

ВНЕТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Лагодич Н.А.¹, Шулейко А.Ч.¹, Дыбов О.Г.¹, Гусева Д.О.², Лагодич С.Н.², Статкевич И.И.³

¹ Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский институт»

² УЗ «Минская областная клиническая больница»

³ УЗ «Вилейская центральная районная больница»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Из внетолстокишечных проявлений семейного аденоматозного полипоза (САП) толстой кишки наиболее частым является развитие эпителиальных новообразований в 12-перстной кишке, реже встречаются образования другой локализации. Аденомы двенадцатиперстной кишки (ДПК) разделяют на ампулярные и неампулярные. В настоящее время не существует единой лечебной тактики при наличии новообразований в ДПК, особенно с развитием аденомы БДС и при 4 стадии по Spigelman полипоза ДПК, не изучена детально «генотип – фенотип» связь у данной группы пациентов.

Цель

Изучить степень распространения внетолстокишечных проявлений и возможности эндоскопических вмешательств у пациентов с САП в том числе с мутациями в гене APC, ранее не описанных в международных базах данных NCBI.

Материалы и методы

Обследование выполнено 39 пациентам с семейным аденоматозным полипозом толстой кишки, из которых у 10 (26%) при проведении генетического тестирования обнаружены ранее не описанные патогенные варианты мутаций гена APC. Мужчин было – 13, женщин – 26. Средний возраст пациентов – 25,3 года. Генетическое тестирование образцов периферической крови пациентам с клиническими и эндоскопическими признаками САП выполнено методом секвенирования по Сэнгеру. Всем пациентам проведено эндоскопическое обследование на видеоэндоскопических системах высокого разрешения в объеме колоноскопии и эзофагогастродуоденоскопии, по показаниям выполняли энтероскопию и эндоультрасонографию большого дуоденального сосочка.

Результаты и обсуждение

При эндоскопическом обследовании верхних отделов пищеварительного тракта у 36 (90%) пациентов обнаружены аденомы в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки (ДПК). Из них у – 10 (26%) пациентов выявлены дополнительно аденомы большого дуоденального сосочка (БДС). У 3 пациентов с аденомами БДС при гистологическом исследовании обнаружены тубулярные

аденомы и тубулопапиллярные аденомы с высокой степенью дисплазии, вовлечение ДПК в полипозный процесс соответствует у 2 пациентов 2 стадии Spigelman, у 1 пациента – 4 стадии Spigelman. Всем этим пациентам выполнена эндоскопическая аденомпатилэктомия. В одном случае через 3 года (у пациента с 4 стадией Spigelman) диагностирована аденома холедоходуоденального соустья и дистальной части холедоха. Выполнено стентирование холедоха полностью покрытым нитиновым стентом. Замена стента проводится через 3–6 месяцев в зависимости от степени обтурации его просвета замазкообразной желчью с конкрементами в течении 4 лет. Между заменой стента в амбулаторных условиях периодически проводится его санация без извлечения. Кроме того, у данного пациента обнаружена десмоидная опухоль брыжейки тонкой кишки и выраженный спаечный процесс в брюшной полости, из-за чего провести оперативное вмешательство (панкреатодуоденальную резекцию) не представилось возможным. Остальные пациенты, которым аденому БДС не удаляли, проходят ежегодные контрольные обследования (эзофагогастродуоденоскопию с осмотром БДС и биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости).

При обнаружении внеампулярных аденом в постбульбарном отделе ДПК стадию поражения 12-перстной кишки определяли согласно классификации Spigelman. I стадия по Spigelman выявлена у 6 пациентов, II стадия по Spigelman у – 19 пациентов, III стадия – у 10 пациентов, IV стадия – у 4 пациентов. Всем пациентам проводили программные эндоскопические санации эпителиальных образований ДПК в зависимости от стадии Spigelman. Удаление неампулярных аденом ДПК проводили с помощью диатермической петли (с введением раствора в подслизистый слой и без введения раствора), а также по методике «under water» или с помощью аргонплазменной коагуляции. В первую очередь удаляли образования размером 10 мм и более, а также с морфологической формой тип 0–2a+c, тип 0–2c. При контрольном обследовании через год у 3 пациентов с I и II стадией по Spigelman после неоднократной эндоскопической санации ДПК – аденом выявлено не было. Остальные пациенты продолжают проходить контрольные эндоскопические обследования согласно стадии Spigelman с удалением эпителиальных новообразований в условиях стационара.



Распространение аденом за связку Трейтца на расстояние до 60 см выявлено у 4 пациентов с IV стадией по Spigelman.

Десмоидные опухоли выявлены у 6 (15%) пациентов. Из них интраабдоминальная форма обнаружена у 2 пациентов через год после проведенной колпроктэктомии, у 4 пациентов диагностирована переднебрюшная локализация в сроки от 1 года до 5 лет после оперативного вмешательства.

Гипертрофия сетчатки глаза выявлена у 1 пациентки. Остеомы черепа и челюсти встречались у 3 пациентов.

Выводы

У пациентов с семейным аденоматозным полипозом толстой кишки внетолстокишечные проявления заслуживают особого внимания, особенно аденомы ДПК и десмоидные опухоли, особенно с интраабдоминальной локализацией. Учитывая высокий риск осложнений при хирургических вмешательствах на данной зоне, требуется проведение своевременной диагностики указанной патологии. При эпителиальных неоплазиях в ДПК показаны программированные эндоскопические санации с целью профилактики развития аденокарциномы.



актуальные вопросы
эндоскопии
Санкт-Петербург

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

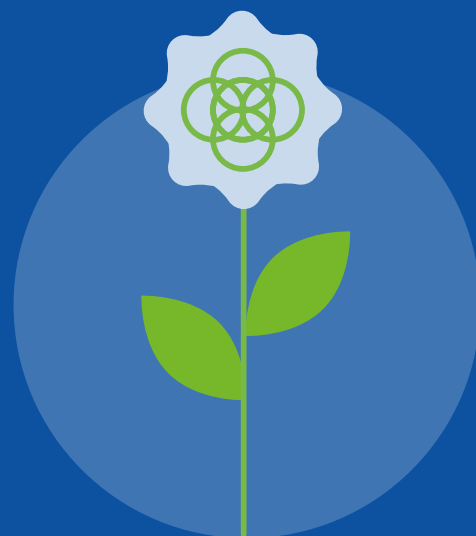


15-я Юбилейная научно-практическая конференция

ЭНДОСКОПИЯ

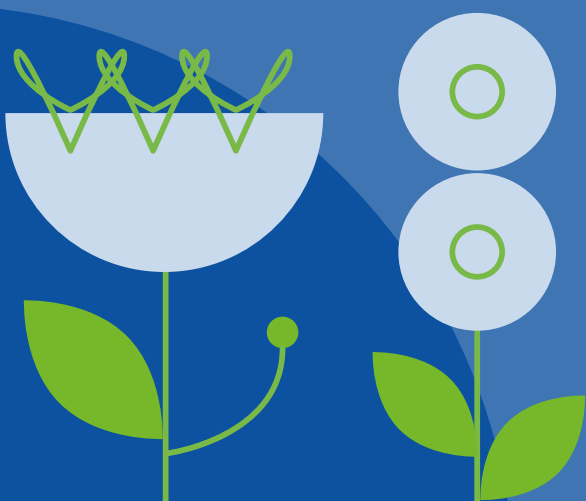
будущее медицины

Сборник
материалов
конференции



28-30 марта 2024

Санкт-Петербург
гостиница
«Московские ворота»



15 лет
главное событие
эндоскопии в России