

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.327.3/4-006.61-036.1-089

Кропотов М.А., Агабекян Г.О., Стельмах Д.К., Саприн О.А., Лысов А.А., Бадалян А.Г., Дронова Е.Л.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК РОТО- И ГОРТАНОГЛОТКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», 115478, г. Москва

В статье описан клинический случай радикального хирургического лечения с использованием микрохирургической техники по поводу рака ротоглотки после проведенного комплексного лечения первой опухоли – рака гортаноглотки.

Ключевые слова: *первично-множественные злокачественные опухоли; опухоли головы и шеи, плоскоклеточный рак; микрососудистая техника; лучевой лоскут.*

Для цитирования: Российский онкологический журнал. 2015; 20(2): 26–28.

MULTIPLE PRIMARY SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE OROPHARYNX AND HYPOPHARYNX. CASE REPORT

Kropotov M.A., Agabekyan G.O., Stelmakh D.K., Saprina O.A., Lysov A.A., Badalyan A.A., Dronova E.L.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, 115478, Moscow, Russian Federation

The article presents a clinical case of radical surgery using microsurgical techniques for cancer of the oropharynx after complex therapy spent the first tumor – hypopharynx cancer.

Key words: *second primary tumors; head and neck cancer; squamous cell carcinoma; microvascular technique; the radial forearm flap.*

Citation: Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2015; 20(2): 26–28. (In Russ.)

Correspondence to: Goar Agabekyan – MD; e-mail: koar-a@mail.ru.

Received 14.01.15

Первично-множественные злокачественные опухоли – одна из наиболее сложных, интересных и наименее изученных тем в онкологии, заболеваемость первично-множественными злокачественными опухолями в мире ежегодно растет.

Возникновение вторых опухолей не является редким, частота, по данным зарубежных авторов, составляет 0,73–11,7% в зависимости от прижизненной и посмертной постановки диагноза. По данным G. Bedi [1], пациенты с раком головы и шеи имеют высокую (2–3% в год) заболеваемость вторыми первичными опухолями. По данным отечественных исследователей, их частота составляет от 0,3 до 2,2% [2].

Показатель заболеваемости первично-множественными злокачественными новообразованиями в России в 2004 г. составлял 8,3 на 100 тыс. населения, а доля синхронно развившихся новообразований от общего числа первично-множественных опухолей достигает в среднем 33% [2].

На современном этапе отмечены лучшие показатели выживаемости больных с опухолями головы и шеи и, следовательно, все чаще у пациентов, излеченных от одной опухоли, диагностируются вторые. Лечение данной категории больных представляет собой важную проблему современной онкологии, имеет цели максимально увеличить продолжительность жизни больных, сохранив при этом качество жизни и эстетические параметры. Лечение должно быть направлено

на каждую из опухолей в отдельности, может быть одномоментным или многоэтапным в зависимости от характера развития (синхронные или метастатические), стадии, распространенности процесса, соматического состояния пациента, проводимого ранее лечения: если по поводу первой опухоли выполнялось комбинированное или комплексное лечение, то необходимо выработать строго индивидуальный подход в алгоритме лечения. Зачастую лечение приводит к нарушению функций жевания, глотания, речеобразования, а также выраженным косметическим нарушениям, тем более если проводится последовательное лечение нескольких опухолей. В связи с особенностями анатомии органов головы и шеи нередко возникает необходимость реконструктивных операций для сохранения функциональности органов и эстетики. Мнения многих авторов сходятся на преимуществе одномоментного с удалением опухоли восстановления дефекта [3, 4], для первично-множественных опухолей это является особенно актуальным. В современной онкохирургии существует большое количество методик восстановления дефектов орофарингеальной области, а история поиска оптимального пластического материала насчитывает много веков. Одним из важных этапов в реконструктивной хирургии стало использование микрососудистой техники. В 1978 г. в Китае был впервые применен кожно-фасциальный лоскут предплечья на сосудистой ножке из лучевой артерии. Лоскут имеет прекрасную гибкость, тонкость, простоту забора, постоянство анатомии и длинную сосудистую ножку большого калибра. Эти качества отлично подходят для замещения дефектов стенок ротовой полости и

Для корреспонденции: Агабекян Гоар Олмеровна – аспирант; 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 23, e-mail: koar-a@mail.ru.

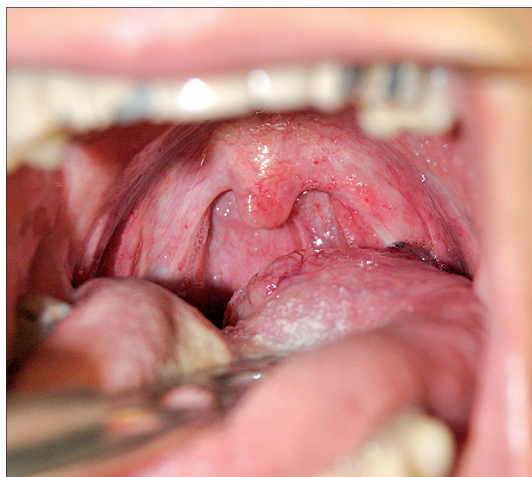


Рис. 1. Орофарингоскопия – опухоль, локализованная на корне языка.

