



ГБУЗ “Научно-исследовательский институт - Краевая
клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского”
министерства здравоохранения Краснодарского края



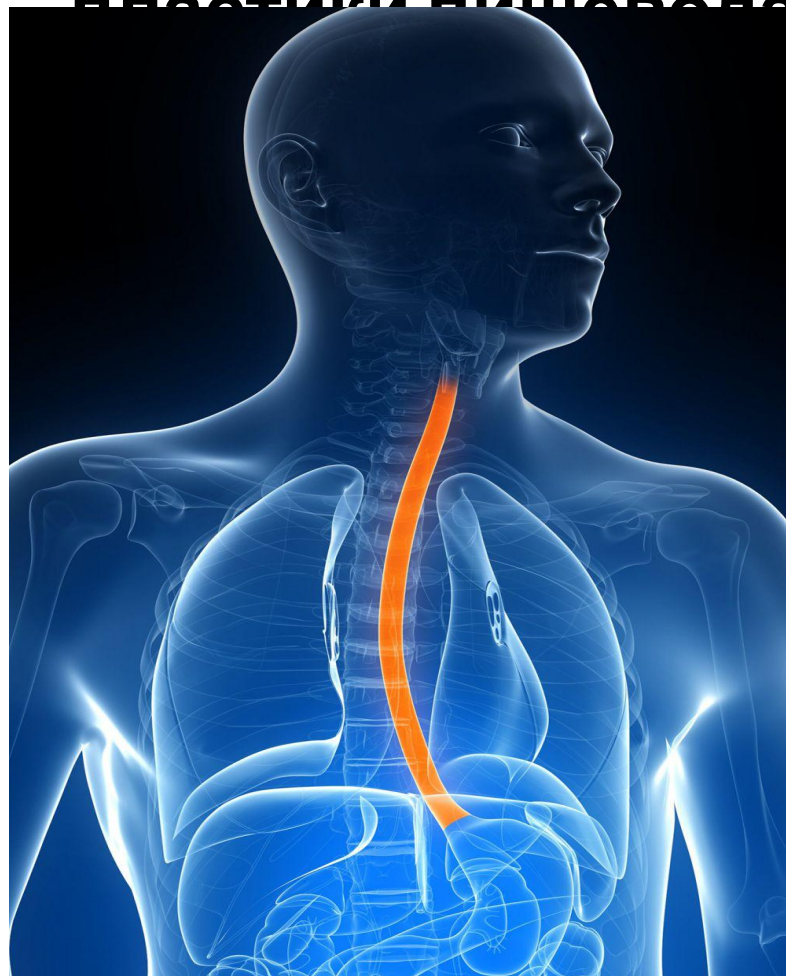
DSO | Department of Surgical Oncology



СНК “Хирургии, онкологии и экспериментальной
медицины”

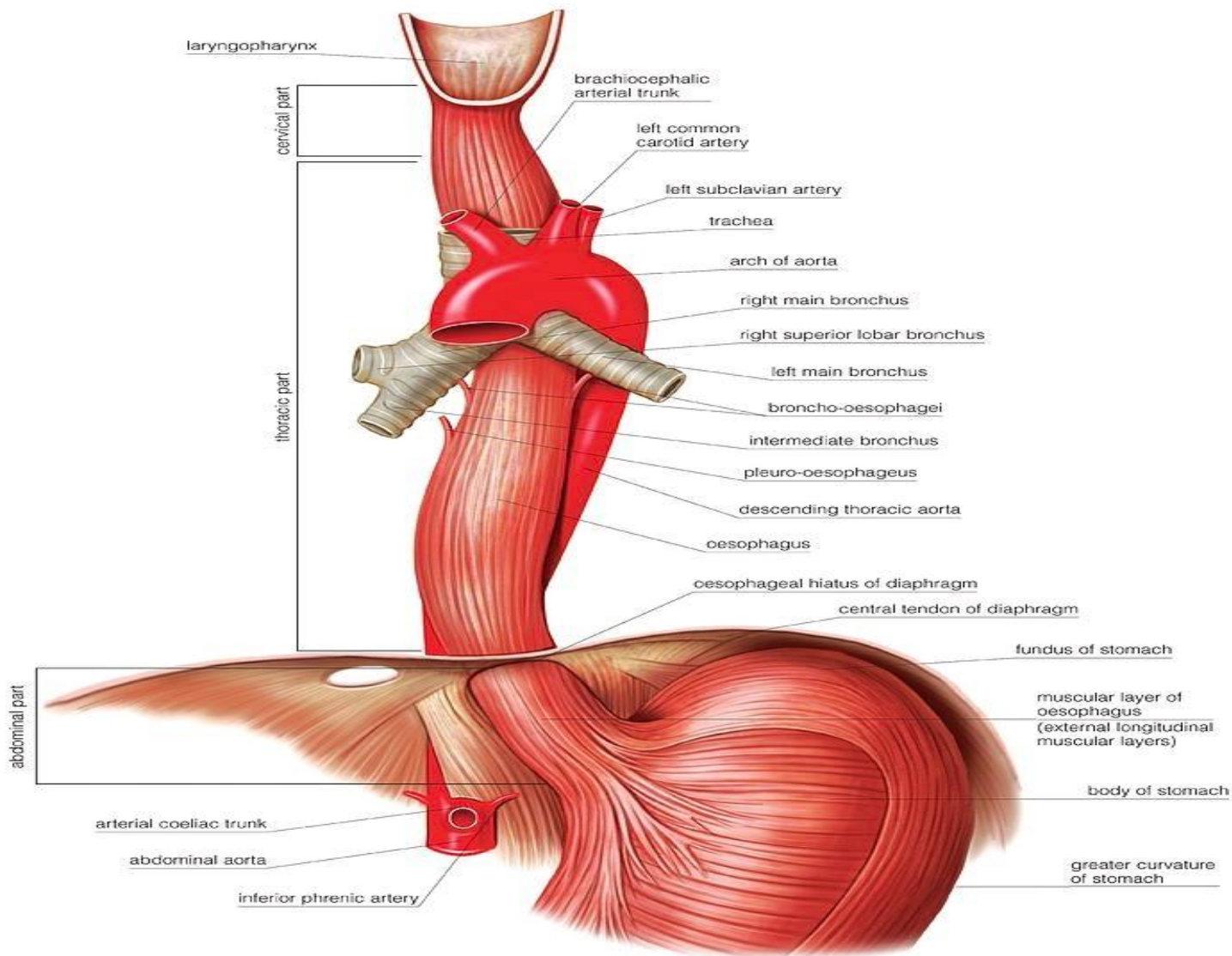


Доброкачественные новообразования пищевода и способы хирургического лечения. Резекция пищевода. Современные способы



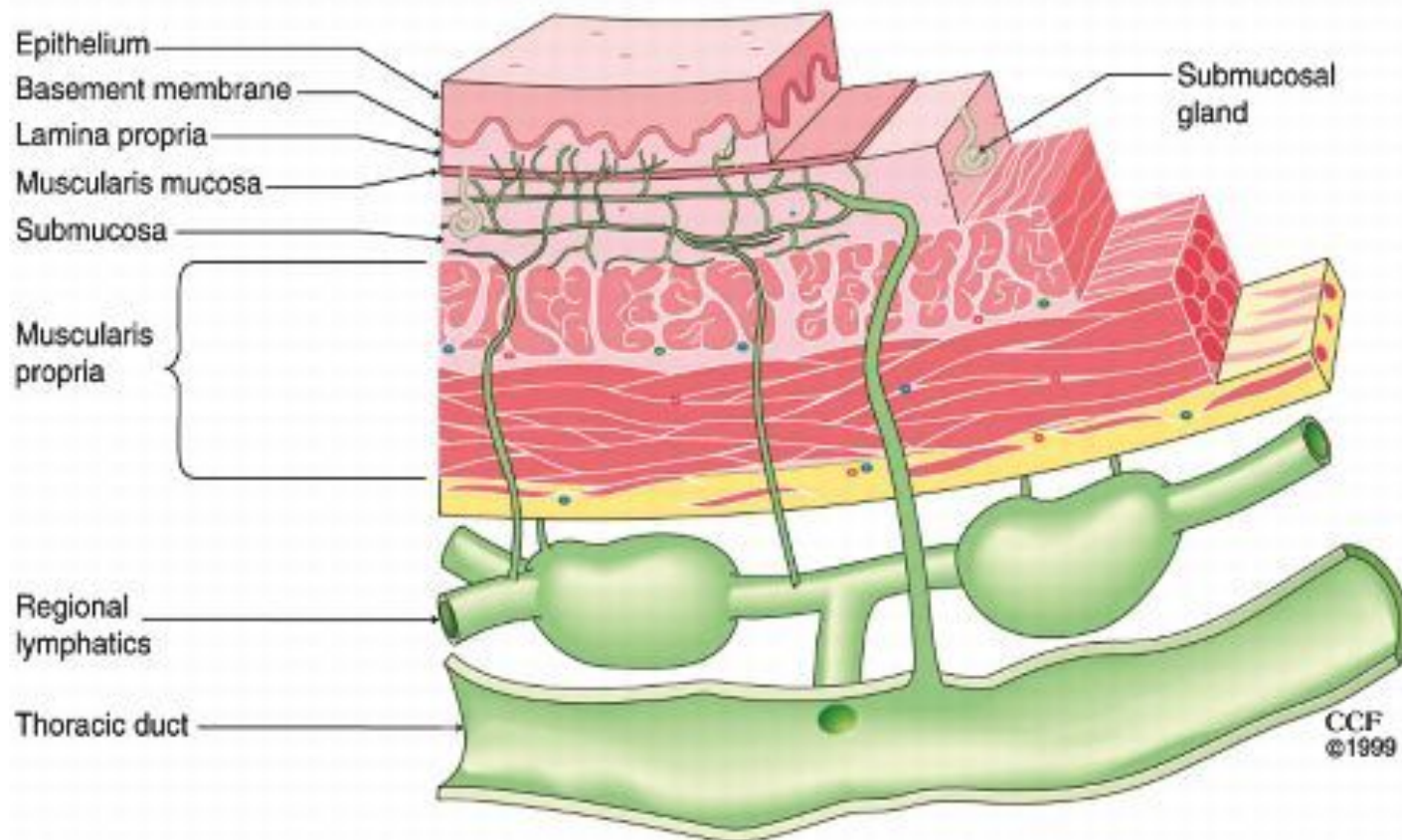
Презентацию подготовил
Студент 5 курса лечебного
факультета
Попов В.В.

Внешнее строение пищевода



Гистологическое строение стенки пищевода

The Esophageal Wall



Факторы риска

- употребление чрезмерно горячей и холодной пищи,
- употребление сырой рыбы, крепких алкогольных напитков и курение.
- недостаточное потребление пищи, богатой витаминами.
- потребление чрезмерно горячего чая, опия, маринованных и соленых овощей - пищи, в которой ввиду неправильного хранения часто образуются грибы, в том числе и канцерогенные, а также канцерогенные нитрозамины
- Хроническое воспаление

Этиология доброкачественных эзофагеальных опухолей неизвестна.

