

Опыт симультанных операций при синхронном раке прямой кишки и предстательной железы: серия клинических случаев

А.А. Воскресенский, Н.В. Герасимовский

ГБУЗ ВО «Вологодский областной онкологический диспансер»; Россия, 160012 Вологда, Советский пр-кт, 100

Контакты: Андрей Андреевич Воскресенский and.vosk@mail.ru

Введение. Встречаемость синхронного рака прямой кишки и предстательной железы остается достаточно низкой. Однако с учетом роста количества впервые выявленных случаев каждой отдельной патологии можно предположить, что число пациентов с сочетанием этих заболеваний возрастет.

Информации о тактиках лечения в подобных случаях крайне мало, лишь ограниченное число статей отражает скромный опыт авторов в решении данной проблемы. В статье представлены клинические примеры одномоментного хирургического лечения этих патологий.

Клинические случаи. У 2 пациентов в возрасте 62 и 63 лет диагностирован синхронный рак прямой кишки и предстательной железы. С учетом стадий заболеваний и потенциального риска прогрессирования по шкале Глисона выполнены сочетанные операции – низкая передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной стомы и радикальная позадилоная простатэктомия. Операции не сопровождались значительной кровопотерей. В послеоперационном периоде у одного из пациентов возникла несостоятельность колоанального анастомоза, которая была разрешена консервативными методами лечения.

Послеоперационный период 2-го пациента протекал без каких-либо значимых осложнений. Обоим пациентам проведено химиотерапевтическое лечение: в 1-м случае в адьювантном, во 2-м – в неоадьювантном режиме. Период наблюдения 1-го пациента 36 мес, 2-го – 18 мес, данных о прогрессировании рака прямой кишки и предстательной железы у обоих пациентов нет. В настоящий момент пациенты с удовлетворительными функциональными результатами, находятся под наблюдением.

Заключение. Лечение первичного множественного синхронного рака прямой кишки и предстательной железы представляет собой исключительно сложную клиническую задачу. Ее решение невозможно без участия мультидисциплинарного консилиума, а также обмена опытом между экспертами различных медицинских учреждений.

Ключевые слова: синхронный рак, симультанные операции, рак прямой кишки, рак предстательной железы

Для цитирования: Воскресенский А.А., Герасимовский Н.В. Опыт симультанных операций при синхронном раке прямой кишки и предстательной железы: серия клинических случаев. Хирургия и онкология 2025;15(4):87–91. DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2025-15-4-87-91>

Simultaneous surgeries in synchronous rectal and prostate cancers: case series

A.A. Voskresenskiy, N.V. Gerasimovskiy

Vologda Regional Oncology Dispensary; 100 Sovetskiy Prospekt, Vologda 160012, Russia

Contacts: Andrey Andreevich Voskresenskiy and.vosk@mail.ru

Background. Incidence of synchronous rectal and prostate cancers remains relatively low. However, with growing numbers of newly diagnosed separate pathologies, it can be assumed that the number of patients with a combination of these diseases will also increase.

Information on treatment tactics in these cases is sparse, and a limited number of articles reflects the authors' modest experience in this problem. This article presents clinical examples of single-step surgical treatment of these pathologies.

Clinical cases. Two patients aged 62 and 63 years were diagnosed with synchronous rectal and prostate cancers. Considering disease stages and potential progression risk per the Gleason scale, simultaneous surgeries – low anterior resection of the rectum with formation of a protective stoma and radical retroperitoneal prostatectomy – were performed. The surgeries were not accompanied by significant blood loss.

In the postoperative period, one of the patients had coloanal anastomosis failure which was resolved using conservative treatment methods.

Postoperative period of the second patient did not have any significant complications. Both patients underwent chemotherapy: in the 1st case as adjuvant therapy, in the 2nd case as neoadjuvant therapy. Follow-up period for the 1st patient was 36 months (observation continues), for the 2nd patient, 18 months. In both patients, there are no data on rectal and prostate cancer progression. Currently the patients demonstrate satisfactory functional results, continue observation.

Conclusion. Treatment of primary synchronous rectal and prostate cancers is an exceptionally complex clinical problem. It cannot be solved without a multidisciplinary team, as well as sharing of experience between experts of various medical facilities.