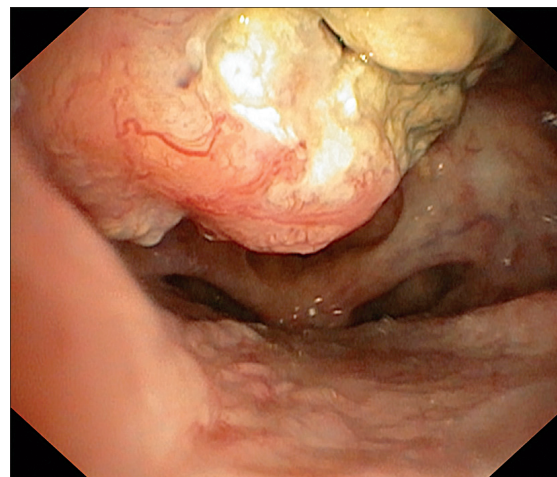


Рис. 2. Опухоль корня языка при фиброларингоскопии.

ротоглотки [5, 6]. Использование микрососудистой техники в реконструктивной хирургии позволило улучшить эстетические и функциональные результаты лечения опухолей орофарингеальной области. Это дает не только лучший по сравнению с регионарными лоскутами эстетический результат, но также позволяет радикально удалить злокачественную опухоль практически любого объема, будь то первичный или рецидивный процесс.

Один из клинических случаев успешного лечения первично-множественного метакронного рака головы и шеи мы хотим продемонстрировать.

Пациенту У., 52 года, в 2010 г. по поводу плоскоклеточного рака гортаноглотки T3N2bM0 было проведено комплексное лечение: 2 курса индукционной химиотерапии по схеме TPF (доцетаксел 75 мг/м² в 1-й день, цисплатин 75 мг/м² в 1-й день, 5-фторурацил 750 мг/м² в 1–5-й день), лучевая терапия на область первичной опухоли и зоны регионарного лимфооттока: РОД = 2 Гр, СОД = 66 Гр с еженедельным введением карбоплатина (AUC 1,5). После проведенного лечения через 3 мес. выполнено обследование, которое показало полный эффект со стороны первичной опухоли и остаточный метастатический процесс в регионарных лимфатических узлах шеи, по поводу чего больному проведена операция в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи справа. По данным морфологического исследования удаленной клетчатки выявлены 2 метастатических лимфатических узла с явлениями лечебного патоморфоза II степени. Далее больной был под динамическим наблюдением 3–4 раза в год. В апреле 2014 г. при осмотре полости рта в области корня языка слева визуализирована болезненная опухоль до 4,5 см в диаметре, на шее увеличенных лимфатических узлов не выявлено. Диагностирован плоскоклеточный рак корня языка T3N0M0 (рис. 1).

При прямой фиброларингоскопии в гортаноглотке без признаков рецидива в области корня языка слева с распространением на заднюю треть подвижной части языка слева определяется опухоль диаметром примерно 4,5 см с изъязвлением по центру с подрытыми валикообразными краями (рис. 2).

По данным МРТ, опухоль умеренно повышенной интенсивности с четкими контурами, размером 4,5×4×5 см, которая поражает левую половину языка, инфильтрирует корень языка (до средней линии),

также опухоль распространяется на слизистую оболочку дна полости рта и боковую стенку ротоглотки. Деструкции коркового слоя нижней челюсти не выявлено (рис. 3).

Учитывая локализацию, распространенность опухолевого процесса и предшествующее лечение, пациенту выполнили операцию в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи слева, срединную мандибулотомию, субтотальную резекцию языка с корнем, пластику дефекта лучевым кожно-фасциальным лоскутом на микрососудистых анастомозах, трахеостомию (рис. 4). При морфологическом исследовании послеоперационного материала верифицирован плоскоклеточный рак.

Послеоперационный период без особенностей, удален носопищеводный зонд, деканюлирован на 14-е сутки, пациент полностью реабилитирован, удовлетворительные функциональные и эстетиче-

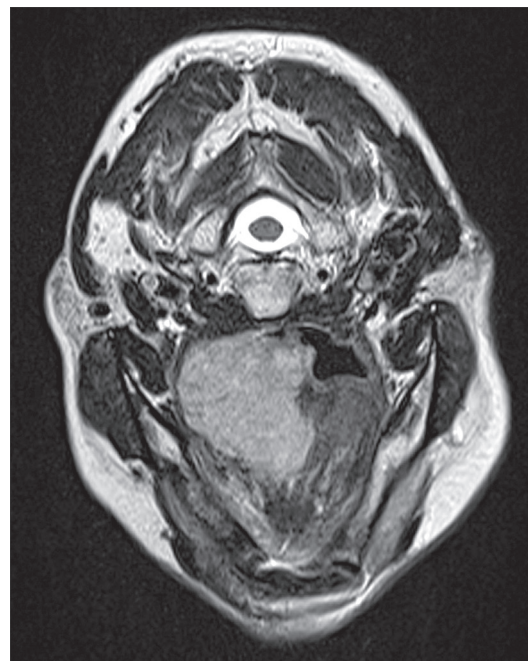


Рис. 3. МРТ-исследование без внутривенного контрастирования в режиме T2ВИ по аксиальным срезам (на уровне корня языка).