Классификация (по происхождению и

гистологическому строению)

- **эпителиальные** (аденоматозные полипы, папилломы, кисты)
- **неэпителиальные** (лейомиомы, рабдомиомы, липомы, фибромы, гемангиомы, невромы, миксомы, хондромы, гамартомы и др.)

Мезенхимальные встречаются чаще, чем эпителиальные.

Наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли пищевода:

1. Лейомиома
2. Киста пищевода
3. Фиброма пищевода

Классификация (по происхождению и гистологическому строению)

Эпителиальные

Аденомы.

Папилломы.

- Кисты — энтерогенные;
— ретенционные;
— редубликационные;
— кистозный эзофагит;
— развившиеся из дистопированного желудочного эпителия;
— бронхогенные.

Неэпителиальные

Лейомиомы.

Фибромы.

Липомы.

- Сосудистые — гемангиомы (капиллярные, кавернозные);
— лимфангиомы.

- Неврогенные — невриномы;
— нейрофибромы.

- Редкие формы — остеохондромы;
— миобластомы;
— миксомы;
— тератомы.

Классификация доброкачественных новообразований пищевода

внутрипросветные (экзофитные) (по характеру роста)

- Лейомиомы, кисты и сосудистые опухоли.
- Обычно локализуются в нижней и средней трети пищевода.

внутристеночные (эндофитные/интрамуральные)

- Фибромы, липомы, аденомы, папилломы.
- Растут на ножке или на широком основании. Обычно локализуются в начальном и терминальном отделе пищевода.

Клинические проявления

Чаще всего протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно.
Внутристеночные опухоли особенно часто!

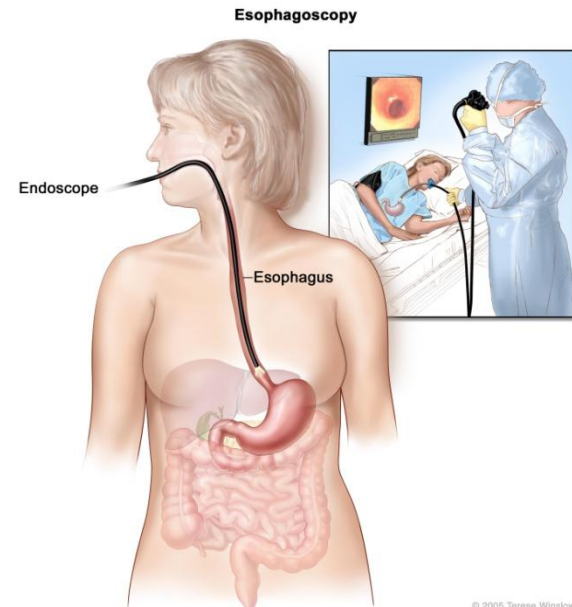
- **дисфагия**
- боли за грудиной или в эпигастрии
- диспепсические явления
- респираторные симптомы (кашель, одышка, частые воспалительные заболевания бронхов и легких)
- сердцебиение, боли в сердце и другие симптомы связанные со сдавлением прилегающих органов (редко)

Диагностика Эзофагоскопия

- Симптом шатра: слизистая оболочка над опухолью может быть приподнята при помощи биопсийных щипцов как шатер
- Признак Шиндлера: конвергенция складок слизистой оболочки к опухоли в виде дорожек
- Симптом подушки: поверхность опухоли может быть вдавлена при нажатии на нее биопсийными щипцами

Иногда патология при эзофагоскопии не определяется!

Это может быть обусловлено тем, что эзофагоскоп смещает опухоль и свободно проходит мимо.



Диагностика

Рентген-контрастное исследование

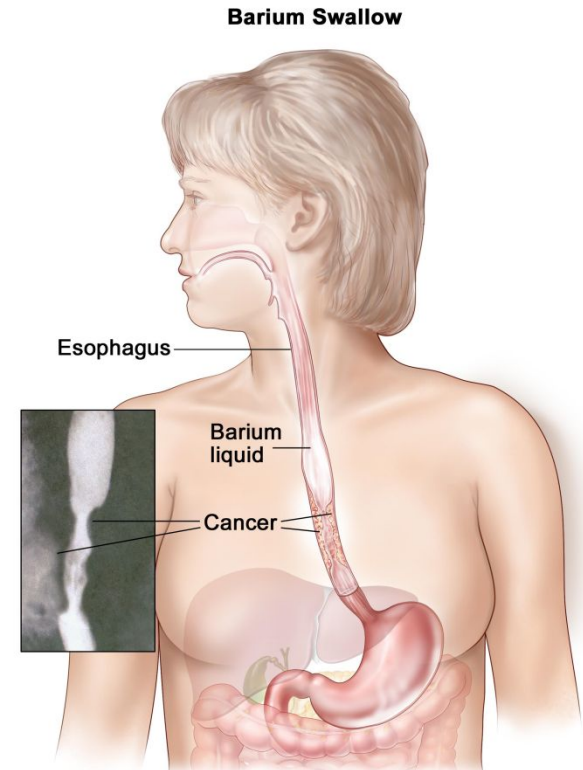
- Ровные и четкие контуры
- Округлая или овальная форма
- Сохранный рельеф слизистой с симптомом «обтекания»

- полуовальный дефект наполнения с четкими контурами

- веретенообразное расширение пищевода

- в боковой проекции характерен резко очерченный угол между краем опухоли и неизменной стенкой пищевода.

- при глотании - синхронное смещение тени опухоли



Диагностика

КТ пищевода и средостения

- Позволяет выяснить соотношение опухоли со стенкой пищевода и окружающими органами средостения, состояние лимфатических узлов средостения, что особенно важно при подозрении на злокачественный процесс.
- Показана при больших интрамуральных опухолях, когда имеется подозрение на поражение средостения (саркома, агрессивный фиброматоз и пр.).



Диагностика

ЭУЗИ

- Чреспищеводное или эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ) особенно информативно при описании опухолей, ограниченных слизисто-подслизистым слоем, т.е. в тех случаях, когда КТ, ЯМР, ПЭТ не могут достоверно отразить опухолевое поражение.

Лечение доброкачественных опухолей

ОПЕРАТИВНОЕ. Лекарственное неэффективно!

Применяют основных пять видов операций:

- 1) удаление опухоли через рот;
- 2) эндоскопическое удаление опухоли;
- 3) энуклеацию опухоли;
- 4) иссечение опухоли с участком стенки пищевода;
- 5) резекцию пищевода.

