

GIGANTINĖ TIESIOSIOS ŽARNOS ADENOMA. KLINIKINIS ATVEJIS

Albinas Tamošiūnas, Narimantas Evaldas Samalavičius, Algirdas Šlepavičius, Oleg Aliošin
Klaipėdos universitetinė ligoninė, Chirurgijos departamentas

Raktažodžiai: tiesiosios žarnos adenoma, transanalinė endoskopinė operacija.

Santrauka

Pristatome paciento su gigantine cirkuliaria tiesiosios žarnos adenoma bei sinchronine riestinės žarnos karcinoma *in situ* klinikinį atvejį. Karcinoma *in situ* pašalinta endoskopiškai, tiesiosios žarnos adenoma pašalinta transanalinės endoskopinės operacijos (TEO) būdu. Histologinis tyrimas neparodė invazyvios karcinomos požymių nė viename polipe. Aptariami gigantinių tiesiosios žarnos polipų gydymo ypatumai ir galimybės. Nors pirmenybė teikiama mažai invazyviems metodams, neabejotinų standartų nėra. Patikimas išvadas padaryti galėtų nebent prospektyvinis visų atvejų Europoje auditas.

Išvadas

Nors storosios žarnos adenomos (neoplastinį potencialą turintys kolorektaliniai polipai) – dažna patologija, Vakarų populiacijoje vyresniems kaip 50 metų asmenims pasitaikanti apie 25 proc. atvejų [1], gigantinės cirkuliaros tiesiosios žarnos adenomos gerokai retesnės. Tikslaus gigantinių adenomų dažnio neįmanoma nurodyti vien jau dėl to, kad nėra visuotinai priimtos bendrosios klasifikacijos [2,3]. Dažniausiai gigantinėmis įvardijamos adenomos, didesnės kaip 5 cm, nenurodant krypties – į gylį ar į plotį. Pristatome ultragigantinės (>8 cm) cirkuliaros tiesiosios žarnos adenomos atvejį, gydytą Klaipėdos universitetinės ligoninės Pilvo ir endokrininės chirurgijos skyriuje.

Klinikinis atvejis

Pacientas – 74 m. vyras, simptomų nejautė. Anamnezėje – išeminė širdies liga, prieš 11 m. persirgtas miokardo infarktas. Profilaktinio patikrinimo metu FOBT(+). Kitoje gydymo įstaigoje atlikta retrogradinė irigoskopija – rastas darinys tiesiojoje žarnoje, traktuotas kaip navikas. Atlikta kolonoskopija - I/V nejautroje apžiūrėta iki aklosios žarnos. Tiesiojoje žarnoje stebimas masyvus, cirkuliarus viliozinių polipas, apie 10 cm ilgio, apatinio krašto atstumas nuo išangės apie 4 cm. Histologiškai – tubuloviliozinė adenoma.

20 cm gylyje rastas apie 2 cm dydžio NICE2 polipas – histologiškai tubulinė adenoma, esant aukšto laipsnio displazijai (karcinoma *in situ*).

Dėl invazyvios karcinomos rizikos nuspręsta abu polipus šalinti vienu etapu. Pacientui pirmiausia atlikta endoskopinė polipektomija, endoskopine kilpa pašalintas polipas 20 cm gylyje, į pagrindą suleidus fiziologinio tirpalo. Procedūra vyko sklandžiai, komplikacijų nebuvo. Kitą dieną atlikta TEO polipektomija. Naudota 15 cm ilgio TEO platforma (Karl Storz, Tuttlingenas, Vokietija). Pašalintas cirkuliariai tiesiosios žarnos polipas apie 10 cm ilgio, pogleivio lygyje. Aiškios perforacijos į pilvo ertmę nestebėta. Dėl polipo dydžio – šalinant netilpo į TEO proktoskopą – pašalintas dalimis. Siekiant sumažinti striktūros tikimybę, proksimalinis ir distalinis rezekcijos kraštai suartinti pavienėmis 3/0 poliglikolio siūlėmis. Operacijos trukmė 7:15 val., po operacijos gydytas RITS, stebėtas laikinas CK kilimas iki 1764 U/l, nesant kliniškai reikšmingo suspaudimo sindromo. 2 pooperacinę parą gražintas į skyrių. Kontrolinėje apžvalginėje pilvo rentgenogramoje laisvo oro nestebėta, tačiau CRB pakilo iki 150,8 mg/l. Skirta parenterinė mityba, antibiotikoterapija ceftriaksonu 1,0x2 ir metronidazoliu 0,5x3. Peritonito požymių nebuvo, nekarščio, CRB per 4 paras sumažėjo iki 26,9 mg/l, leukocitozė $4,72 \times 10^9/l$. Išrašytas 5 pooperacinę parą, rekomendavus tęsti peroralinę antibiotikoterapiją cefuroksimu 0,5x2 ir metronidazoliu 0,5x2 dar 5 paras. Histologinis tyrimas iš riestinės žarnos: tubulinė adenoma su intramukozine vidutiniškai diferencijuota (G2) adenokarcinoma. pTis. Rezekcijos kraštuose adenokarcinomos nėra. Histologinis tyrimas iš tiesiosios žarnos: storosios žarnos plokščia tubulinė adenoma M8263/0. Po 1 mėnesio pacientas apklaustas telefonu – nusiskundimų neturi, tuština gerai, nekarščiuoja.

