

Опыт лечения пациентов с внеорганными опухолями таза

А.М. Кузьминов, С.А. Фролов, А.С. Бородкин, Ю.Ю. Чубаров, В.Ю. Королик, И.Ф. Борисов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Experience of treatment of presacral tumors

A.M. Kuzminov, S.A. Frolov, A.S. Borodkin, Yu.Yu Chubarov, V.Yu. Korolik, I.F. Borisov

Federal government-financed institution «Ryzhikh State Scientific Center of Coloproctology» Ministry of healthcare of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с внеорганными опухолями таза.

Материал и методы. Представлен опыт хирургического лечения 21 пациента с истинными внеорганными опухолями таза, оперированных в ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России с 2004 по 2013 г. В изученной группе было 16 (76%) женщин и 5 (24%) мужчин, средний возраст составил 46,3±15,1 года.

Результаты. Рецидив опухоли выявлен у 4 (5,6%) оперированных больных, опухоли у которых имели различное гистологическое строение.

Заключение. Накопленный опыт оперативных вмешательств при доброкачественных внеорганных опухолях таза позволяет считать хирургический метод адекватным способом лечения.

Наибольшее число рецидивов наблюдается при злокачественном характере опухоли, такие больные нуждаются в комбинированном лечении в условиях специализированного онкологического стационара.

Выбор хирургического доступа, в первую очередь, определяется локализацией новообразования.

Ключевые слова: неэпителиальные опухоли, таз.

Aim of investigation. Improvement of presacral tumors treatment results.

Material and methods. Data of surgical treatment 21 patients with true presacral tumors, operated in Federal government-financed institution «Ryzhikh State Scientific Center of Coloproctology», Ministry of healthcare of the Russian Federation with 2004 on 2013 was analyzed. Study group included 16 women (76%) and 5 men (24%) with mean age of 46,3±15,1 years.

Results. Tumor relapse was revealed in 4 (5,6%) of operated patients, tumors in these cases had various histological structure.

Conclusion. Experience of surgical interventions at benign retrorectal presacral tumors allows to consider surgical method as adequate treatment approach.

The highest relapse rate was observed at malignant tumors; such patients require the combined treatment at specialized oncologic clinic. The choice of surgical access is determined, first of all, by neoplasm localization.

Key words: nonepithelial tumors, pelvis.

Королик Вячеслав Юрьевич — кандидат медицинских наук, научный сотрудник ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России. Контактная информация: v.korolik@mail.ru; Москва, ул. Саляма Адиля, д. 2
Korolik Vyacheslav Yu — MD, research associate, Federal government-financed institution «Ryzhikh State Scientific Center of Coloproctology» Ministry of healthcare of the Russian Federation. Contact information: v.korolik@mail.ru; Moscow, Salyama Adilya street, 2

Под термином «внеорганный опухоль» подразумевается опухоль забрюшинного пространства, в том числе с локализацией в полости таза, не связанная с окружающими ее органами [2–5].

В связи с этим клинико-морфологические характеристики опухолей забрюшинного пространства представлены различными формами гистогенетических тканей, имеют характерные для данной области анатомические особенности строения, обусловленные сложным процессом эмбриогенеза [5]. При этом источниками клеток опухолей могут быть все три зародышевых листка, что определяет их гистологический полиморфизм [5, 6].

В отечественной литературе используются классификации лишь врожденных опухолей таза, к которым принадлежат каудальные тератомы, эпидермоидные и эпидермальные опухоли [2, 5].

В зарубежных источниках наиболее распространенной является классификация, которая разделяет опухоли таза на врожденные, костные, нейрогенные, воспалительные и прочие с подразделением на злокачественные и доброкачественные [8, 20]. Также применяется классификация внеорганных опухолей таза, в которой выделены четыре группы новообразований: доброкачественные и злокачественные, врожденные и приобретенные. В каждой из групп опухоли таза разделяются по их гистологическому строению: фибромы, лейомиомы, шванномы, нейролемомы [15].

В настоящее время встречаются лишь отдельные описания клинических наблюдений за больными с опухолями забрюшинного пространства, в том числе локализующимися в полости таза. Так, например, на 40 000 госпитализаций хирургических больных в клинику Мэйо за 29 лет только в 120 (0,3%) случаях были диагностированы опухоли пресакрального пространства [13].

