



Кафедра Онкологии АО МУА
Онкологический центр г.Астана



Хирургическое лечение местно- распространенных форм рака гортани и шейного отдела пищевода

Заведующий кафедрой проф. Макишев А.К.
Докторант Маулетбаев М.С.

Актуальность



- Рак шейного отдела пищевода составляет около 15% всех случаев опухолей пищевода.
- Рак гортани является наиболее распространенным злокачественным новообразованием верхних дыхательных путей, составляя 40-60% .

Hiebert C.A. Succesfull replacement of cervical esophagus 1961

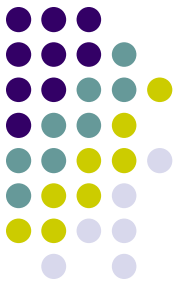
Актуальность



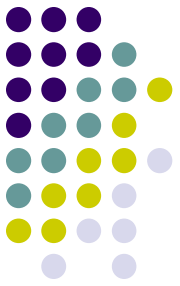
Одной из актуальных задач современной онкологии является поиск эффективных методов лечения местно-распространенного рака (МРР) гортани и шейного отдела пищевода в связи с

- трудностями топической диагностики и морфологической верификации опухоли;
- Редкостью данной патологии;
- Тяжестью состояния пациентов в связи с высокой агрессивностью течения опухолевого процесса;

Актуальность

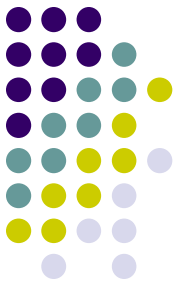


- стеноз гортани и дисфагия;
- Данная патология находится на стыке смежных дисциплин в связи с чем затягивается своевременная диагностика и лечение, приводящие к ранним летальным исходам от осложнений.



Своевременное установление точного диагноза и выполнение расширенно-комбинированных оперативных вмешательств с последующей химиолучевой терапией при МРР гортани и шейного отдела пищевода является единственным методом лечения данной тяжелой категории больных и дает шанс на непосредственные удовлетворительные результаты

Цель и задачи



Целью является улучшить непосредственные результаты расширенно-комбинированных операций при МРР гортани и пищевода для сохранения энтерального питания через естественные пути и продления жизни пациентов.

Задачи исследования:

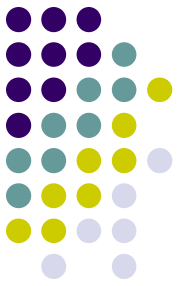
- Разработать методы одноэтапного хирургического лечения местнораспространенных форм рака гортани и шейного отдела пищевода
- Изучить особенности послеоперационного ведения и наблюдения больных после проведенного лечения.

Объекты исследования:

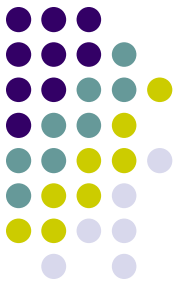


Мы располагаем опытом лечения 6 больных МРР гортани и шейного отдела пищевода на базе Онкологического центра г.Астана в период с 2006 по 2016гг.

Методы исследования:



- Непрямая ларингоскопия
- ФЛС и ФБС;
- УЗИ шеи;
- КТ или МРТ шеи;
- ФГДС;
- Р-графия пищевода;
- Морфологическое исследование (цитологическое и гистологическое исследования)



Объекты исследования:

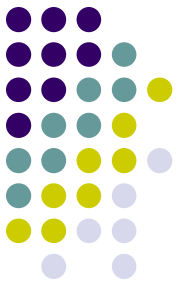
В 2 случае диагностирован рак гортани T4N2M0 с прорастанием в шейный отдел пищевода, осложненный дисфагией (ДФ) II ст. Стеноз гортани (СГ) II ст.

В 2 случаях выявлен рак шейного отдела пищевода T4N2M0 с прорастанием в гортань и трахею. Им выполнена радикальная одномоментная экстирпация пищевода (ЭП) с эзофагогастропластикой (ЭГП), экстирпация гортани с формированием полной трахеостомы абдомино-трансмедиастинально-цервикальным доступом.

В 2 случаях выявлен рак шейного и верхнегрудного отделов пищевода T4N2M0 с прорастанием в щитовидную железу и стенку правой сонной артерии. Проведена ЭП с ЭГП абдоминально – торакально-цервикальным доступом.

1 пациентка прожила 26 месяцев, остальные – от 10 до 14 мес.

Ниже приводим описание одного случая проведения комбинированного оперативного вмешательства, которое оказалась наиболее эффективной в улучшении качества жизни пациента.



- Жалобы, анамнез, клиническая картина и результаты инструментальных исследований во всех случаях были схожи: боль в области горла, затруднение дыхания, осиплость голоса и невозможность приема пищи.



- *Пациентка К., 1987 г.р. (24 года) история болезни № 5170 находилась в стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГОД г. Астана с 06.10.11г. по 04.11.11г. с диагнозом: Рак гортани T4N2M0 с распространением в шейный отдел пищевода IV ст. Состояние после 1 курса дистанционной гаммотерапии СОД 30 Гр. (ДГТ). Прогрессирование. Дисфагия III-IV ст. Стеноз гортани II ст. Дисфония.*



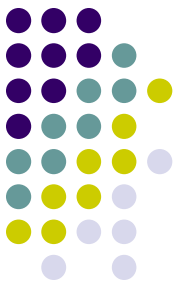
- *От гастростомии больная отказалась.*
- *При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Жалобы на непрохождение, затруднение дыхания, осиплость голоса, боли в шейном отделе позвоночника и головы.*



- **Обследования:** Фиброларингоскопия и Фибробронхоскопия от 07.10.2011г. – Вход в гортань свободный. Надгортанник в виде развернутого лепестка, в правом грушевидном синусе отмечается образование размером 2.5 x2.0см. с изъязвлением, бугристой поверхностью и распространением по задней стенке на противоположную сторону и в подсвязочное пространство. Отмечается парез левой половины гортани при фонации, сдавление в/3 трахеи извне, дыхание затруднено.

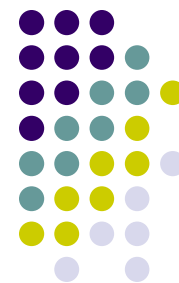


- *ФГДС от 07.10.11г. – при эзофагоскопии через левый грушевидный синус тубус гастроскопа проходит до 18,0 см от передних резцов, далее экзофитное образование с щелевидным свободным просветом до 0,2 см. При попытке пройти через правый грушевидный синус, тубус гастроскопа непроходим Гистологическое заключение № 4613 – плоскоклеточный ороговевающий рак. Рентгенография пищевода от 07.10.11г. – сужение шейного отдела пищевода.*



