

УДК 616.329-006.363



Р. І. Верещако¹, І. А. Сухин^{1,2}, С. П. Завертыленко³,
А. А. Семенченко³, І. С. Бацей³, А. Н. Билиловець^{1,2},
Р. В. Швыдак³, А. К. Петров²

¹ Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ

² Київська клінічна лікарня № 3 на залізничному транспорті

³ Київський городський клінічний онкологічний центр

ЛЕЙОМИОМА ПИЩЕВОДА

Лейомиома — рідка патологія пищевода і в то ж час найбільш часто зустрічаючися доброкачественна опухоль останнього. Клінічні прояви залежать від розмірів пухли. Диференціація з гастроінтестинальною стромальною опухолью (GIST) представляє певні складності. Лікування хірургічне — енуклеація пухли. Приведені методи діагностики, диференціальної діагностики і особливості хірургічного втручання при лейомиомі грудного відділу пищевода. Описані два випадки лікування цієї патології.

■

Ключові слова: лейомиома, пищевод, енуклеація, подслизиста опухоль.

Лейомиома — хоча і рідка, але найбільш часта мезенхімальна опухоль пищевода. Її частота становить 60—70% від всіх доброкачественних пухли пищевода [2, 3, 7]. Частота виявлення цієї пухли при аутопсії становить 0,005—5,0% [7]. В 97% випадків це солітарна опухоль з локалізацією в середній або нижній третині пищевода [3, 7]. Лейомиома є повільно ростучою пухолью, її розміри можуть залишатися без змін багато років. Лише 5% цих пухли досягають розміру 10 см і називаються «гігантськими лейомиомами» [3]. У чоловіків лейомиому діагностують в два рази частіше, ніж у жінок. Лейомиома може з'явитися в будь-якому віці, але частіше виявляється в віці від 20 до 60 років [2, 3, 7].

Бессимптомне перебіг відзначається у половини пацієнтів, у них опухоль виявляється випадково під час ендоскопічного дослідження пищевода або виконання комп'ютерної томографії (КТ) органів грудної клітки. Клінічні прояви залежать від розмірів пухли і можуть мати вигляд болей за грудиною і дисфагії різної ступеня [1, 5—7].

За даними літератури, рак пищевода зустрічається в 50 разів частіше, ніж лейомиома. В той же час можливо їх поєднання в вигляді злоякісної метаблазії слизистої (*in situ*) пищевода, розположеної над лейомиомою [7].

Рідкістю лейомиоми пищевода пояснюється невелике число спостережень цієї патології за тривалий період в окремих клініках: 9 випадків за 18 років [5], 13 — за 28 років [6], 66 — за 27 років [1].

Основні методи діагностики лейомиоми пищевода: фіброезофагогастроскопія (ФЕГС), КТ органів грудної клітки, езофагоскопія з ультразвуковим дослідженням, тонкоіглова біопсія [2, 8]. За результатами цих досліджень можна з впевненістю виключити рак пищевода, але при цьому велику складність представляє диференціація з GIST пищевода. Ці два типи пухли при всіх згаданих дослідженнях мають дуже схожу картину, так як є слизовими, мають схожі прояви на КТ органів грудної клітки. Тонкоіглова біопсія часто не інформативна. При цьому агресивність GIST значно вище і прогноз в віддалений період значно гірше. Поєднання позитронно-емісійної томографії і КТ (ПЕТ/КТ) для диференціювання цих двох пухли не є ідеальним, особливо при лейомиомах пищевода значного розміру. Ми виявили в літературі [2] аналіз накоплення ¹⁸F-фтордезоксиглюкози (радіофармацевтика, використовується при ПЕТ/КТ) в слизових пухлях пищевода. Величина SUV_{max} становила від 3,8 до 13,4 при лейомиомах пищевода, що було схоже з GIST.

