КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛЯ ПОЛНОТЫ УДАЛЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО-РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЙСЯ ОПУХОЛИ (LST)*

Черных Д. А.[1], Мяукина Л. М.[1], Филин А. А.[1], Дуванский В. А.[2, 3]
[1] ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница (Санкт-Петербург, Россия)
[2] ФГБУ «ГНЦ ЛМ им. О. К. Скобелкина ФМБА России» (Москва, Россия)
[3] Российский университет дружбы народов (Москва, Россия)

CONTROL OF THE COMPLETENESS REMOVAL LATERALLY SPREADING TUMOR (LST)*

Chernykh D. A.[1], Myaukina L. M.[1], Filin A. A.[1], Duvanskiy V. A.[2, 3]
[1] Leningrad regional clinical hospital (St. Petersburg, Russia)
[2] SSC LM them. O. K. Skobelkin FMBA of Russia (Moscow, Russia)
[3] Peoples friendship University of Russia (Moscow, Russia)

Для цитирования: Черных Д. А., Мяукина Л. М., Филин А. А., Дуванский В. А. Клинические аспекты контроля полноты удаления латерально-распространяющейся опухоли (LST). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;152(4): 99–100.

For citation: Chernykh D. A., Myaukina L. M., Filin A. A., Duvanskiy V. A. Control of the completeness removal laterally spreading tumor (LST). Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;152(4): 99–100.

Резюме

Радикальное лечение латерально-распространяющейся опухоли возможно путём его удаления; для предотвращения рецидива опухоли необходим контроль полноты удаления LST с использованием ZOOM и деструкции очагов остаточной опухолевой ткани аргоно-плазменной коагуляцией.

Ключевые слова: латерально-распространяющаяся опухоль, эндоскопическая резекция слизистой оболочки, контроль удаления фокусов остаточной опухолевой ткани, ZOOM, аргоно-плазменная коагуляция

Summary

The removal of the laterally spreading tumor is a radical method of its treatment; it is necessary to control the completeness of LST removal using ZOOM and destruction of residual tumor tissue by argon-plasma coagulation to prevent recurrence of the tumor.

Key words: laterally spreading tumor, endoscopic mucosal resection, control of the removal of the focus of residual tumor tissue, ZOOM, argon-plasma coagulation

Дуванский Владимир Анатольевич
Duvanskiy Vladimir A.
rudnendo@mail.ru
iva4583@yandex.ru

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

Удаление латерально-распространяющихся опухолей толстой кишки (laterally spreading colon tumor – LST) единым блоком после оценки критериев глубины инвазии имеет важное значение, так как улучшает патологоанатомическую оценку образования и снижает частоту местного рецидива [1]. Преимущественным в этом отношении является метод эндоскопической подслизистой диссекции (endoscopic submucosal dissection – ESD). Однако процедура имеет несколько недостатков, к которым относятся техническая трудность и риск перфорации до 6,7% [2, 3]. Хорошие клинические результаты на большом клиническом материале достигнуты в основном в Японии, однако эта вмешательство выполняется ограниченным количеством экспертов в специализированных медицинских центрах [1, 4].

Другим альтернативным методом удаления LST является эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR – endoscopic mucosal resection), которая может быть применена в виде фрагментарной резекции (piecemeal endoscopic mucous resection – pEMR) или резекции единым блоком [4]. Данное эндоскопическое вмешательство из-за простоты

освоения и затраты меньшего времени получила большое распространение во многих медицинских центрах [6]. Однако при удалении образований более 20 мм в диаметре возможны случаи оставления фрагментов неоплазии. Следовательно необходимо проводить контроль краёв резекции.

Клиническое наблюдение

Пациентка К. 65 лет, поступила в колопроктологическое отделение Ленинградской областной клинической больницы с диагнозом «Полип толстой кишки». При колоноскопии в нисходящем отделе толстой кишки выявлено плоско-приподнятое эпителиальное новообразование гранулярного типа диаметром 20 мм с узлом диаметром 10 мм (рис. 1).

