



Ключевые слова:

рецидив колоректального рака, метастаз в надпочечник

Keywords:

recurrence of colorectal cancer, metastasis in the adrenal gland

DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-3-89-92



Для корреспонденции:

Головков Дмитрий Анатольевич, д.м.н., заведующий колопроктологическим отделением БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
Адрес: 394036, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Вайцеховского, д.4
E-mail: dagolov@mail.ru
Статья поступила 16.06.2015, принята к печати 25.08.2015

For correspondence:

Golovkov Dmitry Anatolyevich, MD, head of coloproctological department of BOKH «Voronezh regional clinical oncological dispensary»
Address: 394036, Russian Federation, Voronezh, ul. Vaitsekhovskogo, 4
E-mail: dagolov@mail.ru
The article was received 16.06.2015, accepted for publication 25.08.2015

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАССИВНОГО ИЗОЛИРОВАННОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Мошуров И.П.¹, Сидоров Д.В.², Головков Д.А.¹, Петров Л.О.², Суховерков Д.В.¹, Быковцев М.Б.¹, Мошуров Р.И.¹

¹ БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» (Воронеж, Российская Федерация) 394036, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Вайцеховского, д.4
² МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (Москва, Российская Федерация) 125284, Российская Федерация, г. Москва, 2-ой Боткинский проезд, д.3

Резюме:

Основными органами-мишенями метастазирования колоректального рака традиционно считаются печень, легкие, париетальная и висцеральная брюшина. Изолированное метастатическое поражение надпочечников при колоректальном раке встречается редко, в литературе описаны единичные наблюдения клинических случаев успешного хирургического лечения таких пациентов. В данной статье представлено клиническое наблюдение успешного хирургического лечения больной колоректальным раком с изолированным массивным метастатическим поражением надпочечника.

CLINICAL CASE OF A MASSIVE ISOLATED METASTATIC ADRENAL LESION IN COLORECTAL CANCER

Moshurov I.P.¹, Sidorov D.V.², Golovkov D.A.¹, Petrov L.O.², Sukhoverkov D.V.¹, Bykovtsev M.B.¹, Moshurov R.I.¹

¹ BOKH «Voronezh regional clinical oncological dispensary» (Voronezh, Russian Federation) 394036, Russian Federation, Voronezh, ul. Vaitsekhovskogo, 4
² P. Hertsen MORI (Moscow, Russian Federation) 125284, Russian Federation, Moscow, 2 Botkinskiy proezd, 3

Abstract

The liver, lungs, parietal and visceral peritoneum have traditionally been considered to be the main target organs of metastatic colorectal cancer. The isolated adrenal metastasis in colorectal cancer is rare, in the literature there are single observations of clinical cases of successful surgical treatment of such patients. This article presents the clinical observation of successful surgical treatment of patients with colorectal cancer with massive isolated adrenal metastases.

Введение

В развитых странах Европы и в России заболеваемость раком прямой кишки, равно как и колоректальным раком в целом, имеет устойчивую тенденцию к росту. В 2013 году диагноз рака прямой кишки впервые установлен 26 тысячам больных, раком ободочной кишки — 35 тысячам больных. Более чем у 50% пациентов заболевание диагностируется на III–IV стадиях [1]. В настоящее время хирургический метод остается ведущим в лечении больных раком прямой кишки. Радикально выполненное оперативное вмешательство позволяет рассчитывать, с одной стороны, на достижение длительной безрецидивной выживаемости, с другой стороны, на хорошие функциональные результаты лечения данной категории больных. Основными органами-мишенями метастазирования колоректального рака традиционно считаются печень, легкие, париетальная и висцеральная брюшина. Более редко поражаются кости, головной мозг, мягкие ткани. Изолированное метастатическое поражение надпочечников при колоректальном раке встречается редко, и в литературе описаны единичные

наблюдения клинических случаев успешного хирургического лечения таких пациентов [2,3,4,5]. При этом, в ряде работ показано, что хирургическое лечение этой категории пациентов оправдано и приводит к увеличению общей выживаемости [6,7]

Представляем клиническое наблюдение больной колоректальным раком с изолированным массивным метастатическим поражением надпочечника.