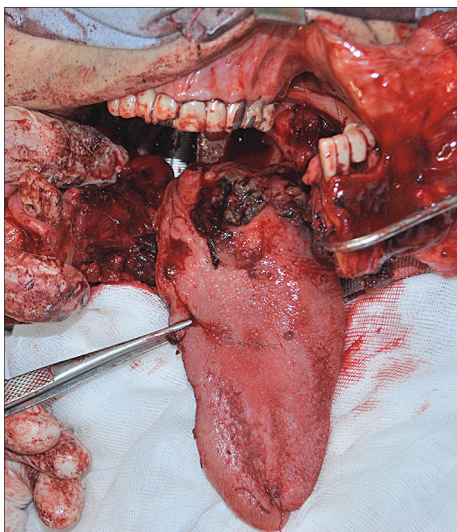


Рис. 4. Этап операции – выполнена срединная мандибулотомия, фрагменты нижней челюсти разведены в стороны, мобилизована подвижная часть языка с корнем, определена распространенность опухолевого процесса, намечены границы резекции.

ские результаты (рис. 5, 6). Пациент самостоятельно питается мягкой пищей, общается с окружающими.

На клиническом примере можно отметить особенности лечения больных с первично-множественными злокачественными опухолями слизистых оболочек органов головы и шеи. Несмотря на то что рак ротоглотки хорошо отвечает на химиолучевое лечение, в данной ситуации предпочтение было отдано хирургическому лечению в связи с отсутствием резервов лучевой терапии, т. е. ранее проведенным химиолучевым лечением по поводу рака гортаноглотки. При планировании терапии первично-множественных злокачественных опухолей следует с особой объективностью оценивать возможности каждого метода противоопухолевого лечения, факторы, ограничивающие его применение, и риск возникновения осложнений.

Выводы

1. Лечение метакронных опухолей органов головы и шеи требует индивидуализации лечения больных с оценкой результатов лечения первой опухоли,



Рис. 5. 14-е сутки после операции, вид полости рта. Дно полости рта представлено кожным фрагментом лучевого лоскута.



Рис. 6. Внешний вид больного через 6 мес.

предшествующих методов лечения и с учетом функциональных и органических нарушений, обусловленных предшествующим лечением.

2. Использование свободных реваскуляризированных лоскутов позволяет улучшить эстетические и функциональные результаты операций при опухолях головы и шеи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bedi G.C., Westra W.H., Gabrielson E., Koch W., Sidransky D. Multiple head and neck tumors: Evidence for a common clonal origin. *Cancer Res.* 1996; 56: 2484–7.
2. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Алексеев Б.Я., ред. *Первично-множественные злокачественные опухоли: Руководство для врачей*. М.: Медицина, 2000.
3. Shah J.P., et al. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity. *Cancer.* 1990; 66: 109–13.
4. Schwartz L.H., Ozsahin M., Zhang G.N., Touboul E., De Vataire F., Andolenko P. et al. Synchronous and metachronous head and neck carcinomas. *Cancer.* 1994; 74: 1933–8.
5. Jeng S.F., Kuo Y.R., Wei F.C., An P.C., Su C.Y., Chien C.Y. Free radial forearm flap with adipofascial tissue extension for reconstruction of oral cancer defect. *Ann. Plast. Surg.* 2002; 49(2): 151–5.
6. Soutar D.S., Scheker L.R., Tanner S.B., McGregor I.A. The radial forearm flap: a versatile method for intraoral reconstruction. *Br. J. Plast. Surg.* 1993; 36: 1–8.

REFERENCES

1. Bedi G.C., Westra W.H., Gabrielson E., Koch W., Sidransky D. Multiple head and neck tumors: Evidence for a common clonal origin. *Cancer Res.* 1996; 56: 2484–7.
2. Chissov V.I., Trakhtenberg A.Kh., Alekseev B.Ya., eds. *Primary Multiple Malignant Tumors: A Guide for Physicians [Первично-множественные злокачественные опухоли: Руководство для врачей]*. Moscow: Meditsina, 2000. (in Russian)
3. Shah J.P. et al. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity. *Cancer.* 1990; 66: 109–13.
4. Schwartz L.H., Ozsahin M., Zhang G.N., Touboul E., De Vataire F., Andolenko P. et al. Synchronous and metachronous head and neck carcinomas. *Cancer.* 1994; 74: 1933–8.
5. Jeng S.F., Kuo Y.R., Wei F.C., An P.C., Su C.Y., Chien C.Y. Free radial forearm flap with adipofascial tissue extension for reconstruction of oral cancer defect. *Ann. Plast. Surg.* 2002; 49(2): 151–5.
6. Soutar D.S., Scheker L.R., Tanner S.B., McGregor I.A. The radial forearm flap: a versatile method for intraoral reconstruction. *Br. J. Plast. Surg.* 1993; 36: 1–8.

Поступила 14.01.15