Keywords: synchronous cancer, simultaneous surgeries, rectal cancer, prostate cancer

For citation: Voskresenskiy A. A., Gerasimovskiy N. V. Simultaneous surgeries in synchronous rectal and prostate cancers: case series. *Khirurgiya i onkologiya = Surgery and Oncology* 2025;15(4):87–91. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2025-15-4-87-91>

Введение

Злокачественные заболевания прямой кишки (ПК) и предстательной железы (ПЖ) занимают лидирующие позиции в мире по количеству впервые выявленных случаев среди мужского населения, находясь на 2-м и 3-м местах соответственно. Сочетание этих патологий весьма редко, всего 0,45 % при первичном выявлении [1].

Единого подхода к лечению сочетания рака ПК и ПЖ нет. Это может быть обусловлено не только редкостью таких случаев, но и, прежде всего, сложностью проблемы, которую предстоит решить клиницисту: целесообразно ли выполнение радикальной простатэктомии (РПЭ) или же хирургический метод будет применим исключительно к раку ПК. При наличии показаний к РПЭ операция может быть выполнена в симульганном режиме или в формате двухэтапного хирургического лечения.

Первая публикация, осветившая данную проблему, была представлена в журнале *Urology* в 1999 г., она включала 3 клинических случая, в которых выполнялись сочетанные операции: 2 в объеме РПЭ и брюшно-промежностной экстирпации, 1 в объеме РПЭ и низкой передней резекции ПК [2].

С момента выхода этой статьи в литературе появились единичные публикации, каждая из которых описывает не более 3 подобных клинических случаев.

Клиническое наблюдение 1

Пациент, 62 лет, обратился к онкологу с жалобами на выделение крови из ПК. Выполнена колоноскопия, в ходе которой выявлены образование верхнеампулярного отдела ПК и ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела.

На основании патологоанатомического исследования установлено наличие у пациента умеренно-дифференцированной аденокарциномы верхнеампулярного отдела ПК и тубулярной аденомы нижнеампулярного отдела с высокой степенью дисплазии.

Согласно данным магнитно-резонансной томографии опухоль верхнеампулярного отдела классифицирована как

T3N0, в образовании нижнеампулярного отдела признаки злокачественного процесса не наблюдались (рис. 1).

В обеих долях ПЖ выявлены изменения, имеющие высокий риск злокачественности (5 баллов) по шкале отчетов о визуализации ПЖ (*Prostate Imaging Reporting and Data System, PI-RADS*) (рис. 2).

Выполнена трансректальная биопсия ПЖ, по результатам которой выявлена ацинарная аденокарцинома, сумма баллов по шкале Глисона 7 (3 + 4).

Согласно данным многосрезовой компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости отдаленных метастазов не выявлено.

Предоперационный диагноз:

- рак верхнеампулярного отдела ПК *T3N0M0* IIА стадии;
- ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела ПК с дисплазией высокой степени;
- рак ПЖ *T2aN0M0*, сумма баллов по шкале Глисона 7 (3 + 4), стадия IIА.

Лечение

Пациенту выполнены низкая передняя резекция ПК с D2-лимфодиссекцией и формированием превентивной трансверзостомы и простатвезикулэктомия с тазовой лимфодиссекцией.

Послеоперационный диагноз:

Первично-множественное синхронное заболевание:

- рак нижнеампулярного отдела ПК *T1sm1N0M0* – высокодифференцированная аденокарцинома;
- рак верхнеампулярного отдела ПК *T3N0M0* – умеренно-дифференцированная аденокарцинома;
- рак ПЖ *T2cN0M0* – ацинарная аденокарцинома ПЖ, 7 (3 + 4) баллов по шкале Глисона, умеренно-дифференцированная с ростом в обеих долях и периневральной инвазией. Стадия IIВ.

Пациент выписан на 10-е сутки послеоперационного периода. Обратился к онкологу на 28-е сутки после операции с жалобами на периодические ознобы, сопровождающиеся повышением температуры до 38 °С. Обнаружен дефект задней стенки анастомоза с пресакаральным абсцессом. Абсцесс дренирован через дефект анастомоза, больному назначена антибактериальная терапия

