

Дистальна резекція крижової кістки з приводу рецидиву раку прямої кишки

А. І. Суходоля¹, В. В. Керничний^{1,2}, С. А. Суходоля^{1,2}, Б. Е. Лі¹, І. І. Савчук¹

¹Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,

²Хмельницька обласна лікарня

Distal resection of sacrum for the rectal cancer recurrence

A. I. Sukhodolia¹, V. V. Kernychnyi^{1,2}, S. A. Sukhodolia^{1,2}, B. E. Li¹, I. I. Savchuk¹

¹ National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya,

² Khmelnytskyi Regional Hospital

Резекцію крижової кістки переважно виконують з приводу її доброякісних і злоякісних новоутворень, досить рідко – при первинних та рецидивних місцево-розповсюджених пухлинах прямої кишки. Рецидив раку прямої кишки з фіксацією чи проростанням у пресакральну фасцію і крижову кістку у зв'язку з ризиком розвитку тяжких інтра- і післяопераційних ускладнень часто розглядають як неоперабельний [1].

За результатами аналізу 1711 медичних карт пацієнтів, які впродовж останніх 10 років були оперовані з приводу раку прямої кишки в хірургічному і проктологічному відділеннях Хмельницької обласної лікарні та Хмельницькому обласному протипухлинному центрі, місцевий рецидив було виявлено у 149 (8,7%), рак прямої кишки з ізольованим ураженням крижово-куприкових кісток – у 9 (0,5%). Серед них місцево-розповсюджений рак прямої кишки з поширенням на крижову і куприкові кістки діагностовано у 4 (2,6%) пацієнтів, рецидив раку прямої кишки з ураженням крижово-куприкового відділу хребта – у 5 (3,3%).

За локалізацією ураження крижової та куприкових кісток розподіл пацієнтів був таким: SI – 1 (0,6%); SIII – SV – 3 (2%); SIV – SV – 1 (0,6%); SIV – CII – 1 (0,6%); SV – CII – 2 (1,3%); CI – CIII – 1 (0,6%). Тобто переважали ураження дистальних відділів крижової кістки та куприкових кісток (88%). Наводимо клінічне спостереження.

Хворий Р., 56 років, госпіталізований у проктологічне відділення Хмельницької обласної лікарні у березні 2021 р. зі скаргами на біль у крижовій та анальній ділянках, періодичне оніміння та біль у нижніх кінцівках, постійне виділення слизу із прожилками крові з анального каналу. З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє з серпня 2018 р. За результатами фізикального обстеження і додаткових методів дослідження (ректороманоскопія та біопсія, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини і малого таза) було встановлено діагноз: рак середньо-ампулярного відділу прямої кишки. Ректороманоскопія (29.08.2018 р.): тубус ректоскопа заведено на відстань 8 см, де візуалізується пухлинне утворення, яке циркулярно звужує просвіт кишки, щільне, ригідне, кровоточить при дотику тубусом ректоскопа. Виконана біопсія. Мультиспіральна комп'ютерна томографія (31.08.2018 р.): ознаки неоплас-

тичного ураження середньо-ампулярного відділу прямої кишки на протязі 50–55 мм з переважно інфільтративно-ендофітним типом поширення – вираженим стенозом просвіту ураженого сегмента, виражена регіонарна аденопатія (6–9 мм) параректальних лімфатичних вузлів (найвірогідніше, метастатичного генезу), органічної патології інших органів не виявлено. Хворий консультований онкологом. Після завершення курсу гамма-терапії (сумарна вогнищева доза 38 Гр) пацієнт протягом 1 року не звертався за медичною допомогою. У серпні 2019 р. хворий звернувся до проктолога в Хмельницьку обласну лікарню з клінічними проявами хронічної обтураційної кишкової непрохідності у стадії субкомпенсації. Обстеження per rectum: на висоті пальця відмічається новоутворення, що циркулярно звужує просвіт, ригідне, щільне. Ректороманоскопія: на відстані 7 см візуалізується пухлина, щільна, ригідна, кровоточить при дотику тубусом ректоскопа, циркулярно звужує просвіт, завести ректоскоп за пухлину не вдається. Хворому було виконано оперативне втручання в об'ємі: обструктивна низька резекція прямої кишки, декомпресія кишечника, сигмостомія. Патогістологічний висновок – помірно-диференційована аденокарцинома з інвазією в підслизовий та м'язовий шари стінки кишки, без проростання в серозну оболонку та навколишню жирову клітковину, в лімфатичних вузлах – виражена запальна реактивна гіперплазія. Протягом наступних 3 міс пацієнт отримав 4 курси поліхіміотерапії. Перебував під спостереженням у онколога. В червні 2020 р. звернувся до проктолога зі скаргами на наявність утворення в періанальній ділянці. Хворий був дообстежений, діагностовано рецидив раку прямої кишки в анальному каналі та м'яких тканинах промежини. Пацієнту виконано видалення рецидивного пухлинного утворення в межах незмінених тканин. Хворий з'являвся на контрольні огляди до онкохірурга та проктолога згідно з рекомендованим графіком. За результатами комп'ютерної томографії (03.03.2021 р.) встановлено стан після резекції прямої кишки, функціонує сигмостома передньої черевної стінки зліва, пресакральний простір дифузно інфільтрований, ознаки утворення розмірами 51 × 63 × 73 мм пресакральної ділянки, з нерівними контура-



