

Возможности хирургического удаления гигантского метастатического лимфоузла шеи

У.С. Мамедов, Ш.Х. Дустов

Кафедра онкологии и лучевой диагностики Бухарского государственного медицинского института, Бухара, Республика Узбекистан
Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии,
Бухара, Республика Узбекистан
Контакты: Дустов Шерали Хаятович – e-mail: sherali_doc@mail.ru

The opportunities for surgical removal of a giant metastatic cervical lymphnode

U.S. Mamedov, Sh.Kh. Dustov

Department of Oncology and Radiology, Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Republic of Uzbekistan

Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology in Bukhara, Republic of Uzbekistan

Contacts: Sherali Dustov – e-mail: sherali_doc@mail.ru

Doi: 10.25792/HN.2019.7.2.38–41

По мнению большинства исследователей, пациенты с плоскоклеточным раком головы и шеи (ПРГШ) с ограниченными, небольшого размера опухолями могут быть излечены при использовании хирургического и/или лучевого методов лечения. Однако среди впервые выявленных больных ПРГШ более чем в 60% наблюдений диагностируют распространенные формы заболевания, характеризующиеся опухолью значительного размера с распространением в окружающие структуры шеи, с/без метастазов в регионарные лимфатические узлы и/или с отдаленными метастазами, хотя последние наблюдаются реже. Наличие у больных опухолями головы и шеи регионарных метастазов ухудшает прогноз лечения и показатели выживаемости. Основными методами лечения регионарных метастазов ПРГШ являются в основном хирургический, лучевой, химиотерапевтический методы либо их комбинация. В данной статье описан клинический пример удаления гигантской метастатической опухоли шеи плоскоклеточного рака пищевода.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак головы и шеи, метастаз, хирургическое лечение

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования. Не указан.

Для цитирования: Мамедов У.С., Дустов Ш.Х. Возможности хирургического удаление гигантского метастатического лимфоузла шеи. Голова и шея = Head and neck. Russian Journal. 2019;7(2):38–41

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

The authors declare no conflict of interest.

ABSTRACT

According to most researchers, patients with squamous cell carcinoma of the head and neck (HNSCC) with localized, small-sized tumors can be cured by using surgical and / or radiation treatments. However, among newly diagnosed patients with HNSCC more than 60% of them are diagnosed with locally advanced tumors spreading to the surrounding structures, with or without metastases to regional lymph nodes and/or distant metastases, although the latter are less common. The presence of regional metastases in patients with head and neck tumors worsens the treatment prognosis and survival rates. The main methods of regional HNSCC metastases treatment are mainly surgery, radiation, chemotherapy, or a combination of them. This article describes a clinical example of removal of a giant squamous cell carcinoma that metastasized from esophagus.

Keywords: squamous cell carcinoma of the head and neck, metastasis, surgical treatment

Source of financing: not specified.

For citation: Mamedov U.S., Dustov Sh.Kh. The opportunities for surgical removal of a giant metastatic cervical lymphnode. Head and neck = Head and neck. Russian Journal. 2019;7(2):38–41 (in Russian).

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, figures, photographs of patients.

В структуре онкологической заболеваемости злокачественные опухоли головы и шеи составляют 6% [3]. Наиболее часто диагностируют плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта, ротоглотки, носоглотки и придаточных пазух [4]. По мне-

нию большинства исследователей, пациенты плоскоклеточным раком головы и шеи (ПРГШ) с ограниченными, небольшого размера опухолями могут быть излечены при использовании хирургического и/или лучевого методов лечения. Однако среди

впервые выявленных больных ПРГШ более чем в 60% наблюдений диагностируют распространенные формы заболевания, характеризующиеся опухолью значительного размера с распространением в окружающие структуры шеи, с/без метастазов в регионарные лимфатические узлы, реже с отдаленными метастазами (III–IV стадий по классификации TNM) [5]. Отдаленные результаты лечения пациентов этой группы остаются неудовлетворительными, поскольку 5-летняя выживаемость при III стадии составляет 20–50%, при IV стадии не превышает 10–30% [4]. По данным Centre Oscar Lambret [6] из Франции (5161 больной) 3- и 5-летняя выживаемость больных раком полости рта составляет 41 и 30%, раком ротоглотки – 24 и 14%, раком гортаноглотки – 19 и 12%, раком гортани – 50 и 40% соответственно. Медиана выживаемости, рассчитанная у 3714 больных ПРГШ была следующей: в I стадии – 89 месяцев, II стадии – 46 месяцев, III стадии – 19 месяцев, IV стадии – 11 месяцев. Пятилетняя выживаемость больных ПРГШ в зависимости от стадии колеблется в следующих пределах: I стадия – 75–90%, II стадия – 40–70%, III стадия – 20–50%, IV стадия – 10–30% [7].

