

Лечение больного раком прямой кишки с вращением в мочевого пузыря, паратуморальным абсцессом, опухолевым свищом передней брюшной стенки (клинический случай)

В.А. Иванов, С.С. Гордеев, С.И. Ткачев, А.Г. Перовошиков

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;
Россия, 115478 Москва, Каширское шоссе, 24

Контакты: Валерий Анатольевич Иванов dr.valeryivanov@gmail.com

В статье приводится пример комплексного лечения больного раком прямой кишки, осложненным паратуморальным абсцессом и кишечными свищами на передней брюшной стенке. Несмотря на наличие инфекционных осложнений, пациенту на фоне сопроводительной терапии были последовательно выполнены все этапы комплексного лечения: неoadъювантная химиолучевая терапия, консолидирующая полихимиотерапия и хирургическое лечение. Пациенту в рамках комплексного лечения рака прямой кишки после формирования сигмостомы по месту жительства под «прикрытием» антибактериальной терапии проведены 1 курс дистанционной химиолучевой терапии на фоне приема капецитабина, 1 полный и 1 неполный курс консолидирующей полихимиотерапии в режиме CapOx. Впоследствии пациенту выполнено хирургическое лечение – тотальная мезоректумэктомия в объеме R0. В течение 2 лет наблюдения прогрессирования заболевания не отмечено.

Таким образом, осложненное течение опухолевого процесса требует проведения сопроводительной терапии, однако не должно быть противопоказанием к проведению комплексного лечения и поводом для нарушения его последовательности, установленной в клинических рекомендациях.

Ключевые слова: местно-распространенный рак прямой кишки, наружный кишечный свищ, абсцесс, химиолучевая терапия

Для цитирования: Иванов В.А., Гордеев С.С., Ткачев С.И., Перовошиков А.Г. Лечение больного раком прямой кишки с вращением в мочевого пузыря, паратуморальным абсцессом, опухолевым свищом передней брюшной стенки (клинический случай). Онкологическая колопроктология 2018;8(4):65–8.

DOI: 10.17650/2220-3478-2018-8-4-65-68

Successful treatment of rectal cancer complicated by bladder invasion, peritumorally abscess, and a fistula in the anterior abdominal wall (case report)

V.A. Ivanov, S.S. Gordeev, S.I. Tkachev, A.G. Perevoshchikov

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia;
24 Kashirskoe Shosse, Moscow 115478, Russia

This article reports the experience of treating a case of rectal cancer complicated by peritumorally abscess and intestinal fistulas in the anterior abdominal wall. Despite infectious complications, the patient underwent all stages of comprehensive treatment, including neoadjuvant chemoradiotherapy, consolidation polychemotherapy, and surgery. After sigmoidostomy with a course of antibacterial therapy, the patient received one cycle of external beam radiotherapy plus capecitabine followed by one full and one partial cycle of consolidating polychemotherapy (CapOx). Afterwards, the patient underwent R0 total mesorectal excision. No disease progression was observed during the next two years.

Thus, complicated cancer require additional therapy; however, it should not be considered as a contraindication for combination treatment or as a reason for changing its order recommended in clinical guidelines.

Key words: locally advanced rectal cancer, external intestinal fistula, abscess, chemoradiotherapy

For citation: Ivanov V.A., Gordeev S.S., Tkachev S.I., Perevoshchikov A.G. Successful treatment of rectal cancer complicated by bladder invasion, peritumorally abscess, and a fistula in the anterior abdominal wall (case report). Onkologicheskaya Koloproktologiya = Colorectal Oncology 2018;8(4):65–8.