Физикальные методы исследования, как и рутинные инструментальные, недостаточно информативны и позволяют установить лишь предварительный диагноз. Для уточнения размеров, топографо-анатомических взаимоотношений новообразования с органами таза применяются высокотехнологичные методы исследований. Наиболее распространены рентгенологическая и ультразвуковая диагностика, компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ) [10, 12, 14, 18].

Выбор метода лечения внеорганных опухолей таза зависит от их гистологического строения и может быть как хирургическим, так и комплексным, включающим хирургический этап, химио- и лучевую терапию [1].

Хирургический доступ определяется локализацией образования и его размерами. Наиболее распространенными доступами для удаления внеорганных опухолей таза являются абдоминальный, абдоиносакральный, парасакральный, про-

Клинические проявления внеорганных опухолей таза

Жалобы	Количество больных	Процент
Болевой синдром:		
перианальная область	5	24
нижние конечности	5	24
крестцово-копчиковая и ягодичная области	4	19
промежность	3	14
нижние отделы живота	1	5
Нарушение дефекации	5	24
Дизурия	4	19
Бессимптомное течение	4	19

межностный, трансректальный, межсфинктерный и комбинированный [7, 10, 16, 19].

В современной литературе встречаются также единичные сообщения об использовании лапароскопических методов и применении трансанальной эндомиохирургии при опухолях рассматриваемой локализации [17, 21].

Результаты хирургического лечения внеорганных опухолей таза весьма противоречивы и зависят от распространенности и гистологического строения новообразования [9].

Материал и методы исследования

В ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России в период с 2003 по 2013 г. накоплен опыт хирургического лечения 212 пациентов с опухолевидными образованиями таза, из которых 191 (90,1%) являлись пресакральными тератомами, т. е. врожденными пороками развития, а истинные внеорганные опухоли, имевшие различное гистологическое строение, были диагностированы лишь в 21 (9,9%) наблюдении.

В представленной группе больных было 16 (76%) женщин и 5 (24%) мужчин, средний возраст составил 46,3±15,1 года.

Отсутствие характерных симптомов заболевания, разнообразие клинических проявлений, а зачастую бессимптомное течение затрудняли диагностику. У 3 (14%) пациентов внеорганные опухоли таза выявлены при различных хирургических вмешательствах — резекции сигмовидной ободочной кишки, удалении кисты яичника, вскрытии острого парапроктита, у 4 (19%) — при диспансерном обследовании, включавшем в себя ультразвуковое исследование, у 6 (28,5%) — при гинекологическом осмотре и лишь в 8 (38%) случаях диагноз установлен колопроктологом.

Основными проявлениями заболевания являлись болевой синдром, нарушение опорожнения прямой кишки, дизурия. У ряда пациентов оно протекало бессимптомно (см. таблицу).



