

УДК 616.3-006.4-089.87-089.12

ЕНДОСКОПІЧНА РЕЗЕКЦІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ І ПІДСЛИЗОВА ДИСЕКЦІЯ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ТРАВНОГО КАНАЛУ

В. О. Яковенко, О. Г. Курик

Медичний центр "Універсальна клініка "Оберіг", м. Київ,

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Департаменту управління справами, м. Київ

ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION AND SUBMUCOSAL DISSECTION OF THE GUT NEUROENDOCRINE TUMOURS

V. O. Yakovenko, O. G. Kuryk

Нейроендокринні пухлини (НЕП) травного каналу — досить рідкісне захворювання. Вони виникають з дифузної нейроендокринної системи, виділяють кілька пептидів і біологічно активних амінів (серотонін, гістамін, дофамін, норадреналін, кортиcotропін, кальцитонін, брадікінін, калікреїн, гастрин, холецистокінін, простагландини) [1, 2]. НЕП частіше локалізуються у клубовій кишці [3], відомості про НЕП ДПК в науковій літературі нечисленні. НЕП ДПК частіше виявляють під час ендоскопічного дослідження верхніх відділів травного каналу. Ретельне ендоскопічне дослідження та ендоскопічна біопсія сприятимуть поліпшенню виявлення НЕП ДПК. За даними спостереження [4], з 14 пацієнтів, у яких виявлена НЕП ДПК, ЕРСО виконана у 12, з них у 10 (83,3%) — діагноз НЕП встановлений до операції шляхом ендоскопічної біопсії. В одного хворого виконана хірургічна резекція, один

Реферат

Вивчено ефективність мініінвазивного ендоскопічного видалення шляхом ендоскопічної резекції слизової оболонки (ЕРСО) та підслизової дисекції (ЕПД) нейроендокринних пухлин (НЕП) травного каналу. В період 2009 — 2013рр. в клініці лікували 5 хворих з приводу НЕП, у 2 — вона локалізувалася у шлунку, в 1 — в ампулі дванадцятипалої кишки (ДПК), в 1 — у термінальному відділі клубової кишки (ТВКК), в 1 — у прямій кишці. Всі хворі операційні з використанням ендоскопічних технологій: новоутворення шлунка видалені шляхом ЕРСО з застосуванням дистального ковпачка, новоутворення ДПК і прямої кишки — шляхом ЕПД, новоутворення ТВКК — шляхом ЕРСО.

Мініінвазивне ендоскопічне видалення НЕП є ефективним методом лікування.

Ключові слова: нейроендокринна пухлина; ендоскопічне ультразвукове дослідження; ендоскопічна резекція слизової оболонки; ендоскопічна підслизова дисекція.

Abstract

Efficacy of miniinvasive endoscopic mucosal resection (EMR) and submucosal dissection (SD) of the gut neuroendocrine tumours (NET) was studied up. In the clinic in 2009 — 2013 yrs 5 patients were treated for NET. In 2 patients it was localized in stomach, in 1 — in duodenal ampulla, in 1 — in terminal portion of ileum (TPI), in 1 — in rectum. All the patients were operated on, using endoscopic technologies: gastric tumours were excised using EMR with the help of a distal cap, duodenal and rectal tumours — using SD, and tumours of TPI — using EMR. Miniinvasive endoscopic excision of NET is an effective method of treatment.

Key words: neuroendocrin tumor; edoscopic ultrasound investigation; endoscopic mucosal resection; endoscopic submucosal dissection.

— відмовився від операції. Рецидиви або віддалене метастазування не спостерігали. Більшість НЕП ДПК були високодиференційованими, не-функціонуючими. Зроблений висновок, що НЕП ДПК, обмежені слизовою оболонкою і підслизовим прошарком, можливо ефективно лікувати шляхом ендоскопічної резекції.

В іншому дослідженні [5] представлені результати ЕРСО та ЕПД з приводу НЕП шлунка у 50 хворих. Повна резекція здійснена у 80% спостережень, неповна бічна або вертикальна резекція — у 14,6% хворих після ЕРСО та в 11,1% — після ЕПД, різниця недостовірна ($p=0,249$). Інвазія лімфатичних судин виявлена у 22,2% хворих після ЕРСО та у 2,4%

— після ЕПД, різниця недостовірна ($p=0,08$). У строки спостереження від 13 до 60 міс рецидиви, метастазування або смерть хворих після повної і неповної резекції не виявлені. Отже, ЕРСО і ЕПД можуть бути застосовані як початкове лікування з приводу НЕП діаметром менше 2 см без лімфоваскулярної інвазії. Подібні дані про відсутність летальності після ЕРСО за відсутності метастазування пухлини наведені в інших дослідженнях при НЕП шлунка і прямої кишки [6, 7].

У теперішній час ефективність ЕРСО і ЕПД при НЕП недостатньо вивчена [8, 9].

