
Доклад на тему:
Классификации и
диагностика рака
пищевода

СТУДЕНТА 6-ОГО КУРСА
ЛЫСЕНКО АНДРЕЯ
ОЛЕГОВИЧА

Рак пищевода

- 1 место среди заболеваний пищевода
- Заболевают в основном пожилые люди (пик 55-60 лет)
- Характерна географическая зависимость (наивысшая - Китай, Корея, Иран, Туркменистан)
- Подавляющее большинство ЗНО пищевода - плоскоклеточный рак (60-90%)
- Мужчины заболевают раком пищевода в среднем в 8 раз чаще, чем женщины.

Гистологическая классификация злокачественных опухолей

пищевода

I. Злокачественные эпителиальные опухоли:

- плоскоклеточный рак;
- аденокарцинома;
- железисто - кистозный рак;
- мукоэпидермоидный рак;
- железисто - плоскоклеточный рак;
- недифференцированный рак.

II. Злокачественные неэпителиальные опухоли (наиболее часто саркома):

1. Незрелые злокачественные опухоли из соединительной ткани: а) фибросаркома; б) липосаркома; в) хондросаркома; г) миксосаркома; д) остеосаркома.
2. Незрелые опухоли из мышечной ткани: а) лейомиосаркома; б) рабдомиосаркома.
3. Незрелые опухоли из сосудов: а) ангиосаркома; б) гемангиоэндотелиома; в) лимфангиоэндотелиома; г) саркома Капоза.
4. Незрелые опухоли из нервной ткани: а) нейробластома; б) злокачественная невринома.
5. Незрелые опухоли из пигментной ткани: злокачественная меланома.
6. Смешанные типы незрелых опухолей.
7. Ретикулез с выраженным деструктивным опухолевым ростом: а) лимфосаркома; б) ретикулосаркома; в) лимфогранулематоз; г) макрофолликулярная лимфобластома; д) грибовидный микоз.
8. Дисэмбриоплазии: злокачественная тератома.

Другие гистологические типы опухолей пищевода

III. Смешанные опухоли (карциносаркома, меланома и др.).

IV Вторичные опухоли.

V. Неклассифицируемые опухоли.

Локализация рака пищевода

Наиболее часто развивается в местах физиологических сужений: устье пищевода, на уровне бифуркации трахеи, над нижним пищеводным сфинктером.

Рак поражает среднегрудной отдел (60 %), затем — нижнегрудной и абдоминальный отделы пищевода (30 %), шейный и верхнегрудной (10 %).

Формы рака пищевода

Формы рака пищевода:

- экзофитный (узловой, грибовидный, папилломатозный);

Узловой (бородавчато-папилломатозный) рак- 60%, по типу цветной капусты. Опухоль легко травмируется и кровоточит

- эндофитный (язвенный); В начальной стадии узелки в толще слизистой оболочки, которые быстро изъязвляются. Растет преимущественно вдоль пищевода. Рано метастазирует в ЛУ

- инфильтративный склерозирующий (циркулярная форма). Развивается в глубоких слоях слизистой, распространяется по окружности и обтурирует просвет пищевода.

- смешанный

Классификация TNM

- T1 – опухоль инфильтрирует слизистую и подслизистый слой стенки пищевода;
- T2 – опухоль инфильтрирует мышечную оболочку стенки пищевода;
- T3 – опухоль инфильтрирует слои стенки пищевода, включая адвентицию;
- T4a – резектабельная опухоль с распространением на такие соседние структуры средостения, как плевра, перикард и диафрагма;
- T4b – нерезектабельная опухоль с инвазией в аорту, позвоночник, трахею.
- N1 – имеется поражение от 1 до 2 регионарных ЛУ;
- N2 – имеется поражение от 3 до 6 рЛУ;
- N3 – имеется поражение 7 и более рЛУ

Метастазированию рака пищевода

Метастазирование рака пищевода зависит от гистологического строения опухоли и своеобразно развитой сети лимфатических сосудов.

Поскольку в подслизистой основе пищевода имеется мощное сплетение лимфатических сосудов, для рака характерно внутрестеночное распространение опухолевых метастазов по лимфатическим путям на расстояние 4-5, а иногда и 10 см от видимого края опухоли.

