

Что представляют собой нейроэндокринные новообразования прямой кишки?

Прямая кишка — конечная часть толстой кишки, которая соединяет ободочную кишку с анальным отверстием.

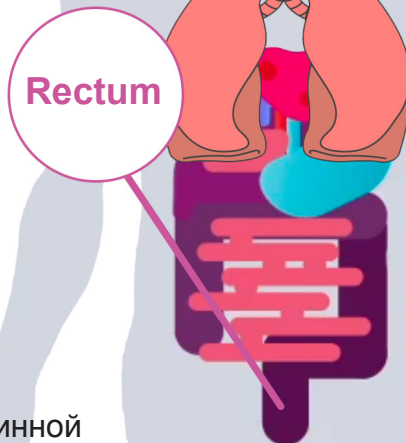
Она содержит отходы, вырабатываемые кишечником, пока организм не будет готов избавиться от них в процессе дефекации (посещения туалета). Это полая мышечная трубка длиной около 4–6 дюймов (10–15 см) и диаметром 2,5 дюйма (6 см) на наиболее широком участке.

Хотя нейроэндокринные новообразования прямой кишки представляют собой один из наиболее часто диагностируемых типов нейроэндокринных опухолей (отчасти за счет скрининговых исследований на рак ободочной кишки), это один из наиболее редких видов колоректальных злокачественных новообразований (<2%).

Нейроэндокринные новообразования делится на 2 основных типа:

- 1** НЭО (нейроэндокринная опухоль) — новообразования, развивающиеся в нейроэндокринных клетках с патологическими изменениями, которые называют «высокодифференцированными» и которые обладают медленным или умеренным характером роста
- 2** При НЭР (нейроэндокринный рак) эти изменения называют «низкодифференцированными» с тенденцией к быстрому росту

Дополнительные сведения о нейроэндокринной системе и нейроэндокринном раке можно найти в нашем информационном бюллетене «Что представляет собой нейроэндокринный рак?».



Симптомы +/- синдромы, связанные с нейроэндокринным заболеванием

Синдромом называют одновременное проявление двух или более связанных симптомов, часто позволяющих заподозрить конкретное заболевание или расстройство.

К симптомам нейроэндокринного новообразования прямой кишки может относиться следующее:

- Кровотечение из анального отверстия (ректальное кровотечение)
- Зуд и боль в области прямой кишки и (или) ануса
- Небольшие припухлость вокруг ануса
- Выделение слизи из ануса
- Недержание кала
- Запор
- Ощущение неполного опорожнения прямой кишки или тенезм — сохраняющееся или повторяющееся ощущение необходимости дефекации.
- Слабость или утомляемость
- Необъяснимое снижение массы тела

Тем не менее, у некоторых пациентов на ранних стадиях не отмечается никаких симптомов, и диагноз на ранней стадии часто бывает случайной находкой при скрининге.

Нейроэндокринные новообразования прямой кишки редко сопровождаются симптомами, связанными с нейроэндокринным заболеванием.

Причины и (или) факторы риска нейроэндокринного новообразования прямой кишки

Мы не знаем точно, что именно вызывает нейроэндокринные новообразования, однако очень важно следовать рекомендациям по ведению здорового образа жизни. Это — здоровое питание, физические упражнения и отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя.

Для большинства видов нейроэндокринных новообразований не характерно семейное распространение, однако ряд редких состояний может приводить к повышению риска. Поэтому, если у прочих членов семьи был установлен диагноз конкретного вида рака (особенно в возрасте 50 лет и ранее) или связанного с раком генетического состояния, важно сообщить вашей группе медицинских специалистов не только о ваших собственных перенесенных заболеваниях, но и о заболеваниях или генетических состояниях в семье.

Два наиболее частых наследуемых синдромов колоректального рака — синдром Линча (наследственный неполипозный колоректальный рак, ННПКРР) и наследственный аденоматозный полипоз (НАП)

Хотя причинная связь с нейроэндокринными новообразованиями прямой кишки не установлена, при наличии в семейном анамнезе ННПКРР или НАП вашей группе специалистов важно знать об этом, так как это может помочь в продолжающемся лечении.

