

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ МАЛІГНІЗАЦІЇ АДЕНОМАТОЗНИХ ПОЛІПІВ ПРЯМОЇ КИШКИ

М.П. Захараши¹, І.А. Лурін², О.Є. Юрків²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Кафедра хірургії №1 (зав. - д.мед.н., член-кор. АМН, проф. М.П. Захараши)

² Військово-медичне управління СБ України, Київ (керівник - д.м.н. І.А. Лурін)

Реферат

У цій праці наведено аналіз методів діагностики злоякісних великих поліпів товстої кишки. Опрацьовано алгоритм обстеження хворих із аденоматозними поліпами прямої кишки, направлений на виявлення малігнізації поліпів. Надано власний досвід використання запропонованого алгоритму обстеження, який був застосований для передопераційного обстеження 88 пацієнтів із поліпами прямої кишки.

Ключові слова: аденоматозні поліпи, малігнізація аденоматозних поліпів, хромоколоноскопія, ендоректальна ультрасонографія

Abstract

THE DIAGNOSIS OF MALIGNANT RECTAL ADENOMATOUS POLYPS

M.P. ZAKHARASH¹, I.A. LURIN², O.Ye. YURKIV²

¹ The O.O. Bogomolets National Medical University Kyiv

² Military Medical Administration of Security Service of Ukraine, Kyiv

This paper reviews the diagnosis of malignant large colon polyps. The proposed algorithm for investigating patients with rectal adenomatous polyps is useful for identifying malignant polyps preoperatively. The usefulness of the proposed algorithm was examined in 88 patients.

Key words: adenomatous polyps, malignant adenomatous polyps, chromocolonoscopy, endorectal ultrasonography

Вступ

Передопераційна морфологічна верифікація малігнізованих аденом прямої кишки за результатами щипцевої біопсії невелика і становить, на думку деяких авторів, від 40 до 62,5% [2, 4, 10, 13], на думку інших - 55,9 - 60,8% [1, 5, 11, 14]. Можливість помилкових результатів при щипцевій біопсії дає підставу пропонувати застосування ендоскопічної поліпектомії, як "тотальної біопсії" [2, 4, 10, 11, 13]. Особливо виправдана вона при великих аденоматозних поліпах на ніжках, оскільки у видаленому препараті цілком міститься ділянка, що дозволяє морфологові точно оцінити взаємозв'язок між пухлиною і незміненою слизовою оболонкою.

Складніша ситуація є при морфологічній

верифікації малігнізації великих аденоматозних поліпів на широких основах, розширена петлева біопсія яких здійснюється методом фрагментації. Чітка оцінка локальних особливостей пухлини морфологом може бути істотно утруднена через великі розміри, обмежену кількість матеріалу, що надається для дослідження [1, 2, 4, 8, 12]. Окрім цього, виражений коагуляційний некроз на межі видалених фрагментів не дозволяє дати достовірний висновок про наявність або відсутність ракових комплексів за межею резекції [2, 3, 4, 7, 12].

Тому, при великих аденоматозних поліпах на широкій основі із метою зменшення ризику ускладнень технічно складної і, як показали вже наведені факти, не завжди ефективної петлевій біопсії, бажано до ендоскопічного втручання отримати попередню повнішу інформацію про наявність злоякісної трансформації і можливої інвазії у глибокі верстви стінки кишки.

Для визначення ступеню дисплазії та можливої малігнізації використовують методи хромофіброколоноскопії, ендоректальної ультрасонографії та фотодинамічної діагностики, що дозволяють із досить високою точністю виявити диспластичні зміни і їх локалізацію у поліпі [2, 3, 5, 9].

Хромоендоскопія - давно відомий метод, який доповнює ендоскопічне дослідження із метою діагностики функціональних і морфологічних змін слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Для діагностики морфологічних змін слизової оболонки використовують метиленовий синій, індигокармін. Розподіляючись по поверхні органу, барвник робить більш контрастним рельєф його слизової оболонки, на тлі якого легко виявляють найдрібніші зміни.

Останнім часом у клінічній практиці все ширше застосування знаходить метод ендоректальної ультрасонографії, що розширює можливості передопераційної діагностики при новообразованиях прямої кишки і параректальної клітковини [1, 5, 9, 11, 14].

Не занижуючи переваг хромоендоскопії та ендоректальної ультрасонографії, ми вважаємо, що основна мета цього методу - виявлення ділянок підозрілих на малігнізацію і визначення місця прицільної біопсії. Морфологічна верифікація діагнозу при хромоендоскопії та ендоректальній ультрасонографії обов'язкова [1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 14].