Традиционное лечение больных распространенным ПРГШ предполагает хирургическое удаление опухоли и/или химиолучевую терапию, которая при невозможности выполнения операции используется как самостоятельный метод. В частности, предоперационная радиотерапия способна помочь удалению больших опухолевых масс, но это не значит, что объем последующего хирургического вмешательства может быть уменьшен [7]. В случае комбинированного лечения 5-летняя выживаемость выше – 65–80%, но у больных нерезектабельным ПРГШ, подвергавшихся только лучевой терапии, этот показатель не превышает 18%, а медиана выживаемости – 13,3 месяца. В 60–70% наблюдений после проведенного ранее хирургического или лучевого лечения у больных ПРГШ развиваются рецидивы и/или отдаленные метастазы [8]. Однако другим важным прогностическим фактором при опухолях ПРГШ является, по мнению J.L. Lefebvre и соавт. [6], наличие пальпируемых лимфатических узлов на шее, что уменьшает ожидаемую 5-летнюю выживаемость наполовину. Имеет большое прогностическое значение также число сосудов в лимфатическом узле и экстракапсулярное распространение опухоли.

Наличие у больных злокачественными опухолями головы и шеи регионарных метастазов ухудшает прогноз лечения и показатели выживаемости [9–15]. По данным А.Х. Гейдарова [1], показатель 2-летней выживаемости в группе больных без метастазов составляет 56,8%, при метастазах, соответствующих N1–3, – 18,8%.

При этом наличие метастазов, соответствующих N1, не отражается на благоприятных результатах лечения при адекватном лечении первичного очага. В то же время наличие двусторонних и спаянных с окружающими тканями узлов (N2–3) является абсолютно неблагоприятным фактором прогноза [2].

Основным методом лечения ПРГШ с наличием регионарных метастазов является комбинированный метод [16].

Клинический случай

В отделение хирургии филиала Бухарского Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии поступил больной с жалобами на опухолевидное образование в области правой боковой поверхности шеи, динамическое увеличение опухоли, дискомфорт в этой области и ограничение движений шеи.

Из анамнеза: пациент считает себя больным несколько месяцев и неоднократно обращался к врачам по месту жительства. С учетом динамического увеличения опухоли больной был направлен в Областной онкологический диспансер на обследование. Больному в стационарных условиях были проведены все методы обследования и осмотр специалистами: ЛОР органы – без патологии, эзофагогастродуоденоскопия – онкопатологии нет, R-графия грудной клетки и ультразвуковое исследование брюшной полости – онкопатологии нет. Осмотр онкоурологом – онкопатологии не выявлено. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) шеи – объемное образование правой поверхности шеи и надключичной области размерами 18×15×20 см, с нечеткими краями, солидного характера. Смещение гортани и трахеи влево. Костно-деструктивных изменений не выявлено (рис. 1 а, б, в, г). Опухоль прорастает в окружающие мягкие ткани. Кровоток во внутренней яремной вене отсутствует, в общей сонной артерии (ОСА) кровоток сохранен.

После обследования был установлен клинический диагноз: «метастазы в лимфатические узлы шеи справа без выявленного первичного очага». Учитывая размер и неуклонный рост опухолевого узла с признаками возможного распада, была выполнена операция в объеме: «расширенная лимфаденэктомия шеи справа».

Под термином «расширенные шейные диссекции» понимается дополнительное удаление лимфатических групп или не-лимфатических структур, которые не входят в объем стандартной радикальной шейной диссекции (А. Kruk-Zagajewska, Z. Szmeja, M. Wierzbička, 2000.). Этот термин был впервые использован в 1968 г. Lipshutz и Stetzer. В литературе имеется существенно меньше информации об использовании новых подходов хирургического лечения при метастатических поражениях лимфатических узлов шеи при злокачественных опухолях области головы и шеи.

Опухоль занимала правую боковую и надключичную области шеи с вовлечением внутренней яремной вены и блуждающего нерва. Блуждающий нерв и ОСА были отделены от опухоли (рис. 1 д, е). Гистологическое заключение: «метастаз плоскоклеточного рака». Операция прошла без осложнений, и рана зажила первичным натяжением.

В сроке наблюдения до 4 месяцев больной поступил с жалобами на дисфагию во время приема пищи. При фиброгастроскопии была обнаружена опухоль верхней трети пищевода. Произведена биопсия опухоли – плоскоклеточный рак.

