

Комбинированное и лучевое лечение рака большого дуоденального соска

Харченко В.П., Лютфалиев Т. А., Харченко Н.В., Чхиквадзе В. Д., Хмелевский Е.В., Кунда М. А., Запиров Г. М.. «Российский Научный центр рентгенорадиологии Минздравсоцразвития России», г. Москва.

Резюме

Проанализированы истории болезни 89 больных раком большого дуоденального соска, находившихся на лечении в РНЦРР с 1990 по 2008 гг. Произведено сравнение эффективности различных способов ранней диагностики и лечения рака большого дуоденального соска, осложненного синдромом желтухи.

Ключевые слова: рак большого дуоденального соска, желтуха, хирургия, лучевая терапия

The combined and radiation therapy for cancers of the major duodenal papilla.

V.P. Khartchenko, T.A. Lutfaliev, N.V. Khartchenko, V.D. Chikvadze, E.V.

Khmelevskiy, M.A. Kunda, G.M. Zapiro

Russian Scientific Center of Roentgenoradiology, Moscow

Summary

The authors analyze the histories of cases of 89 patients with cancers of the major duodenal papilla, which got treatment in Russian Scientific Center of Roentgenoradiology since 1990 till 2008. The various ways of early diagnostics and treatment of those cancers complicated by jaundice syndrome are compared.

Key words: cancer of the major duodenal papilla, jaundice, surgery, radiation therapy

Оглавление:

Введение

Материалы и методы

Результаты и обсуждение

Список литературы

Введение

Рак поджелудочной железы из всех онкологических локализаций имеет самый худший прогноз: в среднем, в Европе 5-летняя популяционная выживаемость составляет 6% (по данным национальных раковых регистров EURO-CARE-4), варьируя от 2% в Исландии до 8% в Португалии.

Несмотря на некоторый прогресс, лечение рака большого дуоденального соска до настоящего времени характеризуются неудовлетворительными результатами. Рак большого дуоденального соска в большинстве наблюдений диагностируется в поздних стадиях заболевания. В хирургии рака большого дуоденального соска преобладают

хирургические и эндохирургические вмешательства, направленные на устранение непроходимости желчных протоков и не оказывающие непосредственного противоопухолевого воздействия.

Радикальные операции выполняются лишь у 18 % больных, а госпитальная летальность составляет при этом 38 %. 5-летняя выживаемость после радикального хирургического лечения не превышает 15 %, средняя продолжительность жизни после паллиативных операций составляет 8-11мес.

Основной целью работы явилось повышение эффективности ранней диагностики и лечения рака большого дуоденального соска, осложненного синдромом желтухи, путем максимальной использования возможностей инструментальных методов исследований и совершенствования способов комбинированного и лучевого лечения заболевания.

Материалы и методы

Работа основана на анализе 89 больных раком большого дуоденального соска, находившихся на лечении в РНЦРР с 1990 по 2008 гг. Мужчин было 56, женщин – 33, средний возраст составил $56,6 \pm 5.1$ лет. Используемые методы клиничко-лабораторных исследований, ультразвуковой диагностики, рентгеноэндоскопических исследований подробно описаны в главе «Результаты и обсуждение» при анализе их сравнительной эффективности.

Результаты и обсуждение

Все больные госпитализированы в стационар с синдромом желтухи и симптомами печеночной недостаточности различной степени выраженности.

Рак фатерова соска в I стадии установлен у 28, II – у 36, III – у 20, IV – у 5 пациентов.

Высокодифференцированная аденокарцинома, встретившаяся у 87 больных, явилась основным вариантом морфологической диагностики рака фатерова соска. У 2 больных диагностирован злокачественный карциноид фатерова соска.

В диагностике рака большого дуоденального соска были применены клинические, лабораторные методы, инструментальные способы исследований: ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические, радиоизотопные, морфологические.

Главными задачами инструментальных исследований в диагностике рака фатерова соска явились выявление опухолей, морфологическое подтверждение диагноза и определение распространенности опухолевого процесса.

На начальном этапе инструментальной диагностики использовалась ультразвуковая томография. При раке большого дуоденального соска выявлялись расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, увеличенный слоистый желчный пузырь. Гомогенный расширенный печечно-желчный проток прослеживался на всем протяжении, вплоть до стенки двенадцатиперстной кишки. Рак фатерова соска у 60 больных визуализировался в виде гиперэхогенного образования, исчерченного многочисленными вкраплениями, придававшими опухоли мелкоячеистую структуру, у 19 – как гипоэхогенное образование. По данным ультразвуковых исследований рак фатерова соска выявлен у 69 больных.

Метастатическое поражение лимфатических узлов у больных раком фатерова соска установлено в 24 наблюдениях: у 7 – парадуоденальных, у 7 – перипанкреатических, у 8- парадуоденальных и перипанкреатических, у 2 – перихоледохеальных. Метастазы рака фатерова соска в печень по данным ультразвукового исследования выявлены в 5 наблюдениях.

