

АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА.

*С.В. Тарасенко, Е.В. Стрельников, С.Н. Куприянов,
В.П. Кочуков, Т.С. Рахмаев.*

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Липецкая областная клиническая больница.

Папиллярные аденомы большого дуоденального сосочка (БДС) относятся к предраковым заболеваниям и оптимальный метод их удаления еще не определен. Эндоскопические методы включают папиллэктомию с использованием полипэктомической петли, лазерную коагуляцию, монополярную и биполярную коагуляцию, аргоноплазменную коагуляцию (АПК). Проведен анализ результатов лечения с использованием АПК у 14 пациентов. На момент исследования у 7 пациентов имелась механическая желтуха, у 7 – транзиторная механическая желтуха в анамнезе. Всем больным перед АПК проводилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Механическая желтуха разрешилась у всех больных. Перед АПК двум больным была произведена электроэксцизия полипэктомической петлей опухолевых тканей БДС, трем - диатермокоагуляция. В одном случае выполнено протезирование главного панкреатического протока панкреатическим стентом Wilson-COOK 5 френч. АПК выполнялась аппаратом ERBE APC 300 ICC 300 (Германия) в режиме SPRAY 60 Вт, с потоком газа 0,5-2 л/мин. АПК выполняли до визуальной деструкции опухолевых тканей. В 1 случае после АПК развился отечный панкреатит, разрешившийся консервативно. Рецидив аденомы наблюдали у 2 больных: в 1 случае произведена повторная аргоноплазменная коагуляция, в другом выполнена панкреатодуоденальная резекция. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности аргоноплазменной коагуляции в комплексном лечении опухолей БДС. В случае рецидива аденомы БДС с признаками малигнизации требуется своевременное выполнение лапаротомного резецирующего вмешательства.

Доброкачественные опухоли большого дуоденального сосочка (БДС), ранее считавшиеся редкими, с развитием эндоскопической техники и широким внедрением эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) стали выявляться значительно чаще. Папиллярные аденомы относятся к предраковым заболеваниям, а аденомы с ворсинчатым типом строения имеют самый высокий процент малигнизации. [1,2] В связи с этим общепринятым является мнение о необходимости резекции папиллярных аденом. Однако оптимальный метод удаления еще не определен [3].

Эндоскопические методы включают папилэктомию с использованием полипэктомической петли, лазерную коагуляцию, монополярную и биполярную коагуляцию, аргоноплазменную коагуляцию (АПК). [4]. Первые сообщения об использовании АПК свидетельствовали о возможности ее многоцелевого применения в эндоскопической практике. [5-7]. Основным преимуществом данного метода является эффективная и безопасная коагуляция, глубину которой можно контролировать, а также удобства работы с аппаратурой [8-9]. Имеются публикации об использовании метода при лечении аденом толстой кишки [10], при пищеводе Барретта [11]. Использование АПК в дополнение к эндоскопической резекции слизистой оболочки при раннем раке желудка улучшает результаты лечения в плане профилактики возникновения кровотечения и повышения абластичности операции [12].

Цель исследования: оценить возможность и безопасность удаления опухолей БДС с использованием аргоноплазменной коагуляции.

Материал и методы

С 2003 по 2004г АПК опухолей большого дуоденального сосочка проведена 14 пациентам в возрасте от 35 до 74 лет, средний возраст - 53,3 года. Из них мужчин-4, женщин-10. Опухоль большого дуоденального сосочка была выявлена во время проведения ЭРХПГ и гистологически верифицирована как тубулярная аденома. Размеры опухоли: 15-20мм - у 3 пациентов, 10-15мм - у 11. На момент исследования у 7 пациентов имелась механическая желтуха с уровнем билирубина от 77 до 217 (в среднем 125) мкмоль/л, у 7 – транзиторная механическая желтуха в анамнезе. Калькулезный холецистит диагностирован у 6 пациентов, холедохолитиаз - у 3 пациентов. Холецистэктомия в анамнезе у 4 пациентов (2 лапароскопическим способом и 2 лапаротомным с наложением холедоходуоденоанастомоза).

Всем больным перед аргоноплазменной коагуляцией выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), в 4 случаях из-за невозможности канюляции холедоха первым этапом проводилась атипичная ЭПСТ игольчатым папиллотомом. У пациентов с холедохолитиазом камни были извлечены корзинкой Dormia сразу после ЭПСТ.