Учитывая вышеизложенное обстоятельство, больному был поставлен диагноз: «С-г шейного отдела пищевода с метастазами в надключичную область справа. T2N0M1. Состояние после операции».

Больному в дальнейшем произведена дистанционная гамма-терапия+полихимиотерапия. Больной находится под постоянным динамическим наблюдением у онколога без признаков рецидива и метастазов.

Заключение

Таким образом, распространенность регионарных метастазов и признаки их инвазивного роста, а также выход раковых клеток за пределы капсулы лимфатического узла в зоне бифуркации сонной артерии при обычном удалении приводят к высокой частоте рецидива метастазов.

Накопленные новые знания о путях и закономерностях метастазирования рака в лимфоузлы шеи являются предпосылкой

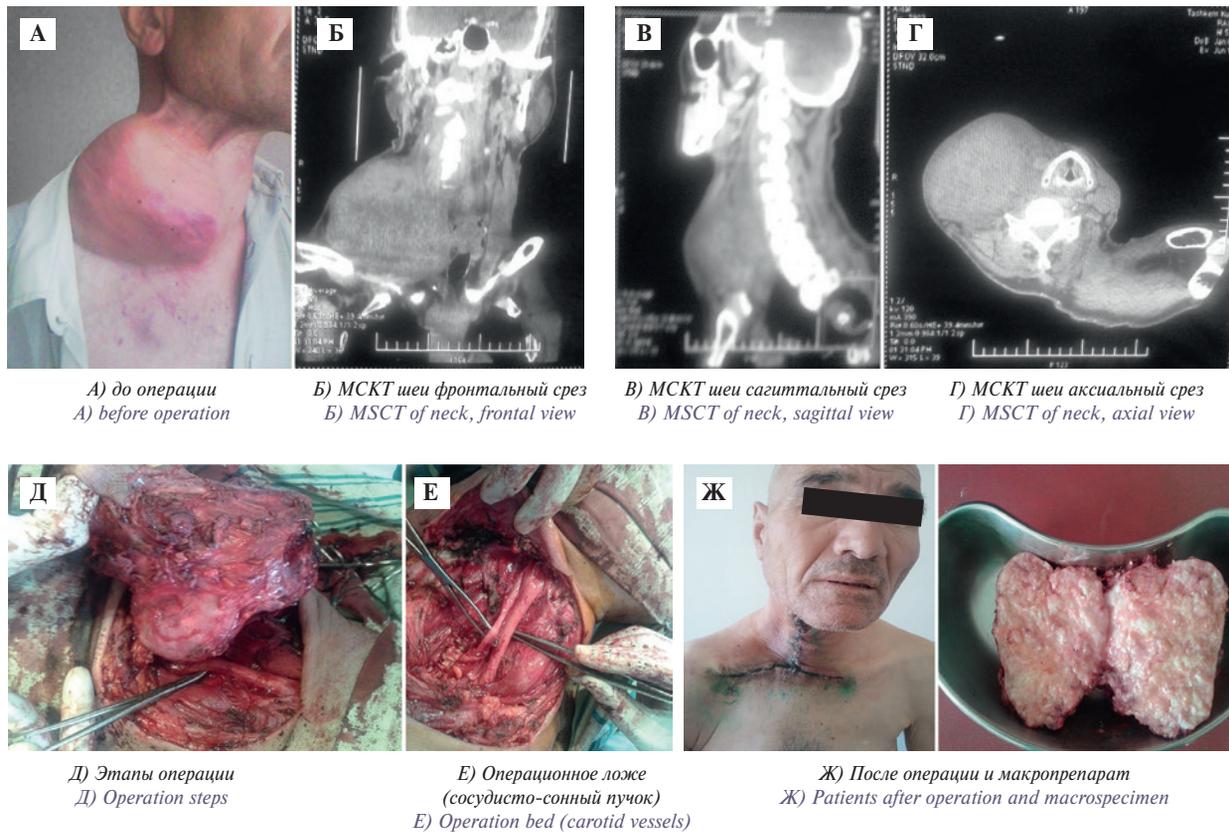


Рис. 1. Внешний вид больного С-г шейного отдела пищевода с метастазами в надключичную область справа до перации (А), МСКТ шеи (Б–Г), этапы операции (Д–Е), внешний вид больного после операции (Ж)

Fig. 1. Patient's appearance. Carcinoma of cervical part of esophagus with metastases to the right supraclavicular region before operation (A), MSCT of neck (B – D), operation steps (D – E), patient appearance after surgery (W)