Histologiškai storosios žarnos adenomos skirstomos į tubulines (75-85% atvejų), tubuloviliozines (10-25%) ir viliozines (5%) [1]. Piktybinis potencialas priklauso ne tik nuo histologinio tipo, bet ir nuo adenomos dydžio. Mažesniame nei 1cm polipe karcinomos tikimybė neviršija 5 proc., tačiau didesniame nei 2 cm polipe invazyvios karcinomos tikimybė yra iki 50 procentų [1]. Paprastai storosios žarnos polipai

simptomų nesukelia, tačiau stambūs vilioziniai tiesiosios žarnos polipai gali pasireikšti kraujavimu tuštinantis, gleivingomis išskyromis, tenezmais [1]. Retais atvejais masyvių viliozinių tiesiosios žarnos polipų hipersekrecija gali sukelti dehidrataciją, ryškų elektrolitų pusiausvyros sutrikimą ir pre-renalinį inkstų nepakankamumą – tai vadinama McKittrick Wheelock sindromu [4,5].

Diskusija

Nedidelės kolorektalinės adenomos paprastai nustatomos ir pašalinamos kolonoskopijos metu [1]. Visgi plokšti stambūs polipai endoskopine kilpa pašalinami sunkiai, didelė polipo fragmentacijos ir neradikalaus pašalinimo tikimybė. Tiesiojoje žarnoje šalia išangės esantys polipai gali būti pašalinami transanalai. 1984 m. G. Buess pristatė transanalines endoskopines operacijas (TEM/TEO) [6]. Šios operacijos, kartu su vēlesnėmis įvairiomis transanalinėmis minimaliai invazyviomis metodikomis (TAMIS), endoskopine mukozektomija (EMR) ir endoskopine submukozine disekcija (ESD) [8] yra pagrindiniai tiesiosios žarnos polipų šalinimo būdai – priklausomai nuo ligoninės turimos įrangos ir patirties. Šie metodai leidžia polipus pašalinti vienu bloku, jei šalinama T1 karcinoma – toks gydymas gali būti pakankamas [9], tačiau gigantiniai, ypač cirkuliarūs, tiesiosios žarnos polipai yra tam tikras iššūkis. Viena vertus, patologija gerybinė, todėl pageidautinas mažai invazyvios, mažesnės apimties operacijos, kurios saugesnės pacientui, komplikacijos retos. Kita vertus, gigantinių, ypač cirkuliarių, adenomų pašalinimas techniškai itin sudėtingas, ne visada įmanoma pašalinti vienu bloku, ypač jei šalinama pogleivio lygyje. Gana dažnai polipai siekia rezekcinį kraštą – nuo 9,7 iki 30,7 proc. atvejų [9]. Atliekant viso sienos storio eksciziją, pašalinimas vienu bloku labiau tikėtinas, tačiau suartinti ir susiūti rezekcijos kraštus nenaudojant tempimo ne visada įmanoma, be to, didėja pilvaplėvės perforacijos rizika. Nors tai nėra labai didelė komplikacija [8, 10], tačiau perforacija turi būti pastebėta ir sandariai užsiūta. TEO cirkuliari sandari siūlė irgi techniškai sudėtinga, reikalaujanti didelės patirties [7]. Jei šalinant mažesnius polipus, palikti atvirą defektą yra priimtina taktika, tai cirkularius žarnos sienos defektas (nepriklausomai nuo to, ar yra pogleivio lygyje, ar viso sienos storio) ateityje sukels randinę striktūrą. Dubenyje gali būti įkritisų žarnų kilpų, ypač jei operacijos metu pacientas nėra Trendelenburgo padėtyje, jos irgi gali būti pažeistos, atliekant lokalų cirkuliarios tiesiosios žarnos adenomos šalinimą [7]. Lokaliai šalinant cirkuliarios tiesiosios žarnos adenomą, laparoskopija ar net laparotomija labai tikėtina ir traktuotina ne kaip nepageidaujamas įvykis, bet kaip logiškas operacijos etapas [8,10]. Nėra klaida ir cirkuliarių viliozinių polipą traktuoti kaip galimai invazyvią karcinomą ir atlikti