Перед АПК двум больным была произведена электроэксцизия полипэктомической петлей опухолевых тканей БДС, трем - диатермокоагуляция. В одном случае выполнено протезирование главного панкреатического протока панкреатическим стентом Wilson-COOK 5 френч. АПК выполнялась аппаратом ERBE APC 300 ICC 300 (Германия) в режиме SPRAY 60 Вт, с потоком газа 0,5-2 л\мин. 3 пациентам АПК проводилась двухэтапно через 2-3 суток.

Всем больным после удаления опухоли проводилась контрольная дуоденоскопия с забором материала для гистологической верификации радикальности вмешательства перед выпиской из стационара, затем через 1 и 6 месяцев.

Результаты и обсуждение

Дренирование желчных протоков для разрешения механической желтухи достигалось при помощи ЭПСТ. Об адекватности ЭПСТ судили по размеру устья терминального отдела холедоха, что контролировалось растягиванием тканей в области устья папиллотомом, визуально по поступлению желчи в

двенадцатиперстную кишку и рентгенологически по эвакуации контрастного вещества. Удаление камней из желчных протоков корзинкой Dormia проводилось одновременно, непосредственно после ЭПСТ. Механическая желтуха разрешилась у всех больных.

Адекватно выполненная ЭПСТ позволила оценить распространение опухоли по отношению к устьям главного панкреатического протока и терминального отдела холедоха. При больших размерах опухоли БДС производилась электроэксцизия полипэктомической петлей - в двух случаях, диатермокоагуляция - в 3 случаях.

Таким образом, АПК проводили в плановом порядке после разрешения механической желтухи, уточнения локализации, частичного удаления опухоли при больших размерах (у 5 пациентов) и гистологической верификации.

АПК производили следующим образом: после подведения эндоскопа к области БДС в биопсийный канал эндоскопа вводили APC-зонд диаметром 3,2мм. Зонд выдвигали из эндоскопа на 10мм до визуализации первого черного кольца на дистальном конце зонда. Для опухолей диаметром менее 5мм мощность аппарата ICC300 выставляли не более 60 Вт, для опухолей 5-15мм 60-80 Вт, а при размере опухоли более 15мм - 80 Вт. Продолжительность воздействия 1-5сек, 3-5сек, 3-10сек соответственно. При проведении аргоноплазменной коагуляции с потоком газа 2л/мин постоянно следили за раздуванием просвета кишки и при необходимости производили аспирацию газа через биопсийный канал эндоскопа. АПК осуществляли подведением зонда к опухолевой ткани на расстояние 2-4мм, коагуляцию проводили по всей площади опухоли и на 1-5мм в пределах визуально неизмененных тканей. Стремилась направлять струю плазмы в прямолинейном направлении под постоянным визуальным контролем. АПК выполняли до визуальной деструкции опухолевых тканей, начиная с центральной части опухоли. При этом отмечалось распространение некроза не более чем на 3-5мм вокруг непосредственной зоны воздействия.

С целью профилактики развития осложнений в виде острого панкреатита 2 пациентам был катетеризирован панкреатический проток. Через биопсийный канал (4,2мм) дуоденоскопа «OLYMPUS» TJF-30 (Япония), параллельно катетеру проводился APC-зонд к БДС и АПК выполнялась вокруг катетера при постоянной аспирации через него панкреатического секрета. В 2 случаях был установлен панкреатодуоденальный стент. В ближайшем послеоперационном периоде проводилась медикаментозная терапия, направленная на профилактику панкреатита.

В первые часы после АПК аденомы у 3 пациентов наблюдался умеренный болевой синдром с кратковременным повышением амилазы крови. У 1 пациентки развился отечный панкреатит, разрешившийся консервативно.

У 12 пациентов удалось достичь полного удаления опухоли БДС, что оценивалось визуально при дуоденоскопии на 2-5 сутки и подтверждалось гистологически при заборе материала через 2-4 нед. У одного из 2 пациентов с сохраняющимися фрагментами аденоматозных тканей вокруг устья главного панкреатического протока было выполнено панкреатодуоденальное протезирование. АПК произведена вокруг протеза, с извлечением его на 3 сутки. Рецидив аденомы наблюдали у 2 больных: в 1 случае произведена повторная аргоноплазменная коагуляция, в другом выполнена панкреатодуоденальная

резекция, при которой выявлена инвазия опухоли в главный панкреатический проток, а в макропрепарате малигнизировавшая аденома.

