

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის კლინიკური შემთხვევა

ლ. ლაგვილავა, ს. ქერაშვილი, შ. ძაგანია ლ. სილოგავა

კ. ერისთავის სახელობის ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ეროვნული ცენტრი

DUODENUM CANCER SURGICAL TREATMENT CLINICAL CASE

LAGVILAVA L, KERASHVILI S, DZAGANIA SH, SILOGAVA L

K. Eristavi National Center of Experimental and Clinical Surgery

რეზიუმე:

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკის ოქროს სტანდარტად პირველ რიგში ითვლება ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია სიმსივნური წარმონაქმნის ბიოფსიით, სხვა დიაგნოსტიკური საშუალებებიდან მეტად ინფორმატიულია კომპიუტერული ტომოგრაფია ი/ვ კონტრასტირებითა და მაგნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია, რაც საშუალებას იძლევა დაისვას ზუსტი დიაგნოზი, განისაზღვროს სიმსივნის გავრცელების არეალი, ასევე მეტასტაზირება და ლიმფური ჯირკვლების დაზიანების ხარისხი, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია შემდგომი მკურნალობის დაგეგმვისა და ოპერაციული მკურნალობის ტექტიკის განსაზღვრისათვის.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ერთადერთ რადიკალურ ოპერაციულ მკურნალობად დღემდე რჩება პანკრეატოდუოდენალური რეზექცია, რის შემდეგაც 5 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა შეადგენს 60%-ზე მეტს და რაც შემთხვევებში სიმსივნის ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის დროს, მთავრდება სიმსივნური დაავადებისგან სრული გამოჯანმრთელებით.

საკვანძო სიტყვები: თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო, პანკრეატოდუოდენალური რეზექცია.

Summary

As golden standard of duodenum cancer diagnostics, first of all, is considered fibrogastroduodenoscopy by biopsy of cancerous formation. From other diagnostic means more informative is computed tomography by I/V contrasting and magnetic resonance tomography, which gives possibility to set exact diagnosis, determine the area of cancer prevalence, also metastasis and the degree of lymph nodes damage, which is very important for planning of the further treatment and determining the method of operative treatment.

In case of duodenum malignant cancers as the only radical operative treatment till today remains pancreatic duodenum excision after which 5 years of lifetime constitutes more than 60% and in some cases when the cancers were revealed at early stage, it ends with full recovery from cancerous disease.

Key words: duodenum cancer, pancreatic duodenal excision

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო იშვიათი პათოლოგიაა და გასტროინტესტინალური ტრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნეების მხოლოდ 0.5% შეადგენს, ხოლო წვრილი ნაწლავის სიმსივნეების 45% (1). დაავადების იშვიათობიდან გამომდინარე მსოფლიო ლიტერატურაში არ არსებობს რანდომიზირებული კვლევები მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების შედარებისთვის, რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა რჩება ერთადერთ არჩევის მეთოდით, მსოფლიოში მიღებულია ორი ტიპის ოპერაცია რადიკალური ქირურგიული მკურნალობისთვის: პანკრეატოდუოდენექტომია რეგიონალური ლიმფოდისექციით, ასევე რიგ შემთხვევებში მოწოდებულია სეგმენტური დუოდენექტომია, განსაკუთრებით სიმსივნის ლოკალიზებით თორმეტგოჯა ნაწლავის დისტალურ ნაწილში T1, T2 სიმსივნეების დროს. მსოფლიო ლიტერატურაში არ არსებობს ზუსტი ცნობები ქიმიოთერაპიისა და სხივური თერაპიის ეფექტურობისა როგორც პრეოპერაციულ, ისე პოსტოპერაციულ პერიოდში, ასევე ინოვაციური სიმსივნეების შემთხვევაში. თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს დროული დიაგნოსტიკა და მისი რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა საკმაოდ კარგ შედეგებს იძლევა, სხვა პანკრეატოდუოდენალური ზონის სიმსივნეებისგან განსხვავებით, 5 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა რიგ პაციენტებში შეადგენს 60% (4).