radikalią rezekcinę operaciją – net jei histologinis tyrimas nerodo piktybiškumo požymių. Kaip minėta, tikimybė, kad gigantiniame vilioziniame polipe gali būti invazyvios adenokarcinomos židiny, siekia 50 proc., todėl dalis autorių [11,12] rekomenduoja atlikti radikalią rezekciją pagal onkologinius principus. Idealu būtų piktybiškumą patikslinti dar iki operacijos, deja, jei biopsija invazijos nepatvirtina, vaizdinė diagnostika – magnetinio rezonanso tomografija (MRT) bei endoskopinis ultragarsinis tyrimas (EUG) nėra itin naudingi. Kaip parodė F. Letarte ir bendraautorių tyrimas [13], atliekant MRT gigantinių adenomų atveju, visada radiniai įvertinami kaip gerokai toliau pažengęs navikinis procesas, reikalaujantis gerokai didesnės apimties ar net kompleksinio gydymo. Jei pooperaciniame histologiniame tyrime rasta 8 karcinomos *in situ* bei 4 T1 adenokarcinomos, tai priešoperacinis MRT visus navikus vertino kaip T2-3 adenokarcinomas. Labiau pasitikint MRT nei biopsija ir klinikiu vertinimu, visiems pacientams turėtų būti taikomas perteklinis gydymas, su visomis galimomis komplikacijomis ir liekamaisiais reiškiniais, pavyzdžiui, anastomozės nesandarumu ar žemos tiesiosios žarnos rezekcijos sindromu (LARS). MRT polinkį į hiperdiagnostiką patvirtina ir asmeninė patirtis. Endoskopinis ultragarsinis tyrimas pasirodė kiek tikslesnis, tačiau taip pat pervertino pusę visų auglių. Jei vaizdinė diagnostika invazijos į pogleivį neranda – jos greičiausiai ir nėra, bet jei invazija randama – jos gali iš tikrųjų ir nebūti arba yra ženkliai mažesnė. Jei po tiesiosios žarnos polipo pašalinimo paaiškėtų, kad navikas vis dėlto piktybinis ir operacijos radikalumas nepakankamas (>T1 navikas, pogleivio invazija >SM1, ypač – limfovaskulinė invazija), būtų reikalinga radikali rezekcinė tiesiosios žarnos operacija [1-3,8]. Mūsų atveju situaciją sunkino antrasis polipas riestinėje žarnoje, kuris po polipektomijos galėjo pasirodyti esantis invazyvi adenokarcinoma, dėl kurios reikėtų antru etapu atlikti radikalią operaciją. Pasirinkome TEO polipektomiją pogleivio lygyje, aukodami galimybę pašalinti polipą vienu bloku. Operacinio preparato histologinis tyrimas tokį pasirinkimą pateisino, bent jau kol kas – polipe nei invazyvios, nei *in situ* karcinomos nerasta, po operacijos praėjus mėnesiui, paciento savijauta gera, tuštinimasis be sutrikimų.

Išvada

Cirkuliarių gigantinių tiesiosios žarnos adenomų gydymo standarto nėra. Nors mažai invazyvioms operacijoms teikiama pirmenybė, gydymo taktika parenkama individualiai, atsižvelgiant į paciento būklę, polipo ypatybes, esamą įrangą ir gydytojų chirurgų ir (ar) endoskopuotojų igūdžius. Tokie atvejai pasitaiko retai ir nėra bendros visuotinai priimtos klasifikacijos, todėl surinkti pakankamą atvejų skaičių ir padaryti patikimas išvadas galėtų nebent prospektyvinis visų atvejų Europoje auditas.