Выводы

аргоноплазменная коагуляция в комплексном лечении опухолей БДС является безопасным и эффективным методом. В случае рецидива аденомы БДС с признаками малигнизации требуется своевременное выполнение лапаротомного резецирующего вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adenomatous residue in cancerous papilla of Vater./ Kozuka S, Tsubone M, Yamaguchi A.//Gut.- 1981.- 1031-4
2. Rosenberg J, Welch JP, Pyrtek LJ, Walker M, Trowbridge P. Benign villous adenomas of the major duodenal papilla Cancer 1986;58:1563-8.
3. Tarazi RY, Hermann RE, Vogt DP, Hoerr SO, Esseistyn CB Jr, Cooperman AM, et al. Results of surgical treatment of peripapillary tumors: a thirty-five-year experience. Surgery 1986;100:716-23.
4. Zadorova Z, Dvorak M, Hajer J. Endoscopic therapy of benign tumors of the papilla of Vater: a clinicopathologic study. Am J Gastroenterol 1992;87:37-42.
5. Elhasani S.; Hodson R.M.; Tsai H.H.; Duthie G.S.; Wedgwood K.R. Use of argon beamer electrocoagulation in a UK endoscopy unit // Endoscopy 1996; 8: 45-46
6. Glaser J.; Arps H.; Rubsam M.; Hack Th. Kleinzelliges Sarkom des Oesophagus als viertes Malignom Palliative therapie mit Argongaskoagulation // DMW: Dtsch. med. Wochenschr 1997;34-35: 1037-1040
7. Johanns W.; Janssen J.; Jakobiet C.; Greiner L. Argon plasma coagulation (APC) in flexible endoscopy of the gastrointestinal tract: Initial clinical experiences //Endoscopy 1996; 8:46, паллиативном лечении стенозирующих опухолей
8. Canard J.M.; Vedrenne B. Clinical application of argon plasma coagulation in gastrointestinal endoscopy: Has the time come to replace the laser? // Endoscopy 2001; 4: 353-357
9. W.; Janssen J.; Jakobiet C.; Greiner L. Argon plasma coagulation (APC) in flexible endoscopy of the gastrointestinal tract: In vitro studies // Endoscopy 1996; 8: 46
10. Reguma J.; Wronska E.; Polkowski M.; Pachlewski J.; Butruk E. Argon plasma coagulation (APC) after piecemeal polypectomy for colorectal adenomas // Endoscopy 1996; 8: 61-62
11. Van Laethem J.-L.; Jagodzinski R.; Peny M.O.; Cremer M.; Deviere J. Argon plasma coagulation in the treatment of Barrett's high-grade dysplasia and in situ adenocarcinoma // Endoscopy 2001; 3: 257-261
12. Будзинский А.А. Коваленко Т.В., Мельченко Д.С., Кучин Г.А. Аргоноплазменная коагуляция в комплексе с эндоскопической резекцией слизистой оболочки пищевода и желудка. // Актуальные вопросы эндоскопической диагностики и лечения раннего рака пищеварительного

тракта. Сборник тезисов VI Российско-японского симпозиума по эндоскопии
пищеварительного тракта. 13 февраля 2004г. Москва

**ARGONOPASMIC COAGULATION IN COMPLEX TREATMENT OF ENLARGED
PAPILLARY
ADENOMA**

S.V. Tarasenko, E.V. Strelnikov, S.N. Kupriyanov,
V.P. Kochukov, T.S. Rakmaev.

Papillary adenoma of enlarged duodenal papilla (EDP) is referred to pre-cancer diseases & the optimum method of their removal is not yet determined. Endoscopic methods include papillaectomy using polypectomic loop, laser coagulation, monopolar & bipolar coagulation, argonoplasmic coagulation (APC). Results of APC usage on 14 patients were analyzed. At the moment of study 7 patients had obstructive jaundice, 7 patients had transitory obstructive jaundice in past history. Endoscopic papillosphincterotomy (EPST) was conducted on all the patients prior to APC. Obstructive jaundice was cured with all the patients. Two patients were subjected to electroexcision of malignant tissue of EDP with polypectomic loop, three patients underwent surgical diathermy. In one case the main pancreatic duct was replaced with 5 french Wilson-COOK stent. APC was made with the help of ERBE APC 300 ICC 300 apparatus (Germany) in SPRAY mode, 60 W, with the gas flow rate 0,5-2 l/min. APC was continued until the visual destruction of malignant tissues. In one case edematous pancreatitis was developed and it was conservatively treated. Recurrent adenoma was observed in two patients: in 1 case argonoplasmic coagulation was repeated. In the other case pancreaticoduodenal resection was made.

The obtained results testify to the efficiency of argonoplasmic coagulation in the complex treatment of EDP. In case of recurrent EDP with malignant symptoms timely laparotomic resection is required.