ЭВИСЦЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РЕЦИДИВЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Костюк И.П., Крестьянинов С.С., Васильев Л.А., Белова Е.Н.

УДК: 618.13/.39-089.888.14:616.62-006.6-036.65

PELVIC EVISCERARION IN PATIENT WITH LOCALLY ADVANCED RECURRENCE BLADDER CANCER

Kostyuk I.P., Krestyaninov S.S., Vasilev L.A., Belova E.N.

В структуре онкологической заболеваемости населения России рак мочевого пузыря занимает 8-е место среди мужчин и 9-е среди женщин. Среди всех онкологических больных на его долю приходится 4% мужчин и 1% женщин. Прирост заболеваемости раком мочевого пузыря за 10 лет составил 22,57%. При этом в I и II стадии заболевание выявляется в 55% случаев, в III стадии (T3a, T3b, T4a N0M0) – в 28,6%, в IV стадии (T3a, T3b, T4a N0M0, N1-3 M0, M1) – в 11,1%. Не установленная стадия рака мочевого пузыря регистрируется в 5,3%. К местно-распространенной форме заболевания относятся случаи, характеризующие первичную опухоль как T3 и T4, что составляет около 40%.

В настоящей демонстрации представляется случай рецидивного местно-распространенного рака мочевого пузыря, хирургический этап лечения которого потребовал выполнения полной комбинированной эвисцерации малого таза (ЭМТ).

Пациент К., 53 г. в марте 2006 года находился на стационарном лечении в одной из городских больниц республики Таджикистан с диагнозом: опухоль мочевого пузыря, макрогематурия. 18.03.2006 г. выполнена операция: плоскостная резекция опухоли мочевого пузыря с коагуляцией основания. Заключение гистологического исследования: переходноклеточная карцинома мочевого пузыря. Согласно выписным документам пациенту проведено 2 курса полихимиотерапии по схеме GEMOX (гемцитабин + оксалиплатин). С ноября 2006 г. пациент отмечал появление болей внизу живота, опухоли над лоном и макрогематурию. Выполнена компьютерная томография малого таза, при которой выявлена опухоль малого таза, исходящая из мочевого пузыря, полностью его замещающая и прорастающая в переднюю брюшную стенку. По месту жительства пациенту предложено проведение паллиативной химиотерапии. Для продолжения лечения пациент самостоятельно прибыл в Санкт-Петербург.

При обследовании больного обращало на себя внимание наличие опухолевого инфильтрата, исходящего из малого таза, распространяющегося на переднюю брюшную стенку и приведшего к изъязвлению кожи (рис. 1). Отмечены повышение уровня креатинина в крови до 160 мкмоль/л и мочевины до 16 ммоль/л, двусторонний гидронефроз и циркулярное сужение дистального отдела сигмовидной кишки на протяжении около 6 см. Согласно заключению компьютерной томографии, выполненной в клинике мочевой пузырь растянут и деформирован за счёт растущей в его полость экзофитной опухоли, которая прорастает все слои стенки мочевого пузыря и инфильтрирует переднюю брюшную стенку (рис. 2–3).

В день плановой госпитализации для оперативного лечения у пациента отмечена олигурия и повышение креатинина до 1202 мкмоль/л. Больному выполнена чрескожная пункционная нефростомия с двух сторон. После дренирования почек в течение семи дней уровень креатинина крови снизился до нормальных значений. По данным цистоскопии практически вся полость мочевого пузыря была выполнена грубоворсинчатой опухолью с кровоизлияниями и некротическими массами. Произведена биопсия опухоли. Заключение гистологического исследования: уротелиальная карцинома мочевого пузыря высокой степени злокачественности.

09 февраля 2007 г. пациенту выполнена расширенная комбинированная цистэктомия в объеме полной надлеваторной эвисцерации малого таза с резекцией передней брюшной стенки, инконтинентной деривацией мочи по Бриккеру и восстановлением непрерывности толстой кишки. Длительность операции составила 265 минут. Объем кровопотери 800 мл. Этапы хирургического вмешательства и удаленный препарат представлены на рисунках 4–6.

