

Южно-Российский онкологический журнал 2021, т.2, №1, с. 43-49 https://doi.org/10.37748/2686-9039-2021-2-1-5



КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ПРОНИКНОВЕНИЕ В СВОБОДНУЮ БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ АДЕНОМЫ

Ю.А.Геворкян, Н.В.Солдаткина*, В.Е.Колесников, Д.А.Харагезов, А.В.Дашков, С.И.Полуэктов, Н.С.Самойленко

ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, 344037, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63

РЕЗЮМЕ

Доброкачественные и злокачественные опухоли являются самыми распространенными заболеваниями прямой кишки и имеют тенденцию к росту. Для лечения опухолей прямой кишки разработаны различные методики: эндоскопическая электроэксцизия через колоноскоп, трансанальное удаление опухолей, трансабдоминальное удаление. Применение всех этих методов позволило определить их преимущества и как показания, так и ограничения и недостатки. Технические достижения современной онкологии привели к разработке метода трансанального удаления опухолей, имеющего ряд преимуществ: радикальность оперативного вмешательства, адекватность, функциональность. Область применения данной методики — это доброкачественные, а также малигнизированные опухоли прямой кишки. Одним из основных преимуществ данной технологии является минимальная частота послеоперационных осложнений, а такие интраоперационные осложнения, как проникновение в свободную брюшную полость при трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки встречаются достаточно редко. Немаловажным является также то, что метод трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки отличается также хорошими онкологическими и функциональными результатами (по данным различных исследований). Представляем клинический случай проникновения в свободную брюшную полость во время трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки по поводу аденомы. Этот случай также интересен тем, что у больного было также еще одно осложнение - послеоперационное кровотечение из прямой кишки, которое потребовало оперативного вмешательства, также с применением миниинвазивного доступа.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможность благополучного ушивания проникающих отверстий в брюшную полость, возникающих при трансанальном эндоскопическом удалении опухолей прямой кишки, верхний полюс которых оказывается расположенным выше тазовой брюшины и эффективной малоинвазивной тактики при развитии послеоперационного кровотечения.

Ключевые слова:

трансанальное эндоскопическое удаление опухоли, трансабдоминальное удаление, органосохраняющий метод лечения, доброкачественные опухоли прямой кишки, малигнизированные опухоли прямой кишки, опухоли прямой кишки.

Для корреспонденции:

Солдаткина Наталья Васильевна – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения общей онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация.

Адрес: 344037, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63

E-mail: snv-rnioi@yandex.ru

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0118-4935

SPIN: 8392-6679, AuthorID: 440046

Информация о финансировании: финансирование данной работы не проводилось. Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования:

Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е., Харагезов Д.А., Дашков А.В., Полуэктов С.И., Самойленко Н.С. Проникновение в свободную брюшную полость при трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки по поводу аденомы. Южно-Российский онкологический журнал. 2021; 2(1): 43-49. https://doi.org/10.37748/2686-9039-2021-2-1-5

Получено 08.10.2020, Рецензия (1) 19.10.2020, Рецензия (2) 17.01.2021, Опубликовано 29.03.2021

South Russian Journal of Cancer 2021, v.2, №1, p. 43-49

https://doi.org/10.37748/2686-9039-2021-2-1-5

CLINICAL CASE REPORTS

PENETRATION INTO FREE ABDOMINAL CAVITY DURING TRANSANAL ENDOSCOPIC RECTAL RESECTION FOR ADENOMA

Yu.A.Gevorkyan, N.V.Soldatkina*, V.E.Kolesnikov, D.A.Kharagezov, A.V.Dashkov, S.I.Poluektov, N.S.Samoylenko

National Medical Research Centre for Oncology of the Ministry of Health of Russia, 63 14 line str., Rostov-on-Don 344037, Russian Federation

ABSTRACT

Benign and malignant tumors are the most common diseases of the rectum and tend to grow. Various techniques have been developed for the treatment of rectal tumors: endoscopic electroexcision through a colonoscope, transanal removal of tumors, and transabdominal removal. The use of all these methods made it possible to determine their advantages and indications, as well as limitations and disadvantages. Technical advances in modern oncology resulted in developing a method for transanal tumor removal with a number of advantages: radical surgery, adequacy, and functionality. This technique can be used in benign and malignant rectal tumors. One of its main advantages involves a small number of postoperative complications, while intra-operative complications such as penetration into the free abdominal cavity during transanal endoscopic resection of the rectum are quite rare. It is also important that the method of transanal endoscopic resection of the rectum also has good oncological and functional results (according to various studies). We present a clinical case of penetration into the free abdominal cavity during transanal endoscopic rectal resection for adenoma. This case is also interesting in that the patient also had another complication — postoperative bleeding from the rectum, which required surgical intervention, also with the use of a minimally invasive approach. This clinical observation demonstrates successful suturing of penetrating openings into the abdominal cavity arising during transanal endoscopic removal of rectal tumors with the upper pole located above the pelvic peritoneum and effective minimally invasive tactics in the development of postoperative bleeding.

