

ХИРУРГИЯ / SURGERY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.152.16>

СПОСОБ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОТДАЛЕННОГО МЕТАСТАЗА СЕМИНОМЫ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА

Научная статья

Рыжиков М.Г.^{1,*}, Росинский А.А.²

¹ORCID : 0000-0003-2192-8396;

²ORCID : 0009-0009-3957-5569;

^{1,2}Нижевартовская Окружная клиническая больница, Нижевартовск, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (orcchief[at]yandex.ru)

Аннотация

Впервые в литературе предоставлено клиническое наблюдение остановки кровотечения из отдаленного позднего метастаза семиномы в слизистой оболочке желудка, у пациента с признаками синдрома “выгорания” первичного очага семиномы, на фоне проведенного курса лечения, методом выполнения эндоскопического гемостаза путем диссекции образования в подслизистом слое. Клинический случай представляет интерес ввиду редкого сочетания локализации метастазирования семиномы и рецидивного механизма кровотечения. Метод подслизистой диссекции позволяет выполнить окончательный эндоскопический гемостаз у пациента с кровотечением из метастатического очага в слизистой оболочке желудка с сохранением целостности стенки органа, избежать формирования операционной раны и сокращает сроки пребывания пациента с опухолевой патологией в стационаре.

Ключевые слова: семинома, метастаз, кровотечение, гемостаз, диссекция, эндоскопия.

METHOD OF DEFINITIVE ENDOSCOPIC HAEMOSTASIS OF BLEEDING FROM DISTANT METASTASIS OF SEMINOMA IN THE GASTRIC MUCOSA

Research article

Rizhikov M.G.^{1,*}, Rosinskii A.A.²

¹ORCID : 0000-0003-2192-8396;

²ORCID : 0009-0009-3957-5569;

^{1,2}Nizhnevartovsk Regional Clinical Hospital, Nizhnevartovsk, Russian Federation

* Corresponding author (orcchief[at]yandex.ru)

Abstract

For the first time in the literature a clinical observation of stopping bleeding from a distant late metastasis of seminoma in the gastric mucosa in a patient with signs of the ‘burnout’ syndrome of the primary focus of seminoma, against the background of the treatment course, by performing endoscopic haemostasis by dissection of the mass in the submucosal layer is presented. The clinical case is of interest due to the rare combination of seminoma metastasis localisation and recurrent bleeding mechanism. The method of submucosal dissection allows to perform definitive endoscopic haemostasis in a patient with bleeding from a metastatic focus in the gastric mucosa with preserving the integrity of the organ wall, avoiding the formation of an operative wound and reducing the period of hospital stay of a patient with tumour pathology.

Keywords: seminoma, metastasis, bleeding, haemostasis, dissection, endoscopy.

Введение

Семинома (от лат. semen, semin[is] + -ома; син.: *сперматобластома, сперматоцитомы*) – злокачественная опухоль из герминогенных клеток, является наиболее распространенной среди первичных герминогенных опухолей яичек. Наиболее распространена у пациентов в возрасте 20–40 лет. Иногда может первично располагаться вне яичка, в переднем средостении или забрюшинном пространстве, что объясняется задержкой герминогенного эпителия в период эмбрионального развития [1].

Данный вид новообразований является наиболее распространенным видом герминогенной опухоли яичка, чаще всего манифестирующее у мужчин репродуктивного возраста (в возрасте 15-35 лет) [2].

Удельный вес семиномы в структуре онкологической заболеваемости у мужчин лишь немногим превышает 1%. Тем не менее, применительно к мужчинам молодого возраста, именно эта разновидность неоплазии является не только наиболее частой онкологической патологией (до 60% от всех новообразований), но и основной причиной онкологической смертности [3].

За последние 40 лет заболеваемость тестикулярными опухолями почти удвоилась. Наименьшая встречаемость герминогенных новообразований наблюдается в Африке и Азии (менее 1 случая на 100 000 человек в год). В странах Европы и Северной Америки этот показатель составляет 5–7 случаев, а в Скандинавии ежегодная частота новообразований яичка достигает 8–10 первичных диагнозов на 100 000 мужчин [4].

Пятилетняя выживаемость при отсутствии очагов поражения вне яичек и раннем выявлении и лечении оценивается на уровне 99%. При поражении лимфатической системы пятилетняя выживаемость снижается до 96%. При наличии очагов в брюшной полости до 95% [5].

В литературе описан синдром «выгорания» для герминогенных опухолей, под которым подразумевают процесс формирования отдаленных метастазов на фоне четких признаков редукции первичного очага опухоли яичка после проведенной терапии [6].