Literatūra

1. Bains L, Lal P, Vindal A, Singh M. Giant villous adenoma of rectum - what is the malignant potential and what is the optimal treatment? A case and review of literature. *World Journal of Surgical Oncology* 2019;17:109.
<https://doi.org/10.1186/s12957-019-1650-4>
2. Levic K, Bulut O, Hesselfeldt P. Transanal endoscopic microsurgery for giant polyps of the rectum. *Tech Coloproctol* 2014;18:521-527.
<https://doi.org/10.1007/s10151-013-1069-9>
3. Serra-Aracil X, Flores-Clotet R, Mora-Lopez L, Pallisera-Lloveras A, Serra-Pla S, Navarro-Soto S. Transanal endoscopic microsurgery in very large and ultra large rectal neoplasia. *Techniques in Coloproctology* 2019;23:869-876.
<https://doi.org/10.1007/s10151-019-02071-1>
4. Caron M, Dubrule CE, Letarte F, Lemelin V, Lafleur A. McKittrick-Wheelock Syndrome Presenting with Acute Kidney Injury and Metabolic Alkalosis: Case Report and Narrative Review. *Case Reports in Gastrointestinal Medicine* 2019;Article ID 3104187.
<https://doi.org/10.1155/2019/3104187>
5. Van der Pool AEM, de Graaf EJR, Vermaas M, Barendse RM, Doornebosch PG. McKittrick wheelock syndrome treated by transanal minimally invasive surgery: a single-center experience and review of the literature. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 2018;28(2):204-208.
<https://doi.org/10.1089/lap.2017.0195>
6. Buess G, Hutterer F, Theiss J, Böbel M, Isselhard W, Pichlmaier H. A system for a transanal endoscopic rectum operation. *Chirurg* 1984;55: 677-80.
7. Arezzo A, Arolfo S, Allaix ME, Bullano A, Miegge A, Marola S, Morino M. Transanal endoscopic microsurgery for giant circumferential rectal adenomas. *Colorectal Disease* 2016;18(9):897-902.
<https://doi.org/10.1111/codi.13279>
8. Arezzo A, Arolfo S, Cravero F, Migliore M, Allaix ME, Morino M. Which treatment for large rectal adenoma? Preoperative assessment and therapeutic strategy. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies* 2014;23(1):21-27.
<https://doi.org/10.3109/13645706.2013.833117>
9. Dulskas A, Kilius A, Petrulis K, Samalavičius NE. Transanal endoscopic microsurgery for giant benign rectal tumours: is large size a contraindication? *Int J Colorectal Dis* 2017; 32(12):1759-1761.
<https://doi.org/10.1007/s00384-017-2910-9>
10. Mege D, Petrucciani N, Maggiori L, Panis Y. Peritoneal perforation is less a complication than an expected event during transanal endoscopic microsurgery: experience from 194 consecutive cases. *Tech Coloproctol* 2017;21(9):729-736.
<https://doi.org/10.1007/s10151-017-1676-y>
11. Rickenbacher A, Bauerfeind P, Rössler F, Turina M. Sequential endoscopic and surgical removal of giant rectal adenomas extending to the dentate line. *Techniques in Coloproctology* 2018;22(5):379-381.
<https://doi.org/10.1007/s10151-018-1794-1>
12. Roriz-Silva R, Andrade AA, Ivankovics IG. Giant rectal villous adenoma: Surgical approach with rectal eversion and perianal coloanal anastomosis. *International Journal of Surgery Case Reports* 2014;5(2):97-99.
<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.12.003>
13. Letarte F, Drolet S, Laliberte AS, Bouchard P, Bouchard A. Transanal endoscopic microsurgery for rectal villous tumours: Can we rely solely on preoperative biopsies and the surgeon's experience? *Can J Surg* Vol 2019;62(6):454-459.
<https://doi.org/10.1503/cjs.012416>

GIANT RECTAL ADENOMA. CASE REPORT

A. Tamošiūnas, N.E. Samalavičius, A. Šlepavičius, O. Aliošin

Keywords: rectal adenoma, transanal endoscopic operation.

Summary

We are presenting a case of a man with giant circular rectal adenoma and in-situ carcinoma of sigmoid colon. The latter was removed endoscopically, while for rectal adenoma was performed transanal endoscopic operation (TEO). Histological examination did not found signs of invasion in both polyps. Controversies regarding tactics are discussed. Although minimally invasive approaches are favored, there is no robust standard in treatment of giant rectal adenomas. Prospective european audit could give reliable conclusions.

Correspondence to: albinas.tamosiunas@gmail.com

Gauta 2021-10-20