровная, утолщена до 15 мм, стенка нисходящей ободочной кишки неравномерно утолщена до 19 мм, рядом с обоими участками инфильтрация. Уз картина двойной локализации опухоли.

1. ФКС 25.01.2023 г. выявлены бугристые опухоли с полуциркулярным разрастанием в восходящей и нисходящей ободочной кишке. Взята биопсия.

25.01.2023 г. выполнена лапаротомия, обструктивная субтотальная колэк-

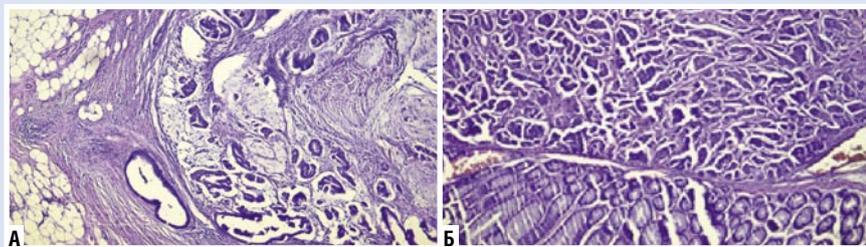


Рис. 4. А — аденокарцинома восходящей ободочной кишки G2 с муцинозным компонентом, размером 45×45×22 мм с инвазией в жировую клетчатку за пределы мышечного слоя, лимфоваскулярной и периневральной инвазии не обнаружено. P T3N0M0 ICD-08140/3. Б — нейроэндокринная опухоль нисходящей ободочной кишки G2 с муцинозным компонентом, размером 45×45×22 мм с инвазией в жировую клетчатку за пределы мышечного слоя, лимфоваскулярной и периневральной инвазии не обнаружено. P T3N1M0 ICD-08140/3. Метастаз в одном лимфоузле.

томия с выведением концевой илеостомы. Гистологическое исследование: первично-множественный рак ободочной кишки (Рис. 4).

Выделенные другие 29 лимфоузлов, в том числе атипичные без метастазов. По краям резекции опухолевого роста не выявлено.

Послеоперационное течение без особенностей, выписан под наблюдение онколога.

Результаты и обсуждение

Наши наблюдения подтверждают мнения других авторов о необходимости у больных раком желудка проведения колоноскопии, учитывая распространенность опухолей данной локализации [8; 9]. Использование РКТ органов брюшной полости, УЗИ, ирригографии не всегда информативно, поэтому основным методом диагностики опухолей толстой кишки является колоноскопия [10]. Может быть синхронное поражение опухолью не только толстой кишки и желудка, но и тонкой кишки и возможность тройной локализации злокачественного образования в ободочной кишке. В настоящее время отсутствуют рекомендации по лечению синхронного рака. Одни авторы предпочитают радикальное хирургическое вмешательство с химиотерапией или без нее [11], другие предлагают более консервативный подход [12]. Выбор правильной индивидуальной тактики лечения, адекватное обследование являются основой успешного с выполнением симультанных операций [9; 13].

Заключение

Больным колоректальным раком необходимо проведение ФГДС в предоперационном периоде, что способствует выявлению синхронного рака желудка. Синхронное поражение опухолью не только толстой кишки и желудка, но и тонкой кишки требует тщательной ревизии органов брюшной полости во время операции и обследования до операции. Эндоскопия — основной метод диагностики опухолей толстой кишки. Объем хирургического вмешательства решается индивидуально в зависимости от состояния больного, адекватности обследования и подготовки к операции, возможности перенесения им расширенных операций.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Fukatsu H, Kato J, Nasub JI, et al. Clinical characteristics of synchronous colorectal cancer are different according to tumor location. *Dig Liver Dis* 2007; 39: 40-6.
2. Mudler SA, Kranse R, Damhuis RA, et al. Prevalence and prognosis of synchronous colorectal cancer. A Dutch population-based study. *Cancer Epidemiol* 2011; 35: 442-7.
3. Lawniczak M, Gawin A, Jaroszewicz-Heigelmann H, et al. Synchronous and metachronous neoplasms in gastric cancer patients: a 23-year study. *World J Gastroenterol*. 2014; 20: 7480-7487. doi: 10.3748/wjg.v20.i23.7480.
4. Vogt A, Schmid S, Heinemann K, et al. Multiple primary tumours: challenges and approaches, a review. *ESMO Open*. 2017; 2(2): e000172. doi: 10.1136/esmoopen-2017-000172.

5. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал «ФГБУ НМИЦ радиологии «Минздрава России, 2021. — 252 с. [Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2020 godu zaboлеваe most i smertnost. A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, A.O. SHahzadova, editors. M.: MNIOI im P. A. Gercena filial FGBU NMIC radiologii Minzdrava Rossii. 2021. 252 p. (In Russ.)]
6. Raul Mederos et al. Simultaneous Subtotal Gastrectomy and Right Colectomy for Synchronous Gastric and Colon Cancer: A Case Report. *Cureus*. 2019; 11(1): e3892. doi: 10.7759/cureus.3892.
7. Нейроэндокринные опухоли: руководство для врачей / Под ред. М. Каплин, Л. Квиос. — М.: Практическая медицина, 2010. — 224 с. [Nejroehndokrinnye opuholi: rukovodstvo dlya vrachej. M. Caplin, L. Kvois, editors. M.: Prakticheskaya medicina, 2010. 224 p. (In Russ.)]
8. Byoung JS. Synchronous and Metachronous Colon Cancers in Patients with Gastric Cancer: Report of 2 Cases. *Case Rep Oncol*. 2016; 9(3): 752-759. doi: 10.1159/000452831.
9. Хоробрых Т.В., Агаджанов В.Г., Салихов Р.Е., Мищенко Н.П., Гогохия Т.Р. Первично-множественный синхронный рак желудка и правой половины толстой кишки у больных с осложненным местнораспространенным раком желудка // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. — 2021. — №3. — С.62-65. [Horobryh TV, Agadzhanov VG, Salihov RE, Mishchenko NP, Gogohiya TR. Pervichno-mnozhestvennyj sinhronnyj rak zheludka i pravoy poloviny tolstoj kishki u bol'nyh s oslozhnennym mestnorasprostranennym rakom zheludka. *Hirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2021; 3: 62-65. (In Russ.)] doi: 10.17116/hirurgia202103162.
10. Rex DK, Jonhson DA, Lieberman DA, et al. Colorectal Cancer prevention 2000 screening recommendations of the American College of gastroenterology *Am J Gastroenterol*. 2000; 95: 868-77.
11. Li Y, Diancai Z, et al. Simultaneous laparoscopic distal gastrectomy (uncut Roux-en-Y anastomosis), right hemi-colectomy and radical rectectomy (Dixon) in a synchronous triple primary stomach, colon and rectal cancers patient. *J Vis Surg*. 2016; 2: 101. doi: 10.21037/jovs.2016.05.04.
12. Tsantilas D, Ntinas A, Petras P, et al. Metachronous colorectal adenocarcinomas. *Tech Coloproctol*. 2004; 8: 202-4.
13. Расулов А.О. Клинический пример: успешное лечение синхронного рака прямой и сигмовидной кишки с помощью мини-инвазивных технологий // Онкологическая колопроктология. — 2014. — №2. — С.41-44. [Rasulov AO. Klinicheskij primer: uspešnoe lechenie sinhronnogo raka pryamoj i sigmoidnoj kishki s pomoshch'yu mini-invazivnyh tekhnologij. *Onkologicheskaya koloproktologiya*. 2014; 2: 41-44. (In Russ.)]