

Рак пищевода

Клиника, диагностика, лечение.

Рак пищевода

- В нашей стране в структуре злокачественных заболеваний рак пищевода занимает 14 место, что составляет 3% от всех злокачественных опухолей.
- Наиболее часто рак пищевода развивается у лиц в возрасте 45-62 лет.
- Мужчины заболевают значительно чаще женщин. Соотношение показателей заболеваемости раком пищевода среди мужчин и женщин 5 : 3 .
- Стандартизованные показатели заболеваемости в 2000 г. составили 8,0 и 1,5 на 100 тыс. мужского и женского населения соответственно.

Рак пищевода

Факторы риска

- ❑ ХРОНИЧЕСКИЙ ЭЗОФАГИТ (ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС), ЯЗВЫ, ЛЕЙКОПЛАКИЯ*), (ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ) РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ, ДИВЕРТИКУЛЫ, ПОЛИПЫ...
- ❑ ДИСПЛАЗИЯ. НАРАСТАЮЩИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВПЛОТЬ ДО ВОЗНИКНОВЕНИЯ CARCINOMA IN SITU...
- ❑ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ,
- ❑ ХР. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС...

Рак пищевода

Факторы риска

□ ПИЩЕВОД БАРРЕТТА – ОБЛИГАТНЫЙ ПРЕДРАК ПИЩЕВОДА.

ПБ - приобретенное патологическое состояние, метапластическое замещение плоскоклеточного эпителия пищевода на железистый,

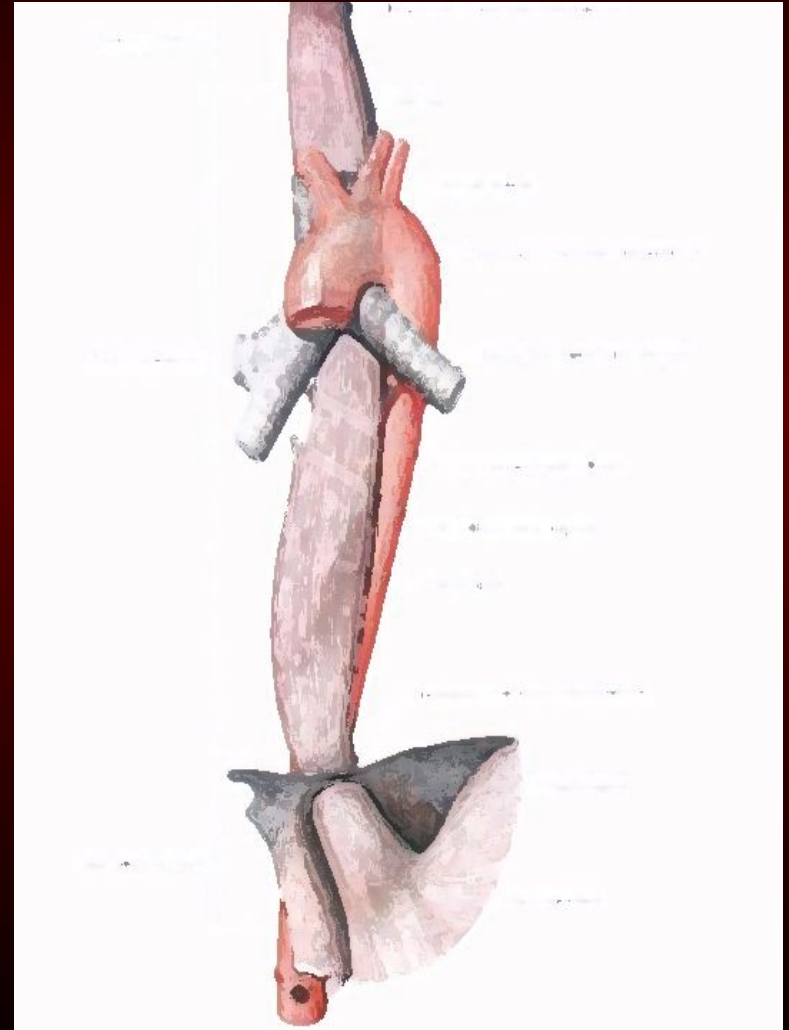
с формированием структур, соответствующих слизистой оболочке желудка, нередко – с кишечной метаплазией.

Риск злокачественной трансформации составляет более 50%.

Рак пищевода

Частота поражения отделов

- ❑ ШЕЙНЫЙ и
ВЕРХНЕГРУДНОЙ.....10%
- ❑ СРЕДНЕГРУДНОЙ.....65%
- ❑ НИЖНЕГРУДНОЙ и
БРЮШНОЙ25%



Рак пищевода. Классификация.