Рис. 1

ми та горизонтальним рівнем гнійно-рідинного вмісту і множинними пухирцями газу, з солідним компонентом по внутрішній стінці дорзально-правих відділів розмірами 35 × 25 × 25 мм, гетерогенної структури, з нерівномірним накопиченням контрасту, нерівними горбистими контурами, що, вірогідно, відповідає рецидиву з проростанням, остеолітичною деструкцією куприка, з ознаками патологічного перелому на рівні SV. Ознаки сповільнення екскреції обох нирок (рис. 1).

Загальний стан хворого при госпіталізації середньої тяжкості. Оцінка коморбідності – індекс Чарлсона 5 балів. Індекс Карновського 70 – 80%, Performance status 1, ASA II. При обстеженні per anus – по задній стінці відразу за анальним каналом пальпується пухлиноподібне утворення, ригідне, з нерівними, горбистими контурами, розміром 4 – 5 см, нерухоме, виповнює пресакральний простір.

При пальпації термінального відділу крижової кістки виражений больовий синдром. Діагноз: рак середньо-ампулярного відділу прямої кишки рT2N0M0G2C4 I стадії, II клінічна група. Колостома. Місцевий рецидив із патологічним переломом крижової кістки на рівні SV.

Розпочато підготовку до оперативного втручання. З метою забезпечення контролю гемостазу та мінімізації інтраопераційної кровотечі, враховуючи високий ризик останньої, було заготовлено достатню кількість еритроцитарної маси, кріоплазми, місцеві та системні гемостатичні препарати, хірургічний кістковий воск. Оперативне втручання виконували за допомогою електрохірургічного апарата KLS Martin та апарата Ligasure під тотальною внутрішньовенною анестезією з керованим диханням. Положення пацієнта – на спині. Виконана інтубація трахеї, після якої па-