Keywords

transanal endoscopic tumor removal, transabdominal removal, organ-preserving treatment, benign rectal tumors, malignant rectal tumors, rectal tumors.

For correspondence

Natalya V. Soldatkina – Dr. Sci. (Med.), leading researcher, department of general oncology, National Medical Research Centre for Oncology of the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don, Russian Federation.

Address: 63 14 line str., Rostov-on-Don 344037, Russian Federation

E-mail: snv-rnioi@yandex.ru

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0118-4935

SPIN: 8392-6679, AuthorID: 440046

Information about funding: no funding of this work has been held. Conflict of interest: authors report no conflict of interest.

For citation:

Gevorkyan Yu.A., Soldatkina N.V., Kolesnikov V.E., Kharagezov D.A., Dashkov A.V., Poluektov S.I., Samoylenko N.S. Penetration into free abdominal cavity during transanal endoscopic rectal resection for adenoma. South Russian Journal of Cancer. 2021; 2(1): 43-49. https://doi.org/10.37748/2686-9039-2021-2-1-5

Received 08.10.2020, Review (1) 19.10.2020, Review (2) 17.01.2021, Published 29.03.2021

АКТУАЛЬНОСТЬ

Направленность современной онкологии к органосохраняющим методам лечения, технические разработки способствовали появлению метода трансанального удаления опухолей прямой кишки с использованием системы для обеспечения возможностей микрохирургических манипуляций [1-3]. В мировой практике уже имеется опыт применения метода трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки с удалением опухолей, который выявил его очевидные преимущества: во-первых, это радикальность самого оперативного вмешательства (так как метод позволяет удалять опухоли единым блоком в окружении здоровых тканей); во-вторых, это адекватность оперативного вмешательства (то есть сведение к минимуму рисков возникновения интра- и послеоперационных осложнений); в третьих, это функциональность оперативного вмешательства (то есть, сохранение или быстрое восстановление функции прямой кишки после операции) [4-8]. Основной областью применения метода трансанальной эндоскопической хирургии в настоящее время являются доброкачественные, малигнизированные опухоли прямой кишки, а также начальные формы злокачественных опухолей, которые расположены ниже тазовой брюшины. Минимальное число послеоперационных осложнений является также явным преимуществом метода трансанальной эндохирургии опухолей прямой кишки. Данные разных авторов свидетельствуют о том, что кровотечения после трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки случаются в 3,7-9,1% оперативных вмешательств, свищи и абсцессы в полости малого таза — до 1,7-4,1% [9]. Еще реже наблюдаются такие интраоперационные осложнения, как проникновение в свободную брюшную полость при трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки.

В связи с вышесказанным интересным представляется наше клиническое наблюдение.

Описание клинического случая

Больной С., 1946 года рождения, поступил в отделение абдоминальной онкологии № 2 ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России 10.02.2019 г. с жалобами на примесь крови, слизи в кале, тенезмы. Считает себя больным в течение 3 месяцев. При обследовании: ФКС от 25.01.2019 г.. от 5 см до 15–17 см от ануса по передней стенке стелющаяся