Нередко наблюдаются так называемые «пылевые» метастазы на слизистой оболочке гораздо дальше (обычно выше) определяемого микроскопически края опухоли.

Кардиоэзофагеальный рак

- Согласно классификации Siewert:
- I тип – аденокарцинома дистального отдела пищевода (часто ассоциируется с пищеводом Баррета), центр которой расположен в пределах от 1 до 5 см выше Z-линии;
- II тип – истинная аденокарцинома зоны пищеводно-желудочного перехода (истинный рак кардии), центр опухоли расположен в пределах 1 см выше и 2 см ниже от Z-линии;
- III тип – рак с локализацией основного массива опухоли в субкардиальном отделе желудка (от 2 до 5 см от Z-линии) и возможным вовлечением дистальных отделов пищевода.
- Опухоли пищеводно-желудочного соустья I и II типа по Siewert подлежат алгоритмам лечения соответствующим раку пищевода. Опухоли III типа подлежат алгоритмам лечения, соответствующим раку желудка.

Кардиоэзофагеальный рак

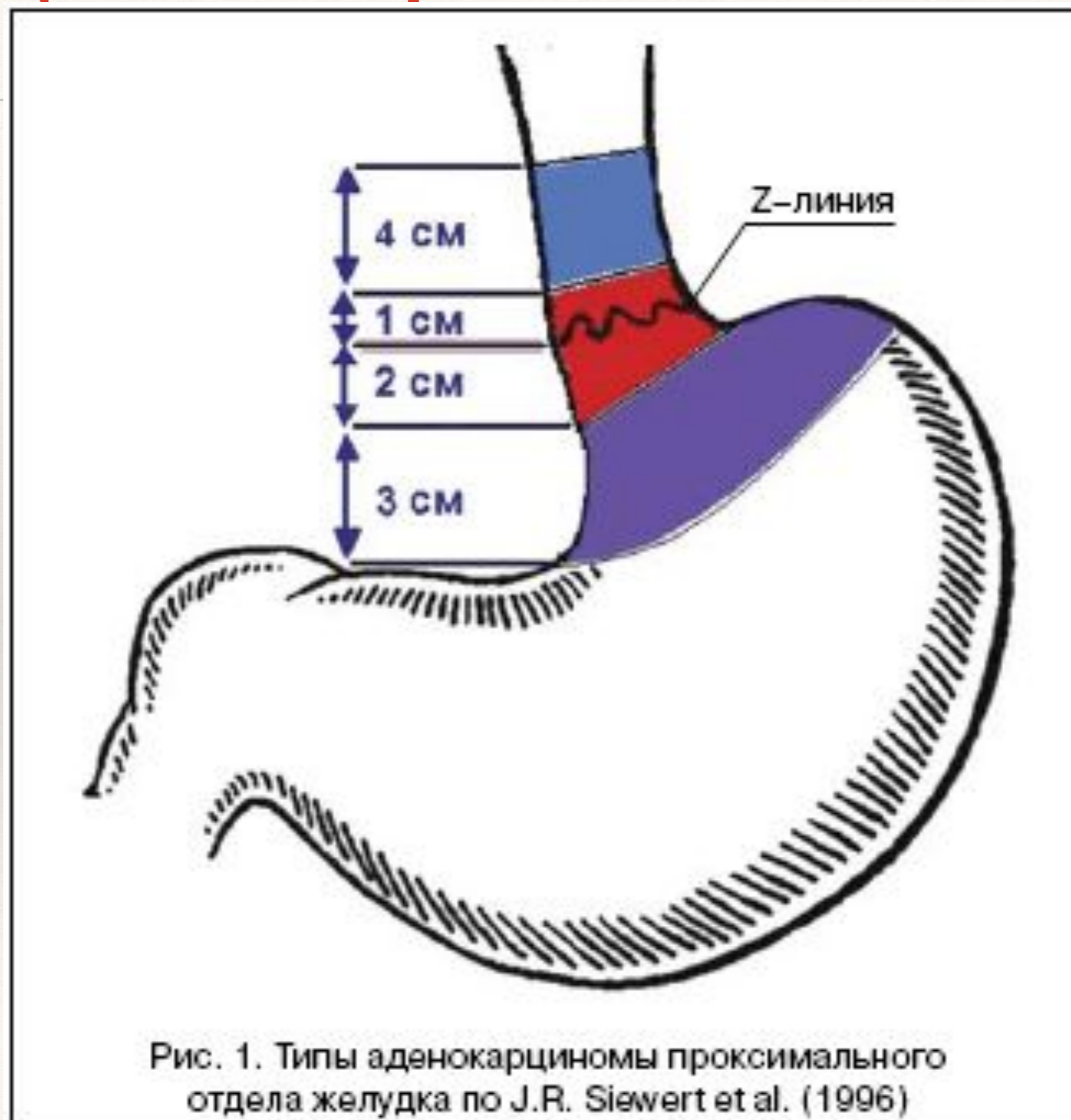


Рис. 1. Типы аденокарциномы проксимального отдела желудка по J.R. Siewert et al. (1996)

Диагностика рака пищевода

Первичная диагностика:

- жалобы (дисфагия, боли, саливация, тошнота), анамнез; Дефицит массы тела, гнилостный запах изо рта. При распространенном процессе - осиплость голоса (повреждение возвратного гортанного нерва)
- контрастная рентгенография пищевода (характер, локализация и протяженность процесса);
- фиброэзофагоскопия (хромоэзофагоскопия), биопсия (морфологическая верификация).

Уточняющая диагностика:

- эндоУЗИ с мультифокальной биопсией, компьютерная томография средостения, ПЭТ (уточнение глубины инвазии и местной распространенности процесса);
- компьютерная томография брюшной полости, лапароскопия (выявление отдаленных метастазов).

Дисфагия при раке пищевода