Больная Б. 53 лет находится под наблюдением в Воронежском областном клиническом онкологическом диспансере с сентября 2014 года, когда при обследовании по поводу жалоб на выделение крови при дефекации диагностирован рак среднеампулярного отдела прямой кишки. По данным обследования, опухоль локализовалась в среднеампулярном отделе прямой кишки, нижний полюс ее располагался на 6 см от края ануса, распространялась за пределы стенки кишки и выходила в мезоректальную клетчатку. Гистологически — умереннодифференцированная аденокарцинома. По данным комплексного обследования, включая МРТ малого таза и СКТ грудной клетки и брюшной полости, признаков наличия отдаленных метастазов не выявлено. Опухоль стадирована как cT3NxMo. На консилиуме принято решение о проведении комбинированного лечения с предоперационной химио-лучевой терапией. Пациентке проведена ХЛТ СОД 46 Гр, после реализации эффекта которой 17.12.2014 больная оперирована в объеме нервосберегающей низкой передней резекции прямой кишки с разгрузочной трансверзостомией. На операции отдаленных метастазов также не выявлено. По данным морфологического исследования удаленного препарата: постлучевая язва прямой кишки (4 ст. лечебного патоморфоза), метастаз в 1 из 12 исследованных регионарных лимфоузлов с 3 ст. лечебного патоморфоза. Клинический диагноз — рак среднеампулярного отдела прямой кишки урT3N1Mo, III стадия. Больной рекомендовано проведе-

ние адьювантной химиотерапии капецитабином. По прохождении 2 курсов 18.02.15 ликвидирована разгрузочная трансверзостома. На фоне дальнейшего проведения ПХТ зафиксирован рост уровня РЭА с 5 нг/мл до 40 нг/мл, что послужило поводом для выполнения компьютерной томографии брюшной полости и грудной клетки. В забрюшинном пространстве слева выявлена опухоль 120×100 мм, органопринадлежность достоверно определить не представляется возможным. Опухоль вовлекает левый надпочечник, селезенку, подрастает к левой почке, аорте, поджелудочной железе, диафрагме (рис. 1).

Другой патологии в брюшной полости и грудной клетке не выявлено. Данных за местный рецидив также не получено. Выполнена пункционная биопсия забрюшинной опухоли слева под УЗИ контролем. Гистологическое заключение — метастаз умереннодифференцированной аденокарциномы.

Тактика лечения больной обсуждена на консилиуме. В данной ситуации, с учетом выраженной местной распространенности опухоли, несмотря на сомнительную резектабельность, единственным возможным вариантом радикального лечения признано выполнение комбинированной операции по удалению местно-распространенной опухоли забрюшинного пространства.

24.04.2015 г. выполнена операция: комбинированное удаление забрюшинной опухоли слева с левосторонней адреналэктомией и спленэктомией. В условиях мультимодальной анестезии с ИВЛ выполнена J-образная лапаротомия слева. Состояние после низкой передней резекции прямой кишки и закрытия превентивной трансверзостомы. В области предшествовавшей колостомы умеренный спаечный процесс, острым путем спайки разделены с восстановлением нормальной анатомии. В брюшной полости выпота, диссеминации не выявлено. Признаков местного рецидива опухоли нет. В печени пальпаторно метастатического поражения нет. При дальнейшей ревизии определяется забрюшинная опухоль сле-

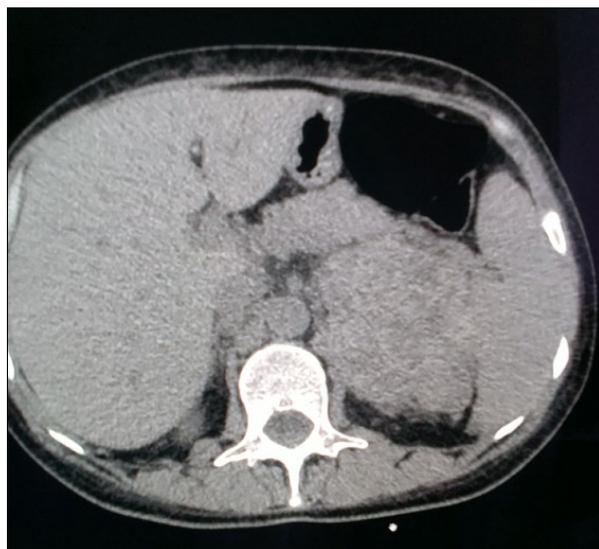


Рисунок 1а. СКТ брюшной полости (аксиальный срез)