плоская опухоль шириной до 4 см. Гистологический анализ № 85905-909: папиллярная аденома. УЗИ брюшной полости 17.01.2019 патологических изменений не выявило. Объективно: Рост – 166 см, вес - 65 кг, ИМТ - 23,6. Состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены и не пальпируются. Пульс 78 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст.. Тоны сердца ритмичные. В легких при аускультации выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, хрипы не выслушиваются. Язык влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Поколачивание в поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферические отеки не выявляются. Пальцевое исследование прямой кишки: от 5 см от ануса по передней стенке прямой кишки мягкое образование, верхний край пальцем не достижим. Установлен диагноз: ворсинчатая опухоль прямой кишки. Клинико-лабораторное обследование не выявило значительных отклонений, предоперационная подготовка была стандартной. 11.02.2019 г. больной взят в операционную. Решено было выполнить трансанальную эндоскопическую резекцию прямой кишки с полнослойным удалением стенки кишки с опухолью. Этапы оперативного вмешательства: под общей анестезией в положении больного на животе с разведенными в стороны ногами, после обработки операционного поля, в прямую кишку установлен операционный ректоскоп (KarlStorz, Германия), который адаптирован к лапароскопической стойке, при этом использовано специальное приспособление для фиксации ректоскопа к операционному столу. Также использованы инсуффлятор для нагнетания во время вмешательства углекислого газа в прямую кишку и набор инструментов для эндоскопических манипуляций (электрокоагулятор, коагуляционные ножницы «Harmonic», ножницы, зажимы). Визуализирована стелющаяся плоская опухоль от 5 см до 15 см от анодермального перехода по задней стенке прямой кишки шириной до 4 см (рис. 1). Первым этапом произведена точечная разметка коагулятором линии резекции стенки прямой кишки, отступив от края опухоли на 1 см. Следующим этапом произведено полностенное иссечение участка стенки прямой кишки с опухолью коагуляционными ножницами «Harmonic» в пределах здоровых тканей по линии разметки стенки кишки с частью прилегающей мезоректальной клетчатки.

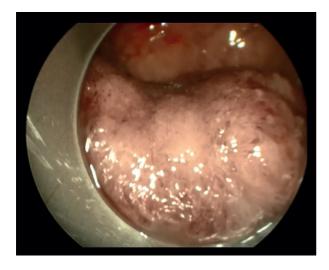


Рис. 1. Вид опухоли прямой кишки.

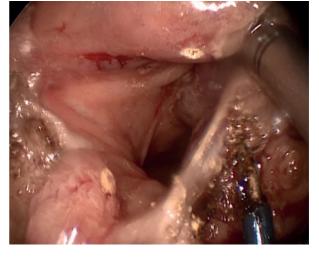


Рис. 2. Удаление верхней части опухоли прямой кишки.



Рис. 3. Проникающее отверстие в свободную брюшную полость.

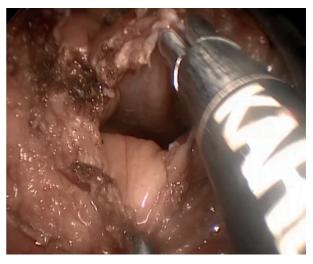


Рис. 4. Через отверстие в прямой кишке видна тазовая брюшина и сероза прямой кишки.



Рис. 5. Стенка прямой кишки после резекции стенки.



Рис. 6. Дефект стенки прямой кишки ушит поперечно.

Для удобства иссечения стенки кишки производили захват зажимом стенки кишки с опухолью, а затем мы приподнимали ее. Иссечение стенки кишки производили в проксимальном направлении (рис. 2), при этом при удалении верхней части опухоли оказалось, что она располагается выше тазовой брюшины, образовалось отверстие диаметром до 4 см, проникающее в свободную брюшную полость (рис. 3, 4). Учитывая развитие данного осложнения, возможны были следующие решения проблемы: низкая резекция прямой кишки или ушивание дефекта стенки прямой кишки. В литературе при этом обсуждаются вопросы о наложении превентивной колостомы в случае ушивания дефекта стенки кишки. Мы приняли решение ушить дефект стенки прямой кишки. Ушивание стенки прямой кишки (рис. 5) нами произведено в поперечном направлении непрерывным швом (Polisorb, Monocryl 2/0), при этом края нити были зафиксированы специальными клипсами (Lapra) (рис. 6). Основываясь на данных об отсутствии натяжения и достаточном герметизме линии наложенного шва, превентивная кишечная стома нами не накладывалась. Суммарно продолжительность оперативного вмешательства составила 135 мин. Интраоперационная кровопотеря была минимальна - 20 мл. Послеоперационное морфологическое исследование № 9384-87/19: тубулярнопапиллярная аденома прямой кишки, по линиям резекции опухоли нет. Послеоперационный период у этого пациента осложнился также кишечным кровотечением в объеме около 300 мл на 2 сутки после операции. Было принято решение о срочной операции, причем использован был также операционный ректоскоп с лапароскопической стойкой. Во время операции были удалены кровь и сгустки из прямой кишки, визуализирована линия шва прямой кишки. Признаков продолжающегося кровотечения обнаружено не было. В дальнейшем послеоперационный период протекал гладко. Больному проводилась антибиотикотерапия 3 суток, бесшлаковая диета в течение 6 суток. Стул был на 4 сутки. Пациент был выписан на 8 сутки после повторного оперативного вмешательства. При наблюдении до настоящего времени рецидива опухоли не возникло.

