

Эндоскопическая резекция липомы пищевода

С.В. Кашин, В.И. Гончаров, А.С. Надёжин, Е.А. Рассадина, Д.В. Гусев

Ярославская областная клиническая онкологическая больница, г. Ярославль

ВВЕДЕНИЕ

Липомы желудочно-кишечного тракта встречаются редко и составляют 4,1% среди неоплазий пищеварительного тракта [1]. Липомы пищевода также не столь частое явление. По различным данным их встречаемость варьирует от 0,5% до 1,2%.

При подслизистых образованиях небольших размеров клинические проявления могут быть весьма скудными или отсутствовать. Наиболее частой локализацией липомы в пищеводе является шейный отдел, поэтому преобладает синдром дисфагии различной степени выраженности [2]. Дисфагия при доброкачественных опухолях чаще бывает интермиттирующей, с медленным прогрессированием [3].

В статье мы хотим обсудить возможности современной эндоскопии в диагностике и лечении подслизистых образований пищевода. Эндоскопическое удаление липомы, как представлено в статье, не только технически выполнимо, но является более щадящим видом лечения для пациента, чем хирургическое вмешательство. Сложности эндоскопической резекции липомы верхней трети пищевода обусловлены подслизистым характером опухоли, толщиной стенки пищевода, следовательно, высоким риском перфорации, опасностью нерадикальности удаления. Поэтому выбор лечебной тактики, эндоскопической техники и операционного инструментария играет важную роль.

Приводим наше наблюдение

В клиническую онкологическую больницу поступила пациентка С., 55 лет, с жалобами на периодическое затруднение при глотании твердой пищи, постоянное ощущение «комка в горле». Симптомы интермиттирующей дисфагии 1 степени появились у пациентки в течение последних 2 месяцев. При эндоскопическом исследовании было выявлено подслизистое образова-

ние шейного отдела пищевода продолговатой формы, длиной 3,5 см, расположенное на задне-левой стенке, на расстоянии 21 см от резцов (3 см дистальнее устья пищевода) (рис. 1).

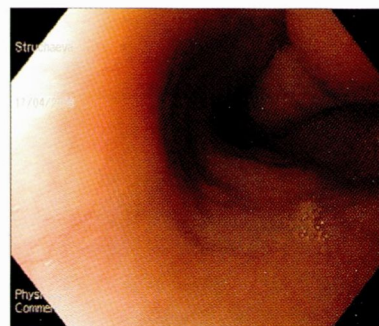


Рис. 1. Липома пищевода

При инструментальной пальпации опухоль подвижная, легко смещалась. При биопсии — ткань мягкой, эластичной консистенции. Исследование биопсийного материала показало наличие в биоптате многослойного плоского эпителия без атипии. При компьютерной томографии в шейном отделе пищевода определялось образование, деформирующее его просвет, плотность по ед. Хаунфилда больше соответствует липоме.

При эндоскопическом ультразвуковом исследовании зоны подслизистого образования четко дифференцировались все слои стенки пищевода. Слизистая оболочка сканировалась на всем протяжении, не утолщена, под ней расположено образование с четкими контурами гиперэхогенной однородной структуры без инвазии в подслизистый слой (рис. 2). На основании компьютерной томографии, эндоскопической и ультразвуковой картины была диагностирована липома шейного отдела пищевода и было принято решение об эндоскопической резекции опухоли.