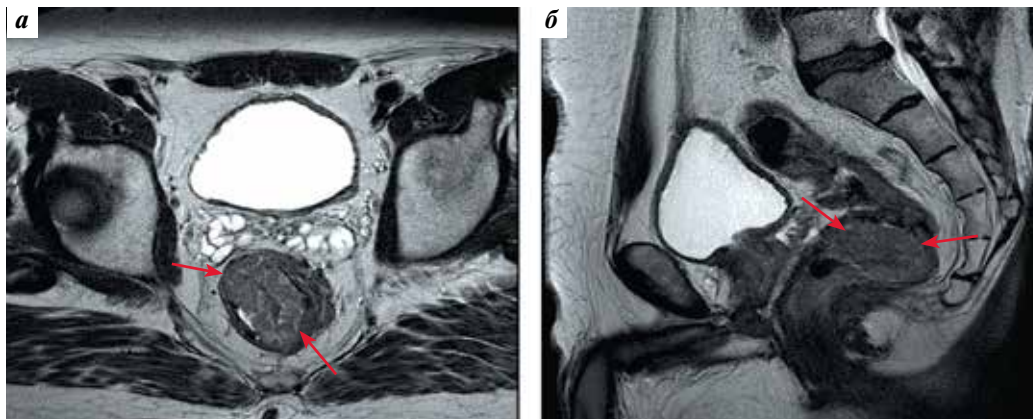


Рис. 1. Магнитно-резонансная томография органов малого таза. Стрелками указано образование, локализирующееся в верхнеампулярном отделе прямой кишки. Здесь и на рис. 2–4: а – аксиальная плоскость; б – сагиттальная плоскость

Fig. 1. Magnetic resonance imaging of the pelvic organs. Arrows show a tumor located in the upper rectal ampulla. Here and in Fig. 2–4: a – axial plane; б – sagittal plane

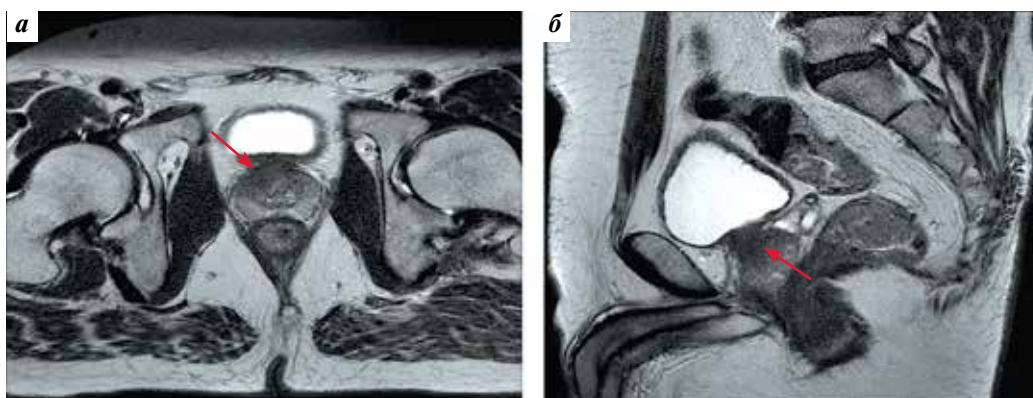


Рис. 2. Магнитно-резонансная томография органов малого таза в режиме PI-RADS. Стрелкой указан очаг в предстательной железе

Fig. 2. PI-RADS magnetic resonance imaging of the pelvic organs. Arrow shows a lesion in the prostate

с положительной динамикой и нормализацией температуры. В дальнейшем пациент прошел адъювантную полихимиотерапию по схеме XELOX.

Период наблюдения за пациентом составляет 36 мес, данных о прогрессировании заболеваний нет. Трансверзостама ликвидирована. Качество жизни существенно не снижено. Инконтиненции при мочеиспускании не зафиксировано. По Международной шкале симптомов заболеваний простаты (International Prostate Symptom Score, IPSS) – 5 баллов, что свидетельствует о незначительном нарушении функции мочеиспускания. Степень выраженности синдрома низкой передней резекции пациент оценил в 28 баллов (слабовыраженный).

Наблюдение за пациентом продолжается.

Клиническое наблюдение 2

Пациент, 63 лет, лечился по поводу рака верхнеампулярного отдела ПК T3aN1M0. Прошел 8 курсов неоадъювантной полихимиотерапии (НАПХТ) по схеме FOLFOX.

При контрольной магнитно-резонансной томографии органов малого таза отмечены изменения в ПЖ

(рис. 3, 4), выполнена трепанобиопсия, по результатам которой выявлена аденокарцинома ПЖ, по шкале Глисона 7 (4 + 3) баллов.

Предоперационный диагноз:

- рак верхнеампулярного отдела ПК T3aN1M0 IIIA стадии, НАПХТ по схеме FOLFOX 8 курсов;
- рак ПЖ T2aN0M0 II стадии – аденокарцинома ПЖ, по шкале Глисона 7 (4 + 3) баллов.