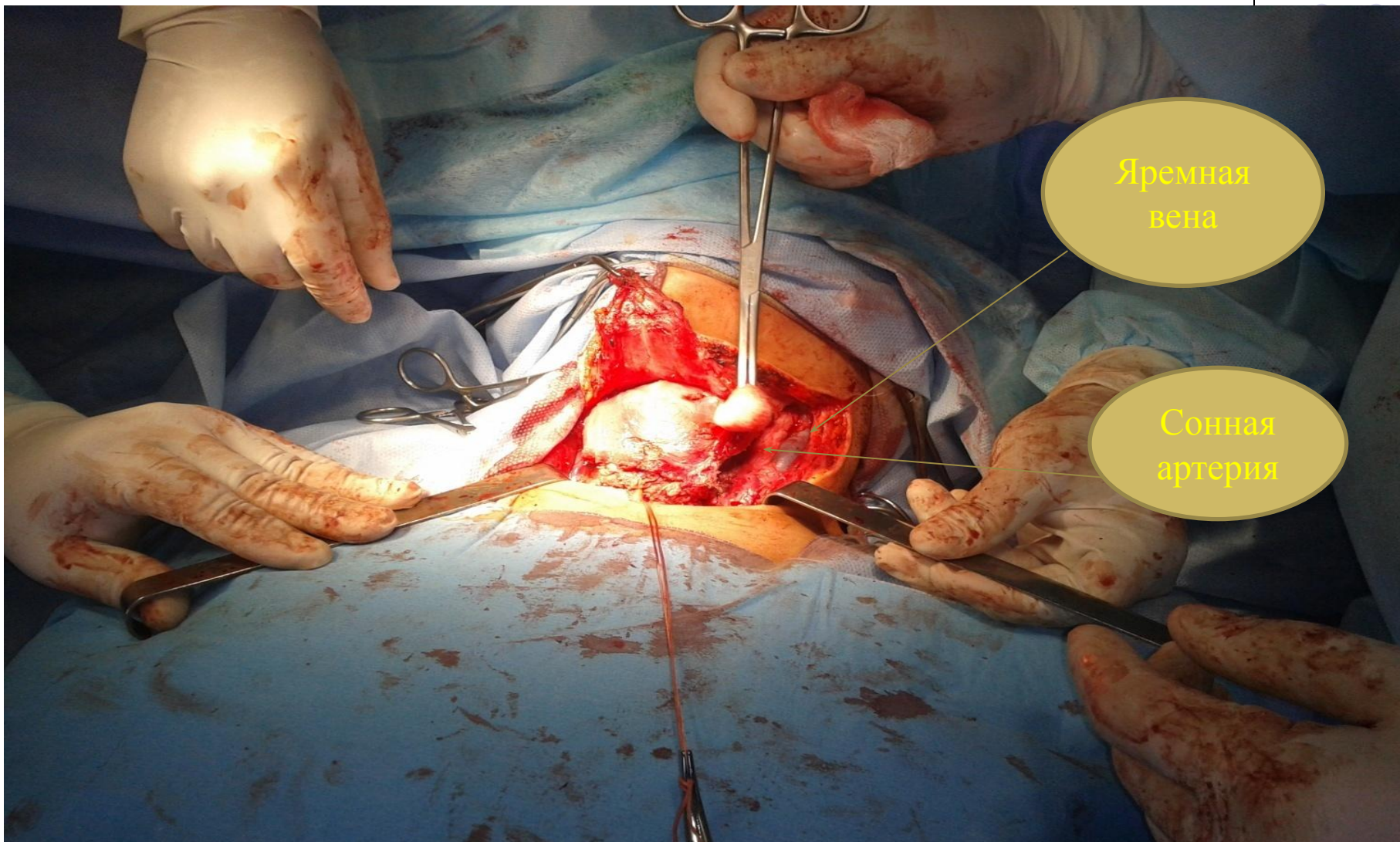
- *МРТ шеи от 07.10.11г. – МРТ – картина образования гортани с распространением в шейный отдел пищевода. Данных за деструкцию и вовлечение в процесс шейного отдела позвоночника нет (рис.2).
Дополнительные обследования:
УЗИ ОБП от 18.08.11г.-
диффузные изменения в печени.
КТ головного мозга от 10.10.11 г.- КТ картина невыраженной внутренней энцефалопатии.*



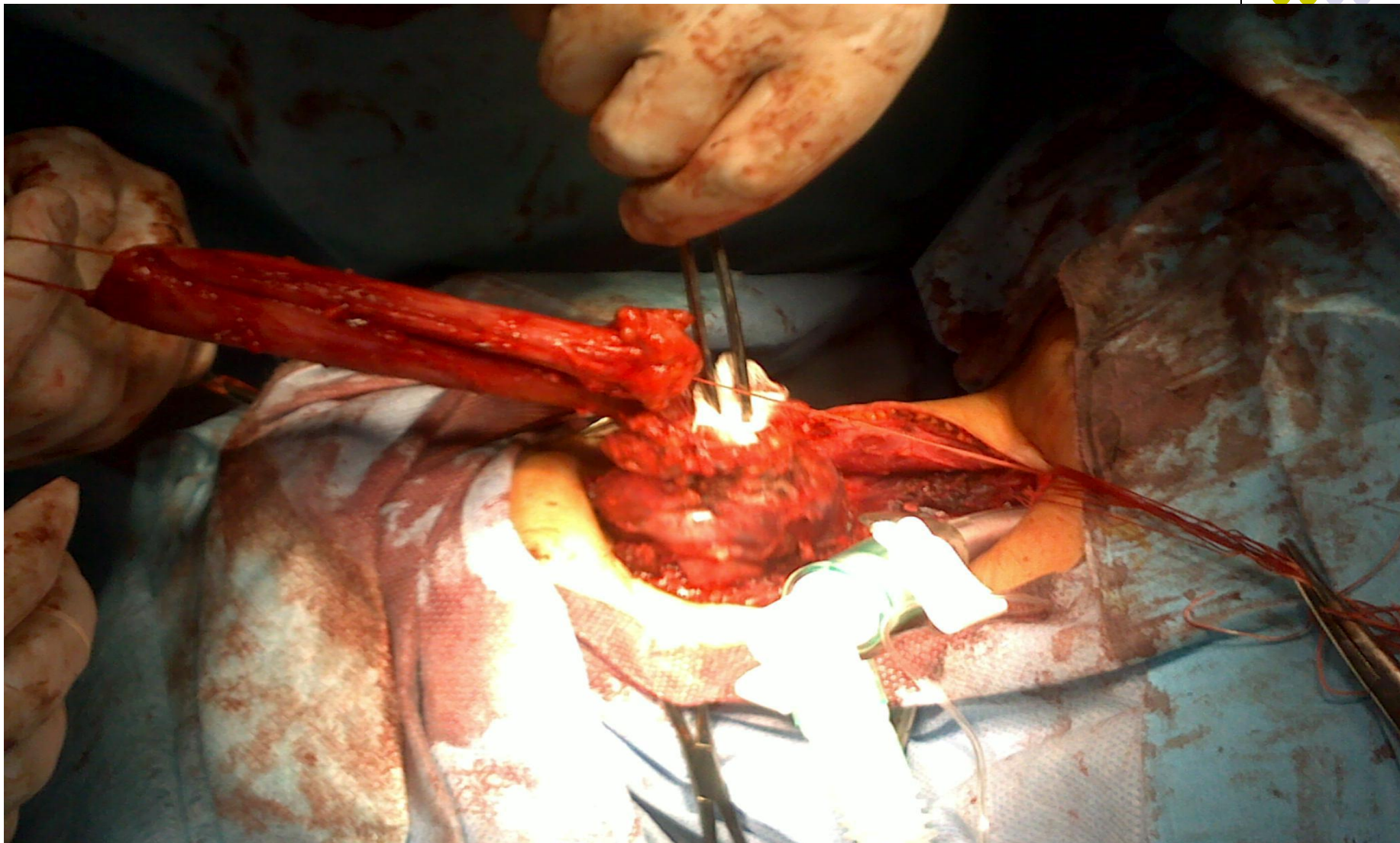


- *После проведения предоперационной подготовки больной проведена операция.*
- *Операция: 11.10.11г. – Одномоментная расширенно-комбинированная трансмедиастинальная экстирпация шейного, грудного, абдоминального отделов пищевода с эзофагогастропластикой. Ларингэктомия. Тиреоидэктомия. Фациально-футлярное иссечение шейной клетчатки*