Верещако Роман Іванович, д. мед. н., зав. кафедри онкології
E-mail: romver@i.ua

© Р. І. Верещако, І. А. Сухин, С. П. Завертыленко, О. А. Семенченко, І. С. Бацей, О. М. Билиловець, Р. В. Швыдак, А. К. Петров, 2016

Таким образом, хирург часто стоит перед выбором, какой вариант операции применить: энуклеацию опухоли или резекцию пищевода.

Основным вариантом операции при лейомиоме пищевода является энуклеация опухоли [1, 4–6]. Такой способ удаления признан наилучшим [1, 5]. При этом сохраняется неповрежденной слизистая оболочка пищевода, так как лейомиома исходит из мышечного слоя и, следовательно, исключаются грозные послеоперационные осложнения, возникающие при перфорации пищевода. В качестве доступа используют торакотомию, торакоскопию (грудной отдел пищевода) и лапаротомию, лапароскопию (абдоминальный сегмент пищевода) [1, 5, 6]. Торакоскопия или лапароскопия позволяют сократить период нахождения в стационаре после операции, но сами операции могут длиться до 5–6 ч [6]. Торакотомия или лапаротомия позволяют выполнить операцию значительно быстрее и при этом облегчают сохранение слизистой оболочки пищевода во время энуклеации опухоли. При открытом доступе легче восстановить мышечный слой пищевода (профилактика развития ложного дивертикула пищевода) [1].

В последнее время появились сообщения [8] о применении эндоскопической экскавации субэпителиальных опухолей малого размера. При

эзофагоскопии выполняют рассечение слизистой оболочки пищевода вокруг опухоли и отсепаровывание ее от мышечного слоя с последующим закрытием дефекта слизистой с помощью клипс. В сообщении указывается на возможность применения этой методики при подслизистых опухолях пищевода диаметром 0,5–1,7 см. Перфорация пищевода наблюдалась в 8,9 % случаев.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Больная К., 58 лет, обратилась за консультативной помощью в декабре 2015 г. Жалобы на периодическое затруднение прохождения плотной пищи по пищеводу, сопровождающееся умеренной болью за грудиной. Выполнено обследование.

ФЭГС: на расстоянии 10 см от первого физиологического сужения определяется опухоль диаметром до 3,5 см, исходящая из передней и правой боковой стенок пищевода, основание широкое, слизистая оболочка пищевода над опухолью не изменена.

КТ органов грудной клетки (рис. 1): картина округлой, с четкими контурами, опухоли среднего отдела пищевода. Прилежит к нисходящему отделу дуги аорты и бифуркации трахеи, инвазии указанных структур средостения нет.

Больная госпитализирована 15.01.2016 г. в отделение торакальной хирургии Киевского городского онкоцентра, являющееся клинической базой кафедры онкологии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца. 19.01.2016 г. выполнена операция: боковая торакотомия справа, энуклеация опухоли пищевода (рис. 2–4).