Мета дослідження: вивчення ефективності ендоскопічного видалення НЕП травного каналу.

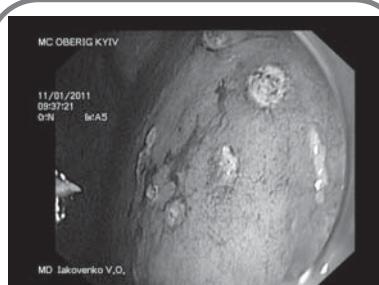


Рис. 1.
Ендофото.

Етап ЕРСО шлунка з НЕП.
Маркування країв резекції аргоноплазмовою коагулляцією.
Підслизова ін'екція розчину індигокарміну.
Дослідження у білому світлі.



Рис. 2.

Ендоскопічне зондове УЗД.
НЕП шлунка у вигляді гіпоекогенного
утворення з чіткими контурами
у підслизовому прошарку, лімфатичні
вузли не збільшені.
Стадія uT1b NO.

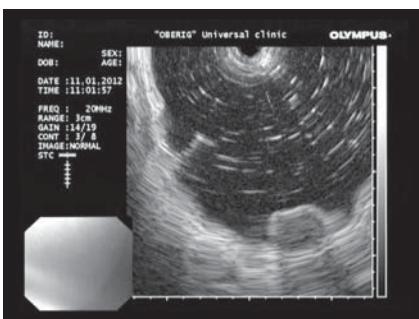


Рис. 3.

Ендофото.
Етап ЕПД НЕП ампули ДПК.
Підслизова ін'єкція розчину
індигокарміну.
Початок розрізу навколо
новоутворення.
Дослідження у білому світлі.

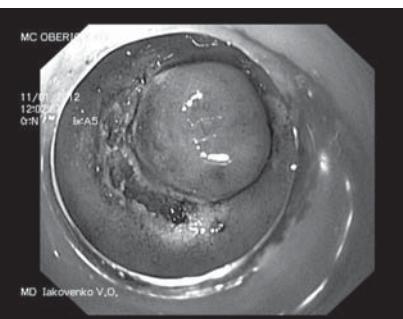


Рис. 4.

Ендоскопічне зондове УЗД.
НЕП ампули ДПК у вигляді
гіпоекогенного утворення з чіткими
контурами у підслизовому прошарку,
лімфатичні вузли не збільшені.
Стадія uT1b NO.

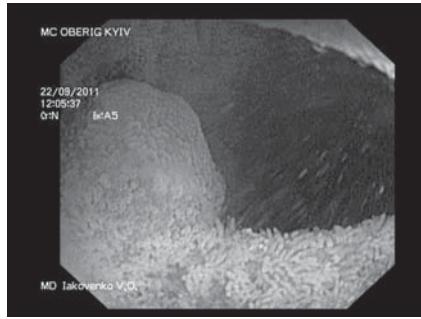


Рис. 5.

Ендофото.
НЕП ТВКК. Збільшення,
акваендоскопія.
Дослідження у білому світлі.

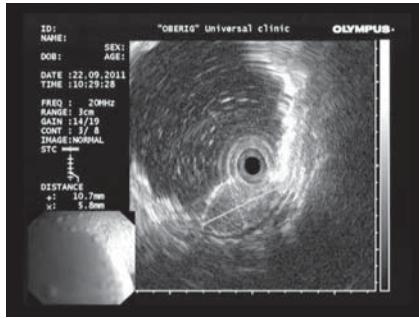


Рис. 6.

Ендоскопічне зондове УЗД.
НЕП ТВКК у вигляді гіпоекогенного
утворення з чіткими контурами
у підслизовому прошарку, лімфатичні
вузли не збільшені.
Стадія uT1b NO.

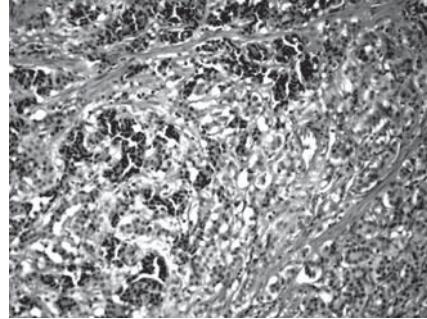


Рис. 7.