Лечение

Выполнена симультанная операция: низкая передняя резекция ПК с формированием разгрузочной илеостомы и простатвезикулэктомия с тазовой лимфодиссекцией.

В послеоперационный период отмечены явления параеза кишечника, купированные на фоне консервативной терапии.

Послеоперационный диагноз:

- рак верхнеампулярного отдела ПК T2N1M0 IIIB стадии, НАПХТ по схеме FOLFOX 8 курсов;
- рак ПЖ T2cN0M0 II стадии – аденокарцинома ПЖ, 7 (4 + 3) баллов по шкале Глисона.

Пациент выписан на 10-е сутки после операции, катетер из мочевого пузыря удален на 14-е сутки

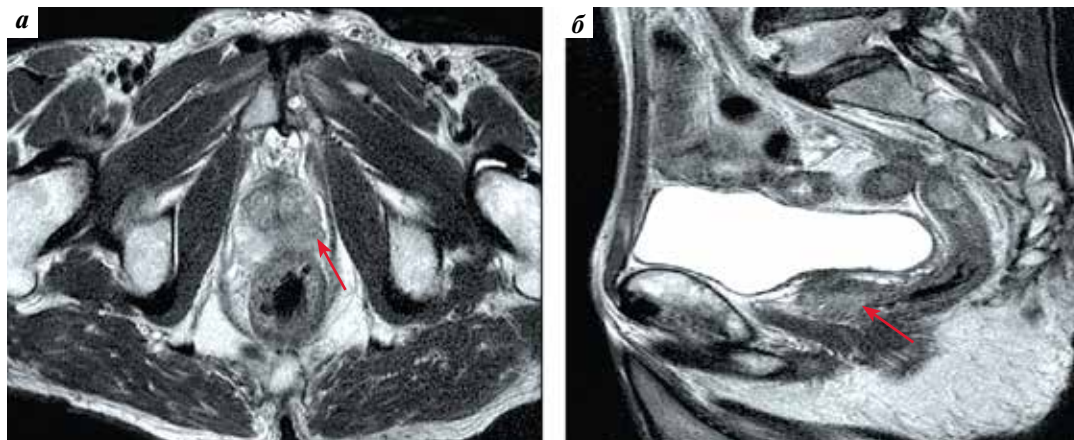


Рис. 3. Магнитно-резонансная томография органов малого таза. Стрелкой указано образование в левой доле предстательной железы
Fig. 3. Magnetic resonance imaging of the pelvic organs. Arrow shows a lesion in the left lobe of the prostate

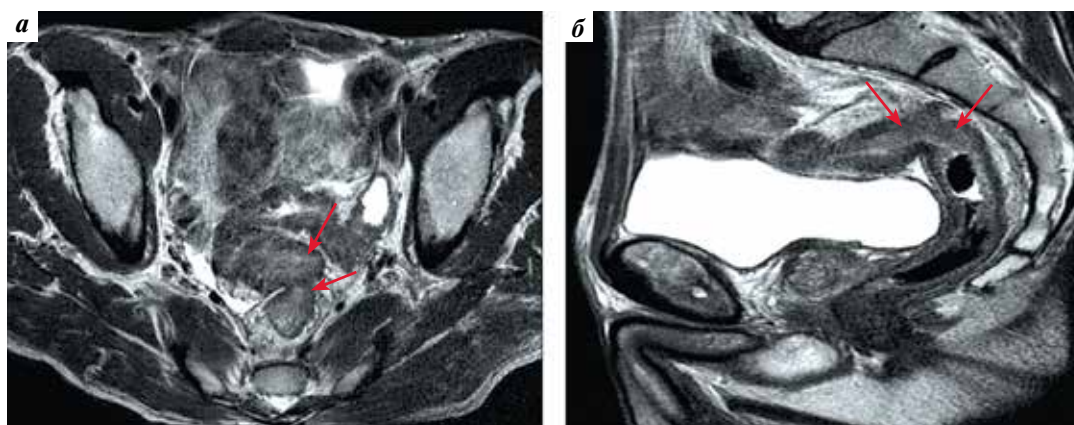


Рис. 4. Магнитно-резонансная томография органов малого таза после проведенного неoadъювантного лечения. Стрелками отмечено образование прямой кишки
Fig. 4. Magnetic resonance imaging of the pelvic organs after neoadjuvant treatment. Arrows show a lesion in the rectum

в амбулаторных условиях. Время наблюдения за пациентом составляет 18 мес, признаков прогрессирования заболевания не отмечается. Инконтиненции мочеиспускания не наблюдается. По оценке с помощью IPSS — 6 баллов (незначительные нарушения). Планируется ликвидация илеостомы.