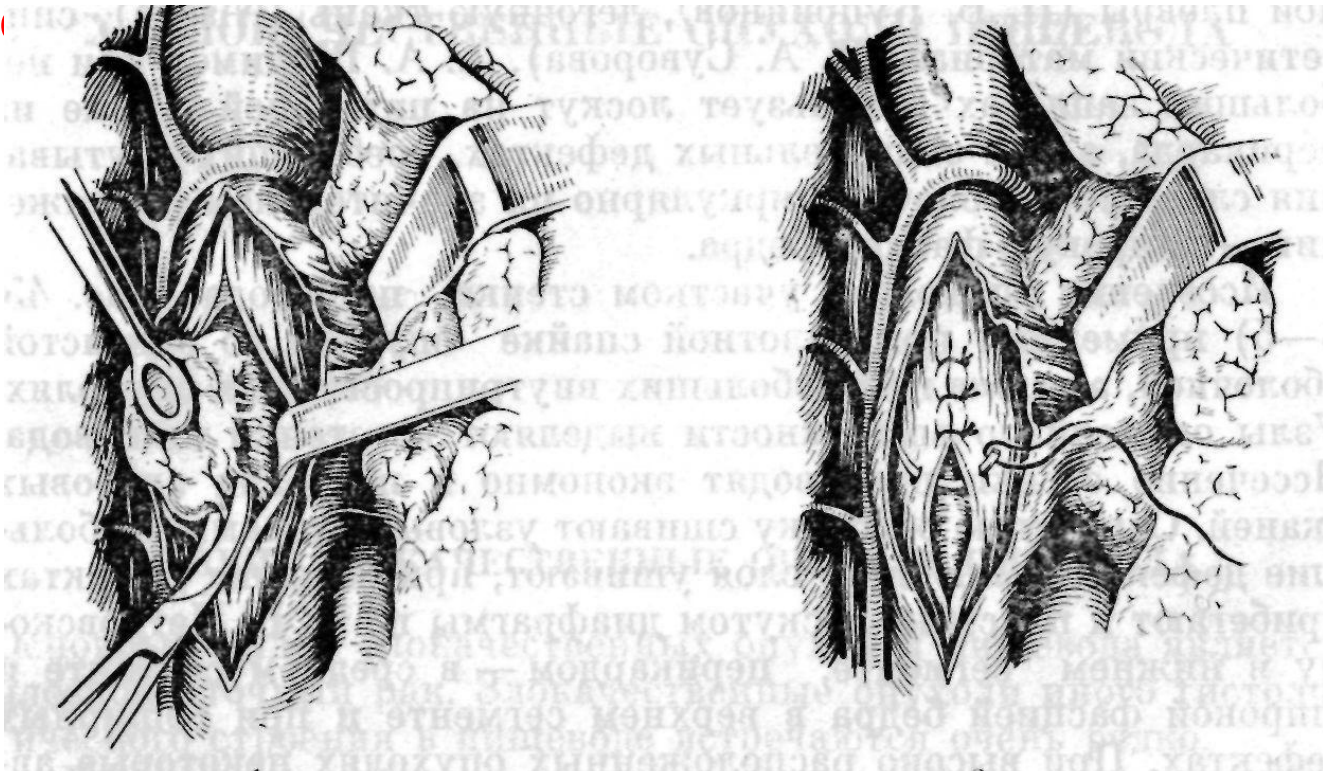
Эндоскопическое удаление опухоли

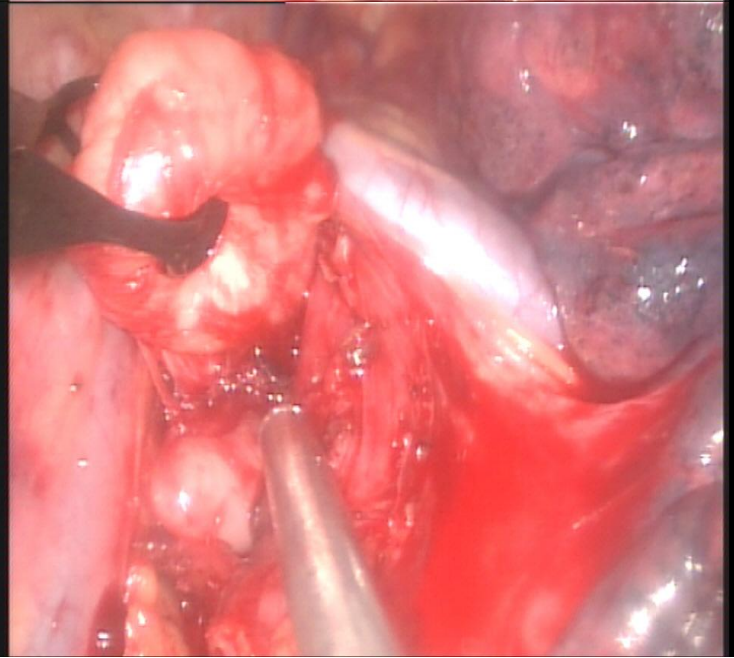
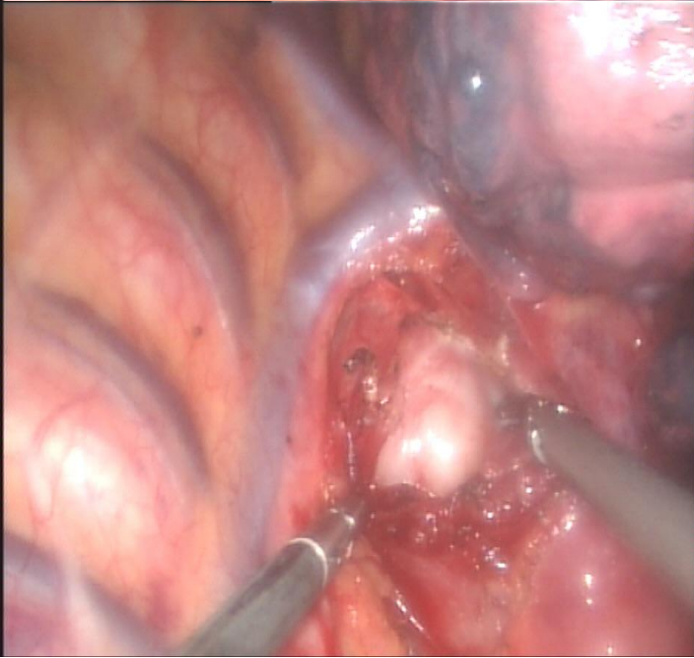
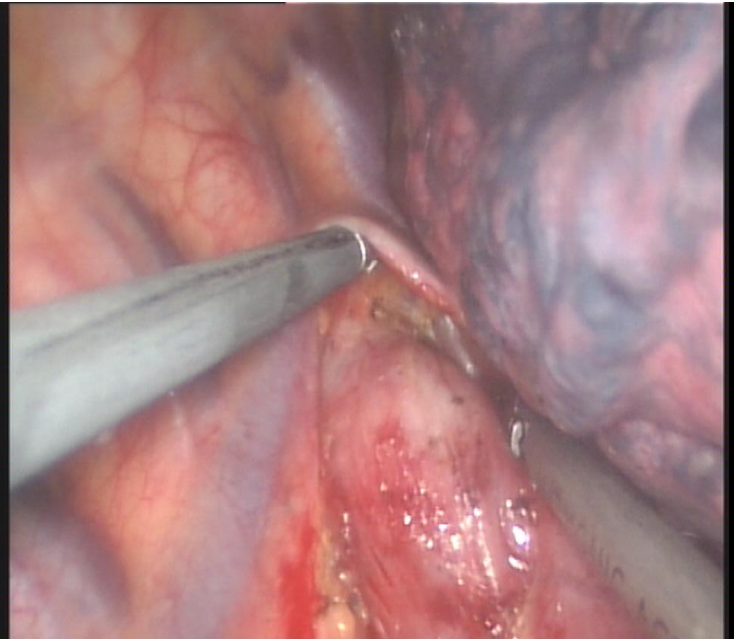
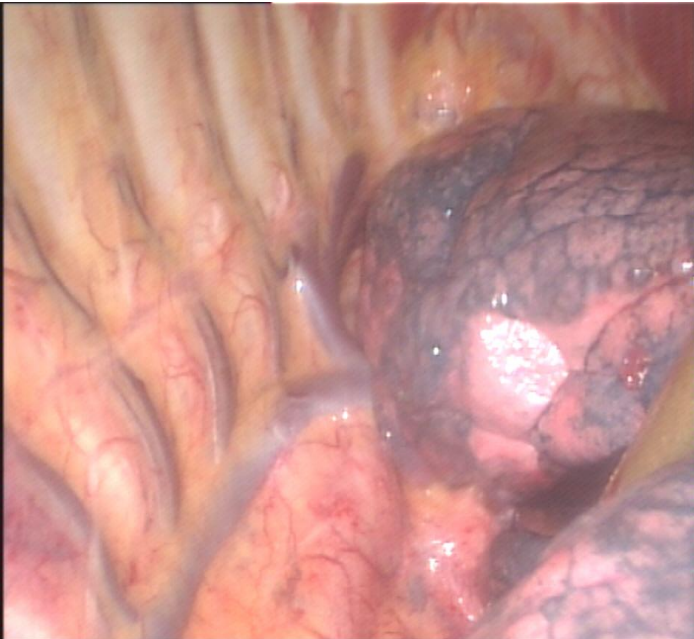
- При небольших полипах на узкой ножке - операция заключается в пересечении ножки опухоли петлей, щипцами или с помощью электрокаутера через эзофагоскоп.
- Подслизистая туннельная эндоскопическая резекция



Энуклеация опухоли

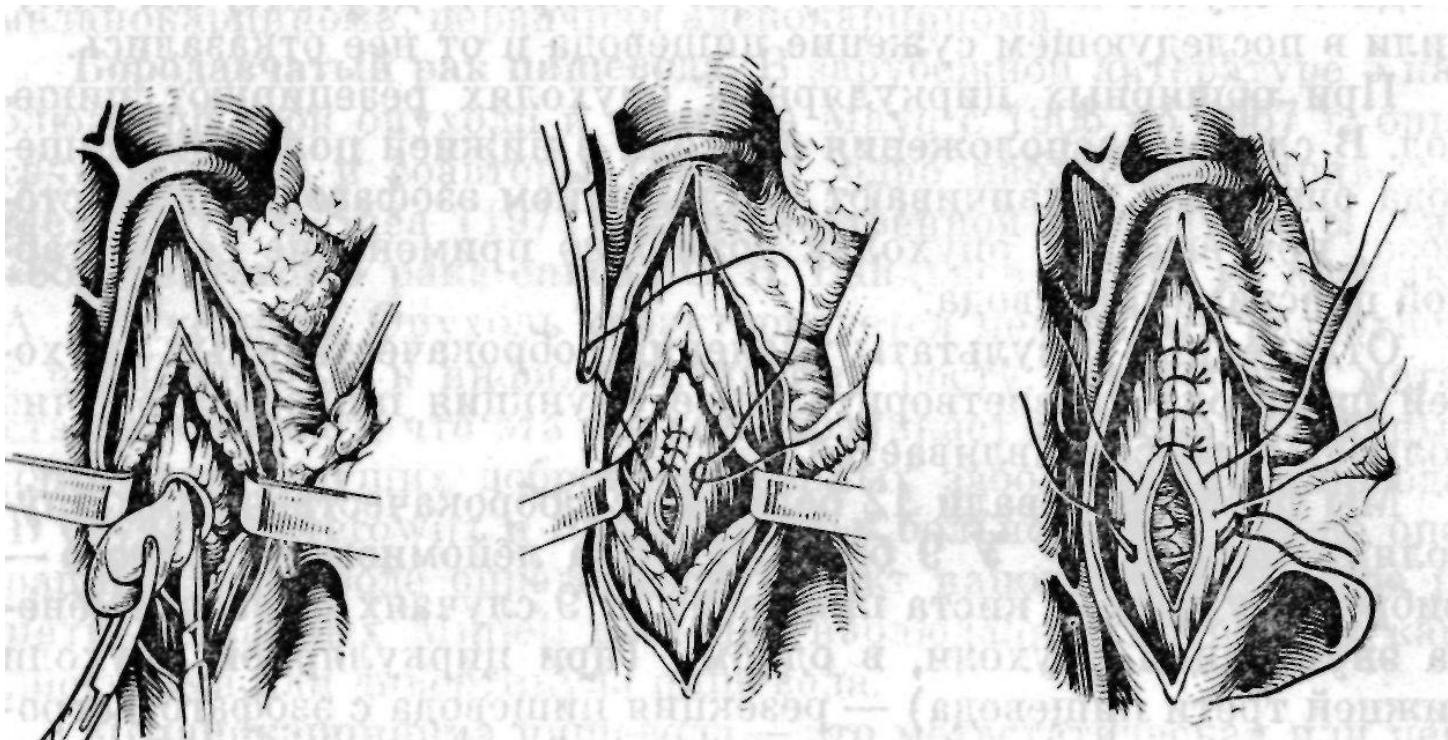
- При небольших опухолях
- Рассекают и отодвигают в сторону мышечную оболочку над опухолью. Последнюю берут на держалку и, подтягивая, выделяют из окружающих тканей. **При выделении узла следует соблюдать максимальную осторожность, чтобы не повредить слизистую оболочку пищевода.**



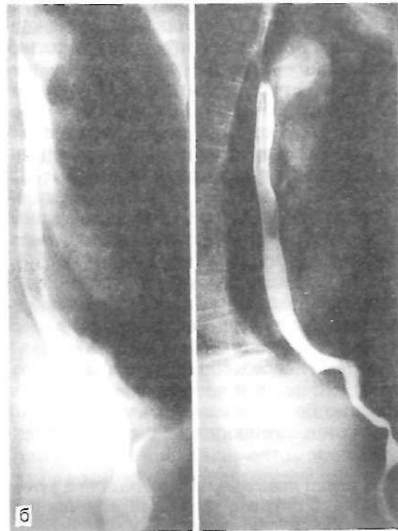
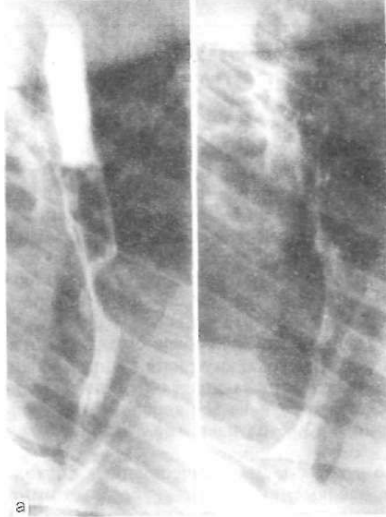


Иссечение опухоли с участком стенки пищевода

- Применяют при плотной спайке опухоли со слизистой оболочкой, а также при небольших внутрипросветных опухолях.
- Небольшие дефекты мышечного слоя ушивают, при больших дефектах прибегают к пластике.



