

Некоторые вопросы тактики хирургического лечения рака гортани

Э.А. Глезеров, Д.С. Святославов, В.Д. Сквирский, Д.В. Рогожин

ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер»

Контакты: Дмитрий Сергеевич Святославов dssvyatoslavov78@mail.ru

В статье предложена методика, позволяющая предотвратить возникновение перистомальных рецидивов у больных раком гортани после ларингэктомии (ЛЭ). В период с 2010 по 2011 г. ЛЭ была выполнена 95 больным раком гортани T3N0M0, III стадии (из них в 52 случаях по обычной методике), среди которых перистомальные рецидивы выявлены у 3 (5,7%) больных в сроки от 8 мес до 1 года. Опытную группу составили 43 пациента, у которых ЛЭ сочеталась с удалением паратрахеальной клетчатки с обеих сторон — все они наблюдаются в настоящее время без рецидива опухоли и метастазов. Приведенные выше данные позволяют предположить, что часть больных при распространении опухоли на все 3 отдела гортани и при поражении складочного отдела с переходом в подскладочный нуждаются в удалении паратрахеальной клетчатки.

Ключевые слова: перистомальный рецидив, паратрахеальная клетчатка

Some issues of surgical treatment policy for larynx cancer

E.A. Glezerov, D.S. Svyatoslavov, V.D. Skvirsky, D.V. Rogozhin

Moscow Regional Oncology Dispensary

The paper proposed a procedure that can prevent peristomal recurrences in patients with larynx cancer after laryngectomy (LE). In the period 2010 to 2011, LE was performed in 95 patients with III stage T3N0M0 larynx cancer (according to the conventional procedure in 52 cases of them), among whom peristomal recurrences were identified in 3 (5.7%) patients in the period 8 to 12 months. A study group comprised 43 patients in whom LE was combined with paratracheal fat removal on both sides — they are all currently observed without a tumor relapse and metastases. The above data may suggest that some patients with tumor spread to all 3 laryngeal segments and with fold part involvement and its transition to subfold one need paratracheal fat removal.

Key words: peristomal recurrence, paratracheal fat

В Российской Федерации рак гортани составляет от 2 до 4% всех злокачественных новообразований. В 2010 г. впервые было выявлено 6298 случаев: I–II стадия — 34,7%, III — 49%, IV — 17,3%.

Современные методики химиолучевого лечения позволяют даже при местно-распространенных процессах добиться полной резорбции опухоли у 50–60% больных [1].

Не менее 35% больных в III и IVA стадиях нуждаются в проведении комбинированного лечения, одним из этапов которого является ларингэктомия (ЛЭ), однако по данным литературы более чем у 35% больных этой группы в течение первого года жизни после операции выявляются рецидивы опухоли [2]. Особенно тяжелую группу составляют пациенты с рецидивом в области трахеостомы — так называемым перистомальным рецидивом (3–5% случаев). Предлагаемые методы лечения этой категории больных не эффективны, абсолютное большинство из них погибает в течение первого года после установления диагноза, несмотря на проводимое лечение.

Целью нашего исследования было изучить причины возникновения перистомальных рецидивов и выработать тактику их профилактики.

Мы проанализировали результаты комбинированного лечения больных раком гортани T3N0M0, III стадии за 2007–2009 гг.: по канцер-регистру Московской области за этот период всего было выполнено 150 ЛЭ. Из них во всех случаях, по данным гистологического заключения, в краях резекции опухолевого роста выявлено не было, при этом рецидивы в области трахеостомы диагностированы у 7 (4,6%) пациентов.