В данной статье коллектив авторов представляет клинический случай лечения больного раком прямой кишки с вращением в мочевого пузыря, формированием паратуморального абсцесса и опухолевыми свищами

на передней брюшной стенке. Случай нам кажется заслуживающим внимания по нескольким причинам. Во-первых, у пациента наблюдалась нехарактерная локализация свищей: как правило, паратуморальный

абсцесс разрешается формированием свищей в промежности как исход парапроктита. В данном случае свищевые ходы сформировались на передней брюшной стенке, объяснение чему будет дано в тексте статьи. Во-вторых, хотелось бы обратить внимание на полный цикл лечения пациента с сохранением преемственности этапов: применение неoadъювантной химиолучевой терапии (ХЛТ) с последующим выполнением хирургического лечения, несмотря на наличие гнойного процесса в малом тазу и брюшной полости. Случай демонстрирует безопасность проведения комплексного лечения у пациента при соответствующей сопроводительной терапии.

Клинический случай

Пациент С., 52 лет. С жалобами на острую боль в животе в апреле 2016 г. по месту жительства выполнена диагностическая лапароскопия со вскрытием абсцесса малого таза. Причина формирования абсцесса при лапароскопии не была установлена. Послеоперационный период осложнился выделением калового содержимого по дренажам, что послужило причиной формирования двуствольной сигмостомы. Впоследствии на передней брюшной стенке сформировались 2 свищевых хода, требовавшие регулярной санации (рис. 1), после чего при колоноскопии была выявлена опухоль прямой кишки, и пациент направлен в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

После дополнительного обследования по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза выявлено врастание опухоли в мочевого пузырь и брюшную стенку, обнаружен паратуморальный

абсцесс, связанный с 2 свищами на передней брюшной стенке. По данным компьютерной томографии органов брюшной полости и малого таза исключены отдаленные проявления основного заболевания, по данным анализов крови не было зафиксировано повышения уровней онкомаркеров — раково-эмбрионального антигена (0,19 нг/мл) и СА 19-9 (7 ЕД/мл). На основании выполненного комплексного обследования пациенту была установлена стадия *strT4bN0M0*. Учитывая нетипичную клиническую картину и наличие очага инфекции в малом тазу, был проведен мультидисциплинарный консилиум с участием хирургов-онкологов, лучевых терапевтов и химиотерапевтов; по причине отсутствия фебрильной лихорадки, признаков генерализованного инфекционного процесса и наличия ранее сформированной сигмостомы решено провести комплексное лечение.

После подбора адекватной антибактериальной терапии на основании посева отделяемого из свищей с августа по сентябрь 2016 г. проведен пролонгированный курс дистанционной ХЛТ с разовой очаговой дозой 2 Гр и суммарной очаговой дозой 54 Гр на фоне химиотерапии капецитабином в дозе 1650 мг/м²/сут. Необходимо отметить отсутствие токсичности выше I степени на фоне лечения, также удалось добиться закрытия обоих свищевых ходов, причем один из свищевых ходов (слева) после лечения при МРТ не определялся. В перерыве между окончанием ХЛТ и хирургическим этапом лечения пациенту по месту жительства проведены 1 полный курс полихимиотерапии в режиме *СарОх* и 1 неполный по причине развития подкожного абсцесса в области закрывшегося свищевого хода. После проведенного лечения удалось добиться 50 % фиброза опухоли по данным МРТ, а также уменьшения ее