ჰისტომორფოლოგიურად ყველაზე ხშირად გვხვდე-

ბა თორმეტგოჯა ნაწლავის ადენოკარცინომა, სხვა სიმსივნეებიდან ასევე გვხვდება ლიმფომა, ლეიომიოსარკომა, კარცინოიდული სიმსივნეები, გასტრინომა, სტრომული სიმსივნეები. თორმეტგოჯა ნაწლავის ადენოკარცინომა შეიძლება წარმოიშვას თორმეტგოჯა ნაწლავის პოლიპებიდან, დაფიქსირებულია შემთხვევა ოჯახური პოლიპოზის დროს, ასევე პაციენტებში Gardner's სინდრომით, ან შეიძლება დაკავშირებული იყოს ცელიაკიასთან. ლოკალიზაციით სიმსივნე გვხვდება ნებისმიერ ნაწილში, მაგრამ ყველაზე ხშირად ის ლოკალიზდება თორმეტგოჯა ნაწლავის დასწვრივ ტოტში.

ანატომიურად განასხვავებენ თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს სამ შემდეგ ლოკალიზაციას:

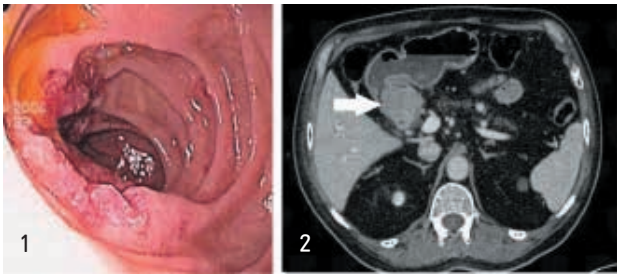
1. ყველაზე ხშირად (75%) სიმსივნე გვხვდება თორმეტგოჯა ნაწლავის დასწვრივ ტოტში (პერიამპულარული, პერიპაპილარული)
2. ზედა ჰორიზონტალური ნაწილის (სუპრაპაპილარული) კიბო გვხვდება 16%-ში.
3. ყველაზე იშვიათად კიბო ლოკალიზდება ქვედა ჰორიზონტალურ ნაწილში (ინფრაპაპილარული ან პრეიუნალური კიბო) 9%-ში.

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს TNM კლასიფიკაცია: Tis - პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ).

T1 - ინვაზია ლორწოქვეშა შრეში.

T2 - ინვაზია კუნთოვან შრეში.

T3 - ინვაზია სუბსეროზულად ან რეტროპერიტონეალურ ნაწილში არაუმეტეს 2 სმ.



სურ. 1 ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია
სურ. 2 კომპიუტერული ტომოგრაფია

T4 - ინვაზია ვისცერალურ პერიტონეუმზე, რეტროპერიტონეალურ ნაწილში 2 სმ. მეტი გავრცელებით ირგვლივმდებარე ორგანოებში.

N1 - მეტასტაზები რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში, პანკრეატოდუოდენალური, პილორული, ღვიძლის კარში, ასევე ჯორჯლის ზემო სისხლძარღვების ლიმფურ კვანძებში.

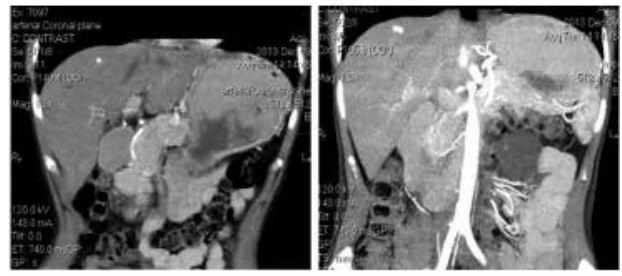
M1 - შორეული მეტასტაზები.

კლინიკურად თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს გამოვლინება ხდება სპეციფიური სიმპტომებით, განასხვავებენ შემდეგ ძირითად სიმპტომებს (2):

- 1) სპაზმური ხასიათის მუცლის ტკივილი (15-დან 60%-მდე პაციენტებში)
- 2) წონაში კლება (30-59%)
- 3) გულისრევა, ღებინება (25-30%)
- 4) მექანიკური სიციფითლე (20-30%)
- 5) სისხლდენა თორმეტგოჯა ნაწლავიდან (10-38%)
- 6) პალპირებადი მოცულობითი წარმონაქმნი გვხვდება 5%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში.