Лейомиома пищевода

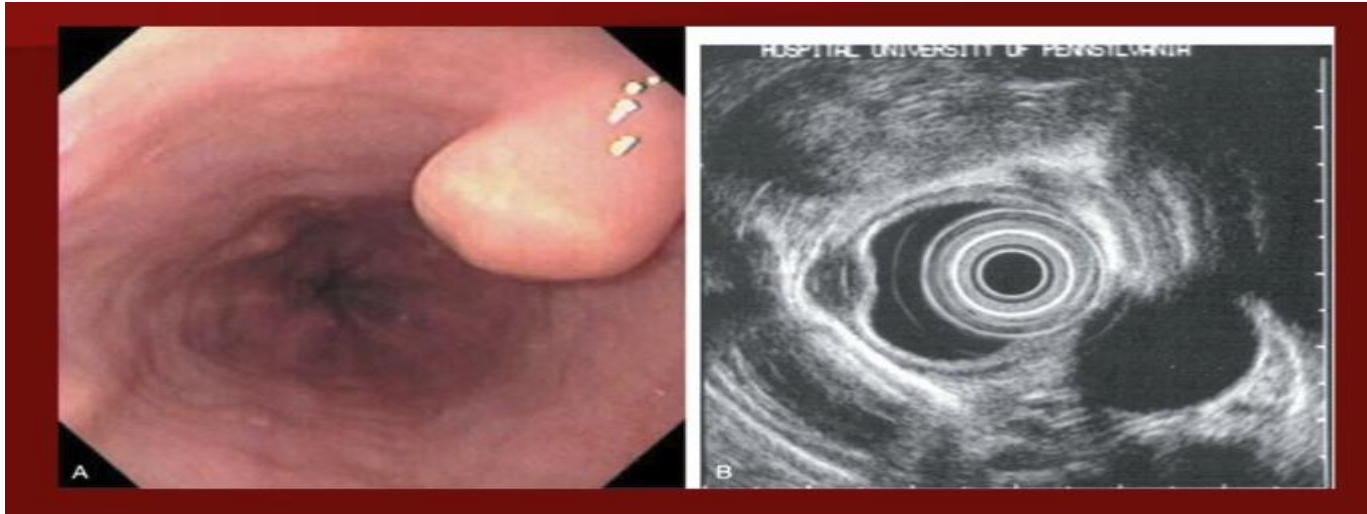


- Составляет 50—70% всех доброкачественных опухолей пищевода.
- Чаще встречается у мужчин.
- Приблизительно в половине случаев лейомиомы локализируются в нижней трети пищевода, в трети случаев — в средней трети.
- Характеризуются медленным ростом.

*а — лейомиома средней трети пищевода
(прямая проекция);*

*б — абдоминального отдела пищевода
(боковая проекция)*

Лейомиома пищевода



- **Макроскопически** лейомиома представляет собой плотную опухоль, покрытую соединительнотканной капсулой.
- Виды: солитарная и множественная лейомиома, распространенный и диффузный лейомиоматоз
- **Микроскопически** лейомиома состоит из гладких мышечных волокон различной толщины, расположенных беспорядочно в виде завихрений.

Лейомиома пищевода

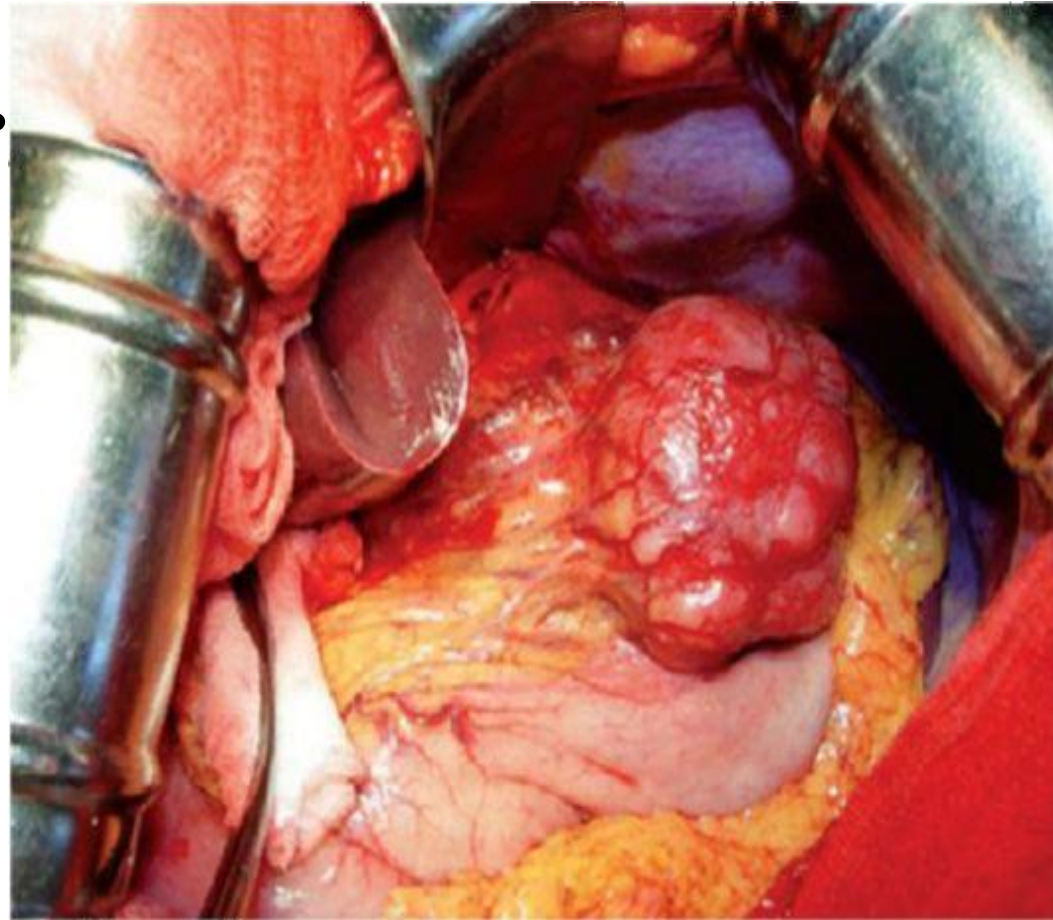


GIST пищевода

- Развиваются из интерстициальных клеток Кахала, формирующих сеть в мышечной стенке ЖКТ и регулирующих ее активность по типу пейсмейкеров.
 - Основной механизм – гиперэкспрессия клетками тирозинкиназного рецептора c-KIT (CD117) и его гиперактивация.
 - Достаточно часто ГИСО выявляется как случайная находка.
 - Более 95 % ГИСО экспрессируют KIT, что позволяет на сегодняшний день рассматривать его как универсальный маркер данного типа опухоли. Для точного диагноза и принятия терапевтического решения необходимо иммуногистохимическое исследование для выявления экспрессии онкобелка KIT (CD117).
-
- Термин «доброкачественная опухоль» при ГИСО неприменим, так как они считаются потенциально злокачественными.
 - При выявлении ГИСО - лечение обязательно: оперативное + химиотерапия (иматинбон).

GIST пищевода

- Опухоль в основном поражает подслизистую оболочку, распространяясь в стенку ЖКТ. Возможно изъязвление слизистой оболочки. В преобладающем большинстве крупных опухолей наблюдаются центральный некроз и кистозные полости с кровоизлияниями.
- Такие опухоли ошибочно могут быть приняты за кисту поджелудочной железы и забрюшинную кисту.



Стадирование ГИСО(GIST)

Должна быть использована система TNM с последующей группировкой по стадиям (7-е издание, 2010 г.).

В заключительном гистологическом заключении указываются:

- размер опухоли;
- локализация;
- морфологический вид;
- митотический индекс (количество митозов в 50 полях зрения при большом увеличении).

Иммуногистохимическое исследование опухоли с определением экспрессии CD 117 и/или DOG1 является необходимым при подтверждении диагноза

Фиброма и липома пищевода

Фиброма развивается в подслизистом слое и имеет признаки интрамуральной опухоли. В последующем может образовываться ножка, достигающая длины всего пищевода - от входа до кардии. Поверхность опухоли может изъязвляться под действием механических факторов.

Липома также располагается в подслизистом слое. Иногда на ножке. Состоят из жировой ткани со слабо выраженной стромой и дольчатостью. Характеризуются доброкачественным течением, медленным ростом, редко достигают больших размеров, не озлокачиваются.

Метод лечения: хирургический (энуклеация).

Гемангиома

- Распространенность гемангиом пищевода около 0,04% на основе данных полученных при аутопсиях. Большинство из них являются кавернозными. Как правило одиночные. Если клинически проявляются – то наиболее часто дебютируют с кровотечения и явлений дисфагии.
- Стандартов терапии нет ввиду редкости патологии и отсутствии достаточного количества научных публикаций. Часто применяют эндоскопические резекции.

Аденома пищевода

- Могут располагаться в любом отделе пищевода, но чаще в шейном или абдоминальном.
- Могут расти на широком основании или длинной ножке.
- При эндоскопии красноватые, с четкими границами, иногда имеют дольчатое строение.
- Легко кровоточат при контакте.

Внутрипросветные полипы могут быть удалены эндоскопически.

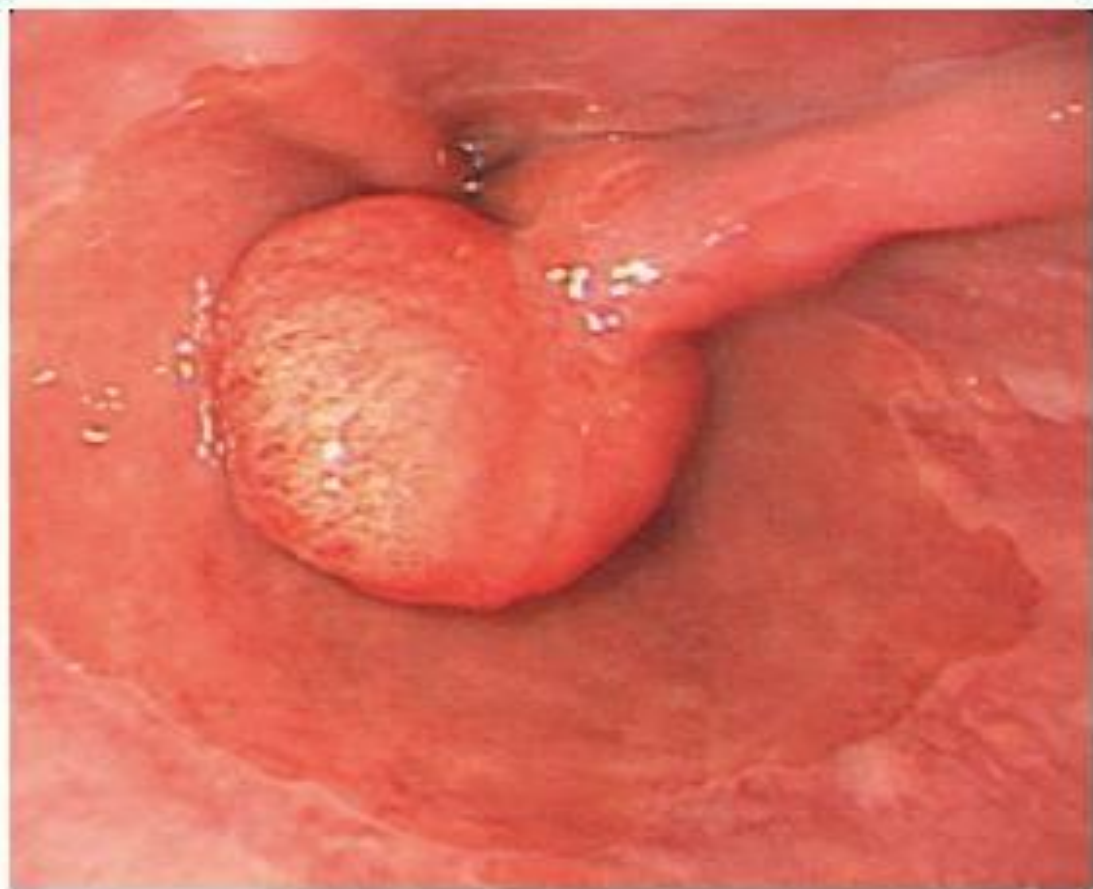
Если полип достигает больших размеров –резекция участка пищевода.

