

А.В. МИХЕЕВ¹, С.Н. ТРУШИН¹, Е.К. СУРОВ², С.В. СНЕГУР²

ФИБРОВАСКУЛЯРНЫЙ ПОЛИП ПИЩЕВОДА

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»¹,

ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница»²,

Российская Федерация

Фиброваскулярный полип пищевода – редкое доброкачественное внутрипросветное псевдоопухолевое заболевание проксимального отдела пищевода. На его долю приходится не более 0,5-1% от всех доброкачественных новообразований пищевода. Полипы больших размеров являются опасными для жизни из-за потенциальной опасности обструкции дыхательных путей и асфиксии. Из-за риска развития осложнений они подлежат обязательному удалению. При выборе метода оперативного вмешательства следует учитывать размеры, локализацию, толщину и особенности кровоснабжения ножки полипа. Хирургическое лечение является методом выбора, так как эндоскопическое удаление не всегда возможно. В статье представлено наблюдение гигантского фиброваскулярного полипа шейного отдела пищевода у пожилого 72-летнего мужчины, сопровождавшегося характерными клиническими проявлениями: интермиттирующей дисфагией и попытками выплюнуть инородное образование. Визуальный осмотр и фиброэзофагоскопия подтвердили наличие гигантского фиброваскулярного полипа проксимального отдела пищевода длиной более 10 см. Рентгенологическое исследование пищевода с сульфатом бария оказалось малоинформативным. Наличие широкого основания не позволило произвести эндоскопическое удаление новообразования. В качестве хирургического пособия успешно применена трансцервикальная вертикальная эзофаготомия с резекцией фиброваскулярного полипа. Рецидивов заболевания после радикальных хирургических вмешательств не описано в литературе. Фиброваскулярный полип пищевода, несмотря на редкость патологии, необходимо обязательно принимать во внимание при построении алгоритма дифференциальной диагностики и плана обследования у пациентов с дисфагией, рвотой, регургитацией и потерей веса.

Ключевые слова: гигантский фиброваскулярный полип, пищевод, полип пищевода, фиброэпителиальные полипы, дисфагия, рвота, регургитация

Fibrovascular polyps are rare, benign, and intraluminal tumors submucosal tumor-like lesions of the proximal esophagus. Fibrovascular polyps account for only 0,5–1% of all benign esophageal tumors. Polyps of a large size are thought to be extremely dangerous due to known risk of obstruction of the respiratory tract and asphyxiation. The removal of these lesions is usually recommended because of the progressive complications of oesophagus. As for correct surgical approach, the accurate assesment of the origin, size, and vascularity of the pedicle and the size of the tumor mass is essial for the proper treatment. Surgical, rather than endoscopic removal, is the treatment of choice. In the article a case of giant fibrovascular polyp of the cervical part of esophagus is presented in 72-yr-old-men, accompanied by specific clinical manifestations: intermitting dysphagia and efforts to regurgitate. Visual examination and fibroesophagoscopy demonstrated the giant fibrovascular polyp (more than 10 cm long) in the proximal esophagus. X-ray investigation of the esophagus with barium sulfate studies failed to demonstrate a proximal pedicle. The fibrovascular polyp due to the presence of thick pedicle could not be removed via endoscopy. A cervical vertical oesophagostomy with the fibrovascular polyp resection appears to be the approach of choice. No any cases of recurrence after radical surgery according to the available literature has been reported.

It is important to make algorhymth of differential diagnostics taking into account the esophageal fibrovascular polyp in patients with dysphagia, vomiting, regurgitation and weight loss inspite of its rarity.

Keywords: giant fibrovascular polyp, esophagus, esophageal polyp, fibroepithelial polyps, dysphagia, vomiting, regurgitation

Novosti Khirurgii. 2016 Jan-Feb; Vol 24 (1): 88-92

Fibrovascular Polyp of the Esophagus

A.V. Mikheev, S.N. Trushin, E.K. Surov, S.V. Snegur

Введение

Фиброваскулярный полип (фиброзный полип) (ФВП) согласно Международной гистологической классификации опухолей относят к опухолеподобным процессам. Он представляет собой редкое доброкачественное внутрипросветное субмукозное псевдоопухолевое заболевание. На долю ФВП приходится