Плоскоклеточный рак (высокой, средней и низкой дифференцировки) /95%/.

Аденокарцинома1%

Смешанный, железисто-плоскоклеточный рак,
карциносаркома..... 1%

Карциноидные опухоли. Саркома Капоши 1%

Мезенхимальные опухоли (мышечные, нейрогенные,
GIST*)..... 1-3%

*)-GIST- Гастро-интестинальные стромальные опухоли (Mazur M., Clark H. /1983/).

Опухоли стенки желудка, лейомиомы, лейомиосаркомы, с признаками гладкомышечной и нейрогенной дифференцировки, экспрессирующие иммуногистохимический маркер CD-117 (вследствие мутации в гене c-kit).

Маркер участвует в активации комплекса внутриклеточных сигналов, результатом которых является стимуляция митотической активности и пролиферации клеток.

Рак пищевода. Классификация.

Типы (формы роста) опухолей:

1. Экзофитная (полиповидная)
 2. Эндофитная (инфильтративная)
 3. Смешанная
-
0. РАННИЙ РАК

Рак пищевода. Классификация.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЯ «Т»

ТХ – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

Т0 – первичная опухоль не обнаруживается

Т is (carcinoma in situ) – пре-инвазивная карцинома

КОРРЕЛЯЦИЯ ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ и ВЫРАЖЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

N+:

Т1 – опухолевая инфильтрация до подслизистого слоя 11%

Т2 – опухолевая инфильтрация до мышечного слоя 80%

Т3 – опухолевая инфильтрация распространяется до адвентиции 90%

Т4 – опухоль прорастает в смежные с пищеводом структуры >90%

Рак пищевода. Классификация.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЯ «N» TNM UICC – VI (2002):

NX – недостаточно данных для оценки состояния лимфоузлов

N0 – отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах

N1 – наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЯ «M»

M1 – Наличие отдаленных метастазов

ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

M1a – Метастазы в шейных лимфоузлах

M1b – Другие отдаленные метастазы

ПРИ РАКЕ СРЕДНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

M1b – Метастазы в нерезионарных лимфоузлах и отдаленных органах

ПРИ РАКЕ НИЖНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

M1a – Метастазы в чревных лимфоузлах

M1b – Другие отдаленные метастазы

Рак пищевода. Метастазирование.

- Регионарные лимфатические узлы
 - ✓ шейного отдела пищевода - шейные лимфатические узлы, включая надключичные
 - ✓ внутригрудного отдела - лимфоузлы средостения и перигастральные, исключая чревные.
- Отдаленное гематогенное метастазирование
 - ✓ печень
 - ✓ легкие
 - ✓ почки и надпочечники
 - ✓ КОСТИ

Рак пищевода. Клиническая картина.

- Общие симптомы: слабость, утомляемость, снижение работоспособности, потеря аппетита, похудание, анемия, повышение температуры тела,
- Раннее проявление болезни: рефлексорное расстройство глотания, появление ощущения прохождения пищи по пищеводу.
- Наиболее частым и основным симптомом рака пищевода является дисфагия- затруднение прохождения пищи по пищеводу.

Рак пищевода. Клиническая картина.

4 степени дисфагии:

- 1 степень- затруднено прохождение по пищеводу твердой пищи;
- 2 степень- полужидкой пищи;
- 3 степень- жидкости;
- 4 степень (полная дисфагия)- абсолютная обтурация просвета пищевода.

Рак пищевода. Клиническая картина.

- гиперсаливация
 - боль
 - прогрессирующее похудание
- при поздних стадиях-
- осиплость голоса
 - кашель при образовании пищеводно-трахеальной фистулы
 - синдром Горнера
 - паралич диафрагмы
 - выпот в плевральную полость
 - массивная рвота кровью при образовании пищеводно-аортальной фистулы

Рак пищевода. Диагностика.

АНАМНЕЗ и ВРАЧЕБНЫЙ ОСМОТР:

- Длительность дисфагии (и 4 ее степени). Дисфония и осиплость.
- Клинические проявления нарушения проходимости пищевода, наличия пищеводно-медиастинального (бронхиального, легочного) свища.
- Оценка потери веса, истощения, кахексии.
- Боли за грудиной и в межлопаточной области.
- Выявление метастазов Вирхова.
- Возможность отдаленных гематогенных метастазов.

Рак пищевода. Диагностика.

- Рентгенография пищевода и эзофагогастродуоденоскопия.

Основными рентгенологическими признаками рака пищевода являются:

- наличие дефекта наполнения (краевой или центральный)
- атипичный рельеф слизистой оболочки
- нарушение перистальтики.

К непостоянным симптомам относятся:

- ✓ сужение просвета пищевода
- ✓ супрастенотическое расширение
- ✓ подрытость контуров
- ✓ дополнительная тень опухоли на фоне заднего средостения

Рак пищевода. Диагностика.