Частота рецидива семиномы варьируется в диапазоне от 12% до 19%. В подавляющем большинстве случаев (более 84%) рецидив возникает в лимфатических узлах забрюшинного пространства через 12–18 месяцев. У 18–24% пациентов с рецидивом формируются отдаленные метастазы. Чаще всего поздние рецидивы возникают через 2 года после орхихтомии и составляют 9% всех случаев рецидива [7].

Среди наиболее распространенных очагов метастазирования опухолей яичка выделяют:

- 1) печень;
- 2) легкие;
- 3) забрюшинное пространство;
- 4) головной мозг;
- 5) костную ткань [8].

Среди методов борьбы с рецидивом герминогенных опухолей проводятся исследование методики диссекции лимфатических узлов заброшенного пространства, в том числе и методов робот-ассистированных операций. Среди преимуществ этой методики выделяют возможность снижения токсической нагрузки радио- и химиотерапии на организм пациента и как следствие снижение смертности, связанной с терапией [9].

Слизистая оболочка желудка рассматривается как наиболее редко встречающееся направления метастазированию семиноме. На 2019 год в литературе было описано менее 10 случаев метастазирования опухолей яичка в слизистую оболочку желудка [10].

Примеры метастазирования семиномы в слизистую желудка, осложненного кровотечением, ранее в литературе не описывались.

Цель работы продемонстрировать клинический случай 29-летнего пациента, прошедшего курс химиотерапии по поводу семиномы, предложить возможную тактику паллиативной помощи пациенту с метастазированием в слизистую желудка, осложненным кровотечением в виде наиболее малоинвазивного эндоскопического метода гемостаза и стабилизации гемодинамики с применением эндоскопической хирургии.

Клинический случай

Пациент мужского пола 29 лет поступил в Нижневартговскую окружную клиническую больницу с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. По данным первичного осмотра он отметил ухудшение самочувствия в течение 10 дней, когда стал отмечать черный, дегтеобразный стул и нарастающую слабость, головокружение.

Из анамнеза пациента известно, что он наблюдается в онкологическом диспансере с прогрессом семиномы опущенного левого яичка, по поводу которого шесть лет назад была выполнена онихофуникулэктомия слева, 4 курса ПХТ.

Свидетельств о язвенной болезни, употребления антикоагулянтов и НПВС в анамнезе нет. В общем анализе крови (ОАК) на момент поступления присутствовали признаки анемии средней степени тяжести: Гемоглобин 70 г/л, эритроциты 2,83.

При поступлении была выполнена диагностическая эзофагогастродуоденоскопия на которой было выявлено эпителиальное новообразование большой кривизны желудка (полиповидное образование на широком основании 0-Is по Парижской классификации до 8 мм в диаметре) с покрытыми гематином эрозиями на поверхности без признаков кровотечения. Макроскопическая картина предполагала метастатическую природу образования, для верификации диагноза был выполнен забор материала на гистологическое исследование.

Пациенту была проведена гемотрансфузия в виде 3 дозы эритроцитарной лейкоредуцированной взвеси (730 мл суммарно) и 3 дозы свежзамороженной плазмы (750 мл суммарно). Также начата консервативная терапия: ингибиторы протонной помпы, антифибринолитические средства, гемостатические препараты, препараты трехвалентного железа per os, коррекция водно-электролитных нарушений.

На следующий день на фоне клинической картины кровотечения и снижения уровня гемоглобина до 85 г/л выполнена повторная ЭГДС, визуализируется картина продолжающегося струйного кровотечения из эпителиального образования большой кривизны желудка. Принято решение выполнить комбинированный эндоскопический гемостаз включающий в себя инъекционный гемостаз и аргонплазменную коагуляцию. После выполнения гидролифтинга слизистой оболочки раствором гелофузина инъекцией в три точки выполнена аргонплазменная коагуляция кровоточащей поверхности образования сеансами по 5 секунд. Окончательный гемостаз не был достигнут, но интенсивность кровотечения заметно снизилась до скудного капиллярного, совместно с хирургом принято решение о продолжении консервативной гемостатической терапии.

По результатам компьютерной томографии грудной клетки с контрастом выявлена картина метастатического поражения печени, парааортальных лимфоузлов, признаки образования в надпочечниках вторичного генеза, метастатическое поражение легких. По данным ультразвуковой диагностики выявлены метастатические изменения печени, забрюшинных лимфоузлов, гидронефроз слева, лимфаденопатия паховых лимфоузлов слева, надключичного лимфоузла слева.

По данным биопсии образования желудка выявлена ткань метастаза недифференцированной карциномы, по морфологической структуре наиболее характерной для семиномы.