Изменения со стороны 12-ти перстной кишки при раке фатерова соска выявлены у 34 больных при ее рентгенологическом исследовании (дуоденография), и у 38 – при дуоденоскопии. Наиболее часто определялись сужение двенадцатиперстной кишки, язвообразование. Реже выявлялись ее сдавление и стеноз.

Проведенные рентгеноэндоскопические исследования 12-ти перстной кишки позволили у всех больных диагностировать рак фатерова соска, установить распространенность опухолевого процесса на стенку органа, оценить протяженность поражения и подтвердить характер выявленных изменений при дуоденобиопсии.

При рентгеноконтрастных исследованиях желчных протоков при раке фатерова соска устанавливался точный уровень обструкции желчных протоков, определялась зоны опухолевого роста, уточнялась распространенность опухолевого процесса по стенке общего желчного протока, оценивалось состояние пузырного протока.

Результаты одномоментной фистулохолангиодуоденографии имели значение в планировании объема радикального вмешательства при раке фатерова соска. Проведенная у 39 пациентов фистулохолангиодуоденография в 17 случаях выявила переход опухолевого процесса за стенку двенадцатиперстной кишки на интрапанкреатический отдел общего желчного протока. В 22 наблюдениях опухоль локализовалась только в области большого дуоденального соска, при этом выявлялся неизменный интрамуральный отдел общего желчного протока.

Для выявления топографии и степени вовлечения в опухолевый процесс ключевых артериальных и венозных стволов панкреатобилиарной зоны в 44 наблюдениях применялась одномоментная ангиохолангиография. Вовлечение в

опухолевый процесс магистральных сосудов панкреатобилиарной зоны установлено у 7 больных. Наиболее часто в опухолевый процесс вовлекалась верхнее-брыжеечная вена. С учетом распространенности опухолевого процесса на сосуды формулировалось заключение о возможности мобилизации и резекции пораженного органа.

По результатам исследований у 37 больных опухоль была признана резектабельной, что подтверждено при проведении радикальных хирургических вмешательств, в 7 - нерезектабельной.

У 89 больных раком большого дуоденального соска с синдромом желтухи клиническое течение заболевания осложнилось развитием печеночной недостаточности.

Проведенные биохимические, радиоизотопные и морфологические исследования показали, что печеночная недостаточность, осложняющая клиническое течение рака большого дуоденального соска в желтушной стадии заболевания, характеризуется выраженными функциональными и структурными изменениями печеночной ткани.

Для устранения обтурационного холестаза 74 больным проведены чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессивные вмешательства и 15 эндоскопическое протезирование желчных протоков. На последующих этапах декомпрессии по мере ликвидации желчной гипертензии у 36 пациентов после холецистостомии и 4 - после холедохостомии проведено наружно-внутреннее дренирование желчных протоков.

Осложнения чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков наблюдались у 3 больных. Прогрессирующая печеночная недостаточность после эндобилиарной декомпрессии желчных протоков явилась причиной летальных исходов у 2 больных.

Билиодигестивные анастомозы - у 26, долговременное наружно-внутреннее дренирование у - 14, эндопротезирование желчных протоков - у 17 пациентов явились методами окончательного восстановления оттока желчи в кишечник.

Комбинированное лечение проведено 30, лучевое -55, паллиативное хирургическое - 2 больным.

На первом этапе комбинированного лечения выполнялись радикальные хирургические вмешательства.

Панкреатодуоденальная резекция выполнена 18, папиллэктомиа - 12 больным.

Радикальные хирургические вмешательства у больных в субкомпенсированной стадии печеночной недостаточности выполнялись не ранее чем на 24, в декомпенсированной стадии печеночной недостаточности - на 36 сутки после

декомпрессии желчных протоков, когда восстанавливалось функционально-морфологическое состояние печени.

Техника выполнения папиллэктомии не представляла каких-либо особенностей.

Этапы панкреатодуоденальной резекции состояли в мобилизации панкреатодуоденального комплекса, выделении верхней брыжеечной и воротной вен, пересечении желудка, общего желчного протока и тощей кишки, поджелудочной железы в области ее перешейка и крючковидного отростка. Реконструктивный этап операции состоял в последовательном наложении панкреатоэнтеро-, холедохоэнтеро-, гастроэнтеро-, энтероэнтероанастомозов.

Панкреатодигестивный анастомоз формировался по способу, суть которого заключается в наложении соустья на наружном дренаже панкреатического протока и иссечением серозно-мышечного лоскута из стенки тощей кишки в зоне анастомоза, что обеспечивало адекватный отток панкреатического секрета в кишечник и надежную герметичность соустья.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 больных. Летальных исходов не было.

На втором этапе комбинированного лечения проводилась послеоперационная лучевая терапия.

Послеоперационная лучевая терапия и лучевое лечение рака большого дуоденального соска проводилось методом последовательно сокращающихся полей.