Рис. 1. Ультразвуковая картина пресакрально расположенной нейролемоммы



Рис. 4. Парасакральный доступ



Рис. 2. КТ-снимки. Невринома, уровень S_1-S_2

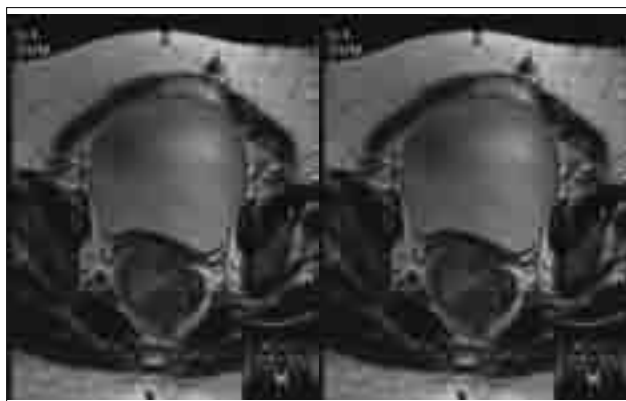


Рис. 3. МРТ-снимки. Пресакрально расположенная меланома

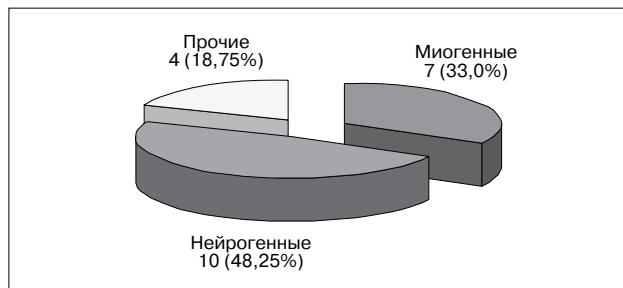


Рис. 5. Гистологический полиморфизм внеорганных опухолей таза

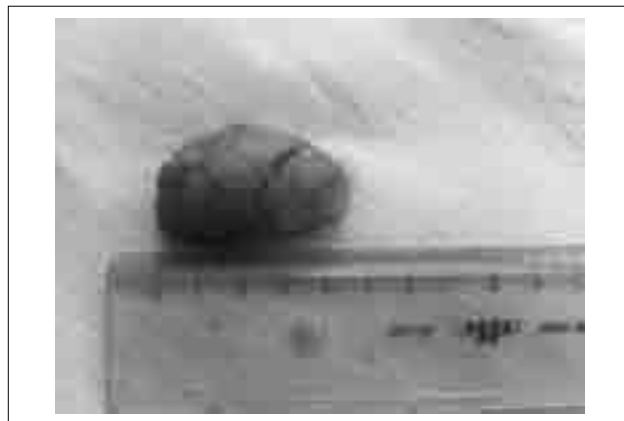


Рис. 6. Удаленная невринома

Обследование этой группы пациентов включало сбор анамнеза и физикальное обследование с обязательным пальцевым исследованием прямой кишки; инструментальная диагностика заключалась в проведении ректороманоскопии, прокто- или ирригоскопии, колоноскопии, ультразвуковой диагностики, КТ и МРТ.

Пальцевое исследование позволяло заподозрить наличие опухоли таза, уточнить ее размеры и расположение дистального полюса, предположить наличие связи с прямой кишкой и костными структурами таза. Ректороманоскопия давала возможность выявить деформацию прямой кишки, подтвердить внекишечное расположение новообразования.

Для уточнения диагноза внеорганной опухоли и выяснения ее анатомических взаимоотношений со структурами таза проводилось ультразвуковое исследование как конвексным датчиком со стороны промежности, так и линейным датчиком, введенным в просвет прямой кишки, — эндоректальная ультрасонография (18 пациентов/85,7%) — рис. 1. В целях дальнейшего выяснения распространенности и топографического взаимоотношения опухоли и органов таза выполнялись КТ (14 пациентов/66,7%) — рис. 2 или МРТ (13 пациентов/62,0%) — рис. 3.

Трудности дифференциальной диагностики, несмотря на проведение комплексного клини-

ко-инструментального обследования, позволили установить диагноз «внеорганный опухоль таза» до операции лишь у 5 (23,8%) из 21 пациента, у остальных 16 (76,2%) окончательный диагноз был поставлен только после патоморфологического исследования удаленного препарата.

Результаты исследования

У всех больных с новообразованиями таза предпринято хирургическое лечение с использованием различных доступов. Следует подчеркнуть, что фактором, определяющим выбор хирургического доступа, явился не столько размер новообразования, сколько уровень его распространенности в проксимальном направлении относительно позвоночного столба.

Парасакральный доступ применялся при пресакральном расположении опухоли, верхний полюс которой располагался не выше границы S_4-S_3 (рис. 4). При расположении основной массы образования выше этого уровня использовался абдоминальный доступ. Если же опухоль своим нижним полюсом находилась значительно ниже S_4-S_3 , а верхний полюс достигал уровня S_2-S_1 и проксимальнее, применялся комбинированный абдомино-парасакральный доступ. Образования, расположенные подкожно или в ишиоректальном пространстве, были удалены промежностным доступом.

У 10 (48,25%) больных опухоль удалена парасакральным доступом, в одном случае, при удалении лейомиосаркомы, развившееся неконтролируемое кровотечение из опухоли потребовало выполнения брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. У 8 (37,5%) человек для удаления новообразования таза был использован абдоминальный доступ. Промежностный доступ применен у 2 (9,5%) пациентов, комбинированный — у одного (4,75%).

Все удаленные препараты подвергнуты патоморфологическому исследованию, при этом установлено преобладание нейрогенных и миогенных опухолей (рис 5).

Нейрогенные опухоли у 10 (48,25%) больных были представлены в 4 (19,3%) случаях нейролеммой, в 2 (9,65%) — нейрофибромой, еще в 2 (9,65%) — невриномой (рис. 6), в 1 (4,8%) — шванномой и в 1 (4,8%) — эпендимомой. Злокачественных нейрогенных новообразований в наших исследованиях не было.

