

Р. И. Верещако, И. А. Сухин, А. А. Пискорский, А. К. Петров, О. В. Иващенко СИНХРОННЫЙ И МЕТАХРОННЫЙ РАК ЛЕГКОГО И ПИЩЕВОДА: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

НМУ имени А.А. Богомольца

Киевская клиническая больница № 3 на железнодорожном транспорте

Синхронный рак легкого и пищевода представляет большую редкость и одновременно является вызовом для торакальных хирургов [1]. В литературе представлены отдельные сообщения о таком сочетании, так Fekete F. et al. [2] сообщают о 1294 больных раком пищевода за период с 1979 по 1992 гг., из которых 39 пациентов (3,2 %) имели рак легкого и пищевода (22 — синхронный рак, 17 — метакхронный). Из 22 пациентов с синхронным раком легкого и пищевода 10 пролечены паллиативно и 12 (55 %) перенесли радикальное хирургическое лечение. У 17 больных с метакхронным раком пищевода и легкого радикальная операция выполнена по поводу первой опухоли всем пациентам и 9 (53 %) пациентам при возникновении второй опухоли. Общая послеоперационная летальность составила 15 %. Пятилетняя выживаемость при синхронном возникновении опухолей и радикальном хирургическом лечении составила 11 % и 17 % у пациентов с метакхронным раком после радикальной операции по поводу второй опухоли.

Синхронный и метакхронный рак пищевода чаще сочетается со злокачественными опухолями головы и шеи, желудка, толстой кишки [3,4,5,6,7]. Сочетание рака пищевода и легкого отмечается значительно реже и колеблется от 0,54% до 3,2% [1].

Очень важна предоперационная оценка функционального состояния таких пациентов, так как при синхронном раке легкого и пищевода радикальная операция требует адекватного физического состояния больного, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной систем [1]. Следует отметить, что длительная выживаемость пациентов с синхронным и метакхронным раком легкого и пищевода после радикальных операций меньше, чем при поражении только одного органа и успешном хирургическом лечении, но больше, чем у больных с одной опухолью и развитием метастатической болезни [1].

Клиническое наблюдение 1

Пациент 67 лет, 12.11.2009 г. перенес левостороннюю пневмонэктомию по поводу рака нижнедолевого бронха с распространением на верхнедолевого бронх (T2N1M0) (рис. 1). Проходил ежегодное обследование. В 2018г. выполнена очередная КТ ОГП и ОБП — патологии не выявлено (рис. 2). В связи с легким дискомфортом при глотании выполнена фиброэзофагогастроскопия. Выявлены изменения слизистой пищевода на границе верхней и средней трети грудного отдела. Биопсия — плоскоклеточный рак. 14.03.2018 г. в клинике кафедры онкологии НМУ им. А.А. Богомольца нами выполнена операция Льюиса (внутригрудная пластика пищевода желудочной трубкой). Из особенностей операции следует отметить внутригрудной этап, так как он выполнялся



Рис. 1. Пациент Л. Обзорная рентгенограмма в прямой проекции перед операцией в 2009 г. Рак нижнедолевого бронха левого легкого с распространением на верхнедолевого бронх.

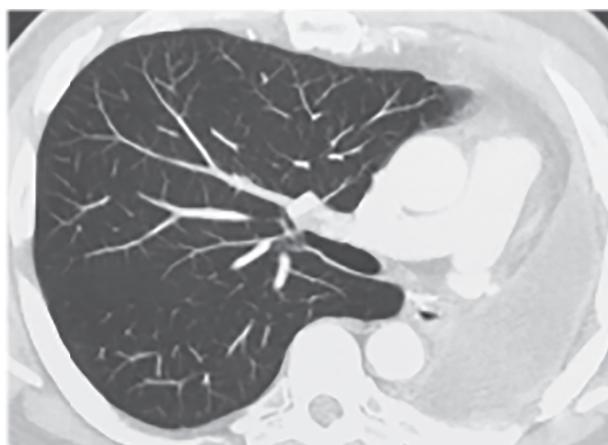


Рис.2. Пациент Л. КТ ОГП (2018г.), 9 лет после левосторонней пневмонэктомии.



Рис. 3. Пациент Л. Макропрепарат: резецированный грудной отдел пищевода, зеленой линией выделена зона злокачественного поражения пищевода.

