

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Ю. М. Тимофеев, С. А. Кисличко, 2002

УДК 616.351-006.6-089.844

Ю. М. Тимофеев, С. А. Кисличко

УНИКАЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОЗДНЕЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

НИИ клинической онкологии

Разработка методов реконструктивных операций при раке прямой кишки, определение сроков их выполнения имеют большое значение для трудовой, социальной и психологической реабилитации колостомированных больных, для улучшения качества их жизни, так как потерю возможности нормального опорожнения кишечника естественным путем большинство больных ощущают как чрезвычайно затрудняющее их жизнь обстоятельство и воспринимают крайне тяжело [2, 5]. Актуальность этой проблемы чрезвычайно велика, ей посвящены специальные конференции и съезды, множество руководств и монографий [1, 3, 4].

Особо важное значение имеет определение сроков выполнения восстановительных операций. Восстановление непрерывности пассажа по толстой кишке в раннем послеоперационном периоде зачастую невозможно из-за развившихся гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости, угрозы рецидива в зоне анастомоза и других причин. Слишком позднее закрытие колостомы и восстановление пассажа по толстой кишке таит в себе реальную опасность атрофии длительно нефункционировавшей, отключенной кишки, развития в ней колита, неудержания каловых масс и кишечных газов и т. п., что приводит, по мнению некоторых хирургов, к неудовлетворительным функциональным результатам.

Мы обладаем уникальным наблюдением поздней восстановительной операции, когда пассаж по толстой кишке был восстановлен через 23 года после ее «отключения», т. е. после полного функционального бездействия с вытекающими отсюда последствиями (атрофия стенки и слизистой толстой кишки, явления колита). В онкологической практике это встречается крайне редко, а по данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН — впервые. Приводим это уникальное наблюдение.

Больная Л., 1930 года рождения, находилась в РОНЦ РАМН первый раз с 26.02.79 по 21.05.79 с диагнозом: рак прямой кишки, T3N0M0 IIIa стадии. Ректороманоскопия: нижний полюс опухоли на расстоянии 12 см от анального кольца, определяется экзофитная опухоль, суживающая $1/2$ просвета кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. В плане комбинированного лечения проведен предоперационный курс лучевой терапии, разовая очаговая доза 5 Гр, 4 сеанса, СОД 20 Гр.

CASE REPORT

Yu.M.Timofeyev, S.A.Kislichko

A UNIQUE CASE OF DELAYED RESTORATIVE SURGERY IN RECTAL CANCER

Institute of Clinical Oncology

Development of restorative surgical procedures in rectal cancer and finding of optimal time for these operations are of much importance for professional, social and psychological rehabilitation and improvement of quality of life of patients undergoing colostomy because most patients consider the inability to defecate in a natural way to be a very serious problem significantly affecting their quality of life [2,5]. This problem is in the focus of numerous conferences and the subject of many publications [1,3,4].

Time of restorative surgery is of special importance. Restoration of continuous passage in the colon early postoperatively is often impossible due to purulent inflammation in the abdomen, the risk of recurrence in the anastomosis region and some other reasons. Too late colostoma closure and restoration of colonic passage have the real risk of atrophy of the chronically inactive colon, colitis, incontinence of feces and gases, etc. which may lead to poor functional results.

This report describes a unique case of late reconstructive surgery with colonic passage being restored at 23 years after colostomy, i.e. after complete functional inactivity with corresponding complications (atrophy of colonic wall and mucosa, colitis). Such cases are very rare in oncology in general and this one was the first experience at the N.N.Blokhin CRC, RAMS, in particular. Consider this case in detail.

Patient L., a female born in 1930, was managed at the N.N.Blokhin CRC for the first time during 26.02.79 to 21.05.75 for rectal cancer, T3N0M0, stage IIIa. Rectoromanoscopy discovered an exophytic tumor occupying $1/2$ of the lumen with the lower pole being at 12 cm from the anal ring. There were no distant metastases. The patient underwent combination modality treatment including preoperative radiotherapy at a single tumor dose 5 Gy, 4 sessions, to a total tumor dose 20 Gy.