к усовершенствованию методики хирургического удаления лимфоузлов на шее и улучшению результатов хирургического лечения и реабилитации больных опухолями орофарингиальной области с регионарными метастазами в лимфатические узлы шеи за счет разработки новой методики расширенной лимфаденэктомии с резекцией сосудисто-нервных структур шеи.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гейдаров А.Х. Превентивные методы воздействия на зоны регионарного метастазирования при комбинированном лечении рака подвижной части языка II–III стадии (T2N0M0–T3N0M0). Дисс. канд. мед. наук. М., 1994. [Heydarov A.Kh. Preventive treatment of regional metastasis in the combined treatment of cancer of the movable part of the tongue II – III stage (T2N0M0–T3N0M0). Diss. Cand. med. sciences. M., 1994].
2. Любаев В.Л. Тактика хирургических вмешательств на регионарных зонах при местнораспространенном раке слизистой оболочки полости рта и ротоглотки с регионарными метастазами. Стоматология. 1988;67(2):43–5. [Lyubayev V.L. Tactics of surgical interventions in the regional areas with locally advanced cancer of the oral mucosa and oropharynx with regional metastases. Dentistry. 1988; 67 (2): 43–5].
3. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence. Worldwide, Version IARC CancerBase No. 5. Lyon, IARC Press, 2001. Limited version available from: URL: http://www_dep.iarc.fr/globocan.htm. Last updated on 03/02/2001.
4. Schantz S.P., Harrison L.B., Forastiere A.A. Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, nasopharynx, oral cavity, and oropharynx, in Devita VT Jr/Hellman S, Rosenberg SA (eds): Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. P. 797–860.
5. TNM Classification of malignant tumors, UICC International Union against Cancer, 5th edition. New York: Wiley Liss. Inc., 1997.
6. Lefebvre J.L., Lartigau E., Kara A., Sarini J. Oral Cavity, Pharynx and Larynx Cancer. Prognostic Factors in Cancer 2 ed. Ed. M.K. Gospodarowicz, et al. New York: A. John Wiley and sons. 2001. P. 151–66.
7. Laramore G.E., Coltrera M.D., Karen J.H. Tumors of Head and Neck. Clinical Oncology. 8th ed. Ed. Rubin Ph. Philadelphia: W.B. Saunders compani, 2001. P. 405–61.
8. Marcial V.A., Pajak T.F. Radiation therapy alone or in combination with surgery on head and neck cancer. Cancer. 1985;55(Suppl. 9): 2259–65.
9. Ferlito A., Rinaldo A., Devaney K., et al. Prognostic significance of microscopic and macroscopic extracapsular spread from metastatic tumor in the cervical lymph nodes. Oral Oncol. 2002;38:747–51.
10. Johansen L.V., Grau C., Overgaard J. Nodal control and surgical salvage after primary radiotherapy in 1782 patients with laryngeal and pharyngeal carcinoma. Acta Oncol. 2004;43(5):486–94.
11. Jose J., Coatesworth A.P., Johnston C., et al. Cervical node metastases in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: The significance of extracapsular spread and soft tissue deposits. Head Neck 2003; 25:451–6.

12. Layland M.K., Sessions D.G., Lenox J. The influence of lymph node metastasis in the treatment of squamous cell carcinoma of the oral cavity, oropharynx, larynx and hypopharynx: N0 versus N+. *Laryngoscope*. 2005;115(4):629–39.
13. Li X.M., Di B., Shao Y.L., et al. Clinical pathology feature and prognostic factors of cervical lymph node metastases in hypopharyngeal carcinoma. *Zhonghua Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 2004;39(12):741–5.
14. Pimenta Amaral T.M., Da Silva Freire A.R., Carvalho A.L., et al. Predictive factors of occult metastasis and prognosis of clinical stages I and II squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth. *Oral Oncol*. 2004; 40(8):780–6.
15. Rinaldo A., Devaney K.O., Ferlito A. Immunohistochemical studies in the identification of lymph node micrometastases in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *ORL*. 2004;66(1):38–41.
16. Laramore G.E., Coltrera M.D., Karen J.H. *Tumors of Head and Neck. Clinical Oncology 8-th ed. Ed. Rubin Ph. Philadelphia: W.B. Saunders company. 2001;405–61.*

Информация об авторах:

Ш.Х. Дустов — заместитель директора по лечебным вопросам Бухарского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Бухара, Узбекистан; e-mail: sherali_doc@mail.ru.

У.С. Мамедов — к.м.н., заведующий кафедрой онкологии, радиологии и лучевой диагностики Бухарского государственного медицинского института, Бухара, Республика Узбекистан; e-mail: umid_doc@mail.ru.

About the authors:

Sh.Kh. Dustov — Deputy Director for Medical Issues, Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology in Bukhara, Uzbekistan; e-mail: sherali_doc@mail.ru.