Дисфагия — нарушение глотания пищи. Этот симптом наблюдается более чем у 75 % больных раком пищевода. Примерно у 2 % больных задержка прохождения пищи по пищеводу происходит незаметно.

Классификация дисфагии по А.И.Савицкому:

1. степень — затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу (хлеб, мясо);
2. степень — затруднения, возникающие при приеме кашицеобразной и полужидкой пищи (каши, пюре);
3. степень — затруднения при глотании жидкостей;
4. степень — полная непроходимость пищевода.

Рентгенологический метод в диагностике РП

Задачи рентгенологического метода:

- выявление опухоли;
- определение протяжённости опухоли, уточнение её границ и локализации;
- диагностика степени сужения просвета пищевода и супрастенотического расширения;
- обнаружение изъязвления или свища в зоне опухоли с описанием их размеров и глубины;
- выявление сопутствующих заболеваний пищевода (дивертикулов, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагита, ахалазии, эзофагоспазма и кардиоспазма)

Рентгенологический метод в диагностике РП

К основным рентгенологическим симптомам рака пищевода относят ригидность стенок, отсутствие перистальтики пищевода на участке расположения опухоли, а также нарушение рельефа слизистой оболочки в зоне поражения, «дефект наполнения»,

Сложно обнаружить опухоли малой распространенности с инфильтрацией слизистой и иногда послизистой при этом методе исследования.

При прорастании опухоли в средостение и ее распаде удастся проследить нишу, нередко выходящую за пределы стенки пищевода. При образовании пищеводно-трахеального или пищеводно-бронхиального свища контраст при глотании попадает в дыхательные пути и контрастирует их.

Для уточнения границ внепищеводного распространения опухоли прибегают к рентгенографии и томографии в условиях пневмомедиастинума, что позволяет рентгенологически определить наружные контуры пищевода, более отчетливо контрастировать тень опухоли.