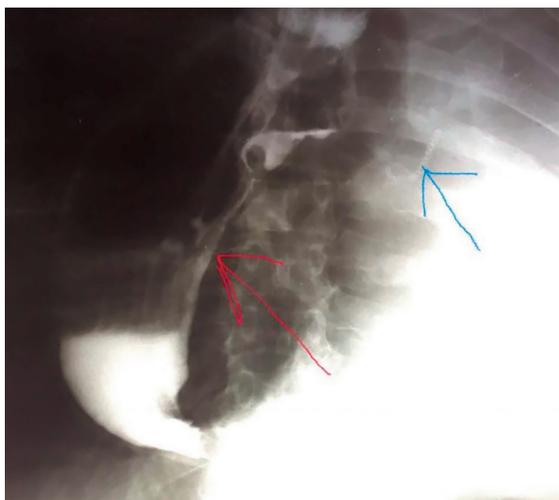


Рис. 4. Пациент Л. Послеоперационная эзофагограмма: красная стрелка указывает на желудочную трубку, синяя — на культуру левого главного бронха.

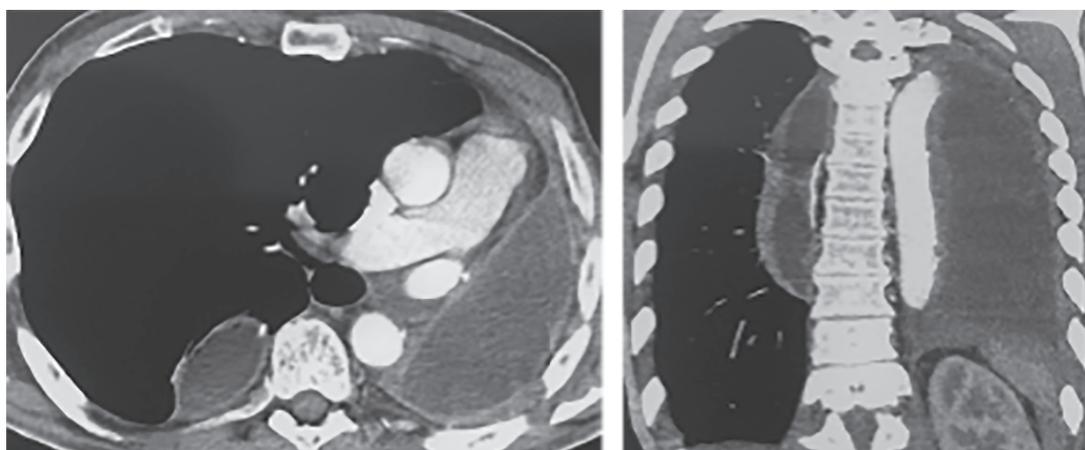


Рис. 5. Пациент Л. Контрольная КТ ОГП и ОБП (апрель 2019 г.). 10 лет после левосторонней пневмонэктомии и 1 год после резекции грудного отдела пищевода с внутригрудной пластикой желудочной трубкой.

посредством боковой торакотомии справа (со стороны единственного правого легкого). Пищеводно-желудочный анастомоз необходимо было накладывать в самом куполе плевральной полости, степлер применить было сложно, поэтому выполнен ручной вариант анастомоза. Во время этого этапа надо было сохранять достаточную вентиляцию единственного легкого и соответственно контролировать это по насыщению крови кислородом. Макропрепарат (рис. 3). Патогистологическое заключение: умеренно дифференцированный (G2) плоскоклеточный рак пищевода pT1bN0, L0 V0 Pn0 R0. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная эзофагограмма (рис. 4). Выписан из клиники 27.03.2018 г. В апреле 2019 г. выполнено контрольное обследование. Фиброэзофагоскопия: анастомоз пищевода и желудочной трубки на расстоянии 10 см от первого физиологического сужения, проходимость хорошая, слизистая не изменена. КТ ОГП и ОБП: состояние после левосторонней пневмонэктомии и внутригрудной пластики пищевода желудочной трубкой, рецидива заболевания не выявлено (рис. 5). Следует отметить, что в литературе мы нашли описание только 3 случаев выполнения резекции и пластики пищевода после предварительной пневмонэктомии [2], авторы отмечают, что пневмонэктомия выполнялась в другом лечебном учреждении.

Клиническое наблюдение 2

Пациент Б., 79 лет, обратился в клинику в декабре 2018 г. с жалобами на сухой кашель и периодический дискомфорт при глотании плотной пищи. Указанные жалобы беспокоят около 3-4 мес. Обследован, на КТ ОГП картина рака верхней доли левого легкого (рис. 6), также отмечается образование в пищеводе на уровне дуги аорты (рис. 7).