ОБСУЖДЕНИЕ

Такие интраоперационные осложнения, как проникновение в свободную брюшную полость при трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки встречаются редко, так в нашей клинической практике оно произошло в одном из 46 трансанальных эндоскопических вмешательств на прямой кишке. Также редки и послеоперационные кишечные кровотечения при подобных вмешательствах. По данным литературы общая частота осложнений при трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей составляет от 6% до 31%. При этом интраоперационные осложнения (проникновение в свободную брюшную полость и кровотечение) могут потребовать лапаротомии. Частота проникновения в свободную брюшную полость наблюдается до 9%, частота кровотечений — 1-13% [10, 11]. Al-Najami et al. [12] сообщают, что в их исследовании 5 из 12 пациентов (42%) с проникновением в свободную брюшную полость потребовалась конверсия в открытую хирургию (операция Гартмана, низкая передняя резекция прямой кишки, чрезбрюшинное ушивание дефекта кишки), остальным пациентам (58%) дефект кишки удалось ушить трансанально. В литературе даже описано одно наблюдение развития сепсиса при пневмоперитонеуме после трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки [13]. Тем не менее, при проникновении в свободную брюшную полость не всегда требуется лапаротомия, возможно местное ушивание. Так, в исследовании Ganai S. et al. [14] у 9 из 144 пациентов при трансанальной эндоскопической резекции возникло проникновение в свободную брюшную полость, и во всех случаях удалось местно ушить дефект и избежать передней резекции прямой кишки. Однако, проникновение в свободную брюшную полость значительно увеличивает продолжительность пребывания пациентов в стационаре [12, 15]. Описания в литературе сочетания проникновения в брюшную полость и кровотечения мы не встречали. Наш пациент собрал два осложнения: и проникновение в свободную брюшную полость, и кишечное кровотечение. При этом несмотря на различные тактические подходы к решению этой проблемы, вплоть до выполнения резекции прямой кишки, возможно сохранить миниинвазивный подход оперативного вмешательства, даже при развитии осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует возможность благополучного ушивания проникающих отверстий в брюшную полость, воз-

Yu.A.Gevorkyan, N.V.Soldatkina*, V.E.Kolesnikov, D.A.Kharagezov, A.V.Dashkov, S.I.Poluektov, N.S.Samoylenko / Penetration into free abdominal cavity during transanal endoscopic rectal resection for adenoma

никающих при трансанальном эндоскопическом удалении опухолей прямой кишки, верхний полюс которых оказывается расположенным выше тазовой брюшины, а также возможность не накладывать превентивную кишечную стому при надежном ушивании

дефекта стенки прямой кишки. Наше клиническое наблюдение также демонстрирует возможность повторных трансанальных оперативных вмешательств при возникновении ургентных послеоперационных осложнений таких, как кишечное кровотечение.

Участие авторов:

Геворкян Ю.А. - концепция и дизайн исследования.

Солдаткина Н.В. - научное редактирование, написание текста статьи.

Колесников В.Е. – оформление библиографии, подготовка иллюстраций.

Харагезов Д.А. - оформление библиографии, подготовка иллюстраций.

Дашков А.В. - сбор, анализ и интерпретация данных.

Полуэктов С.И. - подготовка статьи.

Самойленко Н.С. - подготовка статьи, техническое редактирование.

Список литературы

- 1. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В. Современные возможности колопроктологии: трансанальная эндоскопическая хирургия. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015;25(4):86–91.
- 2. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Гречкин Ф.Н., Харагезов Д.А. Трансанальная эндоскопическая хирургия в лечении опухолей прямой кишки. Колопроктология. 2014;(3(49)):125–131.
- 3. Buess G, Theiss R, Hutterer F, et al. Die transanale endoscopische Rectumoperation Erprobung einer neuen Methode im Tierversuch. Leber Magen Darm. 1983;(13):73–77.
- 4. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Колесников В.Е., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Каймакчи О.Ю. Лапароскопическая комбинированная резекция сигмовидной кишки, пангистерэктомия с удалением препарата через культю влагалища. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 2014;(11):63–65.
- 5. Buess G, Kipfmüller K, Hack D, Grüssner R, Heintz A, Junginger T. Technique of transanal endoscopic microsurgery. Surg Endosc. 1988;2(2):71–75.

