

DOI: 10.17650/2782-3202-2022-2-3-43-46

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОБТУРАЦИИ БРОНХА МЕТАСТАЗОМ ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

И.Н. Юричев, В.В. Верещак*Клинический госпиталь «Лапино» группы компаний «Мать и дитя»; Россия, 143081 Московская обл., д. Лапино, 1-е Успенское шоссе, 111***Контакты:** Илья Николаевич Юричев ilia-yurichev@yandex.ru

Обтурация бронхиального дерева у онкологических пациентов, приводящая к затруднению дыхания, тахипноэ и асфиксии, чаще встречается при первичном злокачественном поражении дыхательных путей: трахеи, главных или долевых бронхов. При наличии противопоказаний к оперативному лечению у таких пациентов могут применяться эндоскопические методы реканализации просвета дыхательных путей. Чаще всего используются методики физического воздействия, такие как аргонплазменная коагуляция или криодеструкция. Однако в данном клиническом наблюдении обтурации главного бронха метастазом лейомиосаркомы мы применили эндоскопическую петлевую резекцию.

Ключевые слова: лейомиосаркома забрюшинного пространства, обтурация бронха, эндоскопическая реканализация бронха

Для цитирования: Юричев И.Н., Верещак В.В. Эндоскопические методики, используемые при обтурации бронха метастазом лейомиосаркомы забрюшинного пространства. Клиническое наблюдение. MD-Onco 2022;2(3):43–6. DOI: 10.17650/2782-3202-2022-2-3-43-46

ENDOSCOPIC TECHNIQUES USED IN OBTURATION OF THE BRONCHUS BY METASTASIS OF LEIOMYOSARCOMA OF THE RETROCECAL SPACE. CLINICAL OBSERVATION

I.N. Iurichev, V.V. Vereshchak*Clinical Hospital "Lapino" of the "Mother and Child" Group of companies; 111 1st Uspenskoe Shosse, Lapino, Moscow region 143081, Russia***Contacts:** Ilia Nikolaeevich Iurichev ilia-yurichev@yandex.ru

Obturation of the bronchial tree in oncological patients leading to labored breathing, tachypnea and asphyxiation is more frequent in primary malignant lesions of the airways: trachea, primary and lobar bronchi. In case of contraindications for surgical treatment, endoscopic techniques of recanalization of airways can be used. The most common are physical techniques such as argon plasma coagulation and cryodestruction. However, in this clinical observation of primary bronchus obturation by leiomyosarcoma metastasis we used endoloop resection.

Keywords: leiomyosarcoma of the retrocecal space, obturation of the bronchus, endoscopic recanalization of the bronchus

For citation: Iurichev I.N., Vereshchak V.V. Endoscopic techniques used in obturation of the bronchus by metastasis of leiomyosarcoma of the retrocecal space. Clinical observation. MD-Onco 2022;2(3):43–6. (In Russ.). DOI: 10.17650/2782-3202-2022-2-3-43-46

Введение

Забрюшинные неорганные саркомы – редкие виды злокачественных опухолей, развивающихся из разных типов соединительной ткани и располагающихся забрюшинно. Наиболее частыми их формами являются липосаркомы, лейомиосаркомы и шванномы. В структуре онкологической заболеваемости доля

сарком мягких тканей составляет около 1 % от общего числа злокачественных новообразований [1]. Опухоли возникают в различных анатомических областях: мягкие ткани конечностей (43 %), мягкие ткани туловища (10 %), брюшная полость (19 %), забрюшинное пространство (15 %), а также голова и шея (9 %) [2]. Среди всех мягкотканых сарком лейомиосаркома