Гиперпластический полип пищевода

Характеризуется наличием смешанных воспалительных инфильтратов включающих плазматические клетки, эозинофилы, фибробласты и воспаленную строму.

Результаты исследований показывают что в патогенезе образования участвует регенеративный ответ слизистой на ее повреждение

Они ассоциированы с эрозивным гастритом в большинстве случаев. На этом основано лечение. После проведения антисекреторной терапии, в большинстве случаев наступает регресс образования.



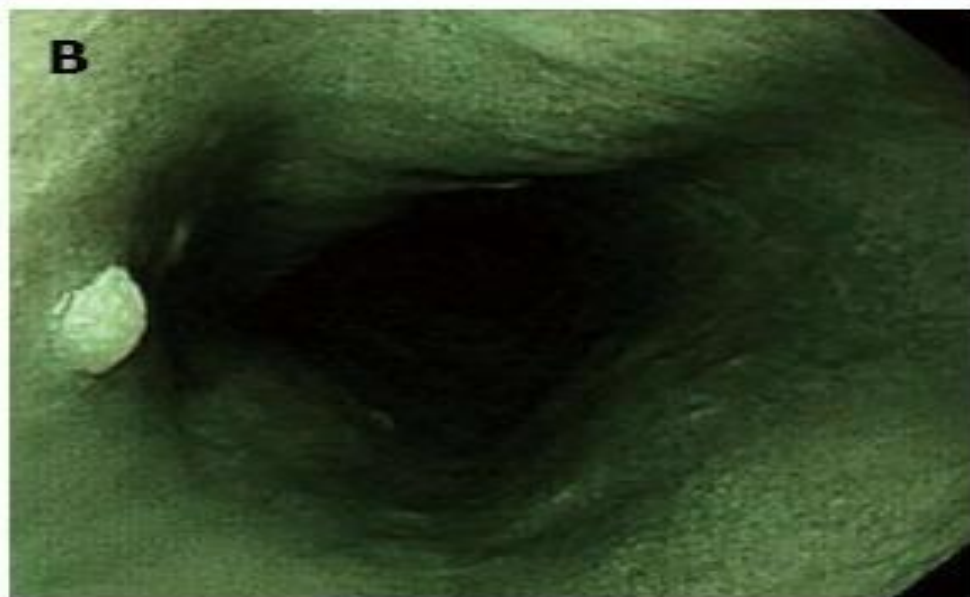
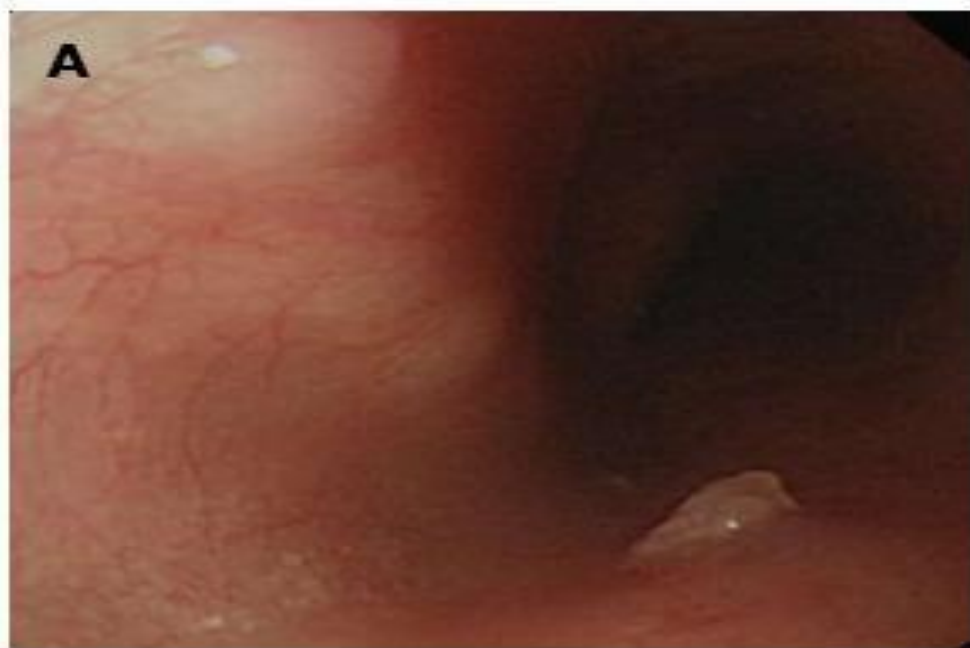
Папиллома пищевода

- Плоскоклеточные папилломы представляют собой образования на широком основании с центральным стержнем из соединительной ткани и фиброваскулярными сосочками, покрытыми гиперпластичным плоским эпителием.
- Имеют ровные или бугристые контуры с различным рельефом – сосочковым, бородавчатым, шагреневым. Внешне обычно напоминают цветную капусту.
- **Высокий индекс малигнизации!**

Этиология до конца не выяснена, но существуют 2 гипотезы:

1. Хроническое раздражение (травма) слизистой;(при ГЭРБ, чаще всего в нижних отделах),
2. Наличие папилломавирусной инфекции у человека.

- Папилломы, вызванные HPV, называют **кондиломами** (вирусное повреждение плоского эпителия).



Гранулярно-клеточная опухоль

2-ая по частоте среди неэпителиальных опухолей пищевода

Протекает зачастую бессимптомно.

При этом 1-3% малигнизируется и 5-летняя выживаемость = < 35%. Микроскопические состоит из скоплений яйцевидных или полигональных клеток, разделенные коллагеновыми волокнами. Злокачественный потенциал высокий при наличии некрозов, увеличении митозов, увеличения ядрышек и высокий индекс Ki67.

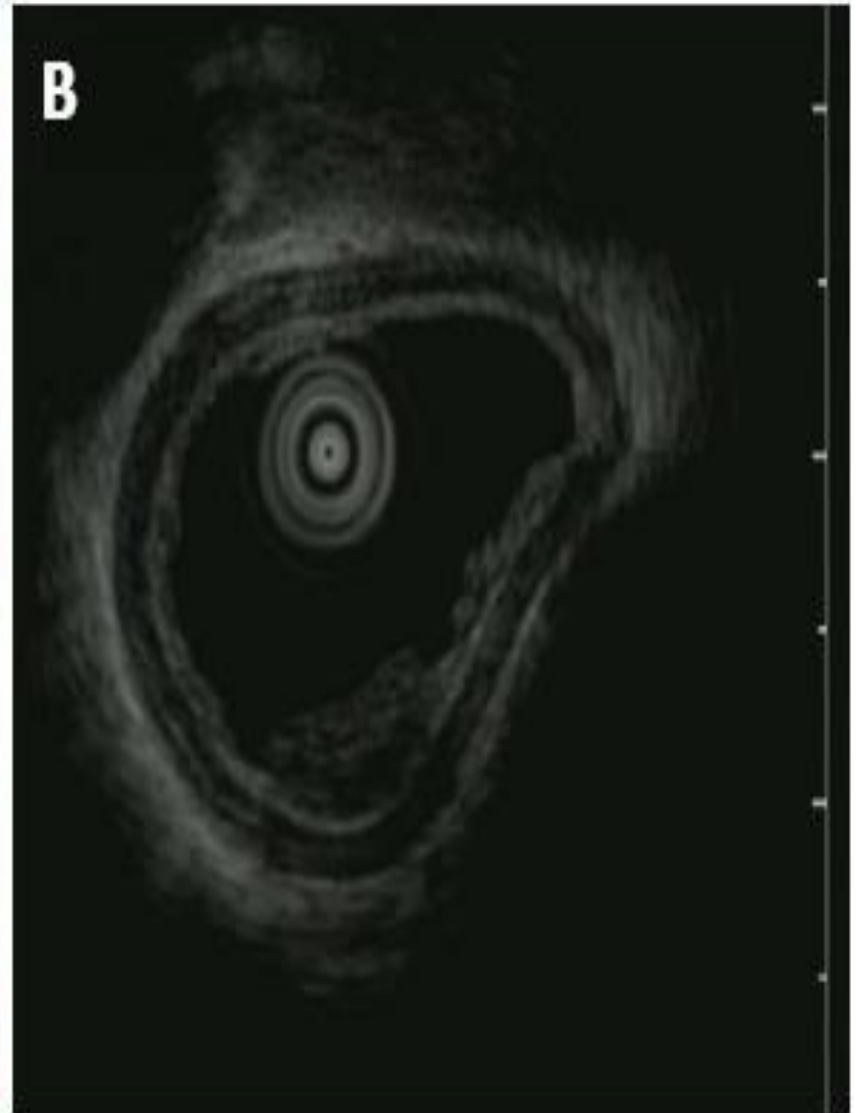
Наиболее распространенной теорией является невrogenное происхождение опухоли из Шванновских клеток, которые являются частью подслизистого нервного сплетения пищевода. Хотя большинство гранулярно-клеточных опухолей являются доброкачественными, тем не менее некоторые опухоли имеют высокий риск малигнизации.

Единственным неоспоримым критерием злокачественности считают наличие метастазов.

Гранулярно-клеточная опухоль

- Резекция является основным методом лечения гранулярно-клеточной опухоли. Эндоскопическая слизистая резекция и эндоскопическая подслизистая диссекция являются операциями выбора при опухолях в пределах субэпителиального или подслизистого слоя.

Гранулярно-клеточная опухоль



Кисты пищевода

В зависимости от происхождения:

- 1) ретенционные кисты;
- 2) кистозный, или фолликулярный эзофагит;
- 3) редубликационные кисты;
- 4) кисты, образующиеся из островков желудочной слизистой оболочки;
- 5) энтерогенные кисты пищевода;
- 6) бронхогенные кисты пищевода;
- 7) дермоидные кисты;
- 8) паразитарные кисты.

Кисты пищевода

Причиной образования приобретенных (ретенционных) кист является закупорка выводных протоков истинных желез пищевода вследствие хронического эзофагита или постоянной микротравматизации слизистой оболочки пищевода.