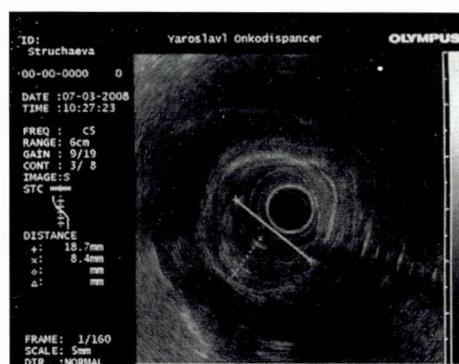


Рис. 2. Эндосонография. Подслизистое образование пищевода

Под общим обезболиванием (эндотрахеальный наркоз с миелорелаксантами: дитилин из расчета 2мг/1кг, траклиум 45 мг) двухканальный эндоскоп (GIF-2T160, «Olympus») проведен за глоточное кольцо. Выбор этого аппарата обусловлен возможностью использования щипцового захвата для приподнятия новообразования и набрасывания резекционной петли, а в случае трудностей удаления он позволяет эффективно манипулировать эндоскопическими инструментами при вылучивании остатков опухоли и клипирования краев посткоагуляционной язвы. Выполнена оценка основания образования с целью определения уровня оперативного вмешательства. Основание имеет ширину 1,5 см. Под него введено 8 мл физиологического раствора 0,9% с адреналином (в пропорции 0,3 мл адреналина на 20 мл физ. раствора), с целью создания гидравлической подушки для уменьшения риска кровотечения и перфорации. После введения раствора под основание опухоль свободно отслоилась от стенки пищевода. Выполнена петлевая электроэксцизия опухоли петлей SD-210U-15, «Olympus» (рис. 3). Препарат извлечен из просвета пищевода (рис. 4). При контрольном осмотре в области резекции определялась посткоагуляционная язва до 1,5 см в диаметре, глубиной до мышечного слоя, целостность стенки пищевода сохранена, признаков кровотечения нет, опухоль удалена полностью (рис. 5). Произведено клипирование краев посткоагуляционной язвы двумя эндоклипсами (рис. 6). Время операции составило 45 минут. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. При контрольном осмотре на пятые сутки после операции в зоне резекции опухоли определялась посткоагуляционная язва размером около 1,5 x 0,8 см, с ровными краями и начальными признаками эпителизации. Пациентка была выписана домой. Патогистологическое заключение макропрепарата — под пластом плоского неороговевающего эпителия расположены дольки жировой ткани, сосуды; лимфоидная инфильтрация эпителия и подлежащей стромы (рис. 7, 8).

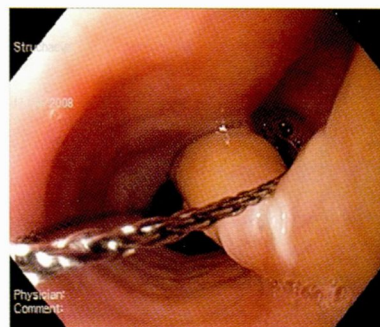


Рис. 3. Наложение диатермической петли.



Рис. 4. Операционный материал

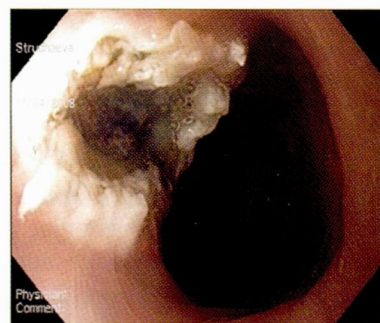


Рис. 5. Посткоагуляционная язва в месте операции

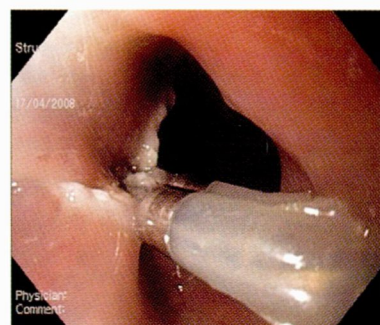


Рис. 6. Клипирование краев посткоагуляционной язвы

При контрольном осмотре через 1 месяц в зоне резекции опухоли определялся продольный гладкий постязвенный рубец, размером около 1см, незначительно деформирующий просвет пищевода без признаков его сужения.

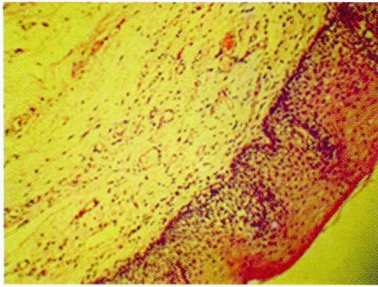


Рис. 7. Гистологическое исследование. Липома (окраска гематоксилин-эозином, х150)