За период с 2010 по 2011 г. ЛЭ была выполнена 95 больным раком гортани T3N0M0, III стадии. Опытную группу составили 43 пациента, у которых ЛЭ сочеталась с удалением паратрахеальной клетчатки с обеих сторон. Необходимо отметить, что эта манипуляция выполняется электроножом, «скелетируя» трахею до дуги аорты. Возраст больных, вошедших в исследование, составил от 30 до 79 лет: средний возраст — 63 года, из них 2 (4,5%) женщины и 41 (95,5%) мужчина. У всех гистологически был выявлен плоскоклеточный

рак различной степени ороговения (в 37 случаях — плоскоклеточный ороговевающий рак и в 6 — плоскоклеточный неороговевающий). В 23 (53,5%) случаях опухоль занимала все 3 «этажа» гортани, у 11 (25,5%) пациентов складочный с распространением в подскладочный отдел, и у 9 (21%) больных в вестибулярную часть гортани. Среди пациентов опытной группы 27 (62,7%) больным ЛЭ была выполнена на первом этапе комбинированного лечения, в 16 (37,2%) случаях — после проведения этапа лучевой терапии (ЛТ) в суммарной очаговой дозе (СОД) 46–48 Гр и в 6 случаях — по поводу продолженного роста или остаточной опухоли после проведения ЛТ в СОД 66–70 Гр — из них у 2 пациентов послеоперационный период осложнился формированием глоточных свищей, которые самостоятельно зажили в послеоперационном периоде. Необходимо отметить, что при гистологическом исследовании операционного материала больных опытной группы метастазы в паратрахеальные лимфатические узлы выявлены только у 4 (9,3%) пациентов с опухолью, занимающей все 3 отдела гортани, при этом все больные наблюдаются до настоящего времени без рецидива метастазов.

В контрольную группу вошли 52 пациента в возрасте от 23 до 79 лет: 48 (92,3%) мужчин и 4 (7,6%) женщины. Во всех случаях ЛЭ была выполнена по «обычной» методике, из них 31 (60%) больному на первом этапе комбинированного лечения, 18 (34,6%) — на 2-м этапе — после проведенной ЛТ в СОД 46–48 Гр. Среди

пациентов, оперированных в контрольной группе, во всех случаях в краях резекции опухолевого роста выявлено не было. Перистомальные рецидивы в течение первого года наблюдения выявлены у 3 (5,7%) больных.

Рецидивы плоскоклеточного рака в области трахеостомы после ЛЭ наблюдаются нередко. Однако анализ доступной литературы, собственные наблюдения и данные морфологических исследований не позволяют однозначно трактовать истинную природу таких опухолей: метастаз или продолженный рост. Гистологическая картина перистомального рецидива характеризуется наличием в мягких тканях очагов роста плоскоклеточного рака в виде неправильной формы гнезд и тяжей, а также солидных участков. Клетки варьируют в размерах, с обильной слабоэозинфильной цитоплазмой, ядра умеренно гиперхромные. Часто отмечается высокая митотическая активность (более 10 митозов на 10 полей зрения при увеличении в 400 раз), в том числе за счет атипических форм. Иногда определяются фокусы кератинизации. Во всех случаях отмечается различной степени выраженности воспалительная инфильтрация [3–5].

Приведенные выше данные позволяют предположить, что часть больных при распространении опухоли на все 3 отдела гортани и при локализации опухоли в области складочного с распространением в подскладочный отдел нуждаются в удалении паратрахеальной клетчатки электроножом, «скелетируя» трахею до дуги аорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М., 1983.
2. Вержбицкий Г.В. Диагностические и тактические ошибки при раке гортани. М.: Медицина, 1989. С. 161–168.
3. Ghaffari S. Cancer, stem cells and cancer stem cells: old ideas, new developments. F1000 Med Rep 2011;3:23.
4. Koukourakis M.I., Giatromanolaki A., Tsakmaki V. et al. Cancer stem cell phenotype relates to radio-chemotherapy outcome in locally advanced squamous cell head-neck cancer. Br J Cancer 2012 Feb 28;106(5):846–53. doi: 10.1038/bjc.2012.33.
5. Mannelli G., Gallo O. Cancer stem cells hypothesis and stem cells in head and neck cancers. Cancer Treat Rev 2012;38(5):515–39.