

## Діагностика і тактика хірургічного лікування колоректального раку, який розвинувся під час вагітності

І. К. Витвицький<sup>1</sup>, О. О. Прецель<sup>1</sup>, Л. Ю. Лозинська<sup>2</sup>, С. О. Головчанський<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Львівська обласна клінічна лікарня,

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

## Diagnosis and tactics of surgical treatment of colorectal cancer that developed during pregnancy

I. K. Vytvytskyi<sup>1</sup>, O. O. Precel<sup>1</sup>, L. Yu. Lozynska<sup>2</sup>, S. O. Holovchanskyi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Lviv Regional Clinical Hospital,

<sup>2</sup>Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Найбільш поширеними формами новоутворень, які розвиваються під час вагітності, є рак грудної і щитоподібної залози та статевих органів. При цьому 15% вагітностей завершуються спонтанним абортom. У сукупності рак різної локалізації виявляють у 1:1000 вагітних [1, 2]. Захворюваність на колоректальний рак (КРР) серед вагітних становить 0,8:100 000 [3], причому найчастіше КРР діагностують на пізніх стадіях [4]. На підставі аналізу міжнародної бази даних за період спостереження 1998 – 2016 рр. зареєстровано 41 вагітну, у якої розвинувся КРР: у 65,9% жінок виявлено рак ободової, у 34,1% – прямої кишки. Прогресування хвороби спостерігали у 73,2% жінок. Хірургічне лікування проведено 51,2% пацієнткам, решті – хіміотерапію. Здорових дітей народили 80,5% вагітних природним шляхом, решта – за допомогою кесаревого розтину [3]. У світі описано майже 300 спостережень КРР під час вагітності [4], а в Україні інформації стосовно поєднання КРР і вагітності немає. Для клінічної симптоматики КРР у вагітних характерні порушення моторно-евакуаційної функції кишки, нудота, втрата маси тіла, анемія, загальна слабкість, поява крові, слизу під час дефекацій, біль у животі. Більшість цих симптомів маскуються гестозом на I–II триместрах вагітності. Скринінговим лабораторним методом для виявлення осіб групи ризику розвитку КРР є проведення гемокульт–тесту на приховану кров у калі. Якщо результат позитивний, виконують колоноскопію. Визначення рівня раково-ембріонального антигену не рекомендують використовувати як скринінговий тест, бо цей показник може бути неспецифічно підвищеним під час вагітності. Хоча розвиток КРР під час вагітності є рідкісною подією, однак тактика лікування залишається складною проблемою. Існують досить суперечливі дані стосовно хіміотерапії під час вагітності. В літературі з'явилися повідомлення про безпечне використання на II–III триместрах іринотекану та оксіплатину без виникнення небажаних ефектів у плода [5 – 7]. Ад'ювантну променеву терапію можна застосовувати лише після пологів [5]. На сьогодні з'являється дедалі більше підтверджень стосовно успішного лікування КРР, яке повинне признача-

тися в залежності від гестаційного віку плода, стадії пухлинного процесу і наявності показань до виконання невідкладного чи планового хірургічного втручання [5, 8].

Мета дослідження: запропонувати тактику діагностики і хірургічного лікування КРР, діагностованого під час вагітності та в ранньому лактаційному періоді.

За 17-річний період спостереження у проктологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні було зареєстровано трьох вагітних, у яких виявлено КРР. У однієї жінки діагноз встановили на терміні вагітності 4 – 5 тижнів, у двох інших жінок – на 5-й і 35-й день після пологів, що може вказувати на, ймовірно, не діагностоване злоякісне новоутворення до настання вагітності. Це дає підставу стверджувати про розвиток новоутворення під час вагітності. Діагноз КРР встановлено за допомогою таких методів дослідження: загально-клінічного, лабораторного, ендоскопічного (фіброгастроскопія, колоноскопія). Для визначення прогресування хвороби проводили ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, Rtg-графію органів грудної порожнини та магнітно-резонансну томографію (МРТ). Наводимо клінічне спостереження.

Хвора М., 34 роки, у якої рак прямої кишки діагностували на терміні вагітності 4 – 5 тижнів, завагітніла після 5 років лікування безпліддя в результаті екстракорпорального запліднення. Звернулася у клініку зі скаргами на виділення свіжої крові при дефекації та тенезми. Зі слів пацієнтки її мати та дід по лінії матері теж хворіли на КРР. При пальцевому ректальному обстеженні у вагітної було діагностовано новоутворення прямої кишки. При ректороманоскопії по задній стінці прямої кишки виявлено нижній край екзофітної пухлини на висоті 3 см від аноректальної лінії діаметром 3 см. У результаті проведеного патогістологічного дослідження було підтверджено високодиференційовану аденокарциному. При фіброгастроскопії і колоноскопії (без наркозу) інших новоутворень не виявлено. УЗД показало відсутність метастазів у печінці та парааортальних лімфатичних вузлах. Рентгенографія органів грудної порожнини – без особливостей. Пацієнтка