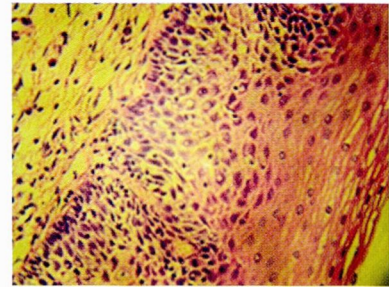


Рис. 8. Гистологическое исследование. Липома (окраска гематоксилин-эозином, х600)

ОБСУЖДЕНИЕ

Липома пищевода в нашей практике встречается достаточно редко. Чтобы правильно поставить диагноз пациенту с подслизистым образованием любого отдела желудочно-кишечного тракта, необходимо провести комплекс уточняющей диагностики: рентгенографию, эзофагоскопию, в некоторых случаях дополненную патогистологическим исследованием, компьютерную томографию. Но основным видом — «золотым стандартом» диагностики подслизистых образований остается эндоскопическое ультразвуковое исследование.

Нужно ли удалять липому? В нашем конкретном случае необходимость выполнения операции, несмотря на высокий риск развития осложнений, обуславливалась наличием жалоб, которые существенным образом ухудшали качество жизни пациентки.

Операция была выполнена своевременно, так как размеры образования позволили эффективно и безопасно его резецировать с использованием малоинвазивных и современных методик, которые привели к выздоровлению пациента, исключили в послеоперационном периоде развитие рубцовых стриктур.

Преимущества эндоскопической резекции липомы верхней трети пищевода, представленной в этой статье, перед альтернативными видами оперативного вмешательства, очевидны. Подобные операции являются малоинвазивными и органосохраняющими без повреждения полого органа, что существенно сокращает послеоперационный период и период реабилитации пациента, улучшает качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chih-Hsin Liu, Huang-Chou Chang and Yih-Gang Goan/ Journal of the Formosan Medical Association, Volume 107, Issue 5, May 2008, Pages 424-427
2. Mamiko Nagashima, Ichirou Ohki et al. /Digestive Endoscopy, Volume 13, Number 1, January 2001, 41-44.
3. А.Н. Гаджиев. Дифференциальная диагностика нервно-мышечных заболеваний пищевода. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. —2001.— №1.

КОНТАКТЫ

Гусев Денис Владимирович — врач-эндоскопист
Ярославская областная клиническая онкологическая больница
150054 г. Ярославль, ул. Чкалова 4а,
отделение эндоскопии.
Тел. (факс): (4852) 72-12-94.
E-mail: endo-school@mail.ru, evlagus83@yandex.ru

Приглашают принять участие в работе

I-й ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ»

На конференции 25 и 26 марта будут освещены следующие вопросы:

- Желудочно-кишечные кровотечения;
- Инородные тела желудочно-кишечного тракта;
- Экстренная эндоскопия панкреато-дуоденальной системы;
- Осложнения эндоскопии;
- Правовые (юридические) вопросы эндоскопических исследований.

В рамках конференции 25 марта состоится практический семинар для эндоскопических сестер.

В программе семинара будут рассмотрены следующие вопросы:

- Роль и место медицинской сестры в выполнении эндоскопических вмешательств;
- Уход и обработка эндоскопического оборудования и инструментария.

Место проведения заседаний конференции и семинара:

Ленинградская областная клиническая больница: Санкт-Петербург, пр. Луначарского, д. 45–49;

Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России: Санкт-Петербург, пр. Культуры д. 4.

В дни проведения конференции для специалистов будет представлена экспозиция ведущих российских и зарубежных компаний-производителей эндоскопического оборудования, расходных материалов, лекарственных препаратов, а также тематические издания и справочная литература.

Сопредседатели оргкомитета: Президент Российского эндоскопического общества, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии и эндоскопии ФУВ РГМУ **Б.К. Поддубный**

Председатель эндоскопической секции хирургического общества им. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМА **М.П. Королев**

При поддержке ведущих фирм-производителей эндоскопического оборудования, инструментария и медикаментов.

Оргкомитет конференции:

ООО «ЦДК и С»: Тел./факс: (812) 635-70-15, e-mail: cdks@inbox.ru, www.roendo.ru

Координатор конференции: Бармина Ольга Михайловна – м.т. 8-921-311-31-54