Матеріал і методи

У своїх дослідженнях ми використовували комбінацію хроморектоскопії із ендоректальною ультрасонографією та прицільною біопсією підозрілих на малігнізацію ділянок великих аденоматозних поліпів. За останні 5 років за цим методом було обстежено 88 хворих.

У наших дослідженнях при проведенні хроморектоскопії ми використовували як барвник 0,25% метиленовий синій, яким прицільно забарвлювали слизову оболонку прямої кишки катетером під контролем зору через ректоскоп. Незмінена слизова оболонка внаслідок дії барвника у морфологічно незмінених тканинах дістає голубуватий колір і зернистий вигляд. Атрофічні зміни ділянок слизової оболонки, доброякісні поліпи, виразки не забарвлюються метиленовим синім і чітко визначаються на голубому тлі забарвленої слизової оболонки. Ділянки дисплазії епітелію слизової оболонки прямої кишки, злоякісні новоутвори (малігнізовані поліпи, виразкові і поліпоподібні форми раку) забарвлюються в інтенсивний синій колір, який не зникає при відмиванні водою. Морфологічна верифікація діагнозу при хроморектоскопії обов'язкова.

Ультразвукове дослідження проводили із використанням УЗД-апарату ALOCA SSD - 4000 із використанням ректального датчика.

Оцінювали такі ознаки, як - локалізація, розміри, анатомічна форма, структура аденоматозних поліпів, наявність ознак інвазійного росту.

При ендоректальному ультразвуковому дослідженні виділяються такі верстви стінки прямої кишки:

- 1) верства між балоном і слизовою оболонкою (гіперехогенна);
- 2) м'язова верства слизової оболонки (гіпоехогенна);
- 3) верства між підслизовою і власною м'язовою верствою (гіперехогенна);

- 4) власна м'язова верства (гіпоехогенна);
- 5) проміжок між м'язовою верствою і периректальними тканинами (гіперехогенна).

При ендоректальному ультразвуковому дослідженні структура крупних аденоматозних поліпів може бути двох типів:

1. Однорідна, представлена сигналами середньої або підвищеної інтенсивності;
2. Неоднорідна, представлена щільними тяжами, між якими виявляються ділянки ультразвукових сигналів середньої або підвищеної інтенсивності.

Результати й обговорення

При обстеженні 88 пацієнтів за цим методом у 35 із них було виявлено аденоматозні поліпи, у 20 - тубуло-ворсинчасті поліпи із середнім ступенем дисплазії епітелію залоз, у 10 - тубуло-ворсинчасті поліпи із тяжким ступенем дисплазії, у 5 - ворсинчасті поліпи із середнім ступенем дисплазії, у 10 пацієнтів - ворсинчасті поліпи із важким ступенем дисплазії. У 8 хворих виявлено малігнізацію поліпів, при цьому в 4 - із інфільтрацією м'язової верстви прямої кишки за даними ендоректальної ультрасонографії, у 2 - підозра на проростання пухлини через всі верстви стінки кишки із наявністю збільшених параректальних лімфовузлів.

Всіх пацієнтів оперовано. Пацієнтам із поліпами без ознак малігнізації виконано ендоскопічну поліпектомію (45) та трансанальну поліпектомію із використанням електрозварювальних технологій (35). За вислідами патогістологічного дослідження видаленого матеріалу у цій групі пацієнтів розходження передопераційного діагнозу та патогістологічного висновку не було. Пацієнтів, у яких виявлено малігнізацію поліпів оперовано за онкологічним принципом - усім пацієнтам виконано передню резекцію прямої кишки. За вислідами патогістологічного дослідження видаленого матеріалу в 4 пацієнтів виявлено сарцінома *in situ*, у 3 - пухлина знаходилася у межах слизової та підслизової верстви (I стадія) і в одного пацієнта - проростала у м'язову верству, але не виходила за межі стінки кишки (II стадія). При патогістологічному дослідженні параректальних лімфатичних вузлів у цієї групи пацієнтів метастаз пухлини не виявлено.

Аналіз отриманих результатів показав, що неоднорідність структури аденоматозних по-

ліпів за вислідами ендоректального ультразвукового дослідження є у всіх випадках крупних аденоматозних поліпів із ознаками малігнізації й у більшій кількості у хворих із доброякісними новотворами.