Среди миогенных опухолей (7/33,0%) в 3 (14,14%) наблюдениях диагностирована лейомиома, в 3 (14,14%) — лейомиосаркома и в 1 (4,71%) — ангиомиолипома.

К «прочим» (4/18,75%) — отнесены опухоли различного генеза, представленные разнообразными зародышевыми листками: малигнизированный карциноид — 1 случай (4,68%), эндометриоз —

1 (4,68%), хондрома — 1 (4,68%), меланома — 1 (4,68%).

У всех оперированных больных послеоперационный период протекал без осложнений.

Срок пребывания в стационаре составил в среднем $24,95 \pm 10,79$ дня. Медиана наблюдения за оперированными пациентами — $25,7 \pm 13,5$ мес.

В течение первого года наблюдения за 18 больными рецидив опухоли выявлен у 4 (5,6%) из них. Следует отметить, что первичные опухоли у этих пациентов имели различное гистологическое строение (лейомиосаркома, злокачественный карциноид, хондрома, меланома). Необходимо сказать и о том, что злокачественная природа первичной опухоли в данных случаях была установлена только при патоморфологическом исследовании удаленного препарата, вследствие чего эти пациенты были направлены в специализированные онкологические учреждения для решения вопроса о проведении химио- и лучевой терапии. Двум пациентам (с меланомой и лейомиосаркомой) в специализированном лечении было отказано в связи с генерализацией злокачественного процесса. Оба они погибли в течение 2 лет после хирургического вмешательства. Судьбу пациенток со злокачественным карциноидом и хондромой проследить не удалось.

В более поздние сроки наблюдения рецидивов опухоли не зарегистрировано.

Обсуждение результатов исследования

Выявление и лечение внеорганных опухолей таза является сложной задачей по причине затрудненной дифференциальной диагностики и топографо-анатомических особенностей их расположения в окружении органов и костных структур таза [4].

Распространенность этого заболевания крайне мала, о чем свидетельствуют представленные литературные данные. Число таких больных не превышает 0,5% от общей массы госпитализируемых в колопроктологические и онкологические стационары [13].

По нашим наблюдениям, пациенты с истинными внеорганными опухолями таза составили 9,1% от общего числа больных с диагностированными новообразованиями параректальной клетчатки.

Для точного определения топографо-анатомических взаимоотношений опухоли с органами таза необходимо применение таких методов, как магнитно-резонансная и компьютерная томография, ультразвуковое исследование [12, 14, 18].

Некоторыми авторами для верификации гистологической структуры опухолей используется тонкоигольная пункционная биопсия под ультразвуковой навигацией [11, 14, 18]. Однако мы согласны с их оппонентами и считаем, что про-

ведение этой процедуры может сопровождаться активацией воспалительного процесса в опухоли и биопсийном канале, а в случае злокачественного поражения — обсеменением раковыми клетками раневого канала, что потребует изменения объема хирургического вмешательства [12, 13].

Основным методом лечения рассматриваемой категории больных остается оперативное вмешательство [4]. Хирургический доступ определяется локализацией образования и его размерами [16].

Заключение

Истинные внеорганные опухоли таза являются редким заболеванием и могут происходить из разнообразных зародышевых листков. В связи с отсутствием четкой клинической картины и топографо-анатомическими особенностями таких ново-

образований их диагностика затруднена и требует применения комплекса современных диагностических мероприятий. Вопрос о целесообразности применения игольной пункционной биопсии для верификации гистологического строения опухоли требует дальнейшего изучения.

Накопленный опыт оперативных вмешательств при доброкачественных внеорганных опухолях таза позволяет считать хирургический метод адекватным способом лечения.

Наибольшее число рецидивов наблюдается при злокачественном характере опухоли, такие больные нуждаются в комбинированном лечении в условиях специализированного онкологического стационара.

Выбор хирургического доступа, в первую очередь, определяется локализацией новообразования.