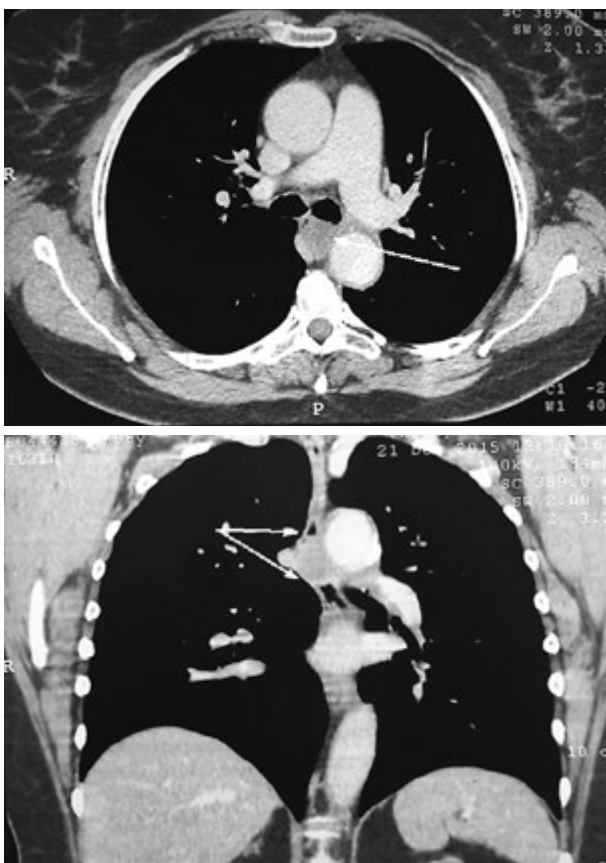


Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной клетки. Стрелками указана опухоль пищевода

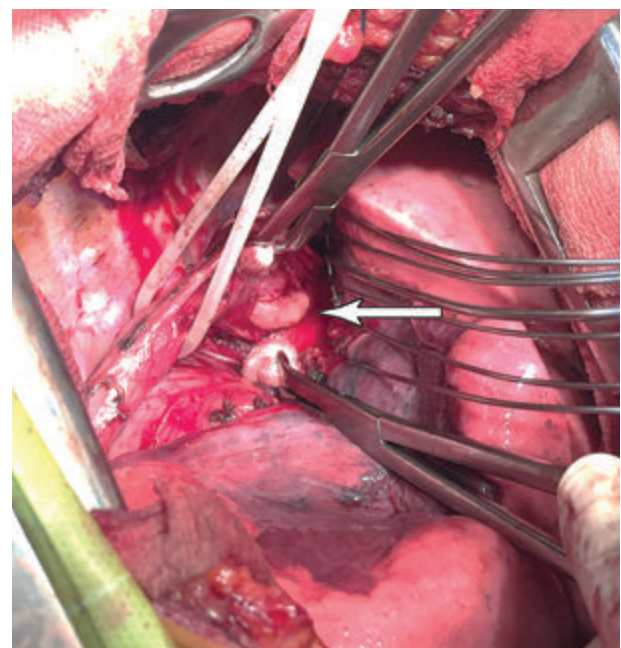


Рис. 2. Торакотомия. Пищевод ниже опухоли взят на турникет, рассечен мышечный слой пищевода. Стрелкой указана опухоль

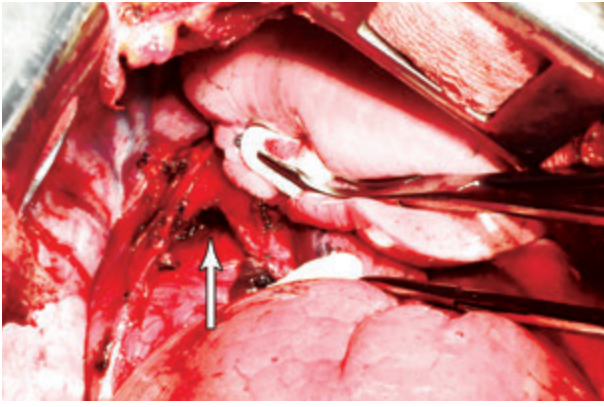


Рис. 3. Опухоль удалена, мышечная оболочка пищевода восстановлена. Стрелкой указана зона операции, выше хорошо видна бифуркация трахеи