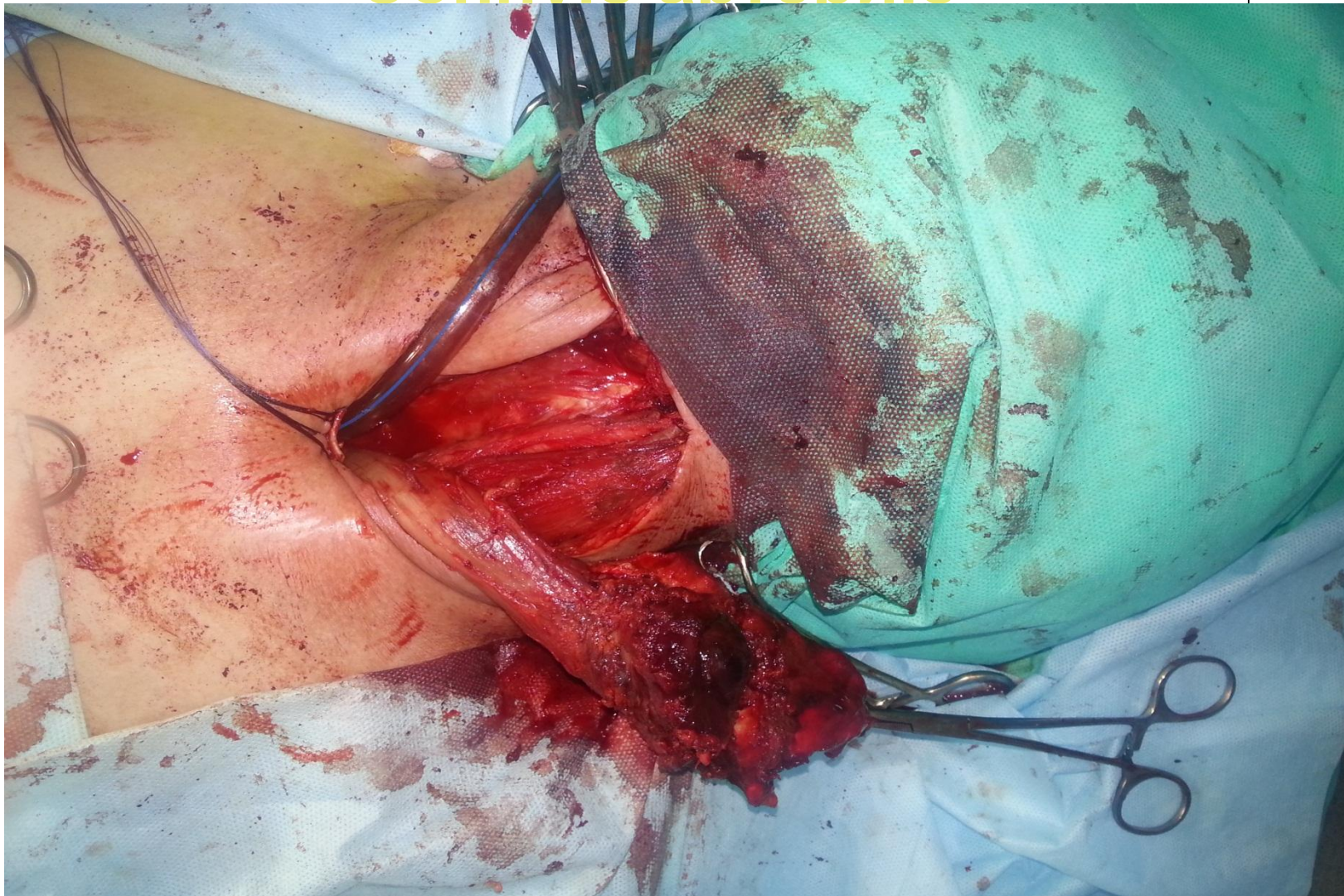
Мобилизация опухоли



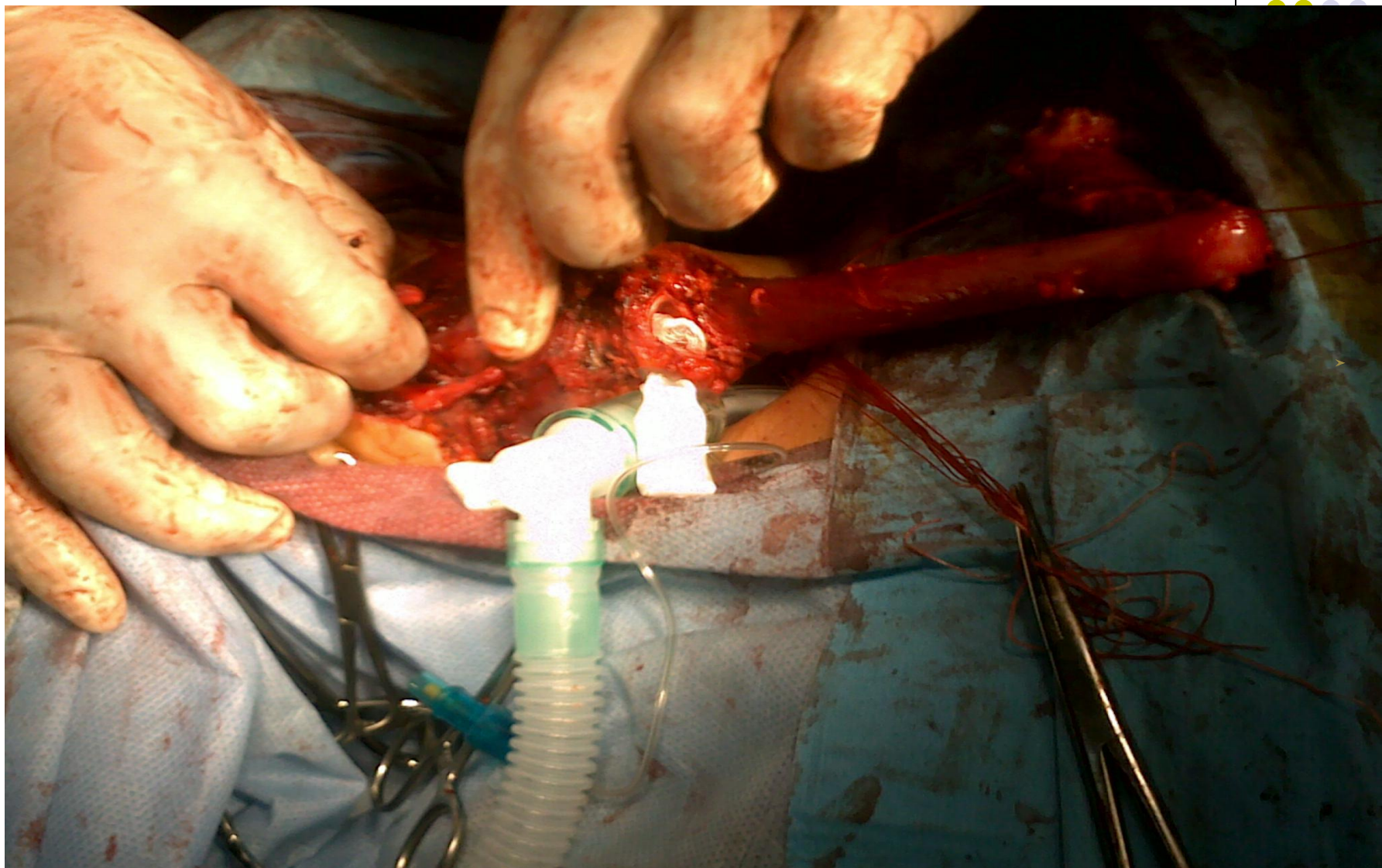
Резекция трахеи



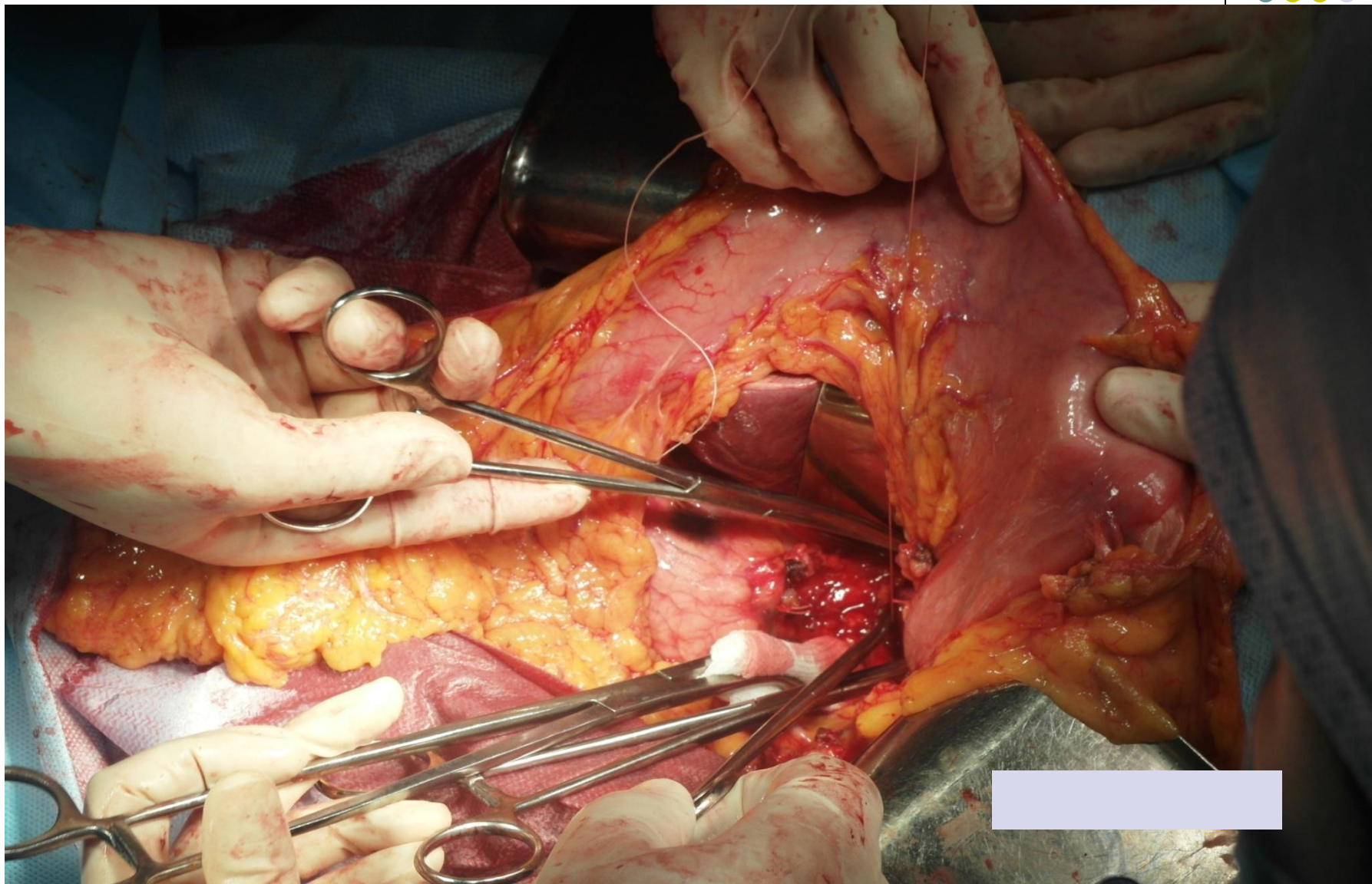
Прорастание в предпозвоночную фасцию, левую яремную и общ. Сонную артерию