Обсуждение

Общее число пациентов с раком ПК и ПЖ увеличивается, соответственно, логично предположить рост синхронного сочетания этих заболеваний. В связи с тем, что ПК и ПЖ имеют различное эмбриологическое происхождение, при лечении злокачественные новообразования этих органов следует рассматривать как 2 независимых друг от друга заболевания.

В одном из крупнейших обзоров, представленных авторами из Италии, описано 27 исследований. В них участвовали 252 пациента, из которых 163 страдали от синхронного рака ПК и ПЖ. В работе описаны различные тактические подходы к лечению и критерии

их выбора. При этом оценка онкологических и функциональных результатов не приводится [3].

Отсутствие единой парадигмы лечения позволяет рассматривать все возможные варианты.

При раке ПК, несмотря на достаточно активное внедрение тактики «наблюдения и ожидания», основным методом лечения остается хирургический с предшествующей лучевой терапией, проводимой большинству больных.

При раке ПЖ пациенту можно предложить различные варианты лечения: дистанционную лучевую терапию, брахитерапию и хирургическое вмешательство как радикальный метод лечения. Онкологические результаты у всех 3 подходов схожи, однако они различаются по функциональным итогам.

Показатель сексуальной функции спустя 1 год и 5 лет после РПЭ демонстрирует худшие результаты в сравнении с применением дистанционной лучевой терапии [4]. Это может стать решающим фактором при выборе тактики лечения молодых пациентов.

Один из возможных вариантов — проведение предоперационной химиолучевой терапии с включением в поле облучения ПЖ с последующим хирургическим лечением рака ПК [5].

Оперативное лечение рака обеих локализаций можно выполнять в 2 этапа: сначала передняя резекция ПК, затем РПЭ. Однако на 2-м этапе операция может быть сопряжена с техническими сложностями в ранее компрометированной зоне и, как следствие, привести к более тяжелым осложнениям.

Одномоментная операция может стать методом выбора при лечении синхронного рака ПК и ПЖ, не уступая иным подходам в онкологических результатах лечения.

Тем не менее подобное агрессивное хирургическое вмешательство может привести к такому осложнению,

как уретрокишечные фистулы, лечение которых представляет собой сложную задачу. Неизученным остается также вопрос качества жизни пациентов после одномоментной операции.

Заключение

Проведение симультанных операций возможно при достаточной подготовке хирургических бригад. Данный подход к лечению, предположительно, по онкологическим результатам не уступает другим тактикам.

Безусловно, этот вопрос требует дальнейшего изучения и взаимодействия медицинских учреждений, имеющих опыт лечения синхронного рака ПК и ПЖ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Sidiqi B.U., Nosrati J.D., Wu V. et al. The prevalence and management of synchronous prostate and rectal cancer. *Int J Rad Oncol* 2023;117(2):e339. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2023.06.2398
2. Klee L.W., Grmoljes P. Combined radical retropubic prostatectomy and rectal resection. *Urology* 1999;54(4):679–81. DOI: 10.1016/s0090-4295(99)00201-0
3. Celentano G., Creta M., Napolitano L. Prostate cancer diagnosis, treatment and outcomes in patients with previous or synchronous colorectal cancer: a systematic review of published evidence. *Diagnostics (Basel)* 2022;12(6):1475. DOI: 10.3390/diagnostics12061475
4. Hoffman K.E., Penson D.F., Zhao Z. et al. Patient-reported outcomes through 5 years for active surveillance, surgery, brachytherapy, or external beam radiation with or without androgen deprivation therapy for localized prostate cancer. *JAMA* 2020;323(2):149–63. DOI: 10.1001/jama.2019.20675
5. Lavan N., Kavanagh D.O., Martin J. et al. The curative management of synchronous rectal and prostate cancer. *Br J Radiol* 2016;89(1057):20150292. DOI: 10.1259/bjr.20150292

Вклад авторов

А.А. Воскресенский: выполнение оперативного вмешательства, сбор информации, написание статьи;
Н.В. Герасимовский: определение тактики лечения, планирование и выполнение хирургического вмешательства.

Authors' contributions

A.A. Voskresenskiy: surgical intervention, data collection, manuscript writing;
N.V. Gerasimovskiy: determination of treatment tactics, planning and performing surgical intervention.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Funding. The work was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов. Пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Compliance with patient rights. Patients gave written informed consent to the publication of their data.