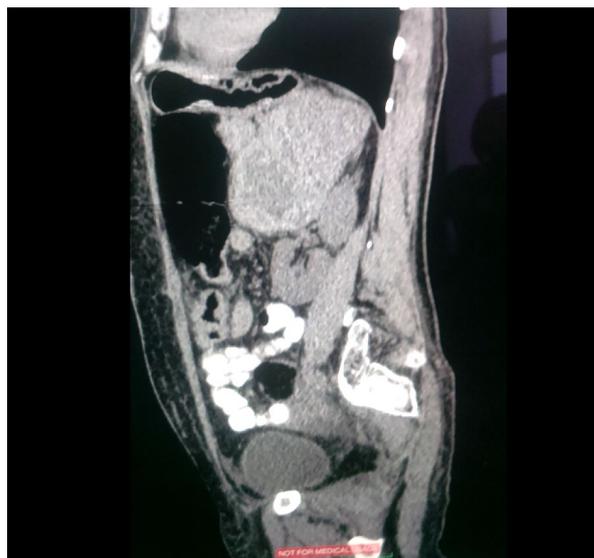


Рисунок 1б. СКТ брюшной полости (сагиттальный срез)

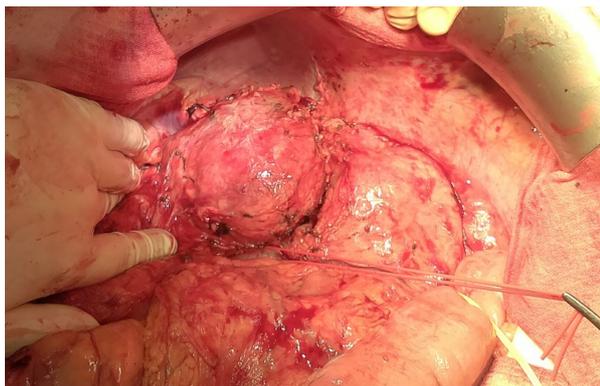


Рисунок 2. Этап мобилизации опухоли (на турникете – левые почечные артерия и вена)