лишь 0,5-1% от всех доброкачественных новообразований пищевода [1, 2]. ФВП чаще располагается в верхней части пищевода, хотя может обнаруживаться на любом уровне. Он состоит из соединительной и жировой тканей, среди которых видны тонкостенные кровеносные сосуды, и снаружи покрыт неизменной слизистой оболочкой. Иногда, из-за наличия в нем в различном объеме жировой, фиброзной

ткани и сосудов, ФВП может быть расценен как липома, фиброма, фибролипима, фиброэпителиальный полип [1]. Заболевание длительное время может протекать бессимптомно. Клинически ФВП больших размеров проявляются интерметирующей дисфагией, тошнотой, рвотой, потерей веса. Такие ФВП могут ретроградно выпадать в глотку, что приводит к нарушению глотания, болевым ощущениям при приеме пищи. Описаны случаи летального исхода при аспирации новообразования в гортань с развитием асфиксии [1, 3]. ФВП чаще выявляются у мужчин в возрасте 50-60 лет [1, 3, 4]. В зарубежной литературе описано около 100 случаев заболевания [4, 5, 6].

Клинический случай

Приводим собственное клиническое наблюдение. Пожилой мужчина 72 лет поступил в отделение торакальной хирургии ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница» с жалобами на чувство дополнительного образования, инородного тела, «комка» в области глотки и шейного отдела пищевода, невыраженную интермитирующую дисфагию при приеме грубой пищи. Также пациента беспокоило наличие дополнительного образования в ротовой полости, появляющегося при резком кашле, рвотных движениях. Точно начала заболевания не помнит. В течение последних 5 лет отмечает незначительную дисфагию при приеме твердой пищи. В 2013 г. перенес ишемический инсульт в правом каротидном бассейне с левосторонним гемипарезом. С этого же времени отмечает нарастание дисфагии и чувство инородного тела в ротовой полости. За медицинской помощью в центральную районную больницу по месту

жительства обратился лишь в 2015 г. Участковым терапевтом направлен на консультацию к оториноларингологу в специализированное отделение больницы города Рязани. Осмотрен оториноларингологом, выполнена прямая ларингоскопия. Заключение: новообразование гортаноглотки? (пищевода?), биопсия из новообразования. Результаты гистологического исследования биопсийного материала: фрагмент хронической язвы со зрелой грануляционной тканью. Для дальнейшего обследования и лечения направлен в клинику факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» в отделение торакальной хирургии ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница». При поступлении осмотрен совместно торакальным хирургом, оториноларингологом. Акт глотания, дыхание не нарушены. При натуживании в ротоглотке определяется дополнительное образование продолговатой формы, покрытое слизистой оболочкой с изъязвлением в дистальном отделе (рис. 1). В спокойном состоянии глотка без особенностей. Голосовые складки контурированы, подвижны, просвет гортани свободен. В области входа в пищевод, в левом грушевидном синусе отмечается выбухание слизистой.

Общее состояние пациента на момент осмотра удовлетворительное. Дополнительные образования в области шеи не выявлено. Дыхательная недостаточность отсутствует. Органы и системы без особенностей. АД= 120/80 мм рт.ст., ЧСС=80 уд. в мин. Физиологические отправления в норме. Осмотрен неврологом. Адекватен. Черепные нервы без патологии. Сила в конечностях достаточная. Сухожильные рефлексы живые. S=D, патологических реакций, атаксии нет. Заключение: ЦВБ вследствие

Рис. 1. Полип при визуальном осмотре





Рис. 2. Рентгенологическое исследование пищевода с сульфатом бария. Полип четко не визуализируется

церебрального атеросклероза. Последствия ишемического инсульта в правом каротидном бассейне с рефлекторным левосторонним гемипарезом. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в легких патологических образований не выявлено. Корни уплотнены. Срединная тень не смещена. Рентгеноскопия пищевода, желудка: при исследовании после приема *per os* бариевой взвеси пищевод проходим, нечетко в области «рта» определяется мешковидное выпячивание, возможно, дивертикул до 2,5 см. Затеков контрастного вещества не выявлено (рис. 2).