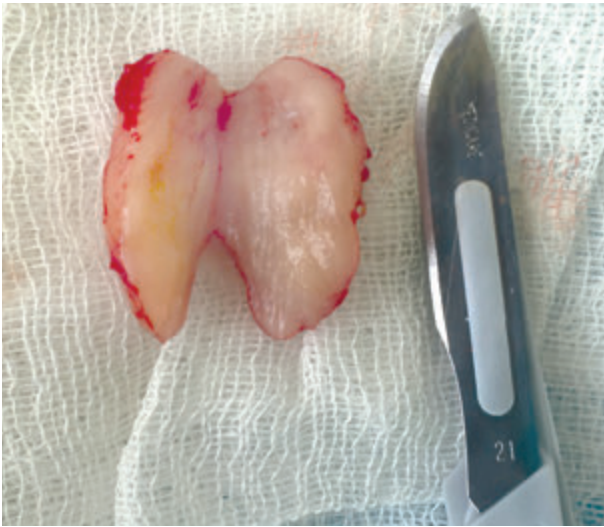


Рис. 4. Удаленная опухоль пищевода

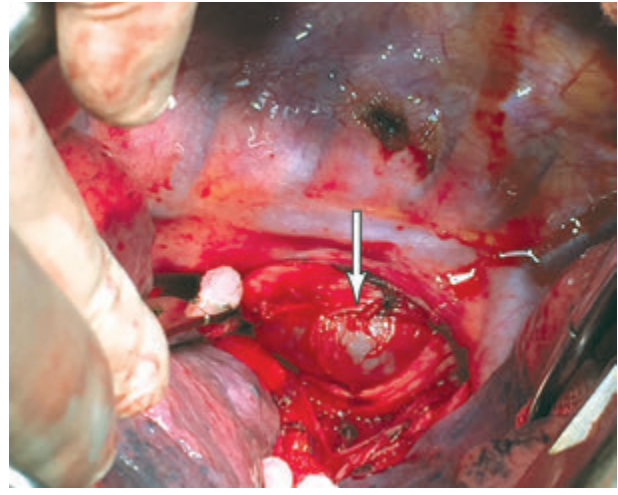


Рис. 5. Боковая торакотомия справа. Разделение мышечного слоя пищевода над опухолью. Стрелка указывает на опухоль

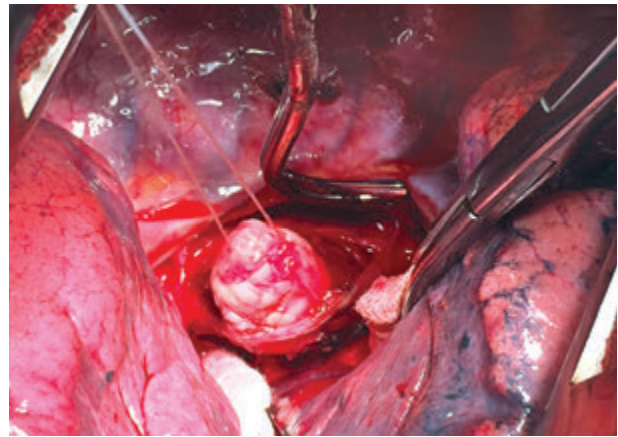


Рис. 6. Разделен мышечный слой пищевода, тракция опухоли с помощью нити-держалки. Прецизионное выделение

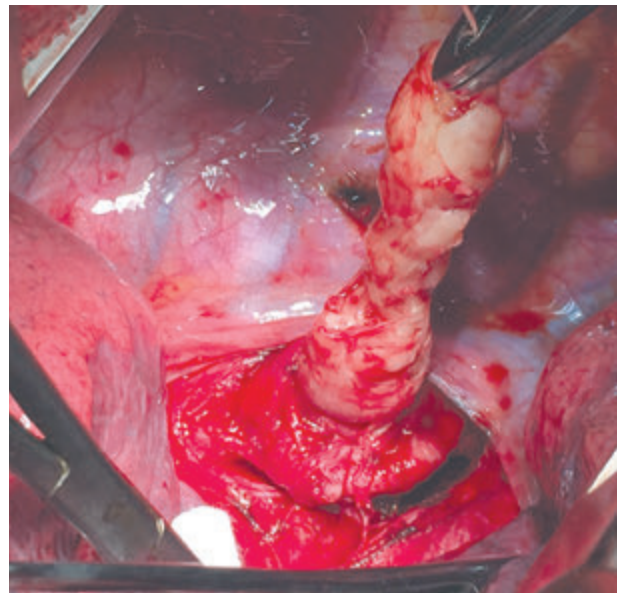


Рис. 7. Циркулярно охватывающая пищевод опухоль выделена полностью

Послеоперационный период протекал без осложнений. Питание *per os* с третьего дня после операции.