является одним из часто встречающихся гистологических подтипов (частота составляет 10–20 %) [3]. Медленный рост подобных новообразований и анатомическая особенность забрюшинного пространства обуславливают первичное выявление опухолей значительных размеров, зачастую с вовлечением соседних органов. Не менее важная особенность лейомиосарком – их раннее гематогенное метастазирование, причем в большинстве (до 80 %) случаев органом-мишенью оказываются легкие [4]. Медленный рост опухоли и длительная полихимиотерапия приводят к продолжительной медиане выживаемости диссеминированных больных [5]. При метастатическом поражении легких в случаях постепенного прогрессирования заболевания могут возникать осложнения, связанные с обтурацией крупных бронхов. Хирургическое лечение таких пациентов не оправдано и сопряжено с высокими интраоперационными рисками [6]. Одним из малоинвазивных и эффективных способов восстановления просвета дыхательных путей является эндоскопическая реканализация.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Г., 1976 г. р., обратилась в клинику 22.04.2022 с жалобами на выраженную одышку, периодические эпизоды кровохарканья. Из анамнеза известно, что по поводу лейомиосаркомы забрюшинного пространства она была оперирована в 2012 г. в объеме удаления опухоли. В 2015 г. было выявлено прогрессирование заболевания: местный рецидив с появлением метастазов в легкие и кости скелета. В 2015–2017 гг. проводилось комплексное лечение: 8 курсов полихимиотерапии по схеме ADIC (доксорубицин суммарно 60 мг/м² внутривенно в виде 72-часовой непрерывной инфузии в 1–3-й дни; дакарбазин суммарно 750 мг/м² внутривенно в виде 72-часовой непрерывной инфузии в 1–3-й дни). Выявлено дальнейшее прогрессирование заболевания в 2017 г.: увеличение метастатических очагов в легких и костях. Проведено 6 курсов полихимиотерапии по схеме HD AI (доксорубицин 25 мг/м² в 1–3-й дни внутривенно в виде 72-часовой непрерывной инфузии; ифосфамид 2500 мг/м² в 1–3-й дни внутривенно в комбинации с уромитексаном). В 2018 г. вновь отмечена отрицательная динамика в виде роста метастазов в легких. Продолжена полихимиотерапия по схеме GemTax (гемцитабин 900 мг/м² внутривенно капельно в течение 90 мин в 1-й и 8-й дни; доцетаксел 100 мг/м² внутривенно капельно в течение 60 мин в 8-й день; филграстим 5 мкг/кг подкожно 1 раз в день в 9–15-й дни). Проведено 8 курсов. В 2019 г. отмечено прогрессирование заболевания, был назначен пазопаниб (800 мг 1 раз в день перорально). На фоне лечения наблюдалось прогрессирование в виде появления новых метастатических очагов в легких. Проведено 9 курсов химиотерапии трабектедином (1,5 мг/кг

внутривенно капельно в течение 24 ч, через 21 день). В январе 2022 г. зафиксировано прогрессирование заболевания в виде роста метастатических узлов. Назначен эрибулин (1,4 мг/м² внутривенно в течение 2–5 мин в 1-й и 8-й дни каждого 21-дневного цикла).

21.04.2022 пациентка впервые отметила эпизод неинтенсивного кровохарканья и одышки. С клинической картиной продолжающегося легочного кровотечения пациентка была госпитализирована в экстренном порядке. При поступлении: состояние средней тяжести; беспокоят одышка в покое, постоянный кашель; сатурация (SpO₂) – 95 % на воздухе. Была успешно проведена комплексная консервативная гемостатическая терапия, кровотечение купировано. Выполнено дообследование.

По данным компьютерной томографии грудной клетки у пациентки имеются множественные метастатические очаги в обоих легких, наибольший из которых локализуется в нижней доле правого легкого (94 × 89 × 83 мм) (рис. 1).