Обычные анализы, которые можно или нельзя использовать для диагностики

Кровь и (или) моча:

Развернутый клинический анализ крови
(В12 + железо сыворотки)
Функция печени и почек
Биохимический анализ:
Хромогранин А (и В)
5-ГИУК в моче
КЭА
β-ХГЧ

Сканирование и дополнительные методы исследования:

Эндоскопия анальной области, ультразвуковое исследование
Сигмоскопия/колоноскопия +/- биопсия.
МРТ таза
КТ с контрастированием: грудная клетка/брюшная полость/таз
ПЭТ-визуализация рецепторов соматостатина (ВКР-спектроскопия/КТ, если ПЭТ недоступна)
ФДГ-ПЭТ при высокой степени или быстро прогрессирующем заболевании.

Патология (что можно увидеть при специальных анализах под микроскопом):

Дифференциация и клеточная морфология
Синаптофизин
Хромогранин
Ki67
Дальнейшие иммунохимические анализы по необходимости для помощи при диагностике.

Лечение

Согласно всеобщему соглашению, достигнутому путем консенсуса, все пациенты с нейроэндокринным раком для обеспечения наилучшего ухода за ними должны обсуждаться специализированным по этому виду мультидисциплинарным консилиумом.

Поэтому ключевой целью лечения должно быть обеспечение для вас наилучшего возможного качества жизни путем предоставления доступа к надлежащему лечению, контроля симптомов и учета важнейших индивидуальных потребностей.

Может быть предложен один из следующих подходов или несколько из них:

- Мониторинг или наблюдение
- Полное или частичное удаление НЭО/НЭК
- Контролирование вашего заболевания путем замедления или прекращения роста НЭО/НЭК
- Паллиативное лечение, или устранение ваших симптомов

Варианты лечения будут зависеть от вида (степени злокачественности, функциональности и т. п.), локализации и размера нейроэндокринного новообразования в вашем случае, а также от того, имеется ли метастазирование (и в какие органы).

Выбор варианта будет зависеть также от наличия у вас других проблем со здоровьем и (или) заболеваний и от общего состояния вашего здоровья и физической формы.

Встречи с вашими врачами или специализированными медсестрами/другими специалистами в значительной степени направлены на то, чтобы вы могли получить всю необходимую информацию для понимания обсуждаемых вопросов и сделать обоснованный выбор относительно ухода за вами. Доступность имеющихся методов лечения может различаться в зависимости от страны.

Варианты терапии могут включать в себя следующее:

Наблюдение — может использоваться для оценки того, насколько хорошо действует терапия, или в периоды между курсами терапии (которые могут длиться несколько месяцев или лет). Однако не каждому требуется проходить лечение: наблюдение может использоваться для проверки характера рака и общего состояния вашего здоровья с целью выявления каких-либо признаков изменений, которые могут означать необходимость обсуждения лечения. При любом виде лечения возможны побочные эффекты, поэтому важно знать, в каком случае лечение может вам помочь, а в каком нет.

Хирургическая операция для удаления, частичного удаления или устранения симптомов первичного нейроэндокринного новообразования прямой кишки и (или) вторичных очагов заболевания (метастазов). Некоторые хирургические процедуры по удалению нейроэндокринной опухоли могут привести к временному или постоянному формированию стомы. Стома формируется при выводе части ободочной кишки (толстой кишки) на поверхность брюшной стенки с формированием стомы (отверстия), которое может быть временным или постоянным, в зависимости от того, насколько большая часть кишки удалена, насколько большая часть осталась и насколько здорова оставшаяся кишка. Кал выделяется из стомы и собирается во внешний пакет (калоприемник). При временной стоме позже может быть выполнена дополнительная операция для повторного соединения кишечника и закрытия стомы.

Тем не менее, многие виды новообразований прямой кишки развиваются из полипов, а не представляют собой крупные опухоли, поэтому для лечения можно использовать методики, менее инвазивные чем хирургическое вмешательство.