Выполнена фиброэзофагогастроскопия: патологии пищевода не выявлено, слизистая не изменена. 14.12.2018 г. выполнена боковая торакотомия слева, атипичная резекция верхней доли левого легкого с удалением периферического образования. Экспресс-биопсия: аденокарцинома легкого. Объем операции расширен до стандартной верхней лобэктомии с лимфодиссекцией. После завершения лобэктомии с

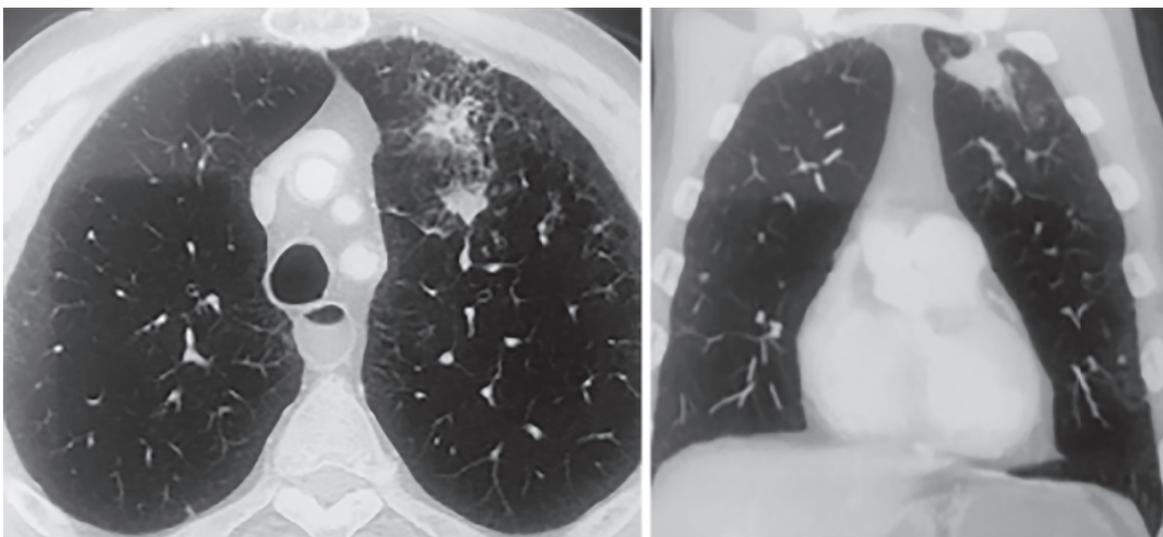


Рис. 6. Пациент Б., КТ ОГП, изменения в верхней доле левого легкого.

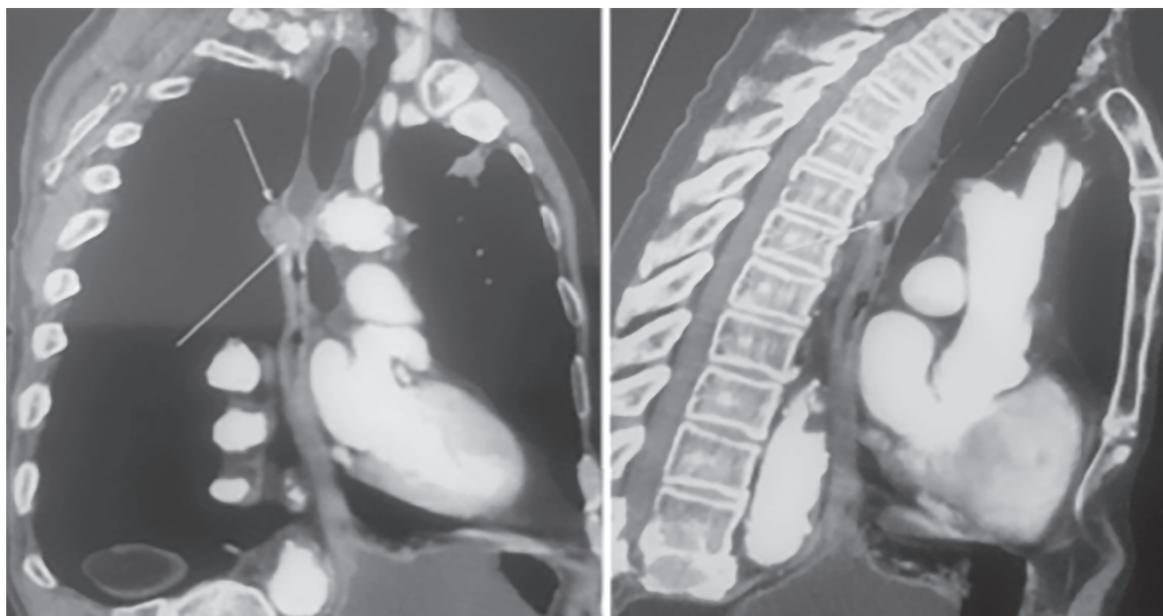


Рис. 7. Пациент Б., КТ ОГП, образование пищевода на уровне дуги аорты.



Рис. 8. Пациент Б., послеоперационная обзорная рентгенограмма органов груди.

