

¹Медицинский центр «Универсальная клиника «Обериг», Киев²Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев

ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ КОЛОРЕКТАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА (обзор литературы, случай из практики)



Т.В. Бухарин¹, В.А. Яковенко^{1,2},
Е.Г. Курик²

Адрес:

Бухарин Тимофей Витальевич
03057, Киев, ул. Зоологическая, 3В
Медицинский центр
«Универсальная клиника «Обериг»
Тел.: (044) 521-03-03
E-mail: timofeybukharin1977@gmail.com

Ключевые слова: перстневидно-клеточная колоректальная карцинома, встречаемость, поздняя диагностика, онкоскрининг при колоноскопии, случай из практики, обзор литературы.

В статье представлен редкий случай эндоскопической диагностики синхронной перстневидно-клеточной карциномы поперечно-ободочной кишки и умеренно дифференцированной аденокарциномы прямой кишки. Перстневидно-клеточная колоректальная карцинома — редкая патология с частотой 0,1–2,6% всех случаев рака колоректальной локализации. Для данной патологии характерны неспецифическая клиническая и эндоскопическая картина, поздняя диагностика, что определяет неблагоприятный прогноз течения болезни.

ВВЕДЕНИЕ

Колоректальная аденокарцинома — это один из наиболее распространенных видов рака во всем мире. По данным Национального канцер-регистра Украины, в 2014 г. выявлено 8777 случаев рака ободочной кишки. Из них на профилактических осмотрах — только 8,8% случаев. Не прожили и одного года из числа с впервые диагностированной болезнью 34,9% пациентов. Общее количество умерших от рака ободочной кишки в 2014 г. составило 4818 лиц [1].

Одним из гистологических типов аденокарциномы является перстневидно-клеточная колоректальная карцинома. Первичная перстневидно-клеточная колоректальная карцинома, согласно данным разных авторов, встречается в 0,1–2,6% случаев рака толстой кишки [2–9]. Данную патологию очень редко диагностируют на ранней стадии, в связи с этим медиана выживаемости составляет 20–45 мес, а 5-летняя выживаемость — 9–36% [5].

Впервые случай перстневидно-клеточного рака толстой кишки был описан Н. Laufman и О. Saphir в 1951 г., (цит. по: [3]) у пациентки молодого возраста с перитонеальной диссеминацией, метастазами в лимфатических узлах, несколькими метастазами в печени и, соответственно, плохим исходом.

К.К. Sun и соавторы (2015) представили случай колоректальной карциномы у мужчины в возрасте 27 лет с жалобами на боль в левом нижнем квадранте живота, без каких-либо других симптомов. Опухоль локализовалась в нисходящей кишке, выявлена частичная обтурация просвета. Пациенту была выполнена левосторонняя гемиколэктомия [9].

В последние годы наряду со случаями запущенной перстневидно-клеточной

колоректальной карциномы описаны и случаи ранней диагностики этого заболевания при скрининговой колоноскопии [5, 7]. Kim J.H. и соавторы (2013) представили случай ранней диагностики колоректальной перстневидно-клеточной карциномы слепой кишки (опухоль 9 мм в диаметре) у 56-летнего пациента, которому была проведена эндоскопическая резекция слизистой оболочки. По результатам гистологического исследования, опухоль прорастает в собственную пластинку слизистой оболочки без сосудистой и периневральной инвазии. КТ-исследование не выявило метастазов. В данном случае опухоль выявлена при проведении колоноскопии, когда была взята биопсия из нескольких полипов, которые гистологически оказались тубулярными аденомами с низкой степенью дисплазии, а в биоптате из слепой кишки оказалась перстневидно-клеточная карцинома. Пациенту выполнена правосторонняя гемиколэктомия [5].

К. Ohnita и соавторы (2015) описали случай перстневидно-клеточной карциномы толстой кишки у 73-летнего пациента [8]. Опухоль (20 мм в диаметре) выявлена при скрининговой колоноскопии с узкоспектральной визуализацией (narrow-band imaging), удалена путем подслизистой диссекции.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представляем вашему вниманию случай из нашей практики — пациент с синхронным раком ободочной (перстневидно-клеточная карцинома) и прямой (умеренно дифференцированная аденокарцинома) кишки.

Пациент Ш., 56 лет, обратился в клинику с жалобами на боль в нижних

отделах живота, вздутие живота, плохой сон. Выраженность боли уменьшается после дефекации и отхождении газов. Не отмечает облегчения от приема спазмолитиков.

Анамнез болезни: считает себя больным на протяжении 10 лет, когда впервые появились симптомы кишечной диспепсии. На протяжении 10 лет чувствовал себя удовлетворительно, а последних 3 года появилась боль в нижних отделах живота. Неоднократно обследовался, в анализах отклонений от нормы нет.