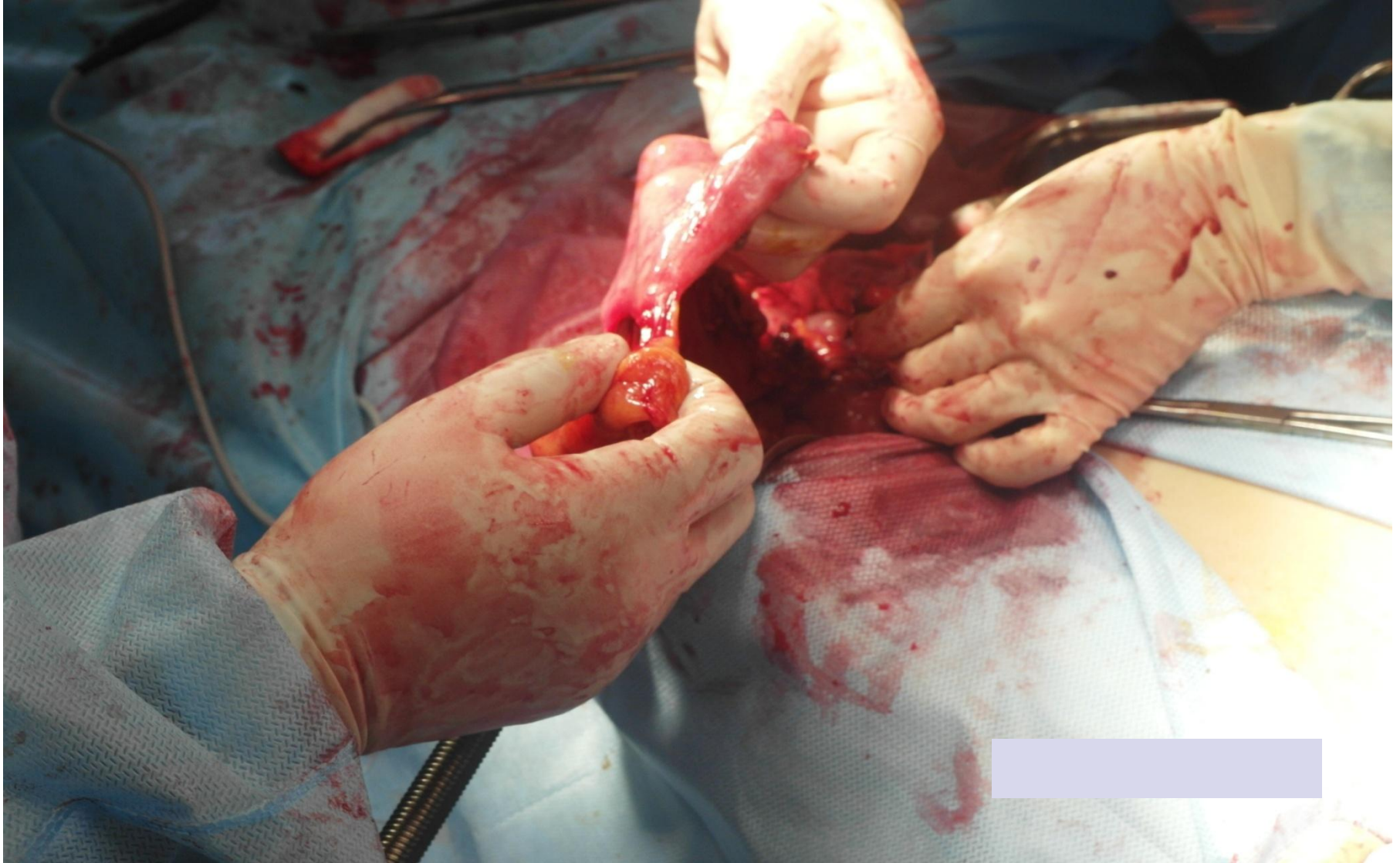


Просвет резецированной трахеи



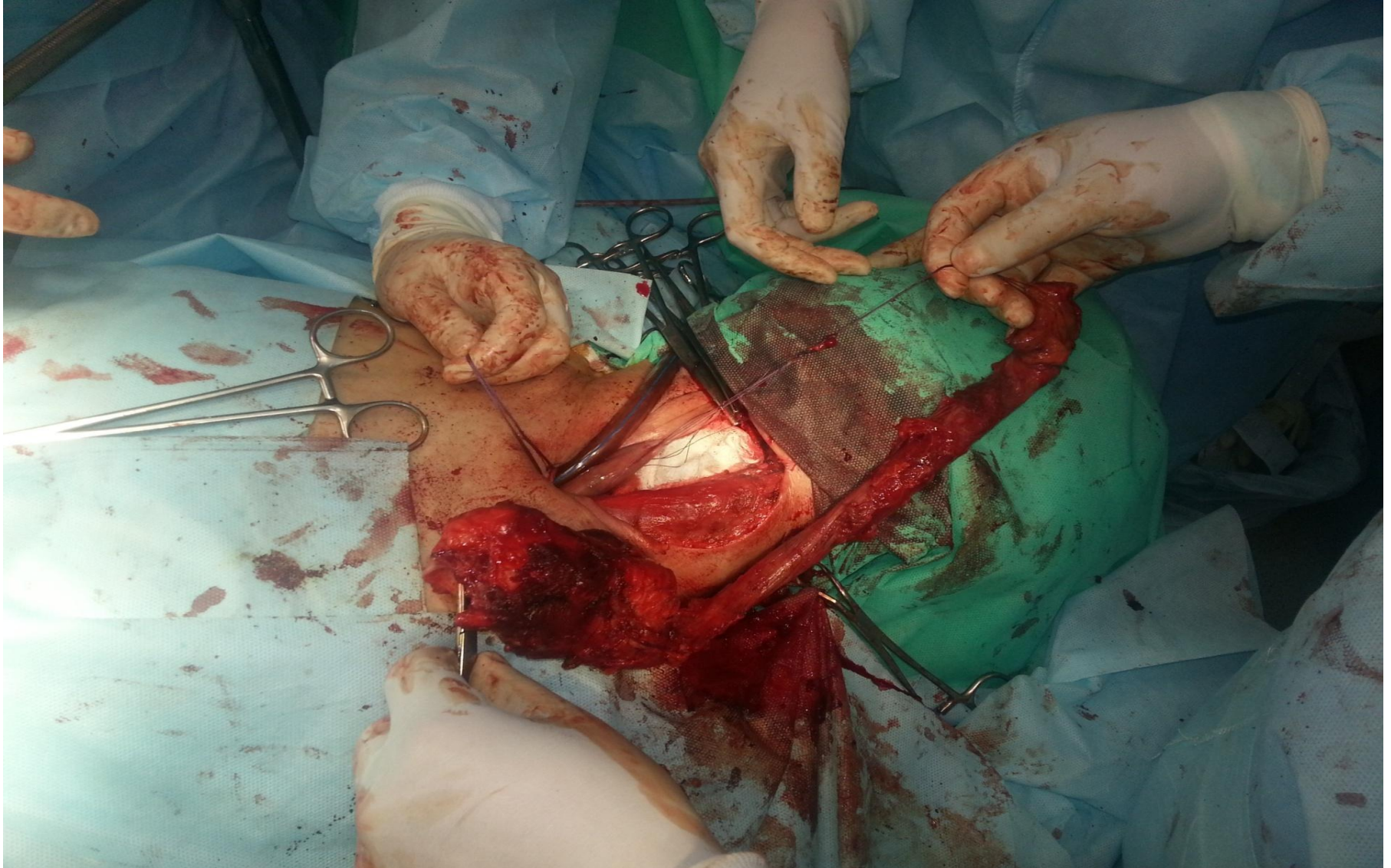
Мобилизация желудка





Трансплантат

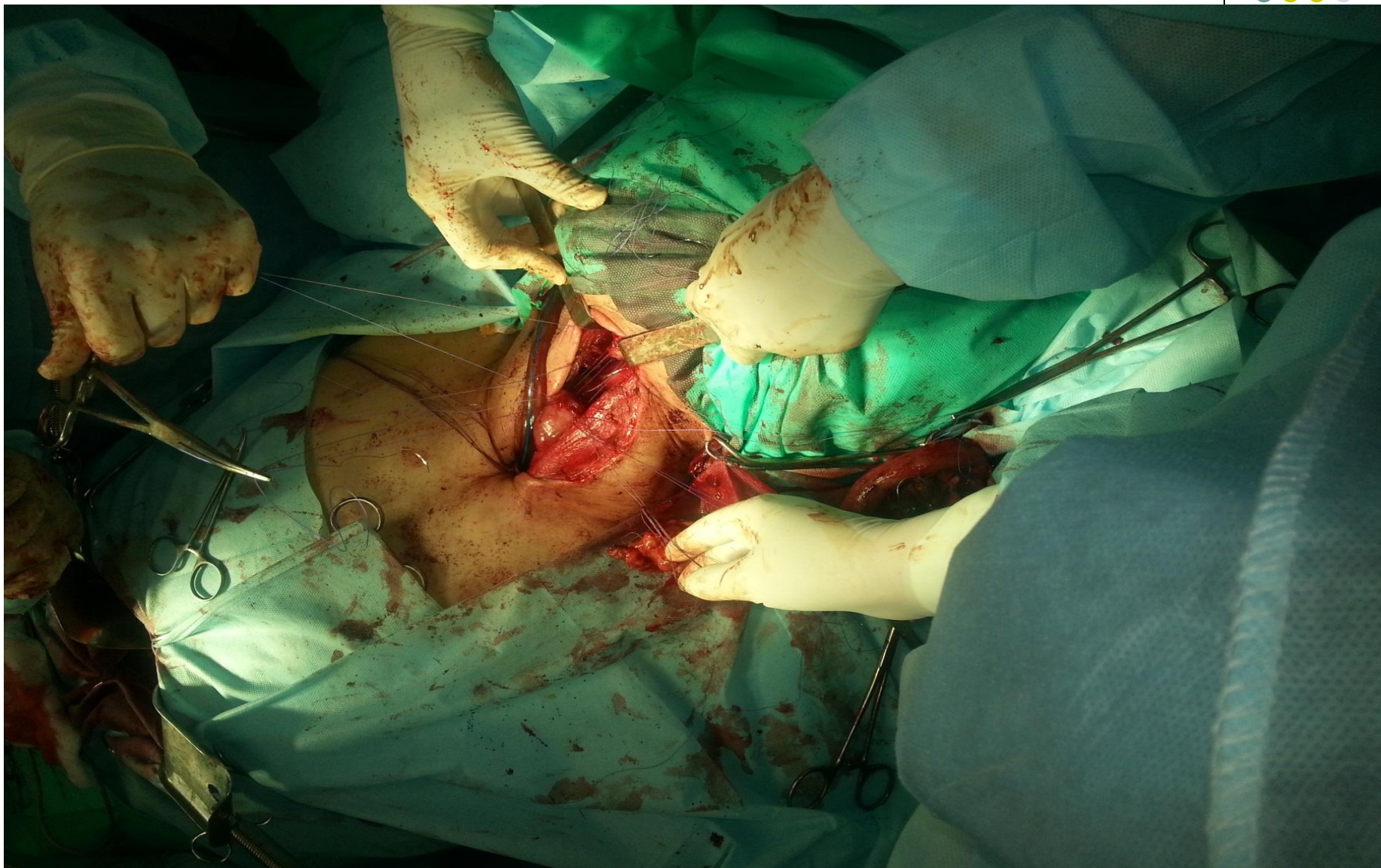