Заключение гистологического исследования: уротелиальная карцинома высокой степени злокачественности с обширными некрозами, распадом и гнойным расплавлением. Тотальное поражение мочевого пузыря с инвазией всех слоёв, околопузырной клетчатки, предстательной железы, прямой кишки и передней брюшной стенки (рис. 7). Все 24 исследованные лимфатических узла без онкопатологии.

Заключительный диагноз: рак мочевого пузыря rpT4b pN0 M0 G3C4. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 14 сутки после операции в поликлинику по месту жительства для продолжения лечения с рекомендацией проведения полихимиотерапии по схеме M-VAC.

Цель демонстрации: представить случай рецидивного местно-распространенного резектабельного рака мочевого пузыря, хирургическое лечение которого потребовало выполнения комбинированного хирургического вмешательства в объеме полной надлеваторной эвисцерации малого таза с резекцией передней брюшной стенки.

Рис. 1. Рецидив рака мочевого пузыря, инфильтрирующий переднюю брюшную стенку

Контактная информация

Костюк И.П.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Тел.: +7 (921) 943-07-75
e-mail: dr.igor.kostyuk@gmail.com

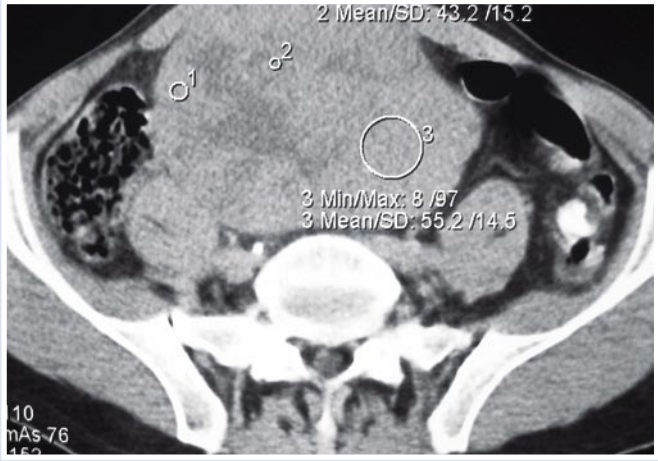

Рис. 2. Компьютерная термограмма (горизонтальный срез) малого таза пациента с рецидивом рака мочевого пузыря

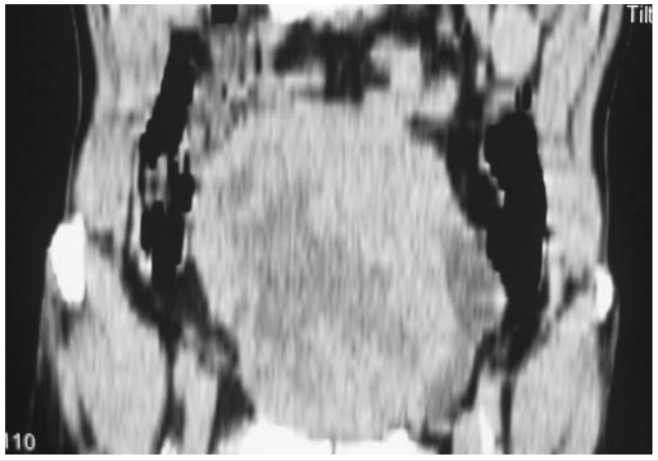

Рис. 3. Компьютерная термограмма (сагиттальный срез) малого таза пациента с рецидивом рака мочевого пузыря

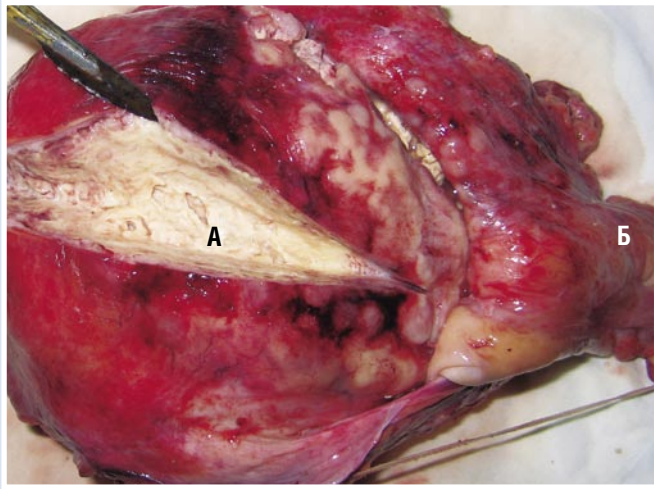

Рис. 4. Удаленный препарат. А – опухоль мочевого пузыря, выполняющая его просвет. Б – сегмент толстой кишки, инфильтрированный опухолью