целью определения патологии пищевода выполнена частичная мобилизация дуги аорты (перевязка межреберных артерий отходящих от дуги аорты) и ее смещение, что позволило визуализировать пищевод в этой зоне. Выявлена опухоль стенки пищевода диаметром около 2 см, взята биопсия. Стандартное завершение операции. Послеоперационный период протекал без осложнений (рис. 8). Патогистологическое заключение: низкодифференцированная (G3) аденокарцинома легкого pT2a pN1(2/21), STAS 1, PL 0, R 0. Высокодифференцированная (G1) плоскоклеточная карцинома пищевода.

В удовлетворительном состоянии выписан из клиники 24.12.2018 г. 05.01.2019 г. пациенту исполнилось 80 лет. Повторная госпитализация в клинику 06.02.2019 г. Операция по поводу рака пищевода выполнена 11.02.2019 г. — субтотальная резекция грудного отдела пищевода с пластикой желудочной трубкой, пищеводно-

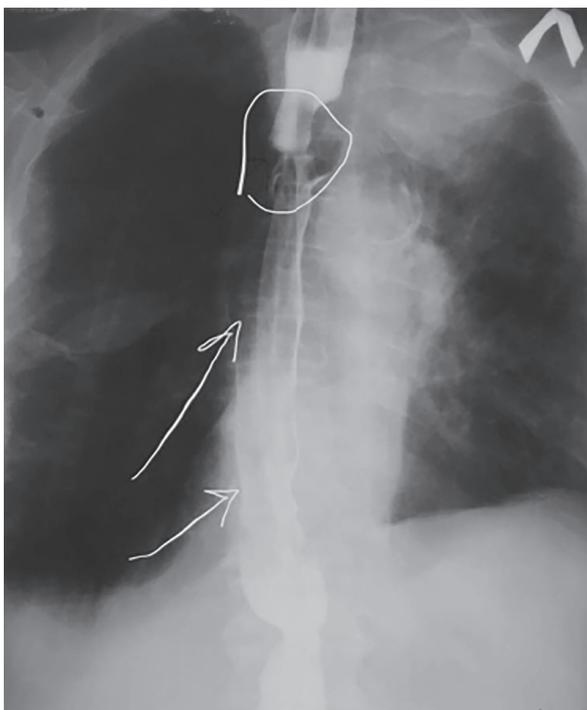


Рис. 9. Пациент Б., послеоперационная эзофагограмма, стрелки указывают на желудочную трубку, зона пищеводно-желудочного анстомоза обведена.

желудочный анастомоз «конец в бок» наложен в куполе правой плевральной полости (ручной шов). В послеоперационном периоде потребовались ежедневные санационные бронхоскопии, т к в прошлом больной курильщик с многолетним стажем. Также требовалась

периодическая коррекция гемодинамических нарушений. Осложнений хирургического характера не было. Патогистологическое заключение: высокодифференцированный плоскоклеточный рак пищевода с локализацией в подслизистом слое без инвазии слизистой, инвазия мышечного слоя пищевода, окружающие лимфоузлы абластичны. Контрольная эзофагография выполнена 18.02.2019 г. (рис. 9).

В удовлетворительном состоянии пациент выписан из клиники 23.02.2019 г.

Выводы

1. При синхронном и метакронном раке пищевода и легкого важно различать первичный рак и метастатическую болезнь рака этих локализаций.

2. Каждый вариант рака должен быть стадирован и, если случаи резектабельные, то радикальные операции являются лечением выбора.

3. Паллиативные операции не оправданы, так как не имеют преимуществ перед химиолучевой терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Amar N. Mukerji, Andrea Wolf. Synchronous esophageal and lung cancer//Thoracic surgery clinics. — 2018. — Vol. 28, N 1. — P. 97-104.
2. Fekete F., Sauvanet A., Kaisserian G. et al. Associated primary esophageal and lung carcinoma: a study of 39 patients//Ann. Thorac. Surg. — 1994. — Vol. 58, N 3. — P. 837-42.
3. Knast W., Strutynska-Karpinska M., Rabczynski J. Surgical treatment of patients with multiple carcinomas // Med. Sci. Monit. — 2001. — Vol. 7, N 6. — P. 1256-62.
4. Kumagai Y., Kawano T., Nakajima Y. et al. Multiple primary cancers associated with esophageal carcinoma // Surg. Today. — 2001. — Vol. 31, N 10. — P. 872-6.
5. Li F., Zhong W.Z., Niu F.Y. et al. Multiple primary malignancies involving lung cancer // BMC Cancer. — 2015. — DOI: 10.1186/s12885-015-1733-8.
6. Ono K., Takenaka M., Yokoyama E. et al. Clinical analysis of esophageal cancer associated with other primary cancers // Kyobu Geka. — 2011. — Vol. 64, N 2. — P. 93-6.
7. Panosetti E., Luboinski B., Mamelle G., Richard J.M. Multiple synchronous and metachronous cancers of the upper aerodigestive tract // Laryngoscope. — 1989. — Vol. 99, N 12. — P. 1267-73.