Список литературы

1. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М.: Изд-во БИНОМ, 2011. 737 с.
1. Andreas M. Kaiser. Colorectal surgery. M.: BINOM publishing house, 2011. 737 p.
2. Коплатадзе А.М., Никитин А.М., Мушников В.Н., Михайлянц Г.С. Диагностика пресакральных тератоидных образований. Хирургия 1980; 10:76-80.
2. Koplatadze A.M., Nikitin A.M., Mushnikova V.N., Mikhaylyants G.S. Diagnostics of presacral teratoid tumors. Surgery 1980; 10:76-80.
3. Кузьминов А.М., Волков М.В., Чубаров Ю.Ю. Хирургическое лечение каудальных тератом, осложненных супралевакторными свищами. Колопроктология 2004; 2:3-7.
3. Kuzminov A.M., Volkov M.V., Chubarov Yu.Yu. Surgical treatment of caudal teratomas complicated by supralelevator fistulas. Koloproktologiya, 2004; 2:3-7.
4. Кузьминов А.М., Фролов С.А., Бородкин А.С., Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю., Борисов И.Ф. Неэпителиальные опухоли таза. Обзор литературы. Колопроктология 2014; 1:46-51.
4. Kuzminov A.M., Frolov S.A., Borodkin A.S., Chubarov Yu.Yu., Korolik V.Yu., Borisov I.F. Nonepithelial pelvic tumors. Literature review. Koloproktologiya 2014; 1:46-51.
5. Столяров В.И. Неорганные опухоли малого таза. Вопросы онкологии 1984; 30(4):48-51.
5. Stolyarov V.I. Presacral pelvic tumors. Voprosy onkologii 1984; 30(4):48-51.
6. Федоров В.Д., Цвиркун В.В. Хирургическое лечение больных с неорганными брюшинными опухолями. Актуальные вопросы хирургии. М., 1995:207-14.
6. Fedorov V.D., Tsvirkun V.V. Surgical treatment of presacral retroperitoneal tumors. Aktualnye voprosy khirurgii. M., 1995:207-14.
7. Buchs N., Taylor S., Roche B. The posterior approach for low retrorectal tumors in adults. Int J Colorectal Dis 2007; 22(4):381-5.
8. Dozois E.J., Jacobsky D.J., Dozois R.R. In: The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery / Eds. Wolff B.G., Fleshman J.W., Beck D.E., et al. New York: Springer; 2007; Presacral tumors:501-14.
9. Glasgow S.C., Birnbaum E.H., Lowney J.K., et al. Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. Dis Colon Rectum 2005; 48(8):1581-7.
10. Hassan I., Wietfeldt D. Presacral tumors: diagnosis and management. Clin Colon Rectal Surg 2009; 22(2):84-93.
11. Hobson K.G., Ghaemmaghami V., Roe J.P., Goodnight J. E., Khatri V.P. Tumors of the retrorectal space. Dis Colon Rectum 2005; 48(10). P. 1964-74.
12. Hoefnagel C.A. Metaiodobenzylguanidine and somatostatin in oncology: role in the management of neural crest tumours. Eur J Nucl Med 1994; 21:561-81.
13. Horenstein M.G., Erlandson R.A., Gonzales-Cueto D.M., et al. Presacral carcinoid tumors. Report of three cases and review of the literature. Am J Surg Pathol 1998; 22:251-5.
14. Jalil N.D., Pattou F.N., Combemale F., et al. Effectiveness and limits of preoperative imaging studies for the localization of pheochromocytomas and paragangliomas: a review of 282 cases. French Association of Surgery (AFC), and The French Association of Endocrine Surgeons (AFCE) Eur J Surg 1998; 164:23-8.
15. Lev-Chelouche D., Gutman M., Goldman G., et al. Presacral tumors: a practical classification and treatment of a unique and heterogeneous group of diseases. Surgery 2003; 133(5):473-8.
16. Li G.D., Chen K., Fu D., Ma X.J., Sun M.X., Sun W., Cai Z.D. Surgical strategy for presacral tumors: analysis of 33 cases. Chin Med J (Engl) 2011; 124(23):4086-91.
17. Marinello F.G., Targarona E.M., Luppi C.R., et al. Laparoscopic approach to retrorectal tumors: review of the literature and report of 4 cases. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2011; 21(1):10-3.
18. Troncone L., Rufini V., Daidone M.S., et al. 131I-Metaiodobenzylguanidine treatment of malignant pheochromocytoma: Experience of the Rome group. J Nucl Biol Med 1991; 35:295-9.
19. Tsutsui A., Nakamura T., Mitomi H., et al. Successful laparoscopic resection of a sacrococcygeal teratoma in an adult. Report Case. Surg Today 2011; 41:572-5.
20. Uhlig B.E., Johnson R.L. Presacral tumors and cysts in adults. Dis Colon Rectum 1975; 18(7):581-9.
21. Zoller S., Joos A., Dinter D., et al. Retrorectal tumors: excision by transanal endoscopic microsurgery. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99(9):547-50.