категорично відмовилась від переривання вагітності. На початку II триместру на терміні вагітності 13 – 14 тижнів було виконано МРТ малого таза і виявлено проростання пухлини у м'язовий шар стінки кишки. Один із парааортальних лімфатичних вузлів був змінений, ймовірно, метастатично, у зв'язку з чим трансректальне видалення пухлини було неможливим. На 14 – 15-му тижні вагітності пацієнтці виконано операцію: лапаротомія, наданальна резекція прямої кишки з D3 лімфодисекцією та накладанням сигмоанального анастомоза з надлишком. Дана тактика оперативного втручання, на нашу думку, дозволила мінімізувати необхідність накладання превентивної стоми для профілактики ускладнень, що могли виникнути після операції ультранизької передньої резекції прямої кишки з апаратним анастомозом. Як свідчать літературні дані, при діагностуванні КРР на ранніх термінах рекомендується операція зі збереженням вагітності, а при наявності ознак інвазії пухлини в сусідні структури чи при метастазуванні – переривання вагітності з наступним комплексним лікуванням [8]. У подальшому перебіг вагітності без ускладнень. На 38-му тижні було виконано операцію: лапаротомія, кесарів розтин, ревізія органів черевної порожнини. Продовження захворювання не виявлено. Жінка народила здорового хлопчика, маса тіла 3200 г, оцінка за шкалою Апгар 8 балів. Від ад'ювантної хіміотерапії хвора відмовилась. Вважають, що спосіб пологів не має значення. Пологи можливі як природним шляхом, так і за допомогою кесаревого розтину. При цьому операцію з приводу КРР можна поєднувати з кесаревим розтином або ж відкласти її з метою зменшення розміру матки [9], особливо у разі низької локалізації раку прямої кишки. Через 1 міс після першої операції пацієнтці було виконано наступну операцію: висічення надлишку зведеної сигмоподібної кишки. Післяопераційний діагноз: рак прямої кишки на висоті 6 см, III А стадія, III клінічна група, T2N1M0G1R0. У післяопераційному періоді пацієнтці проводились регулярні ендоскопічні, радіологічні, лабораторні обстеження, у тому числі визначення рівнів онкомаркерів. На даний час функція анального сфінктера добра – утримує газу і рідкий кал. Жінка виховує здорового сина, якому виповнилось 5 років.

У двох інших жінок, які звернулись в проктологічне відділення з приводу КРР, діагноз було встановлено зразу ж після народження здорових дітей. Наводимо клінічні спостереження.

У вагітної А., 37 років, виконано кесарів розтин, а через 5 днів після пологів діагностовано рак сигмоподібної кишки II–III стадії T4NXM0, ускладнений кишковою непрохідністю і прикритою перфорацією. Ця пацієнтка госпіталізована ургентно зі скаргами на біль внизу живота зліва, загальну слабкість і анемію. Виконано операцію: ургентна діагностична лапароскопія; лапаротомія; сигмоїдектомія з накладанням десцендоректоанастомоза кінець у кінець; дренажування черевної порожнини. Патологоанатомічний діагноз: помірно диференційована аденокарцинома, що проростає у всі шари стінки кишки. Решта лімфатичних

вузлів мали ознаки фолікулярної гіперплазії та синусового гістоцитозу різного ступеня розвитку. Пацієнтка погодилась на проведення ад'ювантної хіміотерапії.

За даними літератури КРР діагностується у 54,5% жінок лише на III триместрі і в ранньому післяпологовому періоді [5].

Пацієнтка Н., 43 роки, госпіталізована у відділення через 35 днів після народження дитини зі скаргами на загальну слабкість, анемію, виділення яскравої крові під час дефекації. Проведено ректороманоскопію і виявлено на висоті 10 см пухлину розміром 3 × 3 см. Виконано операцію: низька передня резекція прямої кишки з апаратним анастомозом. За результатами патологоанатомічного дослідження зразка пухлини встановлено діагноз: аденокарцинома з інвазією у підслизовий і м'язовий шари – pT3N0M0G1R0. Пацієнтка погодилась на проведення ад'ювантної хіміотерапії.

У обох жінок перебіг післяопераційного періоду без особливостей. На даний час вони живі і виховують здорових дітей, хоча в літературі повідомляється, що у пацієнток з раком ободової і прямої кишок прогноз несприятливий [5].