On 20.03.79 the patient underwent transabdominal resection of the rectum, supravaginal amputation of the womb and adnexa (for myoma of the womb) and anastomosis using an AKA-2 device (with large diameter rings). Postoperatively the patient developed anterior wall anastomosis incompetence. On 03.04.79 the patient underwent relaparotomy, small pelvic drainage, unloading double-barreled transversostomy. By histology: adenocarcinoma growing through the entire rectum thickness, negative regional nodes. The patient received postoperatively

28.03.79 произведена чрезбрюшинная резекция прямой кишки, надвлагалищная ампутация матки с придатками (по поводу миомы матки). Анастомоз наложен аппаратом АКА-2 (кольца большого диаметра). После операции отмечалась несостоятельность швов анастомоза по задней стенке. 03.04.79 произведены релапаротомия, дренирование малого таза, наложение разгрузочной двухствольной трансверзостомы. Гистологическое заключение: аденокарцинома, прорастающая всю толщу кишки, в регионарных лимфоузлах метастазов нет. После операции получала консервативное лечение: антибиотики, инфузионная терапия и др. Выздоровление.

Второй раз находилась в РОНЦ РАМН с 21.11.80 по 09.12.80. При обследовании больной рецидива и метастазов не выявлено. Ирригоскопия от 03.12.80: анастомоз проходим, ширина его 2–2,3 см, рецидива нет. Планировалось закрытие трансверзостомы, однако больная выписалась по семейным обстоятельствам.

Больная систематически один раз в год обследовалась в поликлинике Онкологического центра, включая рентгенографию легких, УЗИ брюшной полости, ректоскопию, ирригоскопию, колоноскопию. Рецидива и метастазов не было, анастомоз проходим. На реконструктивной операции больная не настаивала. При обследовании в июне 2002 г. у больной выявлены выпадение престомального отрезка толстой кишки на 30 см (от эпигастральной области до лобка), параколомостомическая грыжа размером 10 × 15 см. Больная настаивала на реконструктивной операции.

Ирригоскопия от 25.10.02 (через естественный анус): контрастирована толстая кишка до стомы. Сигмо ректальный анастомоз свободно проходим без признаков рецидива опухоли. Вся контрастированная до стомы кишка равномерно сужена, гаустрация и складки слизистой оболочки не прослеживаются, эластичность стенок значительно снижена, определяются единичные дивертикулы. Контуры кишки подчеркнуты ровные. Заключение: состояние после резекции прямой кишки без признаков рецидива опухоли, дегенеративные изменения в левой половине толстой кишки в результате ее длительного «отключения».

Колоноскопия от 08.10.02: через естественный анус осмотрена оставшаяся часть прямой кишки. Анастомоз на расстоянии 8 см от ануса, признаков рецидива нет. Выше суженного анастомоза — перегиб и спазм кишки, не позволяющие провести колоноскоп выше. Заключение: умеренное рубцовое сужение в зоне анастомоза, рецидива нет.

Произведено полное обследование больной: рентгенография легких, УЗИ брюшной полости, экскреторная урография. Рецидива и метастазов не выявлено.

Наличие сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, желчнокаменная болезнь) поставило под сомнение целесообразность выполнения восстановительной операции. Однако больная категорически настаивала на операции, так как пролапс колостомы на 20–30 см из брюшной полости сделал уход за ней крайне затруднительным, что привело к резкому ухудшению качества жизни.

05.11.02 (через 23 года после первой операции!) произведена восстановительная операция: закрытие трансверзостомы, ликвидация параколомостомической грыжи. Анастомоз наложен двухрядным узловым швом, «узелками внутрь», пластика

conservative treatment including antibiotics, infusion therapy, etc. Recovery.

For the second time the patient was managed at the CRC, RAMS, during 21.11.80 to 09.12.80. At admission the patient was disease-free. Irrigoscopy of 03.12.80 demonstrated good anastomosis functioning, the anastomosis width 2–2.3 cm, no recurrence. Transversostomy closure was planned but the patient was discharged by familial circumstances.

The patient underwent regular annual examinations at the CRC outpatient clinic. The assessments included lung x-ray, abdomen ultrasound scan, rectoscopy, irrigoscopy, colonoscopy. There were no recurrence or metastases, good anastomosis passage. The patient did not insist on reconstructive surgery. At the 2002 examination the patient presented with a 30 cm prolapse of prestomal segment of the colon (from epigastrium to the pubis), a paracolostomy hernia 10×15cm. The patient insisted on reconstructive surgery.