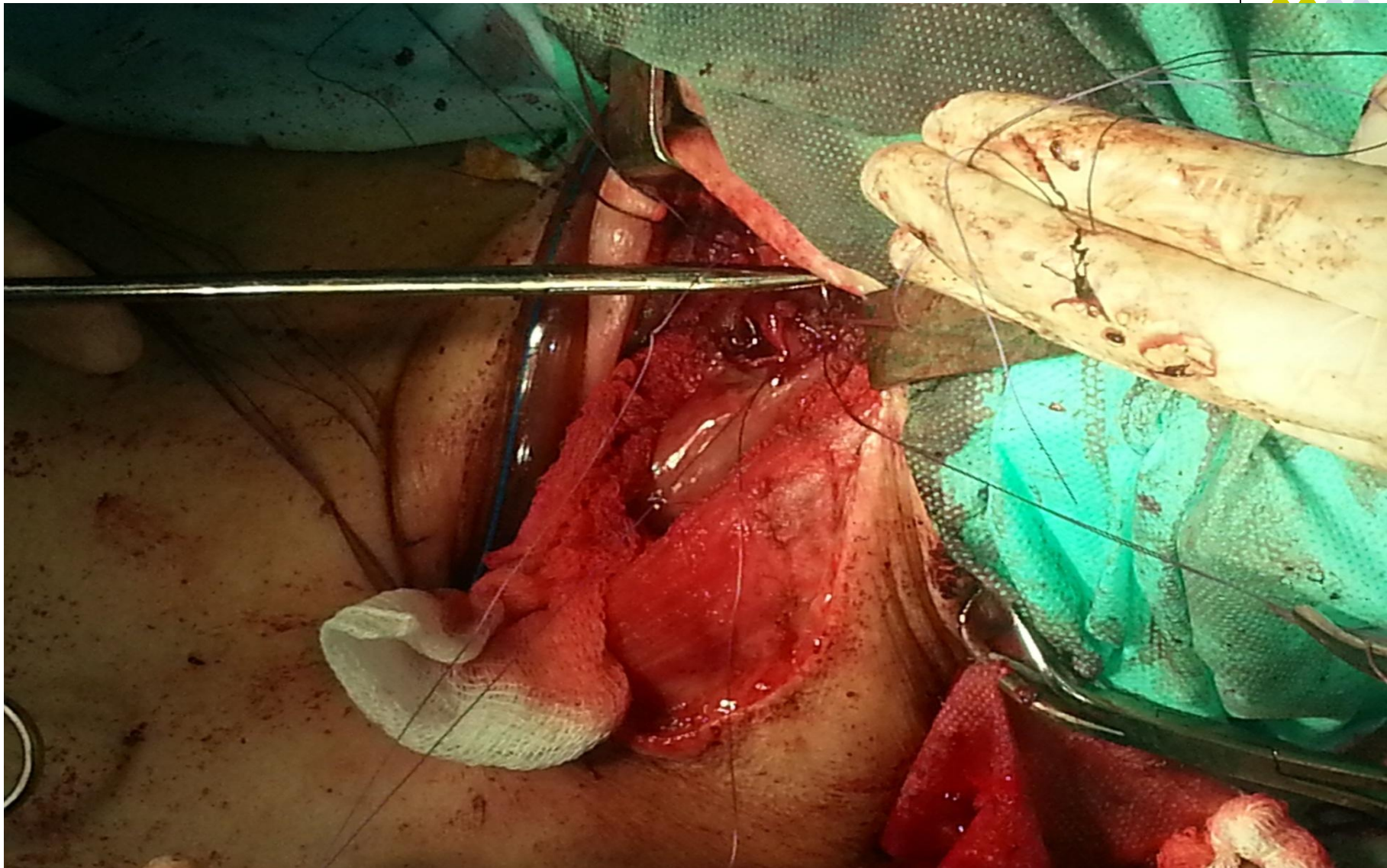
Резецирование макропрепарата



Подтягивание желудка к глотке



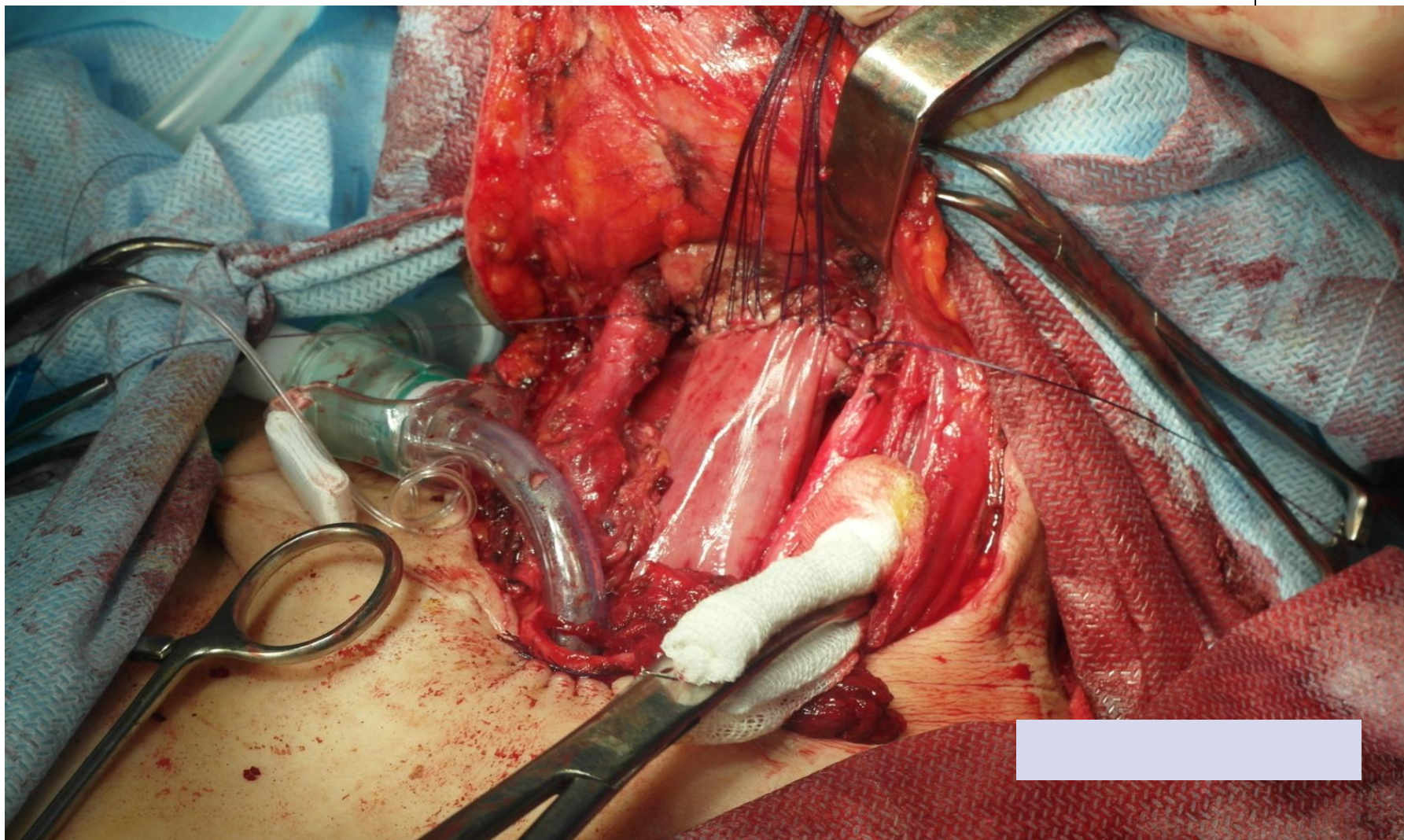
Формирование глоточно-желудочного анастомоза двухрядным швом