После 7 дней стационарного лечения, на фоне улучшения общего самочувствия, отсутствия признаков желудочно-кишечного кровотечения и анемии (повышение уровня гемоглобина с 85 г/л до 101 г/л) пациент был выписан для дальнейшего лечения в Онкологическом диспансере Нижневартговска.

Через пять дней после выписки пациент на фоне ухудшения самочувствия повторно обратился в НОКБ с признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и был госпитализирован. При лабораторной диагностике в ОАК выявлено снижение уровня гемоглобина до 70г/л.

При эндоскопическом осмотре признаков продолжающегося кровотечения не обнаружено, новообразование большой кривизны желудка (полиповидное образование на широком основании 0-Is по Парижской классификации до 8 мм в диаметре) с покрытыми гематином эрозиями на поверхности. м. Выполнена трансфузия препаратов крови: 3 дозы эритроцитарной лейкоредуцированной взвеси (730 мл суммарно) и 3 дозы свежемороженой плазмы (750 мл суммарно) на вторые сутки 4 дозы эритроцитарной лейкоредуцированной взвеси (1100мл). Была назначена консервативная терапия: ингибиторы протонной помпы, антифибринолитические средства, гемостатические препараты, препараты трехвалентного железа per os, коррекция водно-электролитных нарушений. На фоне проводимой терапии сохранялись признаки анемии средней степени тяжести.

Учитывая сохраняющую анемию, высокие риски хирургической операции на 8 сутки стационарного лечения, консилиумом было принято решение об удалении метастаза семиномы методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое.

При выборе оперативной тактики лечения эндоскопический метод был выбран ввиду наличия следующих преимуществ над полостной операцией:

1. Отсутствие необходимости формирования операционной раны.
2. Снижение временных затрат на послеоперационную реабилитацию.
3. Сохранение целостности стенки органа (Органосохраняющие функции).

В условиях операционной под ТВВА+ИВЛ видеогастроскоп (Pentax EG2990i Япония) был заведен в желудок, выполнен гидролифтинг образованием раствором гелофузина окрашенным индигокармином при помощи инъектора EndoFlex 25G. Используя электрохирургический нож Fine Medix I-типе выполнен окаймляющий разрез проксимальнее образования на 3 мм, эндоскоп введен в подслизистый слой, в котором под образованием определяется плотный сосудистый пучок, с фиброзом, затрудняющий гидролифтинг. Выполнена диссекция образования в подслизистом слое. Диссекция осложнялась выраженным фиброзом и большим количеством перфорантных сосудов. Небольшие кровотечения остановлены ножом диатермокоагуляцией (SwiftCoag: эффект 3; 45 Вт), более значимые с использованием щипцов для горячей биопсии EndoStars (SoftCoag: эффект 3; 60 Вт). При осмотре данных за перфорацию и кровотечение не получено. Образование извлечено из просвета кишки с помощью гастроскопа. С целью профилактики кровотечения из дефекта слизистой оболочки края его были сведены 3 эндоскопическими клипсами Boston Scientific Resolution clip 360.

Послеоперационный период протекал без особенностей. На фоне проведенного оперативного лечения и гемотрансфузии отмечено улучшение самочувствие пациента и стабилизация гемодинамики на фоне чего был выписан после двухнедельного курса лечения.

После выписки пациент обратился в онкологический диспансер где по решению консилиума был переведен в 4 клиническую группу. Эпизодов кровотечения, после эндоскопической операции не отмечалось.

Через 4 месяца пациент был госпитализирован в терапевтический стационар для проведения паллиативной помощи где на фоне крайне тяжелого состояния, обусловленного онкоинтоксикацией, произошла остановка сердечной деятельности в условиях палаты реанимации.

Заключение

1. Кровотечение из метастазов семиномы редкая эндоскопическая находка, которая может являться плохим прогностическим признаком и создает угрозу жизни пациента.
2. Эндоскопическая резекция метастаза позволяет добиться гемостаза, избежав полостной операции и сократить сроки пребывания пациента в стационаре, а также сохранить качество жизни онкологического больного.

Конфликт интересов

Не указан.