By irrigoscopy on 25.10.02 (through the natural anus) the colon was contrasted to the stoma. The sigmoid rectal anastomosis had a good passage and was free from recurrence. The contrasted colon was narrowing evenly, there were no haustration or folding of the mucosa, wall elasticity was decreased considerably, there were solitary diverticula. The colon outline was even. Conclusion: no evidence of tumor recurrence after resection of the rectum, degenerative changes in the left half of the colon as a result of long-lasting inactivity.

Colonoscopy on 08.10.02 consisted of revision of the remaining rectum through the natural anus. Anastomosis at 8 cm from the anus had no evidence of recurrence. There were a colon bending and a spasm above the anastomosis narrowing preventing further passing of the probe. Conclusion: moderate cicatricial narrowing in the anastomosis area, no recurrence.

The patient underwent complete clinical examination including lung x-ray, abdomen ultrasound scan, excretory urography. There were no metastases or recurrence discovered.

Concomitant diseases (coronary heart disease, hypertension, cholelithiasis) raised a serious doubt that reconstructive surgery was reasonable. However, the patient insisted on the surgery because the 20–30 cm colostoma prolapse made the care after her very difficult and decreased considerably her quality of life.

On 05.11.02 (at 23 years after first surgery!) the patient underwent reconstructive surgery consisting of transversostoma closure, elimination of the paracolostomic hernia. Anastomosis was made using a double-row, interrupted, noose-inside suture, plasty of the paracolostomic hernia with local tissue; anastomosis area drainage.

Histology on 05.11.02 (resected colon segment near the transversostoma) discovered that the colon had usual histological structure with lymphoid infiltration in its own mucosal plate. There were angiomatosis and lymphocytic infiltration in the fat tissue.

The patient's postoperative course was uneventful. Abdominal drainage was removed on day 6. Patient activation (walking in the ward) was reported on day 7.

The patient had the first loose stool on day 5 following surgery, 4 times daily. She received low-residue diet (fruits and vegetable excluded); defecation frequency and feces consistency

параколостомической грыжи произведена местными тканями, к зоне анастомоза подведен дренаж.

Гистологическое заключение от 05.11.02 (резецированный участок кишки вблизи трансверзостомы): толстая кишка обычного гистологического строения, с лимфоидной инфильтрацией в собственной пластинке слизистой. В прилежащей жировой клетчатке ангиоматоз, очаговая лимфоцитарная инфильтрация.

Послеоперационное течение гладкое. Дренаж из брюшной полости удален на 6-е сутки. Активизация больной (ходит по палате) на 7-е сутки.

Первый стул на 5-е сутки после операции, 4 раза в день, жидкий. Больная получала беспшлаковую диету (исключение фруктов, овощей), частота дефекации и консистенция кала быстро нормализовались. Швы с послеоперационной раны сняты на 12-е сутки, заживление первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии на 14-е сутки больная выписана домой. Осмотрена через 1 мес после операции, функция анастомоза хорошая, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей. Жидкий стул и кишечные газы удерживает. Особой диеты не соблюдает.

Таким образом, указанное наблюдение убедительно демонстрирует, что даже длительное отключение толстой кишки (всей левой половины) у пожилой больной, приведшее к дегенеративным изменениям в стенке кишки, не является противопоказанием для восстановительной операции, так как в послеоперационном периоде, после восстановления пассажа каловых масс, происходит нормализация функции толстой кишки и запирающего аппарата прямой кишки.

soon returned to normal. Suture was removed on day 12, wound healing by first intention was recorded. The patient was discharged on day 14 at a satisfactory condition. Examination at 1 month later discovered good anastomosis function, stool once daily free from pathological admixtures. Loose stool and intestinal gas retention. The patient did not keep to a special diet.

This case demonstrates that even long-term inactivity of the colon (entire left half) in a woman of advanced age leading to degenerative changes in the colonic wall is not a contraindication of reconstructive surgery because postoperatively the colonic function and obturating system of the rectum return to normal soon after restoration of the feces passage.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Кныш В. И. Рак ободочной и прямой кишки. — М., 1997.
2. Кныш В. И., Черкес В. Л. //Хирургия. — 1996. — № 6. — С. 3—25.
3. Федоров В. Д. Рак прямой кишки. — М., 1987.
4. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. — М., 1984.
5. Черкес В. Л., Кныш В. И. //Хирургия. — 1997. — № 9. — С. 19—22.

Поступила 03.12.02 / Submitted 03.12.02