https://doi.org/10.1007/BF00704356

6. De Graaf EJR, Doornebosch PG, Tollenaar R a. EM, Meershoek-Klein Kranenbarg E, de Boer AC, Bekkering FC, et al. Transanal endoscopic microsurgery versus total mesorectal excision of T1 rectal adenocarcinomas with curative intention. Eur J Surg Oncol. 2009 Dec;35(12):1280–1285.

https://doi.org/10.1016/j.ejso.2009.05.001

7. Huber PJ, Reiss G. Rectal tumors: treatment with a posterior approach. Am J Surg. 1993 Dec;166(6):760–763.

https://doi.org/10.1016/s0002-9610(05)80694-4

8. Ptok H, Marusch F, Meyer F, Schubert D, Koeckerling F, Gastinger I, et al. Oncological outcome of local vs radical resection of low-risk pT1 rectal cancer. Arch Surg. 2007 Jul;142(7):649–655. https://doi.org/10.1001/archsurg.142.7.649

- 9. Черниковский И.Л. Современные возможности хирургического лечения доброкачественных новообразований прямой кишки с использованием методики трансанальной эндоскопической микрохирургии: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2015, 179 с.
- 10. Guerrieri M, Baldarelli M, Morino M, Trompetto M, Da Rold A, Selmi I, et al. Transanal endoscopic microsurgery in rectal adenomas: experience of six Italian centres. Dig Liver Dis. 2006 Mar;38(3):202–207.

https://doi.org/10.1016/j.dld.2005.11.014

- 11. Kunitake H, Abbas MA. Transanal endoscopic microsurgery for rectal tumors: a review. Perm J. 2012;16(2):45–50. https://doi.org/10.7812/tpp/11-120
- 12. Al-Najami I, Rancinger CP, Larsen MK, Thomassen N, Buch N, Baatrup G. Transanal endoscopic microsurgery for advanced polyps and early cancers in the rectum-Long-term outcome: A STROBE compliant observational study. Medicine (Baltimore). 2016 Sep;95(36):e4732.

https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004732

- 13. Martins BAA, Coura M de MA, de Almeida RM, Moreira NM, de Sousa JB, de Oliveira PG. Pneumoretroperitoneum and Sepsis After Transanal Endoscopic Resection of a Rectal Lateral Spreading Tumor. Ann Coloproctol. 2017 Jun;33(3):115–118. https://doi.org/10.3393/ac.2017.33.3.115
- 14. Ganai S, Kanumuri P, Rao RS, Alexander AI. Local recurrence after transanal endoscopic microsurgery for rectal polyps and early cancers. Ann Surg Oncol. 2006 Apr;13(4):547–556. https://doi.org/10.1245/ASO.2006.04.010
- 15. Gavagan JA, Whiteford MH, Swanstrom LL. Full-thickness intraperitoneal excision by transanal endoscopic microsurgery does not increase short-term complications. Am J Surg. 2004 May;187(5):630–634.

https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.01.004

Ю.А.Геворкян, Н.В.Солдаткина*, В.Е.Колесников, Д.А.Харагезов, А.В.Дашков, С.И.Полуэктов, Н.С.Самойленко / Проникновение в свободную брюшную полость при трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки по поводу аденомы

Информация об авторах:

Геворкян Юрий Артушевич – д.м.н., профессор, заведующий отделением абдоминальной онкологии №2 ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1957-7363, SPIN: 8643-2348, AuthorID: 711165

Солдаткина Наталья Васильевна* – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения общей онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0118-4935, SPIN: 8392-6679, AuthorID: 440046

Колесников Владимир Евгеньевич – д.м.н., хирург отделения абдоминальной онкологии №2 ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5205-6992, SPIN: 9915-0578, AuthorID: 705852

Харагезов Дмитрий Акимович – к.м.н., хирург, заведующий отделением торакальной хирургии ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0640-2994, SPIN: 5120-0561, AuthorID: 733789

Дашков Андрей Владимирович – к.м.н., хирург отделения абдоминальной онкологии № 2 ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3867-4532, SPIN: 4364-9459, AuthorID: 308799

Полуэктов Сергей Игоревич – хирург отделения абдоминальной онкологии № 2 ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация. SPIN: 4267-3840, Author ID: 842869

Самойленко Николай Сергеевич — аспирант отделения абдоминальной онкологии № 2 ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1558-3205, SPIN: 7402-4771, AuthorID: 1045901