Рак пищевода. Диагностика.

- Морфологическое подтверждение диагноза. Биопсия (изменений слизистой пищевода).
- Эзофагоскопия + эндосонография... + хромография (0,1% индигокармин) - диагностика распространенности процесса. Эндоскопическое УЗИ точнее, чем КТ, оценивает глубину инвазии пищевода и состояние околопищеводных лимфоузлов. Под контролем УЗИ возможна их пункция через пищевод.
- УЗИ (КТ/МРТ) брюшной полости.
- Рентгенография (КТ/МРТ) грудной клетки.
- Ларинго-ТРАХЕО-бронхоскопия.
- ПЭТ
- Лапароскопия. Оценка состояния органов брюшной полости и брюшины.

Рак пищевода. Лечение.

□ Хирургическое лечение.

Резектабельность 90-60%. Частота осложнений 25-45%. 5-летняя выживаемость до 20-30%.

□ Лучевая и химиотерапия. Брахитерапия.

РП- самая чувствительная эпителиальная опухоль ЖКТ.

□ Комбинированное лечение.

Предоперационная химиотерапия по схеме FLEP; 2 курса с интервалом 1 мес.:

фторурацил 25 мг/м^2 (1-3^й дни), лейковорин 20 мг/м^2 (1-3^й дни),


этопозид 80 мг/м^2 (1-3^й дни), цисплатин 80 мг/м^2 (в 4^й день; с гидратацией).

□ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рак пищевода. Лечение.

<i>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ</i>	<i>-СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА *) С ЭЗОФАГОПЛАСТКОЙ ЖЕЛУДКОМ – ТОЛСТОЙ КИШКОЙ</i>
<i>ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ</i>	<i>СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА С ЭЗОФАГОПЛАСТКОЙ ЖЕЛУДКОМ – ТОЛСТОЙ КИШКОЙ</i>
<i>СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ</i>	<i>устранение дисфагии: ФОРМИРОВАНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА ФОРМИРОВАНИЕ СТОМЫ улучшение качества б мес жизни: РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ПИЩЕВОДА, СТЕНТ</i>
<i>+ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ (FLEP)</i>	

Рак пищевода. Лечение.

1. Субтотальная резекция пищевода (I. Lewis, 1946)
 - с одномоментной эзофагопластикой желудком (толстой кишкой), формированием пищеводно-желудочного (-кишечного) анастомоза в куполе правой плевральной полости
 - с забрюшинной и медиастиальной лимфодиссекцией
2. Резекция нижнегрудного отдела пищевода (T. Oshawa - J. Harlock; 1933-41)
 - с одномоментной эзофагопластикой (желудком, тонкой кишкой), формированием пищеводно-желудочного (кишечного) внутригрудного анастомоза слева
 -  с забрюшинной и медиастиальной лимфодиссекцией до уровня бифуркации трахеи включительно
3. Резекция /шейного отдела/ пищевода со свободной тонкокишечной пластикой на микрососудистых анастомозах.
Резекция пищевода абдомино-цервикальным (транسخиатальным) доступом (А.Г. Савиных, 1929)

Рак пищевода. Лечение.

Лучевая терапия

В самостоятельном виде

у больных раком пищевода, которым противопоказано хирургическое лечение, а также у большинства больных раком верхнегрудного отдела пищевода.

Предоперационная и послеоперационная

при любой локализации опухоли в пищеводе

- ✓ **Дистанционная гамма-терапия** (статический и ротационный методы)
- ✓ **Облучение фотонами**
- ✓ **Внутриполостная терапия**

Рак пищевода. Лечение.

Химиотерапия

- показана при опухолях T3-4
- препараты платины, блеомицин, метотрексат, проспидин, таксотер
- наиболее оптимальные сроки для проведения химиотерапии: 1-3 месяца после операции
- эффективность монокимиотерапии, как и полихимиотерапии не высока и не превышает 25-30%
- исследуются схемы лекарственной терапии, содержащие сочетание цисплатина с гемзаром или таксолом или таксотером, в плане комбинированного и комплексного лечения
- эффективность лечения возрастает при комбинации химиотерапии с лучевой терапией

Рак пищевода. Профилактика.

- Прекращение курения (значительное снижение вероятности заболеть плоскоклеточным раком пищевода наблюдается приблизительно через одно десятилетие после прекращения курения).
- Уменьшение употребления алкоголя.
- Употребление в пищу свежих фруктов и овощей вместо продуктов длительного хранения содержащих соль и нитрозоамины или грибковые и бактериальные токсины, уменьшает риск развития рака пищевода вдвое.



Спасибо за внимание.