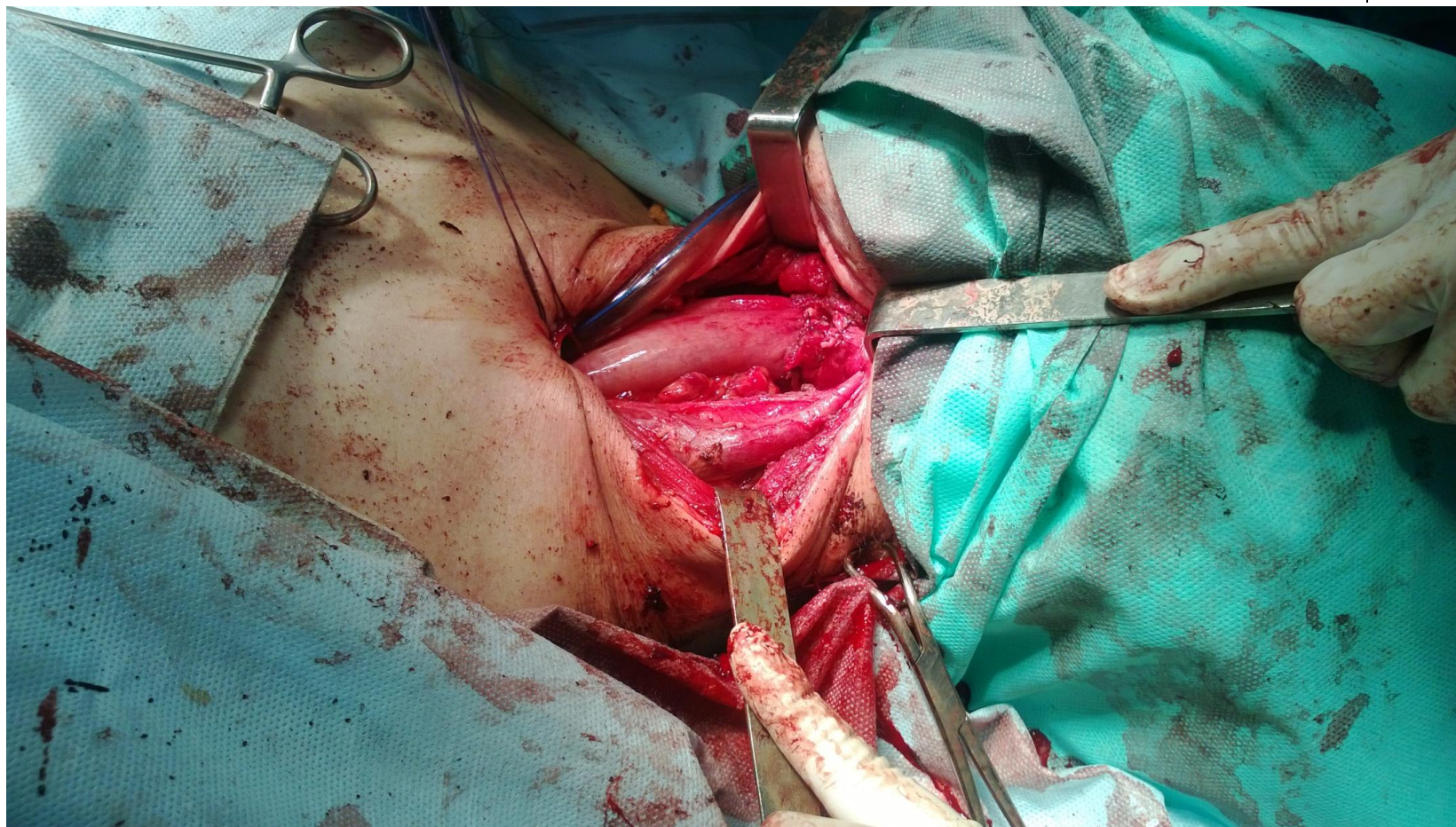
Сформирован глоточно-желудочный анастомоз