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკის ოქროს სტანდარტად პირველ რიგში ითვლება ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია სიმსივნური წარმონაქმნის ბიოფსიით, სხვა დიაგნოსტიკური საშუალებებიდან მეტად ინფორმატიულია კომპიუტერული ტომოგრაფია ი/ვ კონტრასტირებითა და მაგნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია, რაც საშუალებას იძლევა დაისვას ზუსტი დიაგნოზი, განისაზღვროს სიმსივნის გავრცელების არეალი, ასევე მეტასტაზირება და ლიმფური ჯირკვლების დაზიანების ხარისხი, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია შემდგომი მკურნალობის დაგეგმვისა და ოპერაციული მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისათვის.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ერთადერთ რადიკალურ ოპერაციულ მკუ-



სურ. 5 მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია კონტრასტით

რნალობად დღემდე რჩება პანკრეატოდუოდენალური რეზექცია, რის შემდეგაც 5 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა შეადგენს 60%-ზე მეტს და რიგ შემთხვევებში სიმსივნის ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის დროს, მთავრდება სიმსივნური დაავადებისგან სრული გამოჯანმრთელებით.

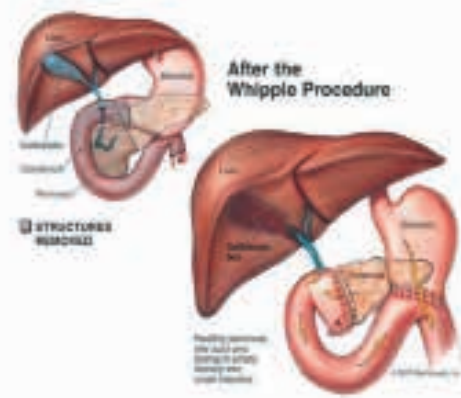
პირველი პანკრეატოდუოდენალური რეზექცია მოწოდებულ იქნა გერმანელი ქირურგის Kausch-ს მიერ 1908წ., რასაც შემდგომ პოპულარიზაცია გაუწია ამერიკელმა ქირურგმა Whipple 1930წ., აღნიშნულ ოპერაციას ეწოდა „the Whipple procedure“, რის შემდეგაც ამ ოპერაციის მრავალი მოდიფიკაცია იქნა მოწოდებული სხვადასხვა ავტორების მიერ, პილორუსშემანარჩუნებელი პანკრეატოდუოდენალური რეზექციის მოდიფიკაცია (PPPD-Pylorus Preserving Pancreaticoduodenectomy) პირველად მოწოდებულ იქნა 1944წ. Watson-ის მიერ, რის შემდეგაც 1970წ. აღნიშნული ოპერაციის ტექნიკა აღწერილ იქნა ქრონიკული პანკრეატიტების დროს Traverso and Longmire-ს მიერ. შემდგომში აღნიშნული მოდიფიკაცია ფართოდ გავრცელდა პანკრეატოდუოდენალური ზონის სიმსივნეების ოპერაციული მკურნალობის დროს, მისი ნაკლებად ტრავმულობისა და ორგანოდაზიანების გამო (3).

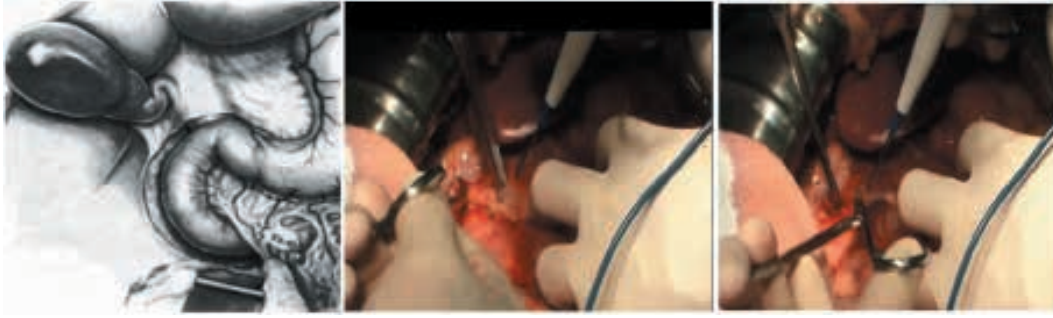
კლინიკური შემთხვევა

ავადმყოფი-ქ, მამაკაცი, 52 წლის, 5.12.2013წ. გეგმიურად მომართა ჩვენს კლინიკას დიაგნოზით: თორმეტგოჯა ნაწლავის ადენოკარცინომა, ანამნეზში: 20.11.2013წ. გასტროინტესტინალური სისხლდენის დიაგნოზით მოთავსდა ქ. ზუგდიდის საავადმყოფოში, სადაც ჩაუტარდა ენდოსკოპია, თორმეტგოჯა ნაწლავის ქვედა ჰორიზონტალურ ნაწილში სიმსივნური წარმონაქმნი დაწყლულებული ზედაპირით, სისხლდენით, ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის შემდეგ რამდენიმე დღეში ავა-