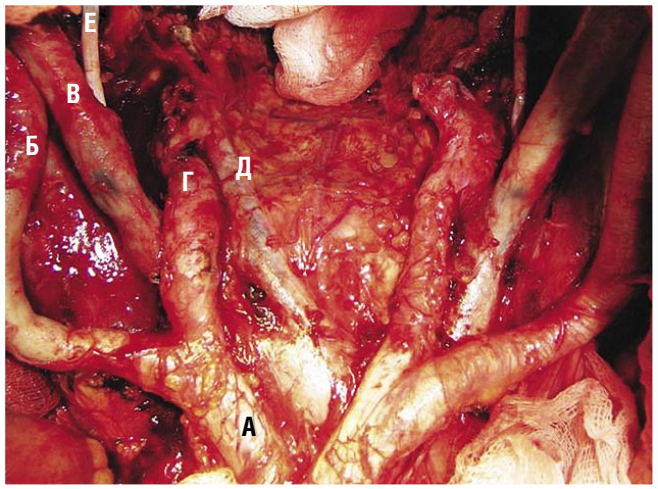

Рис. 5. Операционное поле (малый таз) после ЭМТ. А – общая подвздошная артерии. Б – наружная подвздошная артерия. В – наружная подвздошная вена. Г – внутренняя подвздошная артерия. Д – внутренняя подвздошная вена. Е – запирательный нерв

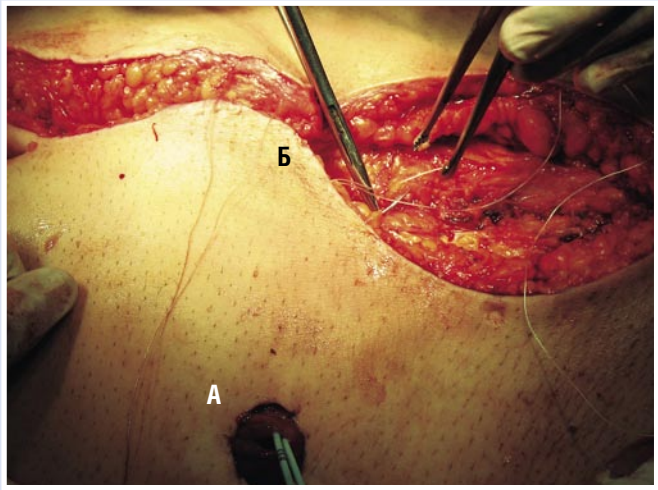

Рис. 6. Закрытие операционной раны. А – сформированная уростома по методу Бриккера в правой подвздошной области. Б – устранение дефекта передней брюшной стенки

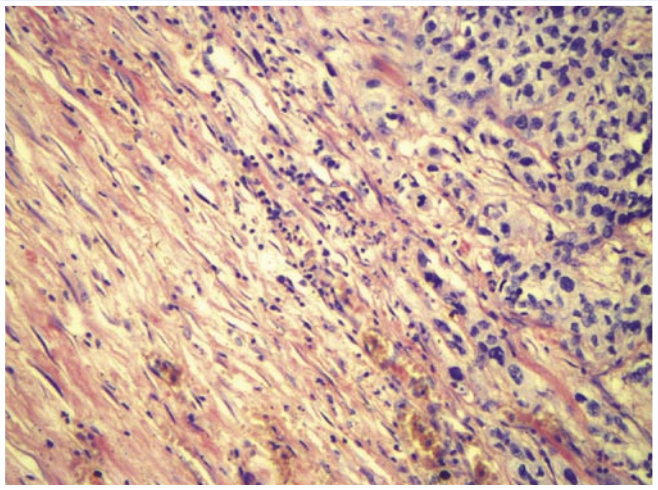

Рис. 7. Уротелиальная карцинома высокой степени злокачественности, распространяющаяся на все слои стенки мочевого пузыря (окраска гематоксилином и эозином, увеличение × 200)