При хромоскопии 0,5% раствором индиго кармінового отчетливо визуализируются границы новообразования: размер около 20*15 мм, тип IIa+Is (Парижская классификация, 2002г), окружающая слизистая оболочка с четко прослеживающейся кишечной архитектоникой (рис. 2). При хромоскопии 0,05% раствором генциан виолетового и механическом ZOOM x115 (эндоскоп Olympus CF Q-160 ZL ZOOM) определён тип ямочного рисунка новообразования IIIL (S. Kudo классификация 1996 г.), соответствующий гистологическому заключению – тубулярная аденома (рис. 3, 4, 5).

На первом этапе EMR в подслизистый слой области неоплазии введено 20 мл 0,4% раствора гиалуроновой кислоты, подкрашенного 0,5% раствором индиго карминового, до тех пор, пока новообразование свободно не приподнялось над окружающей тканью (рис. 6). Затем на неизменённую слизистую оболочку, отступя 2–3 мм от края новообразования, наложили петлю (рис. 7, 8) и выполнили его удаление в режиме резекция PulseCutSlow 120W и коагуляции SoftCoag 60W (электронож ESG-100 'Olympus'). Использование управляемой петли с жесткими браншами Kudo (фирмы MTW) дало возможность удалить образование одним блоком (рис. 9, 10). Признаков кровотечения нет. Новообразование извлечено для гистологического исследования.

В нашей практике помимо выполнения рекомендаций по методике резекции новообразования, мы обращаем внимание на контроль за полнотой удаления LST. В приведённом клиническом случае использован ZOOM для оценки краёв в зоне иссечения новообразования (рис. 11, 12). Фокусы остаточной опухолевой ткани удаляем, используя аргоно-плазменную деструкцию или петлевую резекцию (рис. 13, 14).

Заключение

Радикальное удаление LST чрезвычайно важно, так как неполное удаление опухоли является причиной местного рецидива, а при наличии остаточного рака – ускоренного его роста и фактором риска отдаленных метастазов. Залогом полного удаления неоплазии является правильный выбор вида эндоскопического вмешательства, соблюдение техники операции, а также тщательный контроль дна и краёв дефекта слизистой оболочки кишки с использованием ZOOM. Удаление очагов остаточной опухолевой ткани возможно с помощью петли или аргоно-плазменной коагуляцией.

Литература | Reference

1. *Sakamoto T, Saito Y, Nakamura F, Abe S, Takamaru H, Sekiguchi M, Yamada M, Nakajima T, Matsuda T, Yamagishi H, Kato H.* Short-term outcomes following endoscopic submucosal dissection of large protruding colorectal neoplasms. Endoscopy. 2017 Dec 13. doi: 10.1055/s-0043–123578.
2. *Mizushima T, Kato M, Iwanaga I, Sato F, Kubo K, Ehira N, Uebayashi M, Ono S, Nakagawa M, Mabe K, Shimizu Y, Sakamoto N.* Technical difficulty according to location, and risk factors for perforation, in endoscopic submucosal dissection of colorectal tumors. Surg Endosc. 2015 Jan;29(1):133–9. doi: 10.1007/s00464–014–3665–9.
3. *Князев М.В., Дуванский В. А.* Эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией подслизистого слоя – 20 лет спустя (обзор зарубежной литературы) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.–2015. № 4 (116). С. 53–58.
   Knyazev M. V., Duvansky V. A. Endoscopic resection of mucosa with dissection of the submucosal layer-20 years later (review of foreign literature). Experimental and clinical gastroenterology. 2015;116(4):53–58.
4. *Saito Y, Uraoka T, Yamaguchi Y, Hotta K, Sakamoto N, Ikematsu H, Fukuzawa M, Kobayashi N, Nasu J, Michida T, Yoshida S, Ikehara H, Otake Y, Nakajima T, Matsuda T, Saito D.* A prospective, multicenter study of 1111 colorectal endoscopic submucosal dissections (with video). Gastrointest Endosc. 2010 Dec;72(6):1217–25. doi: 10.1016/j.gie.2010.08.004
5. *Kudo S.* Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. Endoscopy. 1993; 25:455–461
6. *Nakajima T, Saito Y, Tanaka S, Iishi H, Kudo SE, Ikematsu H, Igarashi M, Saitoh Y, Inoue Y, Kobayashi K, Hisasbe T, Matsuda T, Ishikawa H, Sugihara K* Current status of endoscopic resection strategy for large, early colorectal neoplasia in Japan. Surg Endosc. 2013 Sep;27(9):3262–70. doi: 10.1007/s00464–013–2903-x.