В останні роки спостерігається тенденція до збільшення кількості жінок із даною патологією, що пов'язане зі зростанням віку планування вагітності, хоча за наявності синдромів спадкового раку, особливо сімейного аденоматозного поліпозу, рак розвивається у відносно молодому віці – (39,30 ± 3,58) року [10]. Стосовно неполіпозного КРР (синдрому Лінча), то середній вік манифестації хвороби є більшим – (50,27 ± 9,41) року, хоча необхідно враховувати ефект антиципації під час опрацювання генеалогічної інформації [11]. Діагностика КРР повинна включати такі етапи: збір анамнезу, зокрема ретельний аналіз генеалогічної інформації для виявлення осіб групи ризику розвитку синдромів спадкового раку; фізикальний огляд; ендоскопічні обстеження; лабораторні дослідження – виявлення прихованої крові в калі; у разі підозри на наявність хвороби Крона – визначення концентрації С-реактивного білка і фекального калпротектину; візуалізація органів черевної порожнини.

Таким чином, хірургічне лікування є умовно ризикованим як для збереження вагітності, так і для плода. Необхідним є надання повної інформації пацієнткам стосовно ризику прогресування новоутворення для негайного початку комбінованого лікування. Рішення про переривання вагітності після отримання інформації від хірурга є особистим для кожної жінки. У залежності від цього визначається тактика подальшого лікування. Лікування КРР у вагітних індивідуальне, залежить від того, чи після отримання об'єктивної інформації стосовно захворювання жінка наполягає на збереженні вагітності. Виконання операції (лапаротомія, наданальна резекція прямої кишки в об'ємі D3 лімфодисекції з накладанням сигмоанального анастомоза з надлишком) дозволяє мінімізувати можливість накладання превентивної стоми для профілактики ускладнень, що можуть виникнути після операції низь-

кої передньої резекції прямої кишки з апаратним анастомозом. Ад'ювантну хіміотерапію рекомендовано проводити на II–III триместрах за погодженням із пацієнтками.

**Фінансування.** Проведення дослідження профінансовано за кошти авторів.

**Внесок кожного учасника.** Витвицький І. К. – збір та опрацювання матеріалів, формування висновків; Прецель О. О., Головчанський С. О. – аналізі отриманих даних; Лозинська Л. Ю. – концепція роботи, опрацювання літератури, написання статті.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють, що вони не мають конфлікту інтересів.

**Згода на публікацію.** Всі автори схвалили цей рукопис і дали згоду на його публікацію.

## References

1. Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. *Eur J Cancer*. 2006 Jan;42(2):126–40. doi: 10.1016/j.ejca.2005.10.014. Epub 2005 Dec 2. PMID: 16326099.
2. Protasova AE, Protasov DA. Rare combinations malignant tumors and pregnancy. *Practical oncology*. 2009;10(4): 216–27. Russian.
3. Kocián P, de Haan J, Cardonick EH, Uzan C, Lok CAR, Fruscio R, et al. Management and outcome of colorectal cancer during pregnancy: report of 41 cases. *Acta Chir Belg*. 2019 Jun;119(3):166–75. doi: 10.1080/00015458.2018.1493821. Epub 2018 Jul 16. PMID: 30010511.
4. Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum*. 1993 Feb;36(2):172–8. doi: 10.1007/BF02051174. PMID: 8425421.
5. Habidze DL, Panov VV, Saidov VYa, Saenko VV, Posochov DN. Features of diagnosis and treatment of colorectal cancer during pregnancy. *Health of ukraine. Gastroenterology, hepathology, coloproctology*. 2015;(3):50–1. Russian.
6. Cirillo M, Musola M, Cassandrini PA, Lunardi G, Venturini M. Irinotecan during pregnancy in metastatic colon cancer. *Tumori*. 2012 Nov;98(6):155e–7e. doi: 10.1700/1217.13511. PMID: 23389374.
7. Dogan NU, Tastekin D, Kerimoglu OS, Pekin A, Celik C. Rectal cancer in pregnancy: a case report and review of the literature. *J Gastrointest Cancer*. 2013 Sep;44(3):354–6. doi: 10.1007/s12029-012-9463-5. PMID: 23196388.
8. Smirnov AV, Berelavichus SV, Dubrovsky AV, Petrov DIu, Kalinin DV, Kriger AG. Colorectal cancer in pregnant women. *Khirurgiya*. 2015;(5):83–5. Russian. doi: 10.17116/hirurgia2015583–85.
9. Khodaverdi S, Kord Valeshabad A, Khodaverdi M. A Case of Colorectal Cancer during Pregnancy: A Brief Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2013;2013:626393. doi: 10.1155/2013/626393. Epub 2013 Jan 14. PMID: 23401815; PMCID: PMC3557611.
10. Lozynska MR. The role of genetic factors in intestinal diseases with a high risk of colorectal cancer. *DSci(Biol) [thesis]*. Kyiv; 2015. 40 p. Ukrainian.
11. Lozynska M, Fedota O, Lozynska L, Prokopchuk NM, Pinyazhko RO. Distribution characteristics of colorectal cancer patients for gender and age depending of hereditary predisposition to the disease. *Oncology*. 2016;18(2):104–9.

Надійшла 12.01.2021