Мікрофото.
НЕП (карциноїд).
Забарвлення гематоксиліном
та еозином,
36. x200.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 2009 — 2013 рр. в клініці з при-
водом НЕП лікували 5 хворих, з них у
2 (40%) — пухлина локалізувалася у
шлунку (Olympus Exera II, GIF Q—
160Z), в 1 (20%) — в ампулі ДПК
(Olympus Exera III, GIF HQ—190), в 1
(20%) — у ТВКК (Olympus CF Q—
150), в 1 (20%) — у прямій кишці [10,
11]. Вік пацієнтів від 33 до 67 років.
Більшість (4) хворих жінки. Пацієн-
там проводили ендоскопічне зондо-
ве біпланове ультразвукове дослід-
ження (УЗД) для встановлення стадії
захворювання. В усіх хворих діагно-
стовано НЕП у стадії uT1bNO
(Olympus EUS EXERA EU—M60, дат-
чик UM DP20—25R). Всі новоутво-
рення видалені з використанням ен-
доскопічних технологій: новоутво-

рення шлунка — шляхом ЕРСО з за-
стосуванням дистального ковпачка
(рис. 1, 2), новоутворення ДПК —
шляхом ЕПД (рис. 3, 4), новоутво-
рення ТВКК (рис. 5, 6) і прямої киши-
ки — шляхом ЕРСО (апарат арго-
но—плазмової абляції ERBR VIO
200D).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними макроскопічного
дослідження всі новоутворення ви-
далені в межах неуражених тканин,
що підтверджено результатами мор-
фологічного дослідження (рис. 7).
Всі новоутворення розташовані у
підслизовому прошарку, без інвазії
м'язової пластинки слизової оболон-
ки, кровоносних і лімфатичних
судин. Діаметр НЕП від 3 до 10 мм, у

середньому 5 мм.Період спостере-
ження від 4 міс до 3 років. Ознаки ре-
цидиву, віддаленого метастазування
відсутні.

Під час спостереження всі паці-
єнти живі.

Своєчасна діагностика й лікуван-
ня НЕП травного каналу є актуаль-
ною проблемою. Виявлення НЕП ус-
кладнене відсутністю характерних
ознак і симптомів.

Найбільш ефективним методом
діагностики є ендоскопічне дослід-
ження з прицільною біопсією. Для
визначення стадії НЕП застосовують
ендоскопічне УЗД. За умови обме-
ження пухлини слизовою оболон-
кою і підслизовим прошарком ефек-
тивне лікування забезпечують ендо-
скопічні мінінвазивні втручання
ЕРСО та ЕПД.

ЛІТЕРАТУРА

1. A novel case of functional gastric neuroendocrine carcinoma occurred after endoscopic submucosal dissection // Y. Shibata, Y. Ito, H. Fujita [et al.] / Case Rep. Gastrointest. Med. — 2013. — Vol. 2013. — P. 148 — 161.
2. Clinical outcomes of rectal neuroendocrine tumors ≤ 10 mm following endoscopic resection // G. U. Kim, K. J. Kim, S. M. Hong [et al.] / Endoscopy. — 2013. — Vol. 45, N 12. — P. 1018 — 1023.
3. Ileal neuroendocrine tumor — ultrasonographic and capsule endoscopy appearance: a case report // S. Grad, D. Dumitrescu, R. Badea [et al.] / Med. Ultrason. — 2011. — Vol. 13, N 1. — P. 87.
4. Endoscopic treatment of duodenal neuroendocrine tumors // S. H. Kim, C. H. Park, H. S. Ki [et al.] / Clin. Endosc. — 2013. — Vol. 46, N 6. — P. 656 — 661.
5. Long-term follow up of endoscopic resection for type 3 gastric NET // Y. H. Kwon, S. W. Jeon, G. H. Kim [et al.] / World J. Gastroenterol. — 2013. — Vol. 19, N 46. — P. 8703 — 8708.
6. Metastatic type 1 gastric carcinoid: A real threat or just a myth? // S. Grozinsky-Glasberg, D. Thomas, J. R. Strosberg [et al.] / Ibid. — P. 8687 — 8695.
7. Surveillance strategy for rectal neuroendocrine tumors according to recurrence risk stratification // D. H. Kim, J. H. Lee, Y. J. Cha [et al.] / Dig. Dis. Sci. — 2013. — Vol. 10. — P. 126 — 131.
8. Endoscopic submucosal dissection (ESD) for colorectal tumors / Y. Saito, M. Fukuzawa, T. Matsuda [et al.] // Dig. Endosc. — 2009. — Vol. 21. — P. 7 — 12.
9. Endoscopic submucosal dissection for foregut neuroendocrine tumors: an initial study // Q. L. Li, Y. O. Zhang, W. F. Chen [et al.] / J. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 18, N 40. — P. 5799 — 5806.
10. Ендоскопічна і морфологічна діагностика, малоінвазивне лікування поверхневих неоплазій товстої кишки: метод. рекомендації / О. Г. Курик, М. Ю. Коломоєць, В. О. Яковенко, О. В. Каленська. — К.: Аврора Принт, 2012. — 28 с.
11. Яковенко В. О. Ендоскопічна і морфологічна діагностика, малоінвазивне лікування передракових змін слизової оболонки шлунка: монографія / В. О. Яковенко, М. П. Захаращ, О. Г. Курик. — Вінниця: ФОП Каштелянов О. І., 2013. — 136 с.