Выполнена фиброгастроуденоскопия: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка абдоминального отдела гиперемирована. На уровне «рта» пищевода обращает на себя внимание исходящее из левой боковой стенки полиповидное образование на очень длинной ножке до 1,0-1,5 см в дм с изъязвлением, само образование определяется в ротовой полости. Поведение пациента во время исследования беспокойное, пытается самостоятельно удалить аппарат. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости патологии не выявлено. ЭКГ, лабораторные анализы в пределах нормы. 26.02.15 операция — эзофаготомия, удаление полипа пищевода. Под эндотрахеальным наркозом разрез кожи по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Мягкие ткани разделены тупо и остро. Частично



Рис. 3. Этап операции. Выполнена эзофаготомия, полип захвачен зажимом и извлечен наружу, визуализировано его основание.



Рис. 4. Операционный макропрепарат

мобилизован шейный отдел пищевода на протяжении около 5 см по передней и левой заднебоковой стенке. При ревизии визуально пищевод не изменен, выпячивания его стенки нет. ФГС в условиях операционной. Осмотр затруднен, для улучшения визуализации извлечен желудочный зонд. При дальнейшем осмотре выявлено, что образование располагается внутрипросветно, длиной около 10 см, подвижное, на широком основании, которое локализуется в области «рта» пищевода. Верхушка новообразования располагается на уровне грудного отдела пищевода. Последняя захвачена, выполнена тракция в проксимальном направлении. Эзофаготомия протяженностью около 2-2,5 см на уровне «рта» пищевода под внутрипросветным визуальным контролем эндоскопа. Образование выведено через рану, отсечено в пределах неизменной слизистой оболочки (рис. 3, 4). Послойный шов викрилом. Швы на рану. Гистологическое исследование удаленного препарата: фиброваскулярный полип пищевода (рис. 5). Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 9 сутки. Выписан на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии без явлений дисфагии.

Обсуждение

В практике клинициста наличие дополни-

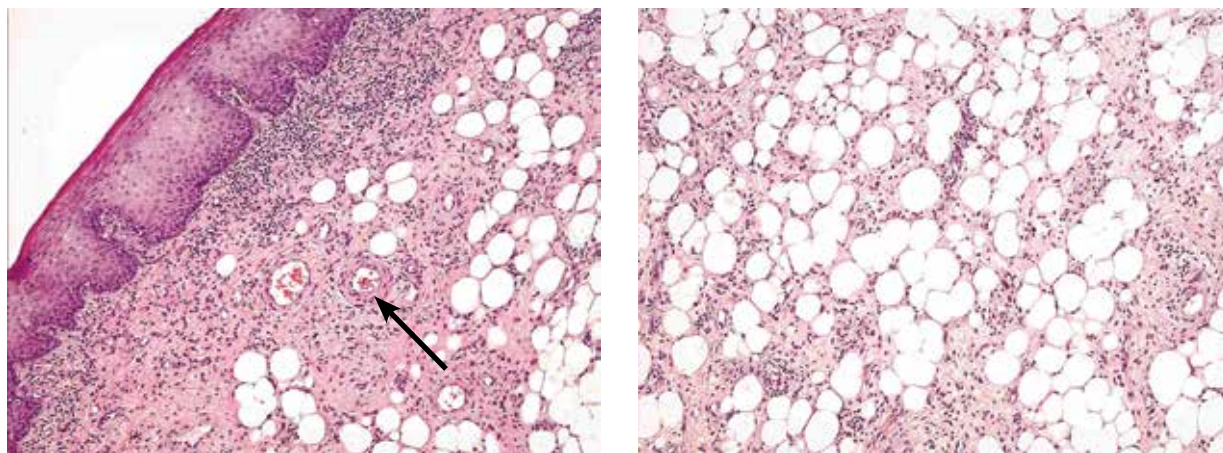


Рис. 5. Микроскопическая картина: фиброваскулярный полип. В центре располагается артериальный сосуд, окруженный небольшим количеством адипоцитов и соединительной тканью с тонкостенными сосудами и нервными стволиками, покрыт хорошо дифференцированным плоским эпителием, в подэпителиальном слое отмечается очаговая лимфоидная инфильтрация. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$.