Гистологическое заключение: лейомиома пищевода.

Пациентка выписана на восьмые сутки после операции. Наблюдается 9 мес. Явлений дисфагии нет.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Больной Д., 32 года, 04.09.2015 г. госпитализирован в Киевскую клиническую больницу № 3 на железнодорожном транспорте (клиническая база кафедры онкологии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца). Жалобы на затрудненное прохождение плотной пищи по пищеводу, которое периодически сопровождается болью за грудиной. Выполнено обследование.

ФЭГС: на расстоянии 12 см от первого физиологического сужения циркулярно расположенная опухоль пищевода, слизистая оболочка не изменена.

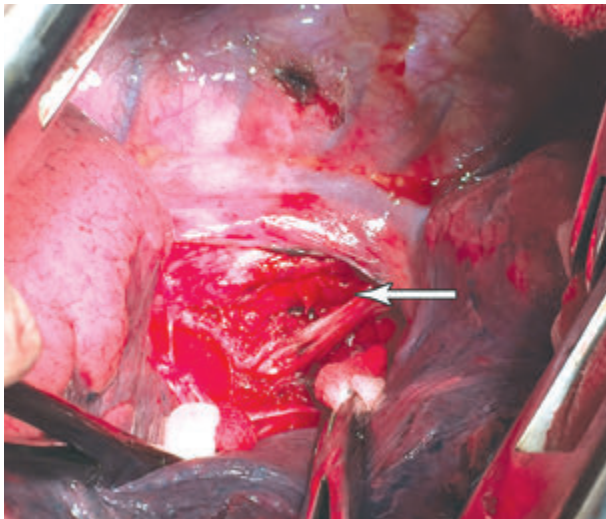


Рис. 8. Опухоль удалена, стрелка указывает на ложе опухоли с неповрежденной слизистой оболочкой. Мышечный слой еще не восстановлен

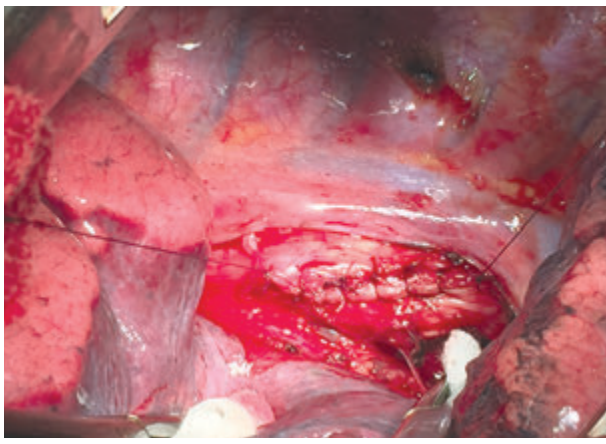


Рис. 9. Восстановлен мышечный слой пищевода

КТ органов грудной клетки: объемное новообразование заднего средостения.

Конфликт интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка данных, написание текста — Р. В.; выполнение операции — Р. В., И. С., С. З., А. С., И. Б., А. Б., Р. Ш., А. П.



Рис. 10. Удаленная опухоль длиной 10 см

07.09.2015 г. выполнена операция: боковая торакотомия справа, энуклеация опухоли пищевода (рис. 5—10).

Опухоль циркулярно охватывала слизистую оболочку пищевода без ее инвазии. Прецизионная техника энуклеации позволила сохранить слизистую оболочку пищевода неповрежденной.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое заключение: лейомиома пищевода.

На седьмые сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Наблюдается 1 год. Функция пищевода удовлетворительная.

ВЫВОДЫ

При энуклеации лейомиомы пищевода необходимо сохранить целостность слизистой оболочки пищевода (профилактика послеоперационных осложнений) и восстановить мышечный слой пищевода (сохранение функции пищевода, профилактика развития дивертикула). Этим требованиям лучше всего отвечает торакотомный доступ (при локализации опухоли в грудном отделе пищевода). Особое значение это имеет при лейомиомах большого размера, имеющих циркулярный рост.