Conflict of Interest

None declared.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Cheng L. Testicular cancer / L. Cheng // Nat Rev Dis Primers. — 2018. — № 4. DOI: 10.1038/s41572-018-0029-0.
2. Escobar D. Disparities in Testicular Cancer: A Review of the Literature / D. Escobar, S. Daneshmand // Cancers (Basel). — 2024. — № 16(20). DOI: 10.3390/cancers16203433.
3. Smith Z. L. Testicular Cancer: Epidemiology, Diagnosis, and Management / Z. L. Smith, R. P. Werntz, S. E. Eggener // Med Clin North Am. — 2018. — № 102(2). — P. 251–264. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.10.003.
4. Имянитов Е. Н. Эпидемиология и биология герминогенных опухолей / Е. Н. Имянитов // Практическая онкология. — 2006. — № 1. — С. 1–5.
5. Fung C. Testicular cancer survivorship / C. Fung, P. C. Dinh, S. D. Fossa [et al.] // Journal of the National Comprehensive Cancer Network. — 2019. — № 17(12). — P. 1557–1568. DOI: 10.6004/jnccn.2019.7369.

6. Mesa H. “Burned out” testicular seminoma presenting as a primary gastric malignancy / H. Mesa, A. Rawal, A. Rezcallah [et al.] // *International Journal of Clinical Oncology*. — 2009. — № 14. — P. 74–77. DOI: 10.1007/s10147-008-0804-0.
7. Bumbasirevic U. Treatment options in stage I seminoma / U. Bumbasirevic, M. Zivkovic, M. Petrovic [et al.] // *Oncology Research*. — 2022. — № 30(3). — P. 117. DOI: 10.32604/or.2022.027511.
8. Arranz Arija J. A. SEOM-GG clinical guidelines for the management of germ-cell testicular cancer (2023) / J. A. Arranz Arija, X. G. Del Muro, R. L. Caro // *Clinical and Translational Oncology*. — 2024. — № 26(11). — P. 1–17. DOI: 10.1007/s12094-024-03532-2.
9. Bagrodia A. Germ Cell Tumors: Updates on Epidemiology, Biology, and Treatment Considerations / A. Bagrodia, C. Albany, T. A. Masterson // *Advances in Urology*. — 2018. — № 3. DOI: 10.1155/2018/4821084.
10. McLaren A. Metastatic seminoma with isolated gastric metastases: a case report / A. McLaren, M. A. Baxter, T. Katbeh [et al.] // *Scottish Medical Journal*. — 2019. — № 64(4). — P. 133–137. DOI: 10.1177/0036933019856567.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Cheng L. Testicular cancer / L. Cheng // *Nat Rev Dis Primers*. — 2018. — № 4. DOI: 10.1038/s41572-018-0029-0.
2. Escobar D. Disparities in Testicular Cancer: A Review of the Literature / D. Escobar, S. Daneshmand // *Cancers (Basel)*. — 2024. — № 16(20). DOI: 10.3390/cancers16203433.
3. Smith Z. L. Testicular Cancer: Epidemiology, Diagnosis, and Management / Z. L. Smith, R. P. Wertz, S. E. Eggener // *Med Clin North Am*. — 2018. — № 102(2). — P. 251–264. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.10.003.
4. Imjanitov E. N. Epidemiologija i biologija germinogenih opuholej [Epidemiology and biology of germ cell tumors] / E. N. Imjanitov // *Practical Oncology*. — 2006. — № 1. — P. 1–5. [in Russian]
5. Fung C. Testicular cancer survivorship / C. Fung, P. C. Dinh, S. D. Fossa [et al.] // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. — 2019. — № 17(12). — P. 1557–1568. DOI: 10.6004/jnccn.2019.7369.
6. Mesa H. “Burned out” testicular seminoma presenting as a primary gastric malignancy / H. Mesa, A. Rawal, A. Rezcallah [et al.] // *International Journal of Clinical Oncology*. — 2009. — № 14. — P. 74–77. DOI: 10.1007/s10147-008-0804-0.
7. Bumbasirevic U. Treatment options in stage I seminoma / U. Bumbasirevic, M. Zivkovic, M. Petrovic [et al.] // *Oncology Research*. — 2022. — № 30(3). — P. 117. DOI: 10.32604/or.2022.027511.
8. Arranz Arija J. A. SEOM-GG clinical guidelines for the management of germ-cell testicular cancer (2023) / J. A. Arranz Arija, X. G. Del Muro, R. L. Caro // *Clinical and Translational Oncology*. — 2024. — № 26(11). — P. 1–17. DOI: 10.1007/s12094-024-03532-2.
9. Bagrodia A. Germ Cell Tumors: Updates on Epidemiology, Biology, and Treatment Considerations / A. Bagrodia, C. Albany, T. A. Masterson // *Advances in Urology*. — 2018. — № 3. DOI: 10.1155/2018/4821084.
10. McLaren A. Metastatic seminoma with isolated gastric metastases: a case report / A. McLaren, M. A. Baxter, T. Katbeh [et al.] // *Scottish Medical Journal*. — 2019. — № 64(4). — P. 133–137. DOI: 10.1177/0036933019856567.