Внутренняя поверхность кисты выстлана эпителием из уплощенных клеток. Наружная поверхность представлена соединительнотканной оболочкой, беспорядочно распластанной в окружающих тканях.

Кисты пищевода

Врожденные кисты формируются из остатков зародышевого эпителия. Они могут иметь выстилку дыхательного эпителия (бронхогенные кисты) или желудочно-кишечного эпителия (энтерогенные кисты).

Кисты располагаются в подслизистом слое и заполнены прозрачной тягучей жидкостью, иногда они содержат детрит (асептический распад) или гной. Возможными осложнениями кист могут быть - перфорация, нагноение, кровотечение, трансформация в рак

Осложнения доброкачественных опухолей

- кровотечение вследствие изъязвления слизистой оболочки, покрывающей опухоль;
- нагноение и перфорация кисты;
- малигнизация опухоли.

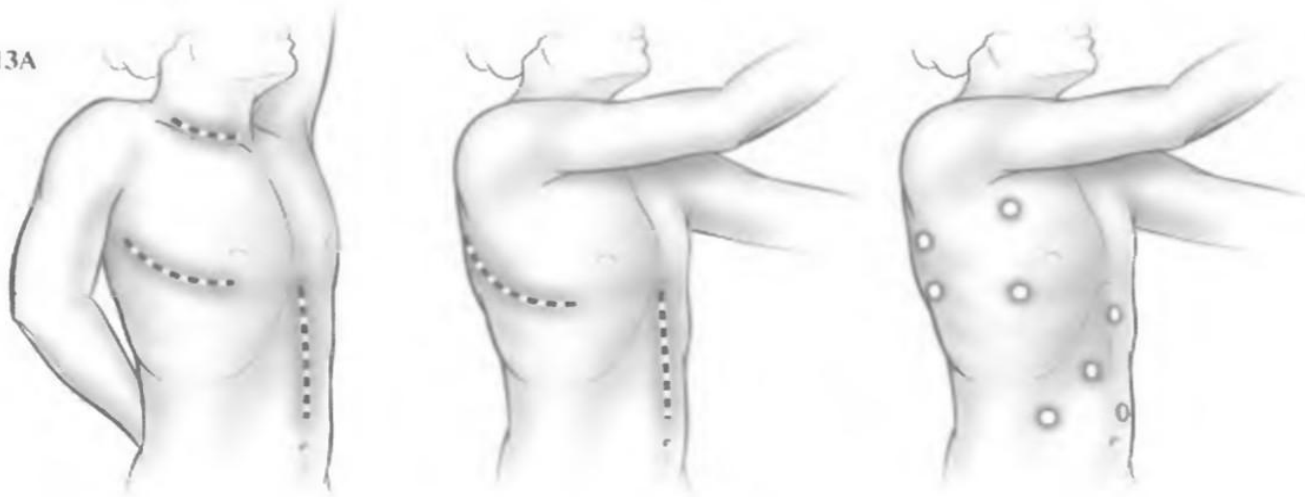
Резекция пищевода

- Резекция н/3 пищевода и кардии
- Субтотальная резекция (Операция Льюиса)
- Экстирпация пищевода в 2 этапа (Операция Торека-Добромыслова)
- Цервико-абдоминальная экстирпация грудного отдела пищевода

Операция Льюиса

Торакоабдоминальный разрез или
отдельно торакальный, затем
абдоминальный разрезы

Рис. 6-13А





Операция Льюиса

- мобилизация пищевода вместе с окружающей клетчаткой и региональными лимфатическими узлами
- мобилизация желудка, удаление грудной лимфатический проток на всём протяжении и лимфатические узлы (парозофагеальные, верхние и нижние (бифуркационные), трахеобронхиальные, паратрахеальные)

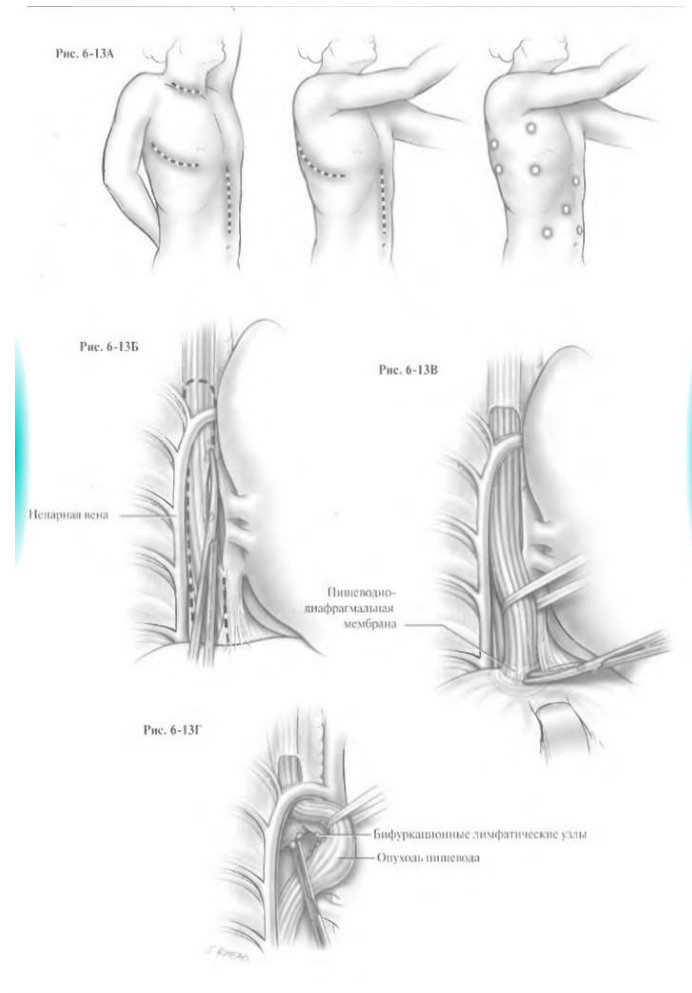


Рис. 6-17Б

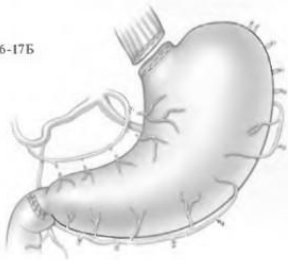


Рис. 6-13Д



Рис. 6-13Е

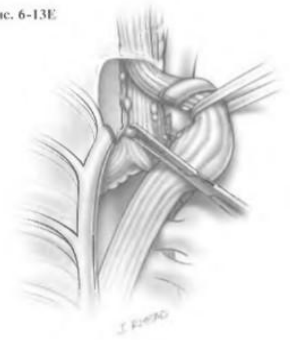
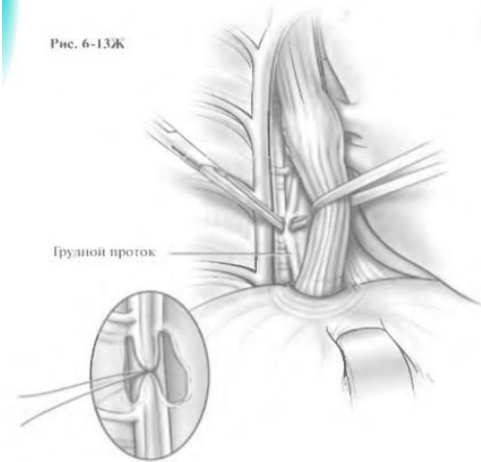


Рис. 6-13Ж



Операция Льюиса

- После удаления пищевода производится одномоментная пластика мобилизованным желудком с наложением пищеводно-желудочного анастомоза в плевральной полости (внутриплевральный)
- Возможны другие варианты пластики.

Недостатки чресплевральных доступов

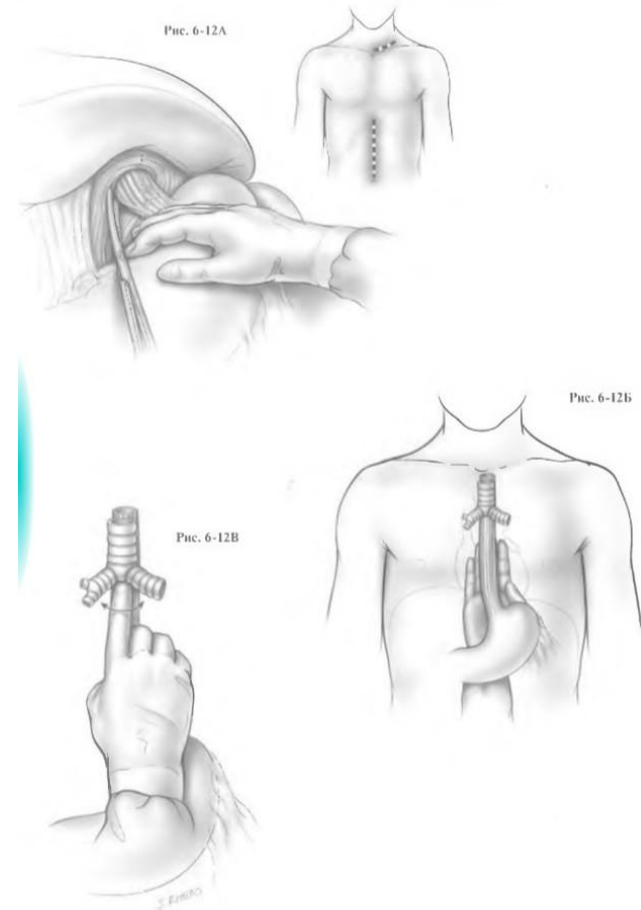
- Частота дыхательных осложнений и высокая летальность (15—30%) опасность расхождения швов анастомоза в плевральной полости и рецидивов рака на уровне анастомоза
- Причины смерти при трансторакальных доступах расхождение швов анастомоза (36%) пневмония (37%) кровотечение (9%) сепсис (6%) другие причины (12%)
При удалении пищевода через абдоиноцервикальный доступ с внеплевральным анастомозом на шее послеоперационная летальность и частота осложнений существенно снизились, а пятилетняя выживаемость возросла.

Трансхиатальная резекция

- Абдоминоцервикальный доступ без торакотомии- разрез на шее(кпереди от *m.sternocleidomastoideus*) и на животе (верхняя срединная лапаротомия)
Независимо от уровня поражения пищевод удаляют полностью.

Трансхиатальная резекция

Желудок мобилизуют по обычной методике с перевязкой левой желудочной и желудочно-сальниковой артерий и удалением лимфатических узлов в области чревного ствола и кардии. Во избежание спазма привратника производят пилоромиотомию. Пищевод мобилизуют снизу через диафрагмальное отверстие и сверху — через разрез на шее, затем пересекают его в шейном отделе и низводят грудной отдел в брюшную полость.



Трансхиатальная резекция

- Выделенную из большой кривизны желудка трубку или толстую кишку через заднее средостение перемещают на шею и накладывают пищеводно-желудочный (внеплевральный) анастомоз. Недостатком трансхиатальной резекции пищевода является отсутствие возможности достаточно адекватной ревизии зон регионарного метастазирования в средостении и выполнения лимфаденэктомии соответствующего объема.