სურ. 3 Pylorus Preserving Pancreaticoduodenectomy სურ. 4 „the Whipple procedure„





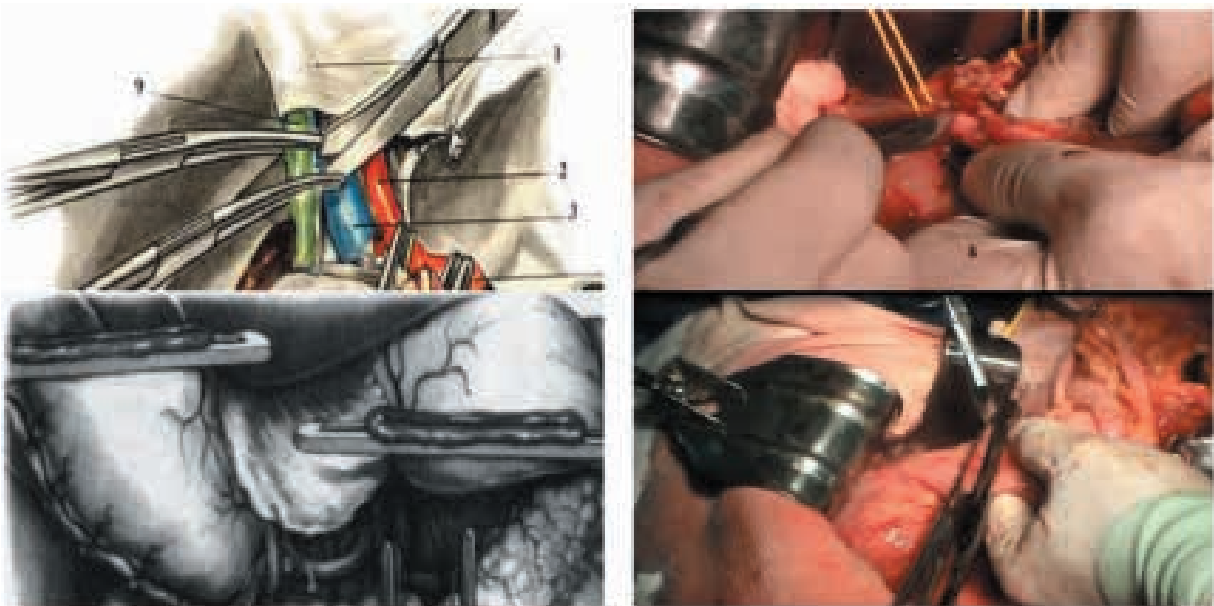
სურ. 6 თორმეტგოჯა ნაწლავის მობილზაცია (კოხერის მანევრი) ოპერაციის მსველელობისას ერთ-ერთ მნიშნელოვან ეტაპს წარმოადგენს ადექვატური ლიმფოდისექცია,



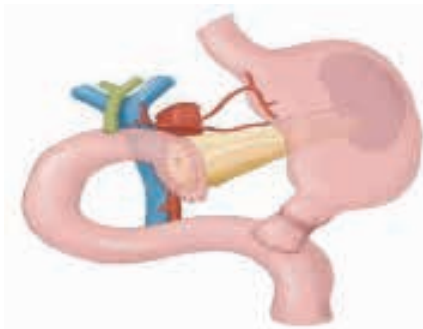
სურ. 7 რეგიონალური ლიმფური ჯირკვლების დისექცია



სურ. 8 პანკრეასის ტუნელიზაცია და მისი გადაკვეთა



სურ. 9 ქოლედოქის და პილორული მიდამოს გადაკვეთა



სურ. 10 რეკონსტრუქცია Traverso-longmire სურ. 11 პანკრეატო-ენტერო ანასტომოზი მოდიფიკაციით.