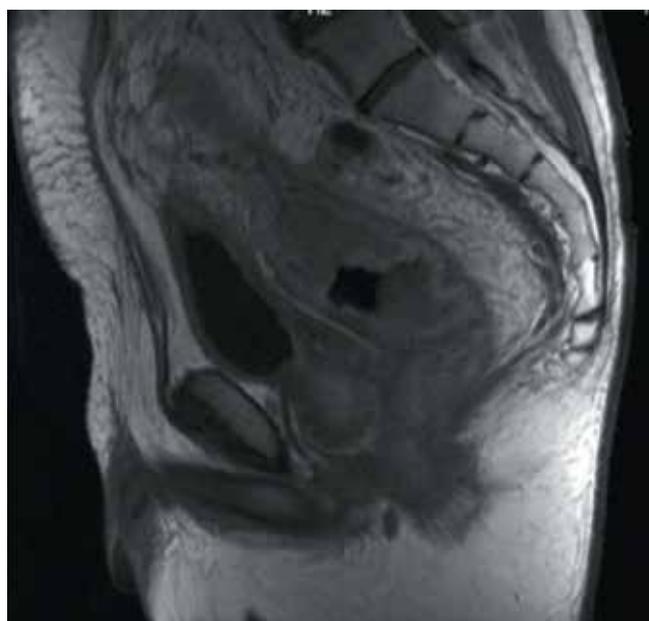


Рис. 1. Пациент С., магнитно-резонансная томография органов малого таза до начала лечения. Эллипсами указаны зоны свищевых ходов
Fig. 1. Patient S., magnetic resonance image of the pelvis before treatment. Ellipses indicate fistulas



Рис. 2. Пациент С., магнитно-резонансная томография органов малого таза после лечения. Эллипсом указана зона закрывшегося наружного свища

Fig. 2. Patient S., magnetic resonance image of the pelvis after treatment. Ellipses indicate a closed external fistula

краниокаудального размера со 105 до 75 мм. На рис. 2 приведены изображения, полученные при МРТ-исследовании органов малого таза после лечения.

В ноябре 2016 г. в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России выполнено хирургическое лечение. Интраоперационно у входа в малый таз определен опухолевый конгломерат, вставивший в подвздошную кишку непосредственно в зоне илеоцекального угла, в переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области, тесно прилежавший к верхушке мочевого пузыря. Учитывая описанные находки, выполнена резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендоанастомоза «бок в бок». Также резецированы стенка мочевого пузыря, передняя брюшная стенка в зоне опухолевого конгломерата с удалением части прямой и косой мышцы живота справа с иссечением паратуморального свища. Выполнена резекция сигмовидной и прямой кишок (прямая кишка пересечена на уровне границы средне- и нижнеампулярного отделов) с мочевым пузырем, передней брюшной стенкой и илеоцекальным углом *en bloc*. Учитывая риск несостоятельности анастомоза по причине потенциальной персистенции инфекции в малом тазу, решено воздержаться от формирования сигморектального анастомоза, выполнена реконструкция сигмостомы. Для закрытия дефекта передней брюшной стенки установлена полипропиленовая сетка, дополнительно к ней изнутри фиксирована прядь большого сальника. Послеоперационный период проходил без осложнений и составил 14 дней.

По данным гистологического исследования отмечен патоморфоз II степени по классификации Dworak,

не выявлено врастания опухоли в прилежащие ткани и поражения лимфатических узлов, окончательная стадия заболевания по TNM – урT4N0M0. С учетом распространенности опухолевого процесса и проведенного неоадьювантного лечения пациенту было рекомендовано проведение 6 курсов адьювантной полихимиотерапии в режиме CapOx. По состоянию на сентябрь 2018 г. (29 мес после начала лечения) пациент наблюдается без признаков прогрессирования основного заболевания.

Анализируя данный клинический случай, стоит обратить внимание на несколько деталей. Формирование свищей на передней брюшной стенке объясняется инфицированием дренажных ходов после вскрытия паратуморального абсцесса. По этой причине выполнение ХЛТ по месту жительства не рассматривалось – паратуморальный абсцесс и наружные свищи классифицировались как противопоказание к лечению. Учитывая местно-распространенный характер опухолевого процесса и наличие опыта в лечении пациентов с подобными осложнениями [1], на консилиуме было решено начать лечение с выполнения ХЛТ. Учитывая данные исследования J. Garcia-Aguilar и соавт., в котором проведение консолидирующей терапии было достоверным предикторным фактором морфологического ответа на лечение [2], пациенту были назначены 2 курса консолидирующей полихимиотерапии. Благодаря сформированной до начала ХЛТ сигмостоме и адекватной антибактериальной терапии, несмотря на осложнения основного заболевания, пациент перенес лечение без токсичности III–IV степени, что позволило выполнить R0-резекцию. Стоит отметить, что это не единичный