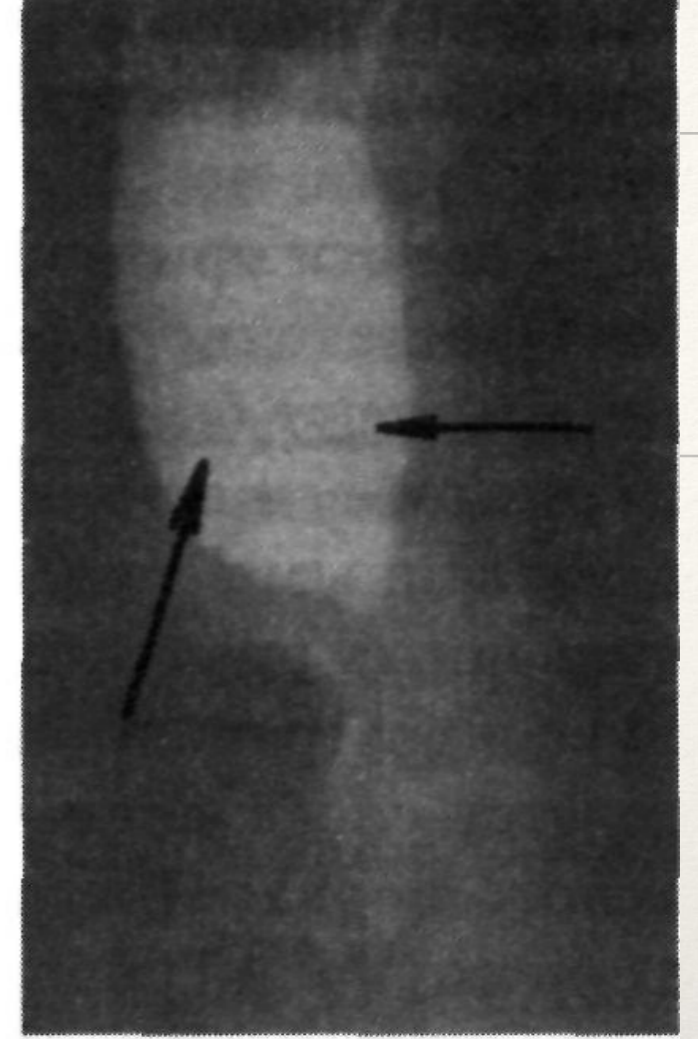
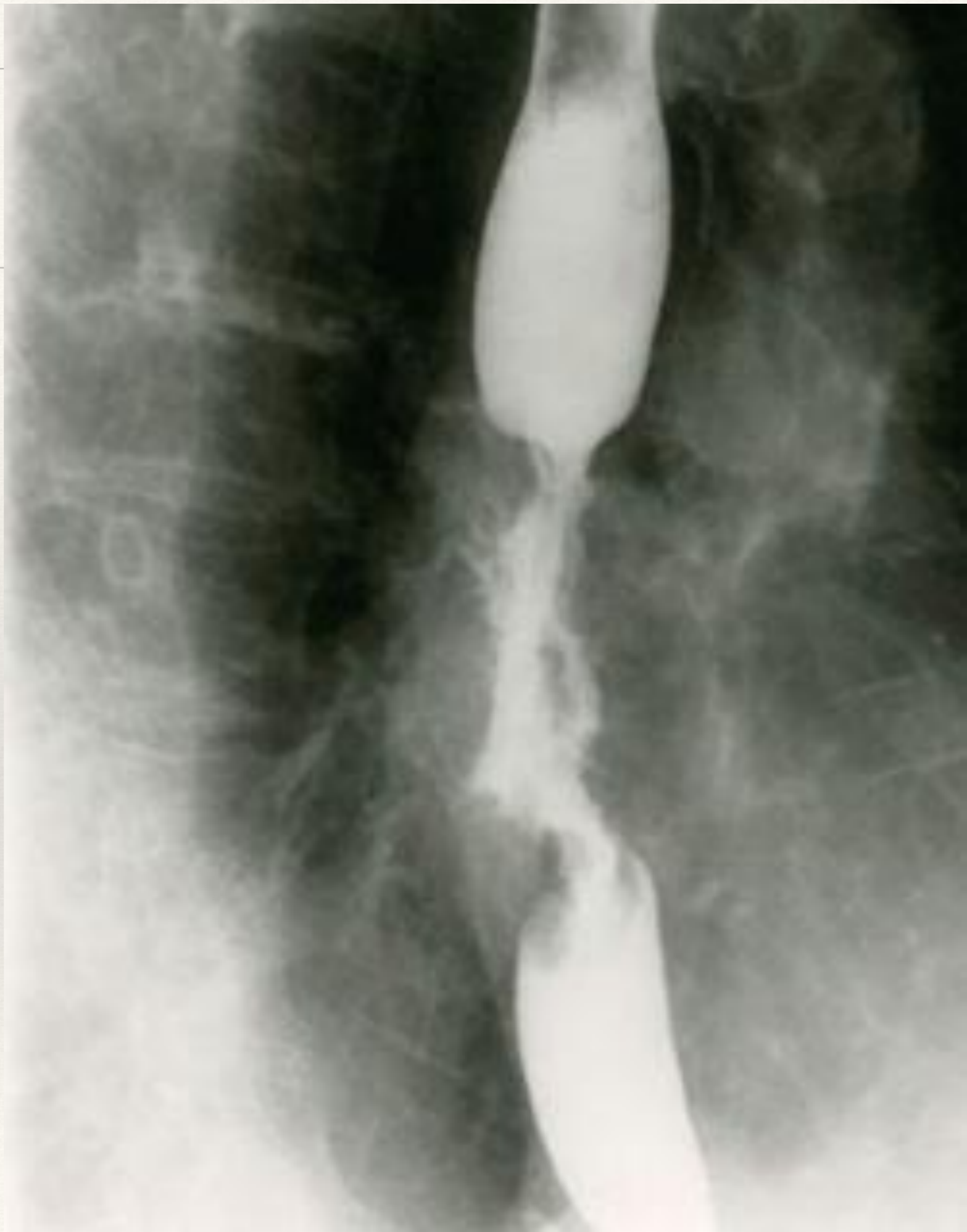