тельных новообразований в фаринго-эзофагальной зоне в большинстве случаев является признаком злокачественных опухолей. В силу низкой заболеваемости ФВП представляет собой патологию, плохо известную широкому кругу врачей. Длительность бессимптомного течения, медленный рост, отсутствие специфических жалоб затрудняют диагностику заболевания. Фиброваскулярные полипы больших размеров являются опасными для жизни из-за потенциальной опасности обструкции дыхательных путей и асфиксии. Диагностика полипов небольших размеров менее 2 см в диаметре часто бывает затруднительна, так как во время фиброэзофагоскопии при визуализации слизистая пищевода над ним может иметь нормальный вид. Тактика ведения таких пациентов окончательно не определена. Однако из-за прогрессирующего роста и риска развития осложнений рекомендуется его удаление. При выборе метода оперативного вмешательства следует учитывать размеры, локализацию, толщину и особенности кровоснабжения ножки полипа. При небольших ФВП с тонкой ножкой может быть предпринята попытка его эндоскопического удаления. В литературе имеются описания перорального иссечения полипа при локализации на уровне крикофарингеальной мышцы, узком основании и полной визуализации его стебля. При ФВП больших размеров оправдана открытая резекция посредством эзофаготомии цервикальным или трансторакальным доступом. Нами описан случай длительного существования гигантского фиброваскулярного полипа проксимального отдела пищевода, сопровождающегося интермиттирующей дисфагией и травматизацией дистального отдела полипа во

время акта жевания, что послужило поводом для обращения за медицинской помощью. В качестве хирургического пособия выбрана трансцервикальная вертикальная эзофаготомия с резекцией ФВП, так как полип имел значительные размеры, широкое основание, а также наблюдался определенный диссонанс между данными эндоскопического и рентгенологического исследования пищевода.

Заключение

Фиброваскулярный полип пищевода, несмотря на редкость патологии необходимо обязательно принимать во внимание при построении алгоритма дифференциальной диагностики и плана обследования у пациентов с дисфагией, рвотой, регургитацией и потерей веса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Palanivelu C, Rangarajan M, John SJ, Annapoorni S, Senthilkumar S. A rare cause of intermittent dysphagia: giant fibrovascular polyp of the proximal esophagus. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2007 Jan;17(1):51-2.
2. Карпов ДВ, Каминский ЮД, Григорьев АВ, Карпова ЛИ, Виноградов ИИ. Факторы прогноза и их влияние на результаты лечения рака пищевода. *Наука молодых – Eruditio Juvenium.* 2013;(2):39-52.
3. Chourmouzi D, Drevelegas A. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2008;2: 337. doi:10.1186/1752-1947-2-337.
4. Madeira F, Justo J, Wietzycoski C, Burttet L, Krueel C, Da Rosa A. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: a diagnostic challenge. *Arq Bras Cir Dig.* 2013; 26(1):71-73.
5. Drenth JPH, Wobbes T, Bonenkamp JJ, Nagengast FM. Recurrent esophageal fibrovascular polyps case his-

tory and review of the literature. *Dig Dis Sci.* 2002 Nov; 47 (Is 11):2598-604.

6. Kanaan S, DeMeester TR. Fibrovascular polyp of the esophagus requiring esophagectomy. *Dis Esophagus.* 2007;20(5):453-4.

Адрес для корреспонденции

390026, Российская Федерация,
г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9,
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный
медицинский университет»,
кафедра факультетской хирургии
с курсом анестезиологии и реаниматологии,
тел. раб.: +7 (4912) 36-72-84,
e-mail: almiheev77@mail.ru,
Михеев Алексей Владимирович

Сведения об авторах

Трушин С.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет».

Михеев А.В., к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реанимато-

логии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет».

Суров Е.К., заведующий отделением торакальной хирургии ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница».

Снегур С.В., врач-патологоанатом ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница».

Поступила 18.11.2015 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Приглашаем принять участие в конференции
АССОЦИАЦИИ ФЛЕБОЛОГОВ, АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ УКРАИНЫ,
которая состоится 21-22 апреля 2016 г. в г. Киев**

Основные программные направления

Аневризмы брюшного отдела аорты и ее ветвей. Мировой (данные рандомизированных исследований) и персональный опыт.

Окклюзионно-стенотические поражения брахиоцефальных артерий. Мировой (данные рандомизированных исследований) и персональный опыт.

Критическая ишемия нижних конечностей. Мировой (данные рандомизированных исследований) и персональный опыт.

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей и таза. Хирургическое лечение, тромболитическая терапия, эндоваскулярные методики. Мировой (данные рандомизированных исследований) и персональный опыт.

Лечение варикозной болезни. Мировой (данные рандомизированных исследований) и персональный опыт.

Синдром диабетической стопы. Мировой (данные рандомизированных исследований) и персональный опыт.

Дополнительная информация на сайте: <http://sukharev.org/>