описанный случай успешного лечения пациента с наружным свищом; так, T. Kitahara и соавт. в серии клинических наблюдений 3 пациентов, у одного из которых имелся наружный кишечный свищ, описывали выполнение R0-резекции после пролонгированного курса ХЛТ [3]. Еще более успешных результатов добились V. el Benjelloun и соавт.: в своей работе они описали выполнение чрезбрюшной резекции прямой кишки у 2 больных раком прямой кишки, осложненным парапроктитом и наружным кишечным свищом, после проведенного курса ХЛТ с суммарной очаговой дозой 45 Гр. Авторы заявили о полном морфологическом ответе на проведенное лечение [4]. В нашем клиническом случае не был зарегистрирован полный морфологический ответ на лечение, однако выявлено сокращение размеров опухоли, что привело к уменьшению объема операции и возможности сохранить и большую часть мочевого пузыря, и возможность естественного его опорожнения, что, несмотря

на формирование постоянной сигмостомы, позволило сохранить высокий уровень качества жизни пациента.

Таким образом, проанализировав описанный клинический случай и сравнив его с уже описанными в научной литературе, коллектив авторов пришел к выводу о том, что при адекватной сопроводительной терапии пациентам с осложненным течением местнораспространенного рака прямой кишки возможно проведение всех этапов комплексного лечения. Соблюдение преемственности этапов терапии местнораспространенного рака прямой кишки позволяет добиться снижения локорегионарных рецидивов, и по этой причине неоадьювантная ХЛТ входит в отечественные и европейские клинические рекомендации [5, 6]. Подобная тактика позволяет добиваться высоких результатов лечения, как непосредственных, так и отдаленных, и сохранять максимальный возможный уровень качества жизни пациентов.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Gordeyev S.S., Ivanov V.A., Rasulov A.O. et al. Chemoradiotherapy in complicated locally advanced or recurrent rectal cancer treatment. *Medical radiology and radiation safety* 2016;6:57–63.
2. Garcia-Aguilar J., Chow O.S., Smith D.D. et al. Effect of adding mFOLFOX6 after neoadjuvant chemoradiation in locally advanced rectal cancer: a multicentre, phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2015;16(8):957–66. PMID: 26187751. DOI: 10.1016/S1470-2045(15)00004-2.
3. Kitahara T., Uemura M., Haraguchi N. et al. Successful treatment of rectal cancer with perineal invasion: three case reports. *Mol Clin Oncol* 2014;2(4):497–500. PMID: 24940483. DOI: 10.3892/mco.2014.282.
4. Benjelloun el B., Aitalalim S., Chbani L. et al. Rectosigmoid adenocarcinoma revealed by metastatic anal fistula. The visible part of the iceberg: a report of two cases with literature review. *World J Surg Oncol* 2012;10:209. PMID: 23033985. DOI: 10.1186/1477-7819-10-209.
5. Glynne-Jones R., Wyrwicz L., Tiret E. et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017;28 (Suppl 4):iv22–40. PMID: 28881920. DOI: 10.1093/annonc/mdx224.
6. Ананьев В.С., Артамонова Е.В., Ачкасов С.И. и др. Клинические рекомендации: рак прямой кишки. 2017 г. Доступно по: http://oncology-association.ru/files/clinical-guidelines_adults/rak_pryamoy_kishki.pdf. [Ananyev V.S., Artamonova E.V., Achkasov S.I. et al. Clinical guidelines: rectal Cancer. 2017. Available at: http://oncology-association.ru/files/clinical-guidelines_adults/rak_pryamoy_kishki.pdf. (In Russ.)].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

ORCID авторов/ORCID of authors

В.А. Иванов/V.A. Ivanov: <https://orcid.org/0000-0003-3028-7578>

С.С. Гордеев/S.S. Gordeev: <https://orcid.org/0000-0003-2245-214X>

С.И. Ткачев/S.I. Tkachev: <https://orcid.org/0000-0001-8965-8172>

Статья поступила: 24.10.2018. **Принята к публикации:** 29.11.2018.

Article received: 24.10.2018. **Accepted for publication:** 29.11.2018.