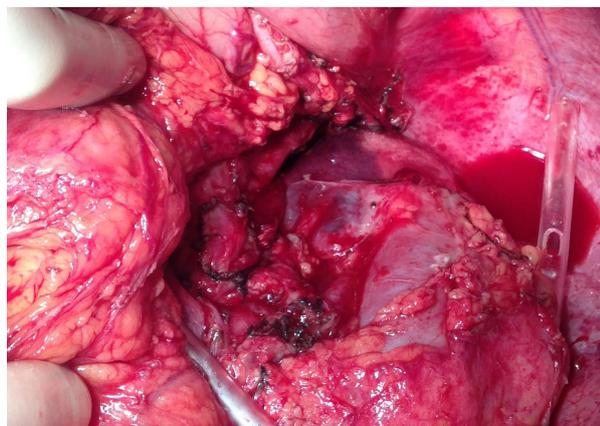


Рисунок 3а. Операционное поле после удаления опухоли

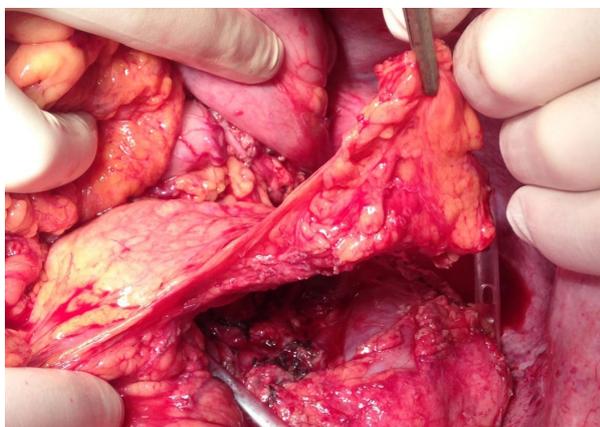


Рисунок 3б. Операционное поле после удаления опухоли



Рисунок 4. Вид удаленной опухоли

ва (размером около 12×10 см), неподвижная, в проекции левой почки, селезенки и тела и хвоста поджелудочной железы. Принято решение о выполнении оперативного вмешательства в указанном объеме. С использованием монополярного коагулятора и гармонического скальпеля рассечена брюшина левого бокового канала на всем протяжении, диафрагмально-ободочная связка, левые 1/2 желудочно-ободочной связки и желудочно-селезеночная связка. С соблюдением эмбрионального слоя полностью мобилизована левая половина ободочной кишки. Выделены левая почка, тело и хвост поджелудочной железы, селезенка. После этого выявлено, что опухоль наиболее вероятно исходит из левого надпочечника, резко оттесняет почку вниз, деформируя ее сосудистую ножку и сильно изменяя анатомию данной области (рис. 2).

Опухоль расположена ретропанкреатически, оттесняет селезенку, интимно прилегая к ее воротам, что делает удаление опухоли без спленэктомии невозможным. Отмечается умеренно выраженная спленомегалия. Селезенка с техническими трудностями мобилизована, ножка ее лигирована, пересечена, произведена спленэктомия. С техническими трудностями полностью мобилизованы хвост и тело поджелудочной железы. С большими техническими трудностями, связанными с локализацией и размерами образования, опухоль полностью выделена с резекцией левой ножки диафрагмы с выполнением левосторонней адреналэктомии с клетчаткой и удалением капсулы почки в области ее верхнего полюса. Опухоль удалена en bloc (рис. 3).

Продолжительность операции — 180 минут. Интраоперационная кровопотеря — 400 мл.

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на 8-е сутки послеоперационного периода. По данным планового морфологического исследования — в левом надпочечнике метастаз высокодифференцированной аденокарциномы с 1 ст. лечебного патоморфоза. Тактика лечения больной обсуждена на консилиуме. Ситуация расценена как солитарный метастаз рака прямой кишки в левый надпочечник. С учетом R0 характера операции, рекомендовано проведение 6 курсов адьювантной ПХТ по схеме FOLFOX.

Клинический диагноз: рак прямой кишки урТ3N1aMo IIIa ст. Состояние после комбинированного лечения (ХЛТ СОД 46 Гр, хирургическое лечение 12.2014 г.). Прогрессирование: метастаз в левый надпочечник. Состояние после хирургического лечения 04.2015 г.

Заключение

Приведенное наблюдение демонстрирует возможности выполнения комбинированных операций по поводу местнораспространенных забрюшинных рецидивов колоректального рака. Наличие вероятности изолированного метастатического поражения надпочечников при раке толстой кишки, диктует необходимость более тщательной оценки данных зон при первичной диагностике и проведении контрольных обследований у больных, перенесших ранее радикальные операции по поводу колоректального рака.

Список литературы:

1. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2013 г. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П. А. Герцена» Минздрава России. 2015. 250 с.
2. Вишневецкий А. В., Андрейцева О. И., Харазов А. Ф. и др. Метастаз колоректального рака в надпочечник, осложненный опухолем тромбозом нижней полой вены. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2015; 1: 68–72.
3. Jabir H., Tawfiq N., Moukhliiss M., et al. Metachronous bilateral isolated adrenal metastasis from rectal adenocarcinoma: a case report. *Case Rep Gastrointest Med.* 2014; 2014:516403. doi: 10.1155/2014/516403.
4. Oldani A., Monni M., Soligo E., et al. Metachronous solitary left adrenal gland metastasis of right colon cancer treated with laparoscopic approach. *Ann Ital Chir.* 2014; 85 (epub). pii: S2239253X14022762.
5. Chen L., Wang D., Mao W., et al. Case of Long-term Survival after Curative Resection for Synchronous Solitary Adrenal Metastasis from Rectal Cancer. *Pak J. Med. Sci.* 2014; 30 (1): 216–219.
6. Moreno P, de la Quintana Basarrate A., Musholt T. J., et al. Adrenalectomy for solid tumor metastases: results of a multicenter European study. *Surgery.* 2013; 154 (6): 1215–1222.
7. Vazquez B. J., Richards M. L., Lohse C. M., et al. Adrenalectomy improves outcomes of selected patients with metastatic carcinoma. *World J. Surg.* 2012; 36 (6):1400–1405. doi: 10.1007/s00268–012–1506–3.