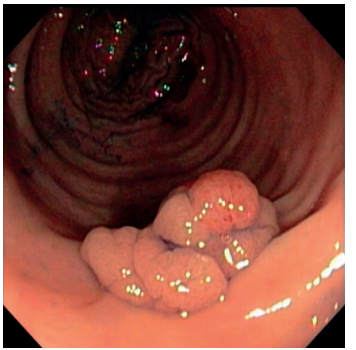
К статье

Клинические аспекты контроля полноты удаления латерально-распространяющейся опухоли (LST) (стр. 99–100)

To article

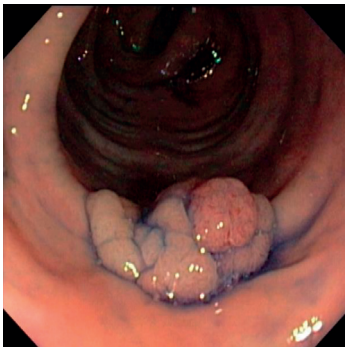
Control of the completeness removal laterally spreading tumor (LST) (p. 99–100)

Рисунок 1.
Figure 1.



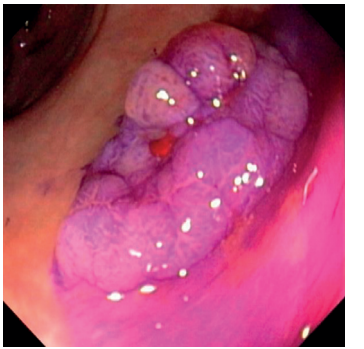
Эпителиальное новообразование толстой кишки тип LST-G (S. Kudo, 1996).
Epithelial neoplasm of the colon type LST-G (S. Kudo, 1996).

Рисунок 2.
Figure 2.

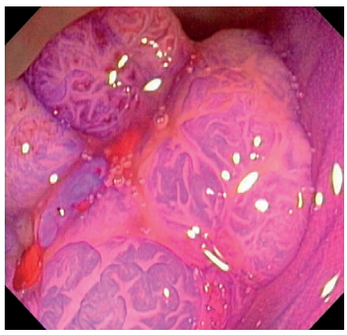


Хромоскопии 0,5% раствором индиго кармінового.
Chromoscopy 0.5% solution of indigo carmine.

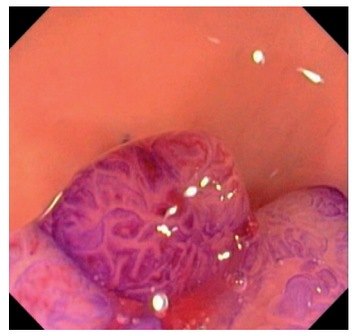
Рисунок 3.
Figure 3.



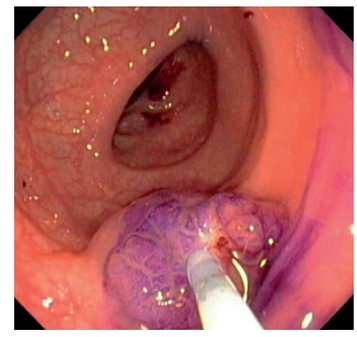
Хромоскопии 0,05% раствором генциан виолетового.
Chromoscopy 0.05% solution of gentian violet.



Хромоскопии 0,05% раствором генциан виолетового и ZOOM.
Chromoscopy 0.05% solution of gentian violet and ZOOM.



Хромоскопии 0,05% раствором генциан виолетового и ZOOM – IIIL тип pit pattern (S. Kudo, 1996).
Chromoscopy with 0.05% solution of gentian violet and ZOOM – IIIL type pit pattern (S. Kudo, 1996).

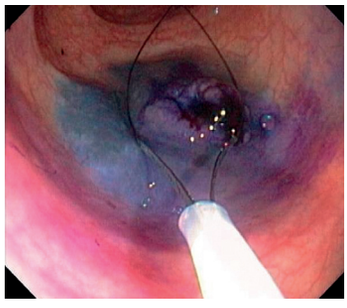


Инъекция в подслизистый слой области неоплазии 0,4% раствора гиалуроновой кислоты, подкрашенного 0,5% раствором индиго карминового.
The injection into the submucosal layer of the neoplasia area of 0.4% hyaluronic acid solution, tinted with 0.5% indigo carmine solution.