Рис. 1. Рентгенограмма контрастированного пищевода. Краевой дефект наполнения на задней стенке пищевода с депо бариевой взвеси в центре. Блюдцеобразный рак пищевода.

Рис. 2. Рентгенограмма контрастированного пищевода. Стеноз пищевода, супрастенотическое расширение пищевода над областью поражения. Рак пищевода.



Диагностика РП

Дифференциальная диагностика рака пищевода:

1. Аномалии пищевода (врожденное сужение пищевода).
2. Дивертикулы (дивертикулиты) пищевода.
3. Функциональные расстройства пищевода (гиперкинезия и гипокинезия).
4. Ахалазия кардии.
5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
6. Эзофагиты и язвы пищевода.
7. Аллергические и специфические поражения пищевода.
8. Травмы (ожоги) пищевода и их последствия.

Эзофагоскопия в диагностике РП

Цели проведения:

- Выявление воспалительных и неопухолевых изменений слизистой оболочки пищевода.
- Диагностика раннего рака пищевода с использованием диагностических препаратов гематопорфиринового ряда
- Оценка опухолевого поражения пищевода и его макроскопической картины.
- Определение верхней и по возможности нижней границы поражения.
- Проведение биопсии с целью морфологического подтверждения диагноза и уточнения гистологического строения опухоли.
- Оценка непосредственного эффекта лучевой или химиолучевой терапии в случае комбинированного лечения.
- Изучение возможности использования фотодинамической терапии или лазерной деструкции опухоли (в случаях малых по протяжённости опухолей пищевода, не прорастающих в мышечный слой стенки, или при паллиативном восстановлении проходимости пищевода).
- Установка пищеводного стента при паллиативном восстановлении проходимости либо наличии трахеопищеводного или бронхопищеводного свища.

Эндоскопические ориентиры уровня поражения

Верхняя треть пищевода расположена в 18-24 см от края верхних резцов;

Средняя треть — в 24-32 см от резцов;

Нижняя треть — от 32 до 40 см.

Другие исследования для диагностики РП

КТ проводят с целью уточнения глубины опухолевой инфильтрации стенки пищевода, определения выхода опухоли за пределы пищевода, прорастания её в соседние органы, а также для выявления метастатического поражения лимфатических узлов в средостении. КТ позволяет точнее оценить критерий Т и степень поражения трахеи.

Лапароскопически возможно осуществить морфологическое подтверждение метастатического поражения печени, лимфатических узлов, выявить канцероматоз брюшины, наличие асцита.

Ультразвуковое исследование выполняется с целью выявления метастатических поражений печени, выявления увеличенных ЛУ в регионарных зонах ниже диафрагмы и доступных зонах средостения, забрюшинной клетчатке, оценки внутростеночного распространения опухоли (в тех случаях, когда удастся провести за зону сужения пищевода транспищеводный ультразвуковой датчик).

Ультразвуковое исследование шеи, надключичных зон способствует выявлению метастатических ЛУ

**Спасибо за
внимание!**