U.S. Mamedov — MD, PhD, Head of the Department of Oncology and Radiology, Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Republic of Uzbekistan; e-mail: umid_doc@mail.ru.

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Статьи направлять по электронной почте e-mail: headneck@inbox.ru

Рукопись статьи должна включать:

- 1) титульный лист; 2) резюме 1 стр.; 3) ключевые слова; 4) введение; 5) материалы и методы; 6) результаты; 7) обсуждение; 8) таблицы; 9) подписи к рисункам; 10) иллюстрации; 11) библиографию.

В рукописи должно быть официальное направление учреждения, в котором проведена работа. На первой странице статьи должны быть виза и подпись научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения. На последней — подписи всех авторов, что дает право на ее публикацию в журнале и размещение на сайте.

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ ДОЛЖЕН СОДЕРЖАТЬ:

- 1) название статьи, которое должно быть информативным и достаточно кратким;
- 2) инициалы и фамилии авторов;
- 3) полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа;
- 4) фамилию, имя, отчество, звание, должность, полный почтовый адрес и e-mail, номер телефона автора, ответственного за контакты с редакцией;
- 5) фамилию, имя, отчество, звания, должности, места работы и e-mail всех авторов статьи, а также в обязательном порядке ORCID каждого автора.

РЕЗЮМЕ

Объем резюме должен быть расширенным и содержать не менее 700 слов. Здесь же пишутся «ключевые слова» (от 5 до 10 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах.

ТЕКСТ

Объем оригинальной статьи, как правило, не должен превышать 9 машинописных страниц, кратких сообщений и заметок из практики – 3–4 стр.

Объем лекций и обзоров не должен превышать 12 стр.

Оригинальные статьи должны иметь следующую структуру:

Введение. В нем формулируется цель и необходимость проведения исследования, кратко освещается состояние вопроса со ссылками на наиболее значимые публикации.

Материал и методы. Приводятся количественные и качественные характеристики больных (обследованных), а также упоминаются все методы исследований, применявшихся в работе, включая методы статистической обработки данных. При упоминании аппаратуры и новых лекарств в скобках указываются производитель и страна, где он находится.

Результаты. Их следует предоставлять в логической последовательности в тексте, таблицах и на рисунках. В тексте не следует повторять все данные из таблиц и рисунков. Надо упоминать только наиболее важные из них. В рисунках не следует дублировать данные, приведенные в таблицах. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нумерацией надо предоставлять на отдельной странице. Величины измерений должны соответствовать Международной системе единиц (СИ).

Обсуждение. Надо выделять новые и важные аспекты результатов своего исследования и по возможности сопоставлять их с данными других исследователей. Не следует повторять сведения, уже приведенные в разделе «Введение», и подробные данные из раздела «Результаты». В обсуждение можно включить обоснованные рекомендации и краткое заключение.

Таблицы. Каждая таблица должна иметь название и порядковый номер соответственно первому упоминанию ее в тексте. Каждый столбец в таблице должен иметь краткий заголовок (можно использовать аббревиатуры). Все разъяснения, включая расшифровку аббревиатур, надо размещать в сносках. Указывайте статистические методы, использованные для представления вариабельности данных и достоверности различий.

Подписи к иллюстрациям. Нумерация дается арабскими цифрами соответственно номерам рисунков. Подпись к каждому рисунку состоит из его названия и «легенды» (объяснения частей рисунка, символов, стрелок и других его деталей). В подписях к микрофотографиям надо указывать степень увеличения.

Иллюстрации. Формат файла рисунка tiff или jpeg, расширение 300 dpi.

Библиография (список литературы). В списке все работы перечисляются в порядке цитирования (ссылок на них в тексте), а не по алфавиту фамилий первых авторов. При упоминании отдельных фамилий авторов в тексте им должны предшествовать инициалы (фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции). В тексте статьи библиографические ссылки даются арабскими цифрами в квадратных скобках.

При авторском коллективе упоминаются все авторы (с инициалами после фамилий).

В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия – название издательства, после точки с запятой – год издания. Если ссылка дается на главу из книги, сначала упоминаются авторы и название главы, после точки с заглавной буквы ставится «В»: (“in”) и фамилия(и) автора(ов) или выступающего в его качестве редактора, затем название книги и ее выходные данные.

В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия) приводится название журнала и год издания, затем после точки с запятой – номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках номер журнала), после двоеточия помещаются цифры первой и последней (через тире) страниц.

При написании литературного обзора количество источников должно быть не менее 15, из них более 50 % содержать ссылки на зарубежный опыт.

Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, присылать нельзя.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.