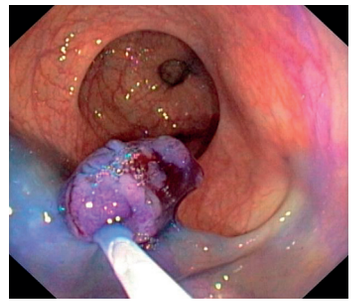
Рисунок 4.
Figure 4.

Рисунок 5.
Figure 5.

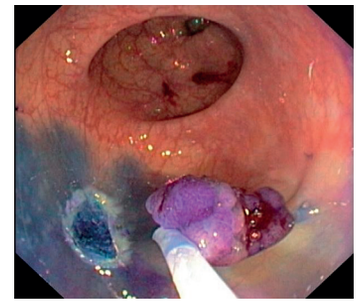
Рисунок 6.
Figure 6.



Наложение петли Kudo на неизменённую слизистую оболочку и прижатия ею стенки кишки.
Applying the Kudo loop to the unmodified mucosa and pressing it bowel walls.



Наложение петли Kudo на неизменённую слизистую оболочку.
Apply the Kudo loop to the unmodified mucosa.

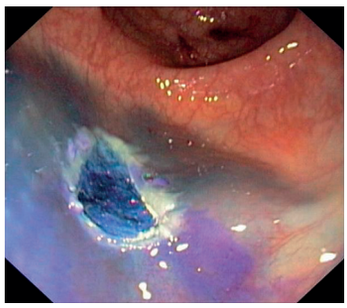


Эндоскопическая резекция слизистой оболочки с новообразованием.
Endoscopic resection of the mucosa with neoplasm.

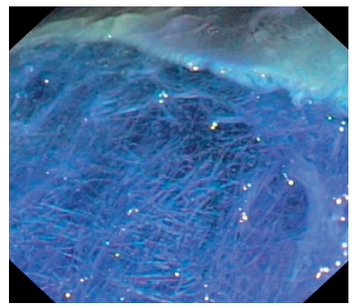
Рисунок 7.
Figure 7.

Рисунок 8.
Figure 8.

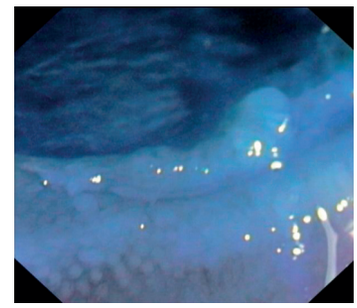
Рисунок 9.
Figure 9.



Дефект слизистой оболочки после резекции новообразования.
Defect of the mucosa after resection of the neoplasm.



Оценка зоны иссечения новообразования с использованием ZOOM.
Assessment of the excision area of the tumor using ZOOM.

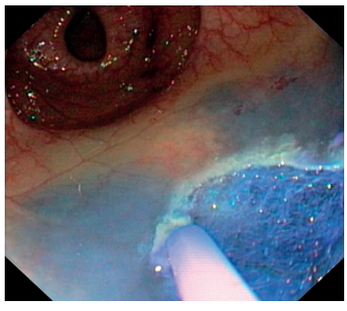


При оценке краёв зоны иссечения новообразования с использованием ZOOM визуализируется гиперплазированный фрагмент слизистой оболчоки.
The hyperplastic fragment of the mucosa is visualized when the edges of the excision zone of the tumor are evaluated using ZOOM

Рисунок 10.
Figure 10.

Рисунок 11.
Figure 11.

Рисунок 12.
Figure 12.



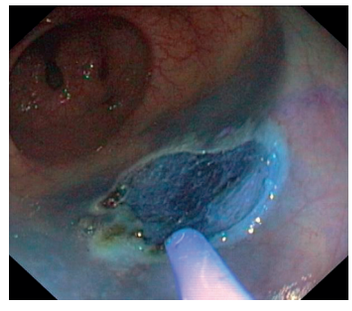


Рисунок 13.
Удаление фокусов остаточной опухолевой ткани и гиперплазированной слизистой оболчоки с использованием аргоно-плазменной деструкции.

Рисунок 14.
Обработка края зоны иссечения новообразования аргоно-плазменной коагуляцией.