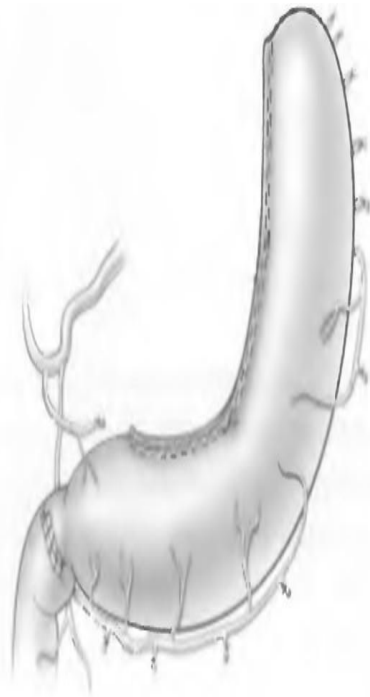
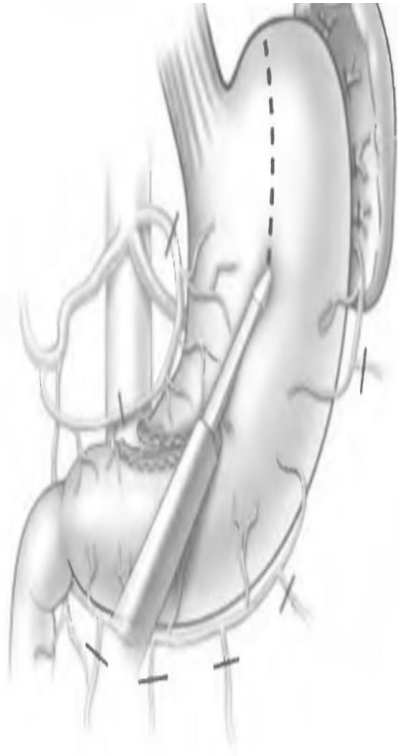


Рис. 6-17Б

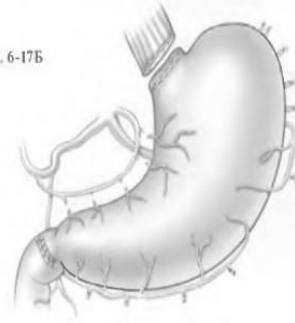
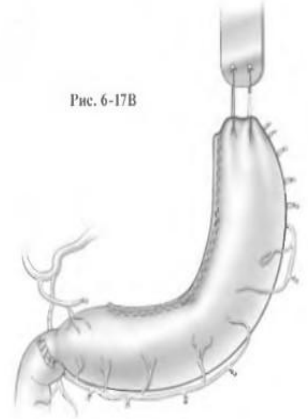


Рис. 6-17Г



Рис. 6-17В



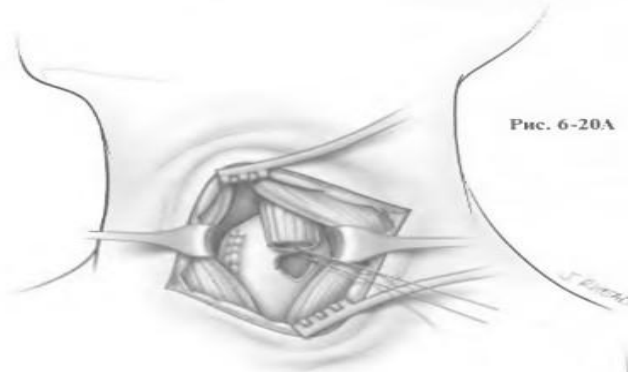


Рис. 6-20А

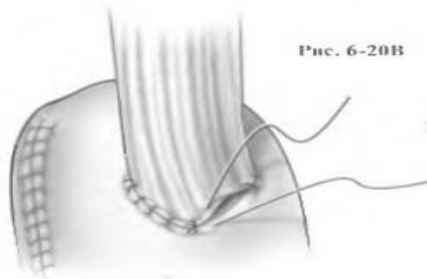


Рис. 6-20В

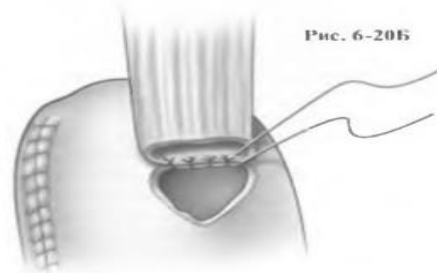


Рис. 6-20Б

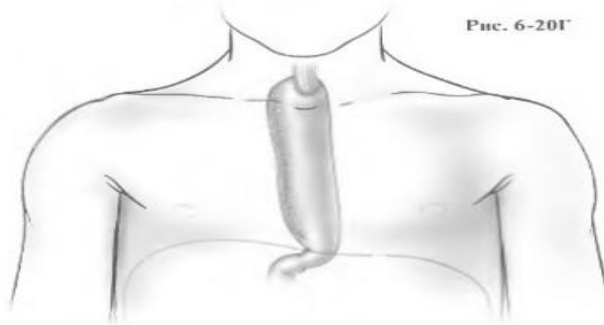


Рис. 6-20Г

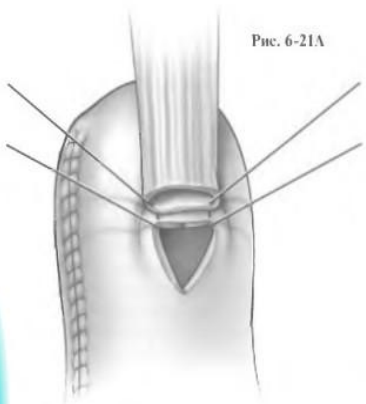


Рис. 6-21А

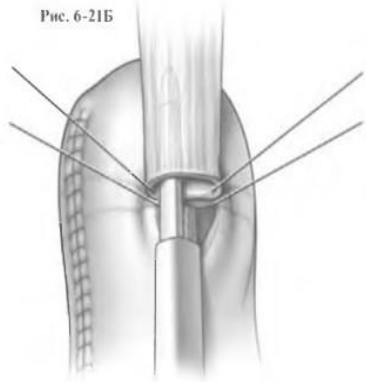


Рис. 6-21Б

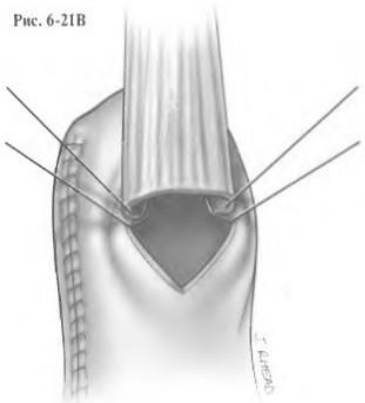


Рис. 6-21В

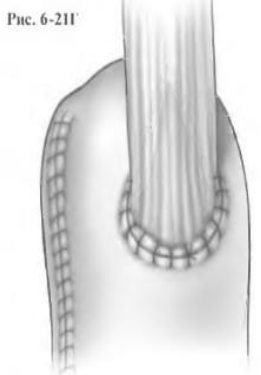


Рис. 6-21Г

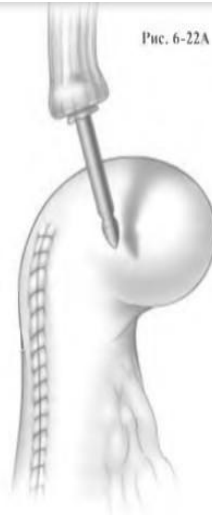


Рис. 6-22А



Рис. 6-22Б



Рис. 6-22В



Рис. 6-22Г

Пластика пищевода.

Желудком:

- пластика пищевода целым желудком;
- пластика пищевода антиперистальтическим желудочным трансплантатом;
- пластика пищевода изоперистальтическим желудочным трансплантатом.

Толстой кишкой,

Тонкой кишкой.

Возможные варианты проведения:

Через средостение, за грудиной, предгрудинно.

Нижняя
панкреoduodenальная
артерия
Средняя
ободочная артерия
Первичная дуга
Вторичная дуга

Рис. 6-19А

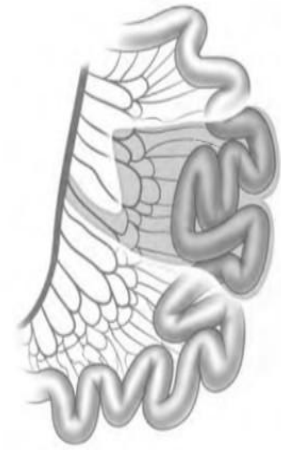
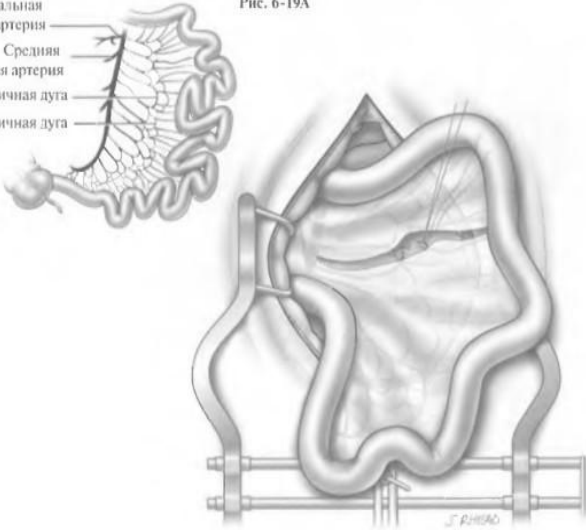