В поле облучения включались ложе удаленной опухоли или сама опухоль, зоны регионарного лимфооттока. Применялся расщепленный курс лучевой терапии в режиме мелкого фракционирования дозы. РОД составила 1,8-2 Гр.; СОД 50-60 Гр. на зоны регионарного лимфооттока; 66-70 Гр. на ложе опухоли и 66-80 Гр. на опухоль.

Лучевые реакции при проведении послеоперационного облучения встретились у 4, лучевого лечения – у 7 больных. Характер лучевых реакций, их клинические проявления и лечение были идентичными как при проведении послеоперационной лучевой терапии, так и лучевого лечения.

Применение метода последовательно сокращающихся полей в комбинированном лечении рака большого дуоденального соска позволило реализовать программу послеоперационной лучевой терапии у всех больных, в лучевом лечении – достичь регрессии опухолей, а в отдельных случаях – их полной резорбции, исчезновения или уменьшения болевых ощущений, минимизировать частоту лучевых реакций и выраженность их клинических проявлений.

Отдаленные результаты изучены у 30 больных после комбинированного, у 55, - после лучевого лечения рака большого дуоденального соска.

3-5-летняя выживаемость больных после комбинированного лечения составила – $56,3 \pm 9,1\%$ и $26,6 \pm 8,0\%$.

Средняя продолжительность жизни, 3 и 5-летняя выживаемость больных после лучевого лечения были $29,8 \pm 4,3$ мес., $15,0 \pm 7,9\%$ и $5,0 \pm 4,8\%$.

Проведенные инструментальные исследования обеспечили достижение достоверного диагноза и позволили избрать правильную тактику лечения. Сравнительный анализ отдаленных результатов комбинированного и лучевого лечения рака большого дуоденального соска показал, что применение комбинированного лечения достоверно улучшает отдаленные результаты. При противопоказаниях к радикальным хирургическим вмешательствам целесообразно использования лучевого лечения заболевания.

Список литературы

1. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. - М. : Медицина, 1982. - 272 с.
2. Виноградов В.В., Лапкин К.В., Лютфалиев Т.А. и др. Желчеотводящие анастомозы при опухолевой обтурации желчных протоков. // Вестник хирургии. - 1985. - т. 134. - №4. - С. 40-
3. Дасаев А.Н., Зунтов Б.М., Загвозкин В.Н. и др. Опыт хирургического лечения рака холангиопанкреатодуоденальной зоны. // Сб. тез. докл. I Московского Международного конгресса хирургов. - М., 1995. - С.284-285.
4. Долгушин Б.И., Чулкова Н.Н., Джумагулова Г.Ш. РКТ в комплексной диагностике заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны. // В кн. : Современная компьютерная и магнитно-резонансная томография в многопрофильной клинике. - М., 1997. - С. 179-181.
5. Лапкин К.В., Базилевич Ф.В., Малярчук В.И. и др. Прецизионная техника панкреатодуоденальной резекции. // Хирургия. - 1991. - № 2. - С. 104-109.
6. Мовчан К.Н., Татарин С.Н., Солдатенков О.Е. Оценка результатов гастропанкреатодуоденальной резекции у онкологических больных. // Вопросы онкологии. - 1994. - т. 40. - № 1-3. - С. 90-94.
7. Патютко Ю.И., Игнатюк В.Г., Лагошный А.Т. и др. Непосредственные результаты радикального лечения больных опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны. // В кн. : Хирургия хронического панкреатита и опухолей поджелудочной железы. - М., 1993. - С. 56.
8. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 г. Под редакцией М.И.Давыдова, Е.М.Аксель// Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. -2008.- 19.- №2.-Прил.1.-154 с.

9. Харченко В.П., Лютфалиев Т.А., Хмелевский Е.В. и др. Хирургическое и комбинированное лечение рака поджелудочной железы. // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1996. - № 4. - С. 72.
10. Berrino F., Verdecchia A., Lutz J. M. et al, the EURO CARE Working Group. Comparative cancer survival information in Europe// Eur J Cancer.- 2009.-V. 45.-P. 901-908.
11. Daskalakis Kr., Pavlis Th., Mouloudaki E. et al. Cancer of pancreas and periamplary region. Radical and palliative operations. Ten years material. // В кн. : Хирургия хронического панкреатита и опухолей поджелудочной железы. - М., 1993. - С 46-47.
12. Reber H., Palliative operations for pancreatic cancer. // In Surgical Diseases of the Pancreas, Philadelphia, Lea and Febiger. - 1987. - p. 725-733.
13. Rode J. The pathology of pancreatic cancer. // Bail. Clin. Gastroenterol.- 1990. - v. 4. -№ 4. - p. 793-813.
14. Sheth N., Dalbagni G., Rothenberg R et al. Carcinoma of the Pancreas in Nonjaundiced Patients. A Silent Disease. // Amer. J. Surg. – 1985. -v. 51. - № 5. - p. 252-255.