Полип — мелкое скопление клеток, которое развивается двумя путями:

- Полипы на ножке, формирующиеся на коротком основании.
- Полипы на широком основании, растущие непосредственно из окружающей ткани.

Если ваше нейроэндокринное новообразование развивается из полипа, его удаление возможно при эндоскопии:

Полипэктомия — полипы удаляются во время эндоскопии с использованием нагретого или холодного зажима или петли.

Иссечение слизистой/подслизистой оболочки — в область полипа вводится эндоскоп. Под основание небольшой иглой вводится жидкость для возвышения полипа. При этом создается безопасное поле для удаления его петлей или небольшим хирургическим скальпелем. Затем на этом участке выполняется электрокоагуляция (для остановки кровотечения).

Аналоги соматостатина (АСС) и (или) прочие препараты могут использоваться, чтобы помочь регулировать секрецию кишечных гормонов, если их вырабатывается слишком много. Они могут также использоваться для дальнейшего замедления опухолевого роста при нейроэндокринной опухоли (НЭО) низкой или умеренной степени злокачественности, как функционирующей, так и нефункционирующей.

Химиотерапия может назначаться для приема внутрь (в виде таблеток) или в/в (внутривенно) для замедления опухолевого роста или возможного уменьшения размера опухоли. Это может быть терапией первой линии при высокой степени злокачественности заболевания, то есть при низкодифференцированных нейроэндокринных карциномах или мелкоклеточных карциномах. Химиотерапию можно использовать также для повышения чувствительности опухолевых клеток к лучевой терапии.

Таргетная терапия — может назначаться внутрь (в таблетках) или в/в (внутривенно) для замедления опухолевого роста или снижения размера опухоли.

Лучевая терапия может применяться совместно с химиотерапией, после оперативного лечения или самостоятельно, чтобы помочь уничтожить раковые клетки или для лечения вторичного симптоматического поражения костей.

Пептидная рецепторная радионуклидная терапия (ПРРТ), которую можно назвать также радиолигандной терапией, использует целенаправленное облучение для воздействия на нейроэндокринные раковые клетки. Она может применяться у некоторых пациентов с «положительным» результатом сканирования на основе рецепторов соматостатина.

Интервенционная рентгенология — для лечения нейроэндокринного рака, распространяющегося в прочих областях, могут применяться такие методики как эмболизация или абляция. Например, в печени или легких.

Клиническое исследование — клинические научные исследования и разработка новых безопасных методов лечения крайне важны для обеспечения оптимального ухода пациентам с нейроэндокринным раком, так как устанавливают, что эти методы не только эффективны, но и безопасны. Имеется несколько фаз терапии в рамках клинического исследования. Дополнительные сведения можно найти в нашем информационном бюллетене «Клинические исследования». Участие в исследовании принимается на добровольной основе.

Контрольное наблюдение

Экспертами согласованы методические рекомендации по формам и графикам проведения последующего наблюдения, однако на практике здесь имеется определенное многообразие — и это правильно, поскольку последующее наблюдение должно не только основываться на мнении экспертов, а также результатах обследования и научных данных, но и быть индивидуально подобранным для вас с точки зрения обеспечения вам надлежащей медицинской помощи.

Ресурсы

- **International Neuroendocrine Cancer Alliance (INCA)**
(Международный альянс по борьбе с нейроэндокринным раком)
www.incalliance.org
- **The Carcinoid Cancer Foundation** (Фонд борьбы с карциноидным раком)
www.carcinoid.org
- **Neuroendocrine Tumor Research Foundation** (Фонд исследования нейроэндокринных опухолей)
www.netrf.org
- **Neuroendocrine Cancer UK** (Британское общество специалистов по эндокринному раку)
www.neuroendocrinecancer.org.uk
- **Neuroendocrine Cancer Australia**
(Австралийское общество специалистов по нейроэндокринному раку)
<https://neuroendocrine.org.au>
- **Canadian Neuroendocrine Tumour Society (CNETS)**
(Канадское общество специалистов по нейроэндокринным опухолям)
<https://cnets.ca>

Полный список