Рис. 6-19В

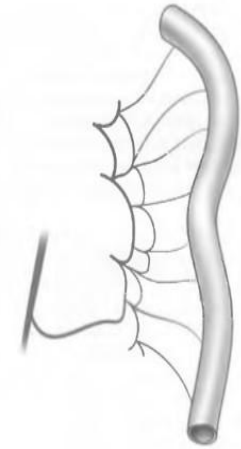


Рис. 6-19Б

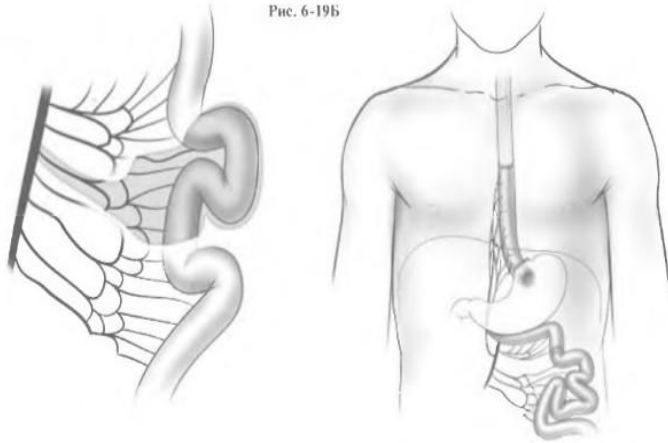
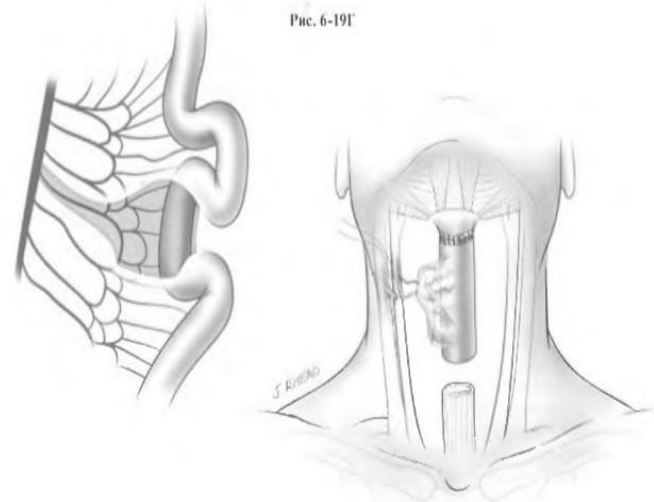
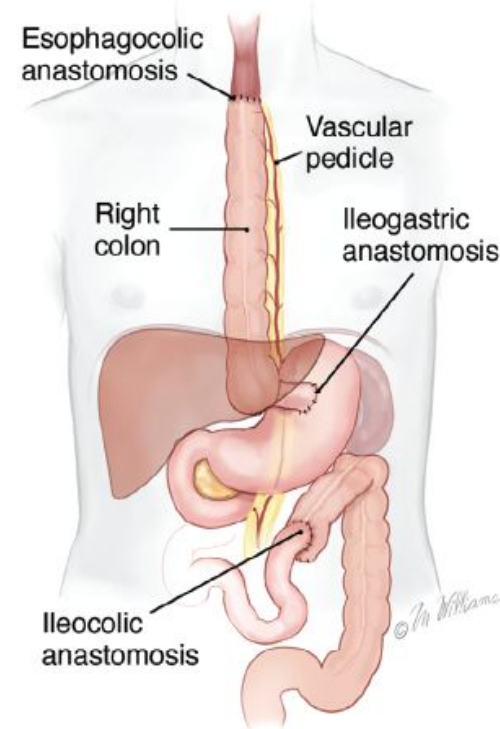
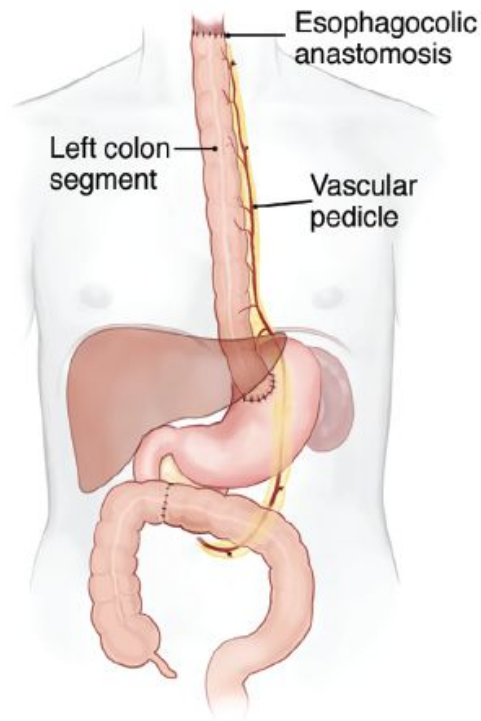


Рис. 6-19Г



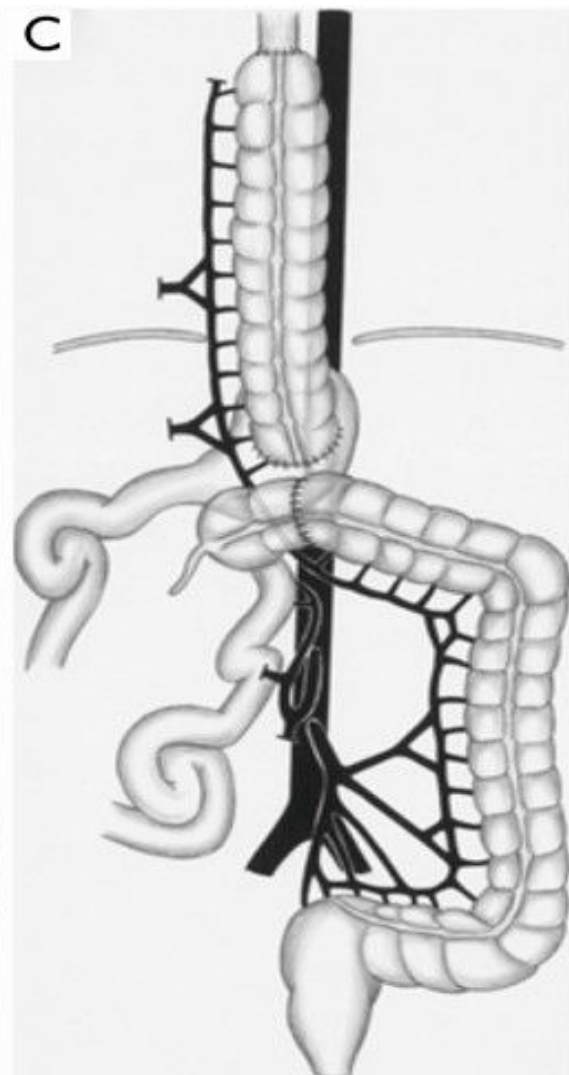
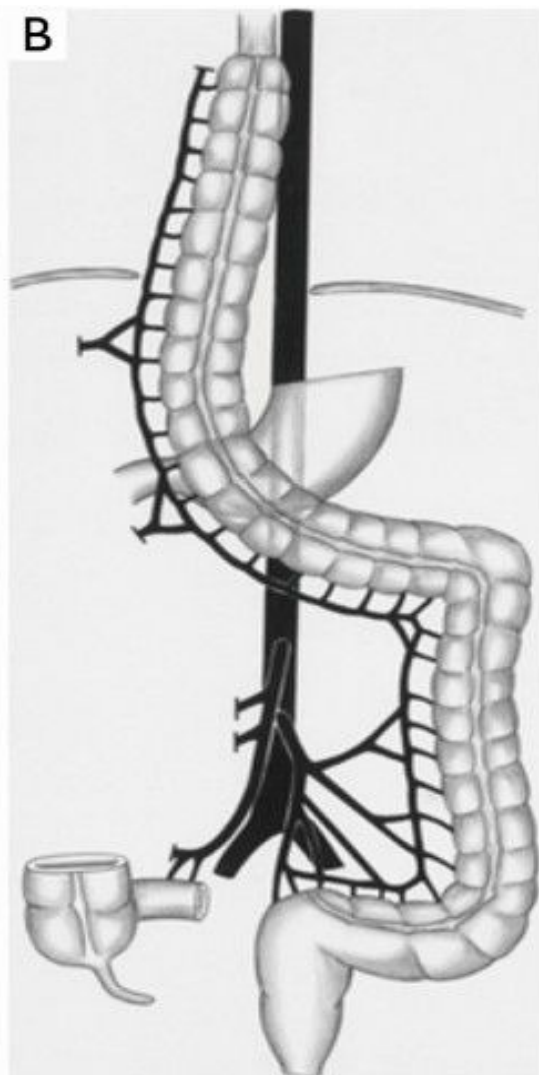
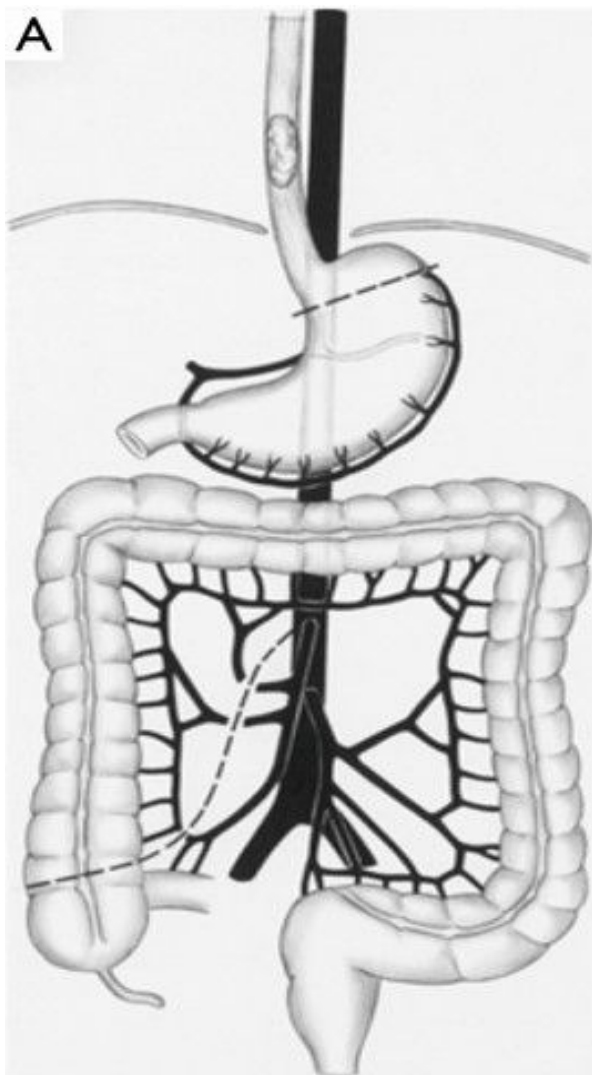
Пищеводно-толстокишечный анастомоз с использованием сегмента толстой кишки на сосудистой ножке



A

B

Source: D. J. Sugarbaker, R. Bueno, Y. L. Colson, M. T. Jaklitsch, M. J. Krasna, S. J. Mentzer, M. Williams, A. Adams: *Adult Chest Surgery*, 2nd Edition: www.accesssurgery.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.



Список литературы:

- А.Ф.Черноусов, П.М.Богопольский, Ф.С.Курбанов ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА – МОСКВА "МЕДИЦИНА«, 2000
- А.Д.ШАЛИМОВ, В.Ф. САЕННО, С.А.ШАЛИМОВ «Хирургия пищевода» - МОСКВА, «МЕДИЦИНА», 1975
- «Доброкачественные новообразования пищевода», презентация студента 6 курса лечебного факультета Лысенко А.
- Внутренние болезни: учебник –Стрюк Р.И., Маев И.В. 2008
- ОСНОВЫ ПАТОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ по Роббинсу и Котрану – Москва, Логосфера, 2016
- Статья А.В.Янкина, КОД «РАК ПИЩЕВОДА: ОТ СТАТИСТИКИ К ДИАГНОСТИКЕ» журнал ПРАКТИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ • Т. 4, № 2 – 2003
- Доклад Д.А.Носова «Гастроинтестинальные стромальные опухоли: новая нозологическая единица и современные возможности лечения»
- Онкология : учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. 2010