სურ. 12 ქოლედოქო-ენტერო ანასტომოზი სურ. 13 გასტრო-ენტერო ანასტომოზი სურ. 14 ამოკვეთილი პრეპარატი

დმყოფი სტაბილურ მდგომარეობაში გაეწერა ბინაზე, ჩვენს კლინიკაში ჩაუტარდა განმეორებითი ენდოსკოპია სიმსივნური წარმონაქმნის ბიოფსიით, ჰისტომორფოლოგიურად-ადენოკარცინომა, დაიგეგმა ოპერაციული მკურნალობა, წინასაოპერაციო კვლევები, გაუკეთდა მაგნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია, მუცლის ღრუს კ-ტ კვლევა კონტრასტით, სიმსივნური პროცესის მეტასტაზირება-არ ვლინდება, რეგიონალური ლიმფური ჯირკვლები ნორმის ფარგლებში, შეფასდა სიმსივნის ოპერაბელობა, გადაწყდა რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა: პილორუსშემანარჩუნებელი პანკრეატოდუოდენალური რეზექცია.

ოპერაცია

ავადმყოფი 16.12.2013წ. მოთავსდა კლინიკაში, ჩაუტარდა წინასაოპერაციო მომზადება. 17.12.13წ. კომბინირებული ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ჩაუტარდა ოპერაცია: პილორუსშემანარჩუნებელი პანკრეატოდუოდენალური რეზექცია, რეგიონალური ლიმფოდისექციით (PPPD-traverso-longmire მოდიფიკაციით). ოპერაციის მსვლელობისას, რევიზიით: თორმეტგოჯა ნაწლავის ქვედა ჰორიზონტალურ ნაწილში სიმსივნური წარმო-

ნაქმნი, მოძრავი, რომლის ინფილტრაცია ვრცელდებოდა პანკრეასის თავზე, ზომიერად ქვედა ღრუ ვენაზე, კარის ვენაზე.

ჰისტომორფოლოგიური დასკვნა N4962 თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბალი დიფერენციაციის (G3) ადენოკარცინომა ინვაზიით სუბსეროზულ შრეში და მეტასტაზით პარაპანკრეასულ ლიმფურ კვანძში, გადაკვეთის ხაზებში ბლასტომური პროცესი არ აღენიშნება-T3N1MX.

პოსტოპერაციული პერიოდი მიმდინარეობდა სტაბილურად, გართულებების გარეშე, ოპერაციიდან მე-3 დღეს ავადმყოფი გადმოყვანილი იქნა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტიდან ქირურგიის განყოფილებაში, ოპერაციიდან მე-10 დღეს ავადმყოფი გაეწერა ბინაზე, დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ოპერაციიდან მე-3, მე-9, მე-14, 24-ე თვეს გაუკეთდა საკონტროლო კვლევები, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ონკო-მარკერების კონტროლი, სიმსივნური პროცესის მეტასტაზირება, რეციდივი არ აღენიშნება, ცხოვრების ხარისხი დამაკმაყოფილებელი.

ლიტერატურა:

References:

- Hiroshi Kawahira, Fumihiko Miura, Kenichi Saigo, Akinao Matsunaga, Toshiyuki Natsume, Takashi Akai, Daisuke Horibe, Kazufumi Suzuki, Yoshihiro Nabeya, Hideki Hayashi, Hideaki Miyouchi, Kiyohiko Shuto, Takehide Asano, and Hisahiro Matsubara (2011) Survival Predictors of Patients With Primary Duodenal Adenocarcinoma. Int Surg: April-June 2011, Vol. 96, No. 2, pp. 111-116.
- Malignant tumors of the duodenum Pierre-Louis Fagniez and Nelly Rotman Service de Chirurgie Digestive, Hôpital Henri-Mondor, Créteil, France 2008
- Pylorus Preserving Pancreaticoduodenectomy Versus Standard Whipple Procedure: A Prospective, Randomized, Multi-center Analysis of 170 Patients With Pancreatic and Periapillary Tumors-Annals of Surgery, 2006
- Rose, DM , Hochwald SN , Klimstra DS , and Brennan MF . Primary duodenal adenocarcinoma: a ten-year experience with 79 patients. J Am Coll Surg 1996. 183 (2):89-96.