В клинике пациенту выполнена илеоколоноскопия, спиральная компьютерная томография органов брюшной полости, патогистологическое исследование биоптатов ободочной и прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При илеоколоноскопии в поперечно-ободочной кишке, ближе к печеночному углу, определяется «+» ткань, которая циркулярно суживает просвет кишки, на протяжении 9,0 см. Выявленная «+» ткань каменистой плотности, с трудом проходимая для колоноскопа. Поверхность опухоли покрыта фибрином, с изъязвлениями, ямочный рисунок поверхности не читается, ангионеогенез (рис. 1, 2).

В прямой кишке, на 6,0 см от ануса, полип 0–Is+IIs [10] размером 2,0 см, ямочный рисунок поверхности по классификации S. Kudo III–IV, на участке IIs — VN по S. Kudo [6].

Заключение: карцинома поперечно-ободочной кишки. Полип 0–Is+IIs (карцинома?) прямой кишки.

Патогистологическое заключение:

- поперечно-ободочная кишка, перстневидно-клеточный рак (рис. 3);
- прямая кишка, умеренно дифференцированная аденокарцинома (рис. 4).

Для определения истинных размеров и распространенности патологического процесса выполнена 64-срезовая спиральная компьютерная томография.

Заключение: определяется циркулярное, неравномерное утолщение стенки поперечно-ободочной кишки (вблизи печеночного угла) до 30 мм на протяжении до 90 мм, интенсивно неоднородно накапливающее контрастное средство. Отмечается выраженное неравномерное уплотнение периколлической жировой клетчатки. Множественные периколлические лимфоузлы до 22 мм. В верхней трети прямой кишки слева отмечается утолщение стенки до 14 мм на протяжении до 25 мм, интенсивно накапливающее контрастное средство. Периректальная жировая клетчатка не уплотнена. Единичные периректальные лимфоузлы слева до 7 мм. Мезентериальный лимфоузел в правом верхнем квадранте, вблизи большой поясничной мышцы до 10 мм по короткой оси, накапливает контрастное средство.



Рис. 1. Эндофотография. Опухоль поперечно-ободочной кишки



Рис. 2. Эндофотография. Полип прямой кишки (0–Is+IIs)

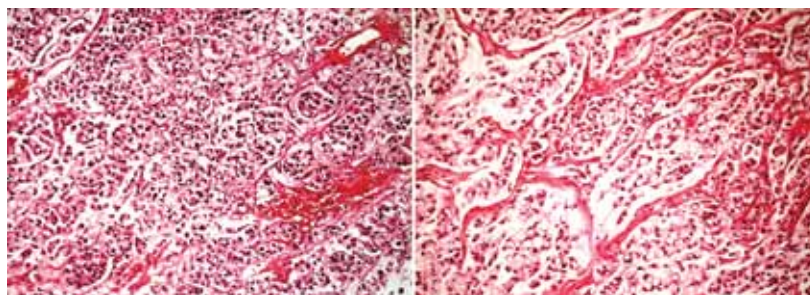


Рис. 3. Микрофотография. Перстневидно-клеточный рак. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. ×100

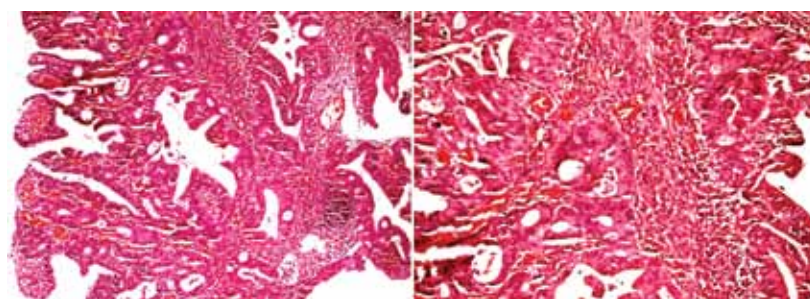


Рис. 4. Микрофотография. Умеренно дифференцированная аденокарцинома. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. ×100

Заключение: КТ-признаки первично-множественной карциномы толстой кишки T4(2)N2Mx.

Пациент отправлен на консультацию к онкологу, химиотерапевту.

ОБСУЖДЕНИЕ

У пациента выявлен редкий тип первично-множественной колоректальной

карциномы: синхронная перстневидно-клеточная карцинома поперечно-ободочной кишки и умеренно дифференцированная аденокарцинома прямой кишки, T4(2)N2Mx.

Со времен первого описания перстневидно-клеточного колоректального рака в мировой литературе прошло 65 лет, и за этот промежуток времени

зафиксировано только 27 случаев ранней диагностики данного заболевания. Основную массу случаев выявляют в запущенном виде при наличии метастазов и поражении лимфатических узлов, что является плохим прогностическим моментом в исходе заболевания.

Перстневидно-клеточная колоректальная карцинома является довольно редким и очень агрессивным заболеванием, исход которого напрямую зависит от стадии, в которой выявлена патология.

ВЫВОДЫ

1. В работе представлен редкий случай эндоскопической диагностики синхронной перстневидно-клеточной карциномы поперечно-ободочной кишки и умеренно дифференцированной аденокарциномы прямой кишки, T4(2)N2Mx.

2. Для данной патологии характерны неспецифическая клиническая и эндоскопическая картина, поздняя диагностика, что определяет неблагоприятный прогноз течения болезни.

3. Своевременное выполнение планового онкоскрининга при колоноскопии с удалением всех выявленных неоплазий — единственный правильный подход в борьбе с раком кишечника.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рак в Україні, 2014–2015. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби (2016) Бюл. Нац. канцер-реєстру України, № 17: 28–29.
2. Chen J.S., Hsieh P.S., Chiang J.M. et al. (2010) Clinical outcome of signet ring cell carcinoma and mucinous adenocarcinoma of the colon. *Chang. Gung. Med. J.*, 33: 51–57.
3. Fu K.I., Sano Y., Kato S. et al. (2006) Primary signet-ring cell carcinoma of the colon at early stage:

A case report and a review of the literature. *World J. Gastroenterol.*, 12(21): 3446–3449.

4. Hyngstrom J.R., Hu C.Y., Xing Y. et al. (2012) Clinicopathology and outcomes for mucinous and signet ring colorectal adenocarcinoma: analysis from the National Cancer Data Base. *Ann. Surg. Oncol.*, 19: 2814–2821.

5. Kim J.H., Park S.J., Park M.I. et al. (2013) Early-stage primary signet ring cell carcinoma of the colon. *World J. Gastroenterol.*, 19(24): 3895–3898.

6. Kudo S.E., Tamura S., Nakajima T. et al. (1996) Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. *Gastrointest. Endosc.*, 44(1): 8–14.

7. Makino T., Tsujinaka T., Mishima H. et al. (2006) Primary signet-ring cell carcinoma of the colon and rectum: report of eight cases and review of 154 Japanese cases. *Hepatogastroenterol.*, 53: 845–849.

8. Ohnita K., Isomoto H., Akashi T. et al. (2015) Early stage signet ring cell carcinoma of the colon examined by magnifying endoscopy with narrow-band imaging: a case report. *BMC Gastroenterol.*, 15: 86.

9. Sun K., Yang D., Gan M., Wu X. (2015) Descending colo-colonic intussusception secondary to signet ring cell carcinoma: A case report. *Oncol. Letters.*, 9(3): 1380–1382.

10. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. (2003) *Gastrointest. Endosc.*, 53: 33–43.

Перснеподібно-клітинна колоректальна карцинома (огляд літератури, випадок з практики)

Т.В. Бухарін¹, В.О. Яковенко^{1,2}, О.Г. Курик²

¹Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг», Київ

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ

Резюме. У статті представлений рідкісний випадок ендоскопічної діагностики синхронної перснеподібно-клітинної карциноми поперечно-ободової кишки і помірно диференційованої аденокарциноми прямої кишки. Перснеподібно-клітинна колоректальна карцинома — рідкісна патологія з частотою 0,1–2,6% усіх випадків раку колоректальної локалізації. Для цієї патології характерні неспецифічна клінічна та ендоскопічна картина, пізня діагностика, що визначає несприятливий прогноз перебігу хвороби.

Ключові слова: перснеподібно-клітинна колоректальна карцинома, частота поширення, пізня діагностика, онкоскринінг при колоноскопії, випадок із практики, огляд літератури.

Signet-ring cell carcinoma of the colon (a case report and a review of the literature)

T.V. Bukharin¹, V.A. Yakovenko^{1,2}, E.G. Kuryk²

¹Medical Center «Oberig», Universal Clinic, Kyiv

²State Scientific Institution «Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine», the State Administration, Kyiv

Summary. The article presents a rare case of endoscopic diagnosis of synchronous signet-ring cell carcinoma of the transverse colon and moderately differentiated adenocarcinoma of the rectum. Signet-ring cell carcinoma is a rare pathology with 0.1–2.6% overall frequency of occurrence among all colorectal cancers cases. Non-specific clinical and endoscopic symptoms, late diagnosis of the signet-ring cell carcinoma determine a poor prognosis of the disease.

Key words: signet-ring cell carcinoma of the colon, frequency of occurrence, late diagnosis, screening colonoscopy, case report, review of the literature.