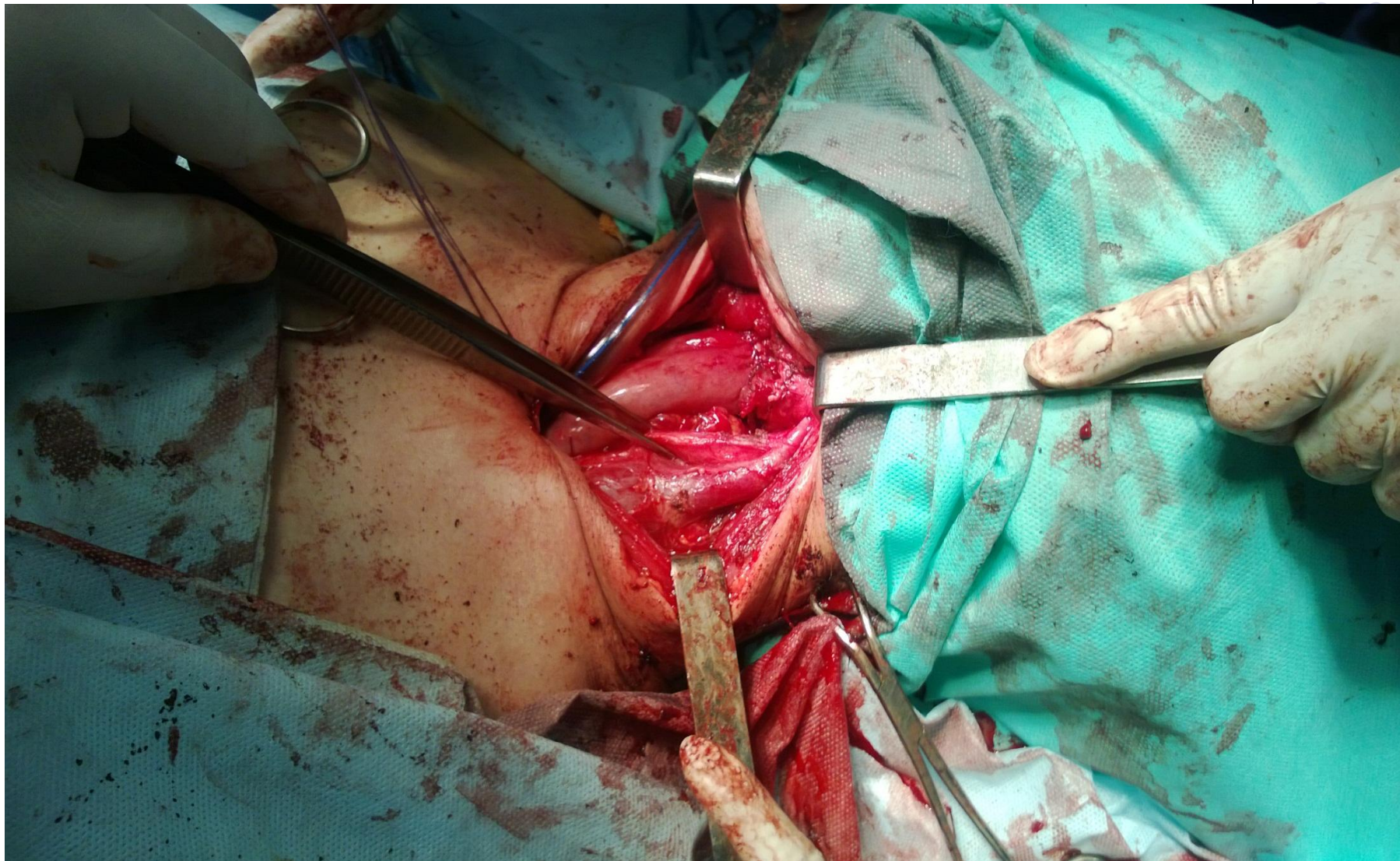
Глоточно-желудочный анастомоз



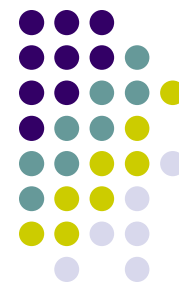
Глоточно-желудочный анастомоз



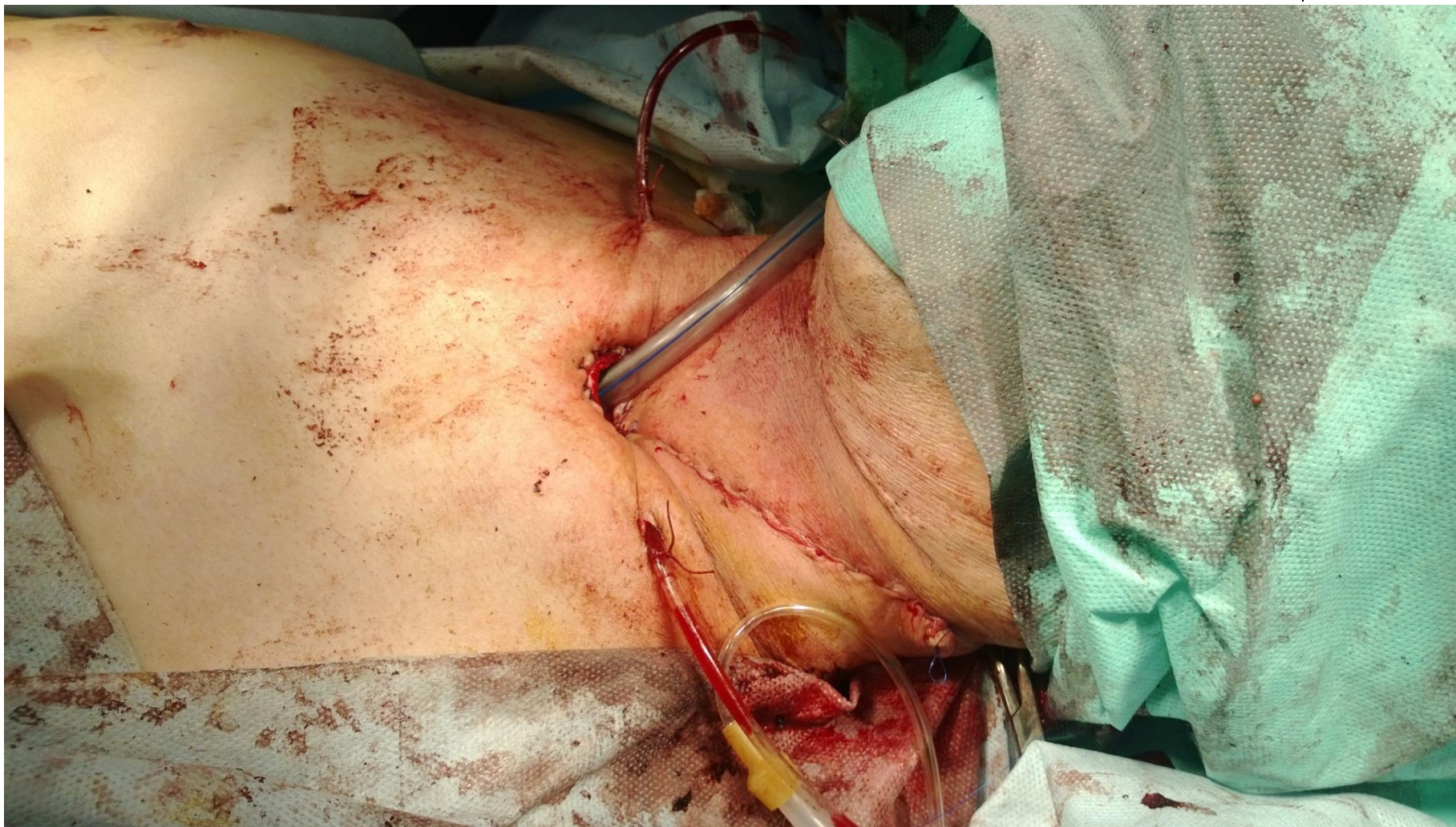
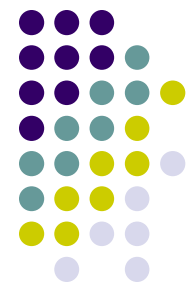
Отсутствие признаков натяжения

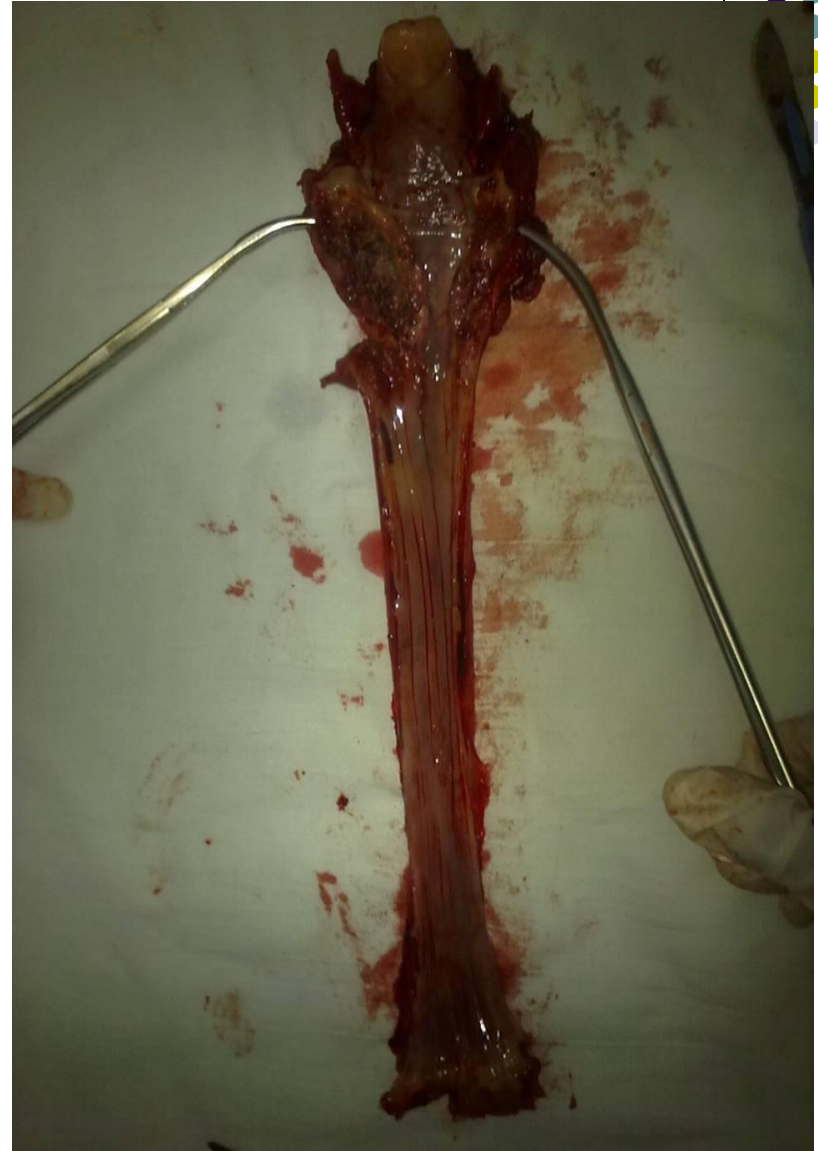


Послойное ушивание раны с формированием трахеостомы



Вид больного на заключительном этапе хирургического лечения





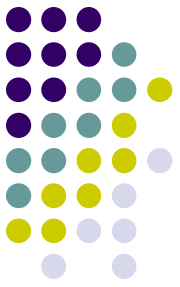
Удаленный макропрепарат



R-графия глоточно-желудочного анастомоза на 7 сутки после операции



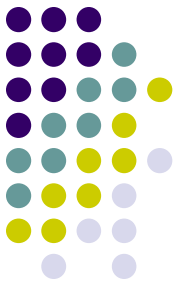
Вид больного на 25 сутки после операции



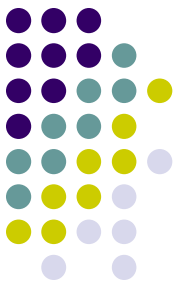
- *На 25 сутки после операции больная выписана из стационара. Трахеостома функционирует. Дыхание через трахеостомическое отверстие свободное. Энтеральное питание полностью восстановлено*



Выводы:



2. «Одномоментная расширенно-комбинированная экстирпация шейного, грудного, абдоминального отделов пищевода с эзофагопластикой абдоминально-трансмедиастинальным доступом. Ларингоэктомия с формированием глоточно-желудочного анастомоза» - эффективна при местнораспространенных формах рака шейного отдела пищевода, гортани,
3. Особенностью послеоперационного периода этой группы больных оперированных по данной методике явилось сохранение энтерального питания через естественные пути.



ВЫВОДЫ

- Таким образом, единственным методом, направленным на оказание помощи этой сложной категории больных, которые считаются заведомо инкурабельными и дающим шанс для получения непосредственных удовлетворительных результатов (ликвидация стенозов гортани и дисфагии) является одномоментное комбинированное оперативное вмешательство. Несмотря на высокий риск, четко спланированная и проведенная на высоком уровне высокоспециализированная хирургическая помощь и грамотное ведение послеоперационного периода позволяют добиться благоприятного исхода у практически безнадежных больных.



Благодарю за внимание