Ендоректальне ультразвукове дослідження дозволяє також оцінити стан структури кишкової стінки (співвідношення слизової, підслизової і м'язової верств), наявність змін у параректальній клітковині, що може сприяти підвищенню ефективності передопераційної діагностики інвазійного росту. Для аденоматозних поліпів характерним є збереження структури стінки кишки. При малігнізації крупних аденоматозних поліпів у ділянці їх основи виявляється зміна структури й інфільтрація відповідних верств стінки кишки.

При цьому, зіставлення результатів ендоректального ультразвукового дослідження, хромоендоскопії і морфологічного дослідження показало, що неоднорідна ехоструктура характерна для аденоматозних поліпів із значною дисплазією епітелію, а однорідна - для аденом незначною або помірною дисплазією епітелію.

Висновок

Хромоендоскопічний і морфологічний методи досліджень, ендоректальне ультразвукове дослідження доповнюють одне одного у діагностиці малігнізації великих аденоматозних поліпів прямої кишки.

При локалізації ділянок малігнізації у поверхневих відділах новоутворень найбільш об'єктивною є ендоскопічна та хромоендоскопічна діагностика із прицільною біопсією підозрілих на малігнізацію ділянок.

Ділянки малігнізації, які розміщені у ділянці основи поліпа найшвидше виявляють при ендоректальному ультразвуковому дослідженні. Проведення комплексного хромоендоскопічного, морфологічного дослідження і ендоректального ультразвукового дослідження у хворих великими аденоматозними поліпами прямої кишки дозволяє отримати точнішу і повну інформа-

цію і поставити правильний діагноз у більшій кількості пацієнтів.

Література

1. Губская В.З., Кикоть В.Л., Сорокин Б.В. // Результаты динамического наблюдения за больными раком толстой кишки в условиях консультативной поликлиники для выявления ранних рецидивов, метастазов и метастазов рака/ Кикоть В.В. // Клінічна хірургія. - 2003.- № 11. - С. 79.
2. Захараш М.П. // Состояние колопроктологической помощи в Украине, перспективы ее развития // Клінічна хірургія. -2003.- № 11. - С. 3-6.
3. Захараш М.П., Ничитайло М.Е., Огородник П.В. // Тенденції і перспективи розвитку хірургічних втручань у колопроктології/ Захараш Ю.М. // Мистецтво лікування. - 2003. - № 6. - С 32-36.
4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Фаин С.Н. // Руководство по колопроктологии.// - М.: Медпрактика. - 2001. - 300 с.
5. American Gastroenterological Association medical position statement: Hereditary colorectal cancer and genetic testing // Gastroenterology. - 2001. - Vol. 121. - P. 195-197.
6. Barthet M., Gay G., Sautereau D// Endoscopic Surveillance of Chronic Inflammatory Bowel Disease./ Ponchon T., et al. // Endoscopy. - 2005. - Vol. 37. - P.597-599.
7. Bond J, H. Colon Polyps and Cancer // Endoscopy. - 2003. - Vol. 35. - P. 27-35.
8. Davila R. E., Rajan E., Adler D.// ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis, staging, and management of colorectal cancer./ Hirota W. K., et al. // Gastrointestinal Endoscopy. - 2005. - Vol. 61. - P. 1 - 7.
9. DeFrancisco J., Grady W. M.// Diagnosis and Management of Hereditary Non-Polyposis Colon Cancer// Gastrointestinal Endoscopy. - 2003. - Vol. 58. - P. 390-408.
10. Dona-Rose V. P., Levin T. R., Selby J. V.// The incidence of colorectal cancer following a negative screening sigmoidoscopy: Implications for screening interval // Gastroenterology. - 2004. - Vol. 127. - P. 714-722.
11. Eisen M., Chutkan R., Goldstein J. L.// Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance./ Petersen B. T., Ryan M. E. et al. // Gastrointestinal Endoscopy. - 2000. - Vol. 51. - P. 777-782.
12. Ransohoff D. F. // Colon Cancer Screening in 2005: Status and Challenges // Gastroenterology. - 2005. - Vol. 128. - P. 1685-1695
13. Winawer S., Classen M. // The international Digestive Cancer Alliance // World Gastroenterology News. - 2003. - Vol. 8, Is. 1. - P. 23-26.
14. Winawer S., Fletcher R., Rex D.// Colorectal Cancer Screening and Surveillance: Clinical Guidelines and Rationale-Update Based on New Evidence/ Bond J., Burt R. et al. // Gastroenterology. - 2003. - Vol. 124. - P. 544-560.