

Всероссийская научно-практическая конференция «ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ», 16–17 октября 2014, Санкт-Петербург

Анисимова А.В., Вайнер И.Е., Илюшина Т.В., Колокольникова К.В., Куква В.А., Нагорная О.А.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

СПб ГУЗ «Городской клинический онкологическом диспансер», г. Санкт-Петербург

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – сравнительно новая нозологическая единица, выделенная в самостоятельную форму из группы мезенхимальных опухолей в 1983 г. Она характеризуется в 95% гиперэкспрессией иммуногистохимических маркеров CD117 и CD34 и составляет всего 0,1–3% от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Тем не менее, по данным литературы, от 15 до 50% этих опухолей на момент выявления являются метастатическими и в 65% мишенью диссеминации оказывается печень при описанной избирательности метастазирования ГИСО ЖКТ в пределах брюшной полости. Злокачественный потенциал ГИСО определяется в первую очередь значением индекса пролиферативной активности Ki-67.

С 2007 г. по апрель 2014 г. в городском клиническом онкологическом диспансере Санкт-Петербурга было выявлено 32 случая морфологически и иммуногистохимически верифицированных ГИСО. По локализации опухоли превалировало поражение желудка, наблюдавшееся у 18 (56%) пациентов. В тонкой кишке ГИСО локализовалась в 5 (15,6%) случаях, в пищеводе – в 4 (12,5%), в толстой кишке – в 3 (9,4%); кроме того, нам встретилось по одному случаю поражения большого сальника и почки (по 3,25% соответственно). Минимальный размер ГИСО на момент выявления составил 1,5 см, максимальный – 12 см, в среднем $5,2 \pm 1,2$ см. Средний возраст пациентов с ГИСО 61 ± 2 года, в половой структуре преобладали женщины со статистически не значимой разницей. В нашем исследовании было отмечено, что все пациенты с ГИСО независимо от пола и возраста были высокого роста (в среднем 169 ± 2 см) и не имели недостатка массы тела (в среднем $82,4 \pm 3,2$ кг); индекс массы тела в среднем 28 ± 2 (только у одной пациентки этот показатель составил 22).

В 7 случаях ГИСО на момент выявления были метастатическими. У 4 пациентов была поражена печень, у 2 – забрюшинные лимфатические узлы.

При ГИСО почки определялись множественные метастазы. Характерно, что источником метастатического распространения в пяти (71%) случаях была опухоль желудка. В данной группе пациентов вторичные изменения в печени всегда имели множественный характер, размеры очагов, по данным УЗИ, были не менее 2,0 см., что клинически сопровождалось желтухой, субфебрилитетом, повышением трансаминаз и билирубина.

С 2012 г. всем пациентам с подслизистыми образованиями верхних отделов ЖКТ в отсутствие верификации другими методами проводилась эндоскопическая ультрасонография с тонкоигольной пункцией. Данный вид исследования дополнительно позволил верифицировать ГИСО у 6 пациентов. В морфологической структуре ГИСО превалировала веретенноклеточная форма строения – 63% ($n = 20$), эпителиоидно-клеточная встречалась в 25% ($n = 8$), смешанная – в 12,5% ($n = 4$) случаев. Более редкие гистологические формы (онкоцитарная, мезотелиомоподобная и перстневидно-клеточная) в данной группе больных не встречались. У 2 пациентов выявленная ГИСО сочеталась с карциномой другой локализации: метакронно с аденокарциномой сигмовидной кишки, синхронно – с высококодифференцированным раком желудка.

Среди пациентов с ГИСО более 60% получили хирургическое лечение. У 3 пациентов вмешательство проводилось по поводу рецидива заболевания с интервалом после первой операции от 7 мес до 14 лет. Еще один случай рецидива, как и все метастатические ГИСО, в виду множественности был пролечен методом таргетной терапии. 5 пациентов динамически наблюдаются в связи с категорическим отказом от хирургического лечения без признаков метастазирования в интервале от 8 до 28 мес.

Заключение. Несмотря на сравнительную редкость ГИСО в структуре опухолей ЖКТ, учитывая их непредсказуемый метастатический потенциал, следует стремиться верифицировать подслизистые новообразования всеми доступными методами.

В связи с отсутствием предиктивных факторов степени злокачественности ГИСО до морфологического исследования удаленного препарата, а значит, невозможностью предотвратить гематогенное метастазирование в печень, следует рекомендовать отказ от наблюдательной в пользу активной хирургической тактики в отношении пациентов с ГИСО.

Принимая во внимание, что ГИСО с высоким пролиферативным индексом наиболее часто вторично поражает печень, необходимо пожизненное динамическое наблюдение пациентов после хирургического лечения.