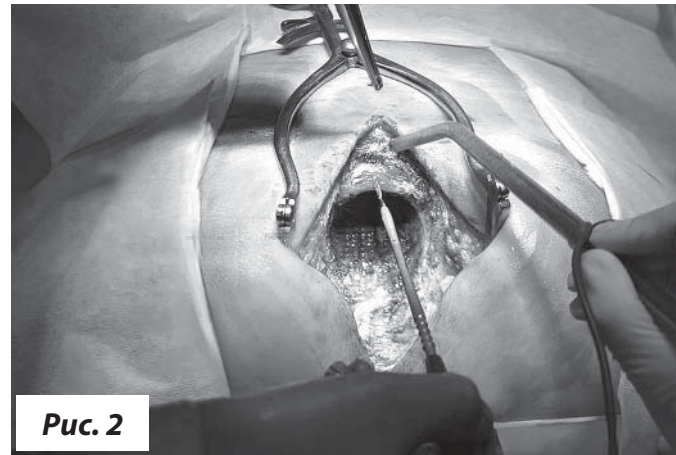


Рис. 2

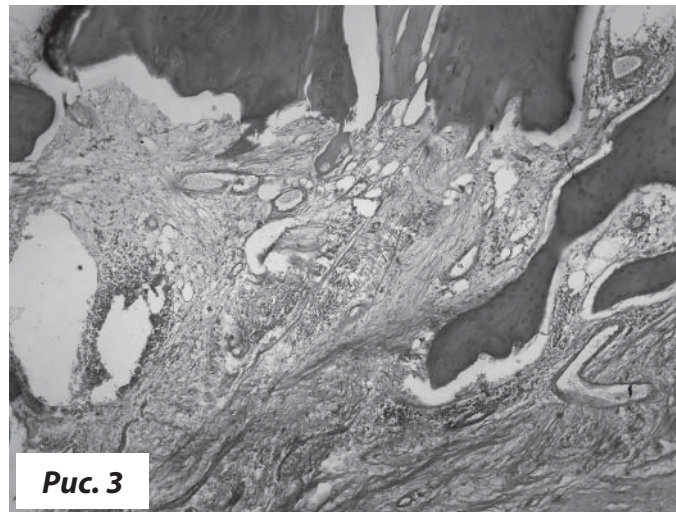


Рис. 3

цієнта повернуто на живіт та зафіксовано в положенні за Депажем. Після обробки операційного поля, анального каналу та куку прямої кишки виконано парасакральний доступ за Краске з обходом анального каналу. Роз'єднані м'які тканини до рівня крижової кістки, ано-куприкової зв'язки та мобілізовано анальний канал. Із навколишніх тканин виділена крижова кістка на рівні SIII – SV, частково пересічені сегменти крижово-остової та крижово-горбової зв'язок, які були фіксовані до дистальної частини крижової кістки. Анальний канал, куку прямої кишки разом із рецидивною пухлиною та куприковою кісткою повністю мобілізовані в межах незмінених тканин єдиним блоком і залишилися фіксовані лише крижовою кісткою. За верхній край рецидивної пухлини, вище на 1,5 – 2 см, заведено хірургічну дротяну пилку Джилі та пересічено крижову кістку на рівні SIV. Виконано видалення єдиним блоком місцевого рецидиву раку прямої кишки з екстирпацією анального каналу і куку прямої кишки, резекцію крижової кістки на рівні SIV, кокцігектомію (рис. 2).

Куку крижової кістки оброблена хірургічним кістковим воском. Гемостаз стабільний. Операційна рана оброблена антисептиками, тампонована марлевими серветками та дренована двома поліхлорвініловими дренажами, які фіксовані і виведені через нижній край рани.

Операційна рана зашита пошарово. Інтраопераційна крововтрата 20 мл. Тривалість оперативного втручання становила 100 хв. По завершенні оперативного втручання повторно виконано поворот пацієнта на операційному столі в положення на спину, хворий екстубований.

Патогістологічне дослідження: у м'яких тканинах ділянки аденокарциноми з поширеними ділянками некрозу; в кістковій тканині ділянки деструкції за рахунок вираженої десмопластичної реакції стромы (рис. 3).

Хворий активізований на наступну добу після оперативного втручання. Ранній та віддалений післяопераційні періоди ускладнилися наявністю дизуричних розладів (нетримання сечі, відчуття неповного спорожнення сечового міхура). Ускладнень з боку інших органів і систем не спостерігалось. Дренаж та марлевий тампон видалені на 7-му та 8-му добу після операції. Пацієнт виписаний із стаціонару на 8-му добу після оперативного втручання у задовільному стані.

Висновки

1. Дистальна резекція крижової кістки єдиним блоком з рецидивом пухлини прямої кишки є безпечним методом хірургічного лікування, що асоційований з позитивним прогнозом щодо виживання пацієнтів.

2. За допомогою ретельного передопераційного планування, прицільного обстеження пацієнтів, використання сучасних гемостатичних засобів та електрохірургічних інструментів можна значно знизити ризик тяжких інтраопераційних ускладнень.

Фінансування. Джерелом фінансування публікації статті є кошти її авторів.

Участь авторів. Внесок кожного автора в дану роботу однаковий.

Конфлікт інтересів. Автори, які взяли участь у цьому дослідженні, декларують відсутність конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

Згода на публікацію. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису.

References

1. Tsarkov PV, Efetov SK, Sidorova LV, Tulina IA. Sacral resection in surgical treatment of locally advanced primary and recurrent rectal and anal cancer: short-term outcomes. *Khirurgiia (Mosk)*. 2017;(7):4–13. Russian. doi: 10.17116/hirurgia201774–13. PMID: 28745699.

Надійшла 13.04.2021