Информация об авторах:

1. Мошуров Иван Петрович — к. м. н., главный врач БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
2. Сидоров Дмитрий Владимирович — д. м. н., руководитель абдоминального отделения МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
3. Головкин Дмитрий Анатольевич — д. м. н., заведующий колопроктологическим отделением БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
4. Петров Леонид Олегович — к. м. н., научный сотрудник абдоминального отделения МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
5. Суховерков Дмитрий Валентинович — врач-онколог БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
6. Быковцев Максим Борисович — врач-онколог БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
7. Мошуров Руслан Иванович — ординатор БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Оформление ссылки для цитирования статьи:

Мошуров И.П., Сидоров Д.В., Головкин Д.А., Петров Л.О., Суховерков Д.В., Быковцев М.Б., Мошуров Р.И. Клинический случай массивного изолированного метастатического поражения надпочечника при колоректальном раке. *Исследования и практика в медицине.* 2015; 2(3): 89-92. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-3-89-92

Moshurov I.P., Sidorov D.V., Golovkov D.A., Petrov L.O., Sukhoverkov D.V., Bykovtsev M.B., Moshurov R.I. Clinical case of a massive isolated metastatic adrenal lesion in colorectal cancer. *Issled. prakt. Med.* 2015; 2(3): 89-92. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-3-89-92

Конфликт интересов. Все авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. All authors report no conflict of interest.

References:

1. Kaprin A. D., Starinskii V. V., Petrova G. V. Zlokachestvennye no-voobrazovaniya v Rossii v 2013 g. M.: MNI OI im. P. A. Gertsena — filial FGBU «FMITS im. P. A. Gertsena» Minzdrava Rossii. 2015. 250 s. (Russian)
2. Vishnevskii A. V., Andreitseva O. I., Kharazov A. F. i dr. Metastaz kolorektal'nogo raka v nadpochechnik, oslozhnennyi opuk-holevym trombozom nizhnei poloi veny. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova.* 2015; 1: 68–72. (Russian)
3. Jabir H., Tawfiq N., Moukhliiss M., et al. Metachronous bilateral isolated adrenal metastasis from rectal adenocarcinoma: a case report. *Case Rep Gastrointest Med.* 2014; 2014:516403. doi: 10.1155/2014/516403.
4. Oldani A., Monni M., Soligo E., et al. Metachronous solitary left adrenal gland metastasis of right colon cancer treated with laparoscopic approach. *Ann Ital Chir.* 2014; 85 (epub). pii: S2239253X14022762.
5. Chen L., Wang D., Mao W., et al. Case of Long-term Survival after Curative Resection for Synchronous Solitary Adrenal Metastasis from Rectal Cancer. *Pak J. Med. Sci.* 2014; 30 (1): 216–219.
6. Moreno P, de la Quintana Basarrate A., Musholt T. J., et al. Adrenalectomy for solid tumor metastases: results of a multicenter European study. *Surgery.* 2013; 154 (6): 1215–1222.
7. Vazquez B. J., Richards M. L., Lohse C. M., et al. Adrenalectomy improves outcomes of selected patients with metastatic carcinoma. *World J. Surg.* 2012; 36 (6):1400–1405. doi: 10.1007/s00268–012–1506–3.

Information about authors:

1. Moshurov Ivan Petrovich — PhD, head doctor of BOH «Voronezh regional clinical oncological dispensary»
2. Sidorov Dmitriy Vladimirovich — MD, head of abdominal department of P. Hertsen MORI
3. Golovkiv Dmitriy Anatolyevich — MD, head of coloproctological department of BOH «Voronezh regional clinical oncological dispensary»
4. Petrov Leonid Olegovich — PhD, researcher of abdominal department of P. Hertsen MORI
5. Sukhoverkov Dmitriy Valentinovich — oncologist of BOH «Voronezh regional clinical oncological dispensary»
6. Bykovtsev Maxim Borisovich — oncologist of BOH «Voronezh regional clinical oncological dispensary»
7. Moshurov Ruslan Ivanovich — resident of BOH «Voronezh regional clinical oncological dispensary»