Литература

- Bonavina L., Segalin A., Rosati R. et al. Surgical therapy of esophageal leiomyoma // J. Am. Coll. Surg. — 1995. — Vol. 181, N 3. — P. 257—262.
- Dendy M., Johnson K., Boffa D. J. Spectrum of FDG uptake in large (≥ 10 sm) esophageal leiomyomas // J. Thoracic. Dis. — 2015. — Vol. 7, N 12.
- Gupta V., Sinha S. K., Vaiphei K., Lal A. Esophageal resection for giant leiomyoma // J. Cancer Res. Ther. — 2015. — Vol. 11. — P. 651.
- Jeong E. S., Hong S. J., Han J. P., Kwak J. J. Submucosal tunneling endoscopic resection of a leiomyoma originating from the muscularispropria of the gastric cardia // Korean J. Gastroenterol. — 2015. — Vol. 66, N 6. — P. 340—344.
- Priego P., Lobo E., Alonso N. et al. Surgical treatment of esophageal leiomyoma: an analysis of our experience // Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2006. — Vol. 98, N 5. — P. 350—358.
- Ramos D., Priego P., Coll M. et al. Comparative study between open and minimally invasive approach in the surgical management of esophageal leiomyoma // Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2016. — Vol. 108, N 1. — P. 8—14.
- Seo M., Kim D. H., Cho Y. W. et al. Superficial esophageal neoplasms overlying leiomyomas removed by endoscopic submucosal dissection: case report and review of the literature // Clin. Endosc. — 2015. — Vol. 48, N 4. — P. 322—327.
- Ye L. P., Zhu L. H., Zhou X. B. et al. Endoscopic excavation for the treatment of small esophageal subepithelial tumors originating from the muscularispropria // Hepatogastroenterol. — 2015. — Vol. 62, N 137. — P. 65—68.

**Р. І. Верещако¹, І. А. Сухін^{1,2}, С. П. Завертиленко³, О. А. Семенченко³,
І. С. Бацей³, О. М. Білиловець^{1,2}, Р. В. Швидак³, А. К. Петров²**

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

² Київська клінічна лікарня № 3 на залізничному транспорті

³ Київський міський клінічний онкологічний центр

ЛЕЙОМІОМА СТРАВОХОДУ

Лейоміома — рідкісна патологія стравоходу і водночас найбільш поширена доброякісна пухлина останнього. Клінічні вияви залежать від розміру пухлини. Диференціювання зі шлунково-кишковою стромальною пухлиною (GIST) становить певні труднощі. Лікування хірургічне — енуклеація пухлини. Наведено методи діагностики, диференційну діагностику та особливості хірургічного втручання при лейоміомі грудного відділу стравоходу. Описано два випадки лікування цієї патології.

Ключові слова: лейоміома, стравохід, енуклеація, підслизова пухлина.

**R. I. Vereshchako¹, I. A. Suhin^{1,2}, S. P. Zaverilenko³, O. A. Semchenko³,
I. S. Batsey³, O. M. Bililovec^{1,2}, R. V. Shvidak³, A. K. Petrov²**

¹ O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

² Kyiv Clinical Hospital № 3 in Rail Transport

³ Kyiv City Clinical Cancer Center

ESOPHAGEAL LEIOMYOMA

Leiomyoma is rare esophageal pathology and at the same time the most common gullet benign tumor. Clinical manifestation depends on the tumor size. Differential diagnosis with gastrointestinal stromal tumor (GIST) presents some difficulties. Treatment is surgical — the tumor enucleation. The article describes diagnosis, differential diagnosis methods and surgical specifics for esophageal leiomyoma in chest part. Two cases of this pathology treatment are described.

Key words: leiomyoma, esophagus, enucleation, submucosal tumor.