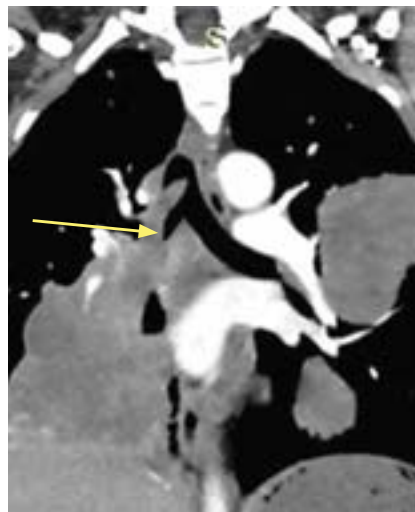


Рис. 1. Компьютерная томография. Метастазы в обоих легких, крупный конгломерат в нижней доле справа с флотирующим интралюминальным компонентом (указан стрелкой)

Fig. 1. Computed tomography scan. Metastases in both lungs, large conglomerate in the right lower lobe with floating intraluminal component (indicated by an arrow)

По данным бронхоскопии в правой половине бронхиального дерева имеется экзофитный компонент опухоли, полностью блокирующий правый нижнедолевой бронх и в виде тяжа поднимающийся на 1–2 см выше бифуркации трахеи. Флотирующий компонент опухоли периодически западает в левый главный бронх, частично обтурируя его просвет (рис. 2).

Учитывая клиническую картину одышки, снижение сатурации, было принято решение о попытке эндоскопической реканализации правого главного бронха.



Рис. 2. Эндоскопическое изображение. Флотирующий компонент опухолевого узла, исходящего из нижней доли правого легкого
Fig. 2. Endoscopic image. Floating component of the tumor node originating from the right lower lobe

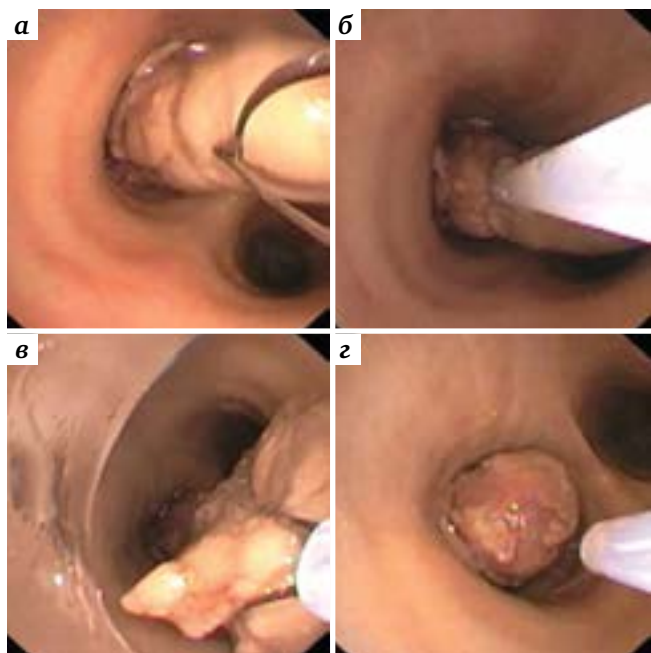


Рис. 3. Эндоскопическая реканализация правого главного бронха (эндоскопические изображения): а – раскрытие эндоскопической петли; б – удаление первого фрагмента опухоли с помощью полипэктомической петли; в – извлечение удаленного фрагмента опухоли; г – удаление второго фрагмента опухоли

Fig. 3. Endoscopic recanalization of the right primary bronchus (endoscopic images): а – opening of the endoloop; б – resection of the first tumor fragment using a polypectomy loop; в – removal of the resected tumor fragment; г – resection of the second tumor fragment

В условиях операционной 26.04.2022 было выполнено эндоскопическое вмешательство под общей комбинированной анестезией. Применена однопросветная

оротрахеальная интубация трубкой типа Мерфи диаметром 8 мм на фоне миоплегии с проведением «классической» искусственной вентиляции легких. Использовалось эндоскопическое оборудование: видеопроцессор OLYMPUS CV-190 PLUS, источник света OLYMPUS CLV-190, видеобронхоскоп OLYMPUS BF-1TH190 с инструментальным каналом диаметром 2,8 мм. Для удаления образования использовались электрохирургический блок ARC 303 компании BOWA, полипэктомические петли компании MTW диаметром 20 и 25 мм.

Удаление образования выполнялось фрагментарно, учитывая диаметр интубационной трубки, не позволяющий извлекать крупные фрагменты (рис. 3).

В общей сложности было удалено 4 фрагмента флотирующего опухолевого компонента. При этом стали доступны осмотру правый главный и верхнедолевой бронх (рис. 4).

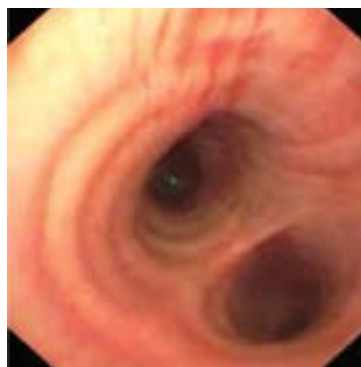


Рис. 4. Эндоскопическое изображение. Финальная картина после реканализации правого главного бронха
Fig. 4. Endoscopic image. Final image after recanalization of the right primary bronchus

Все 4 фрагмента были отправлены на морфологическое исследование. Заключение: морфологическая картина соответствует метастазу лейомиосаркомы. Иммуногистохимическое исследование не проводилось.

Спустя 2 сут пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из стационара с рекомендациями для дальнейшего лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндоскопические методики реканализации бронхиального дерева при опухолевой обтурации – эффективные, малоинвазивные, безопасные технологии, позволяющие пациентам в кратчайшие сроки возобновлять лекарственную терапию основного заболевания, а также существенно повышающие качество их жизни.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Gronchi A., Strauss D.C., Miceli R. et al. Variability in patterns of recurrence after resection of primary retroperitoneal sarcoma (RPS): a report on 1007 patients from the Multi-institutional Collaborative RPS Working Group. *Ann Surg* 2016;263(5):1002–9. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001447
2. Strauss D.C., Hayes A.J., Thomas J.M. Retroperitoneal tumours: review of management. *Ann R Coll Surg Engl* 2011;93(4):275–80. DOI: 10.1308/003588411X571944
3. Bremjit P.J., Jones R.L., Chai X. et al. A contemporary large single-institution evaluation of resected retroperitoneal sarcoma. *Ann Surg Oncol* 2014;21(7):2150–8. DOI: 10.1245/s10434-014-3616-7
4. Yamamoto H., Yamamoto H., Soh J. et al. A simple prognostic benefit scoring system for sarcoma patients with pulmonary metastases: Sarcoma Lung Metastasis Score. *Ann Surg Oncol* 2021;28(7):3884–90. DOI: 10.1245/s10434-020-09272-1
5. Lin A.Y., Kotova S., Yanagawa J. et al. Risk stratification of patients undergoing pulmonary metastasectomy for soft tissue and bone sarcomas. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2015;149(1):85–92. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2014.09.039
6. Trans-Atlantic Retroperitoneal Sarcoma Working Group (TARPSWG). Management of metastatic retroperitoneal sarcoma: a consensus approach from the Trans-Atlantic Retroperitoneal Sarcoma Working Group (TARPSWG). *Ann Oncol* 2018;29(4):857–71. DOI: 10.1093/annonc/mdy052

Вклад авторов

И.Н. Юричев: выполнение эндоскопической операции, редактирование и окончательное утверждение текста статьи;

В.В. Верещак: перевод англоязычных источников литературы по теме статьи, обзор публикаций по теме статьи, подготовка иллюстрационного материала, написание статьи.

Authors' contributions

I.N. Iurichev: endoscopic operation, editing and final approval of the text of the article;

V.V. Vereshchak: translation of English-language literature sources on the topic of the article, review of publications on the topic of the article, preparation of the illustrative material of the article, writing the text of the manuscript.

ORCID авторов / ORCID of authors

И.Н. Юричев / I.N. Iurichev: <https://orcid.org/0000-0002-1345-041X>

В.В. Верещак / V.V. Vereshchak: <https://orcid.org/0000-0002-6850-6919>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Funding. The work was performed without external funding.

Статья поступила: 10.08.2022. Принята к публикации: 01.09.2022.

Article submitted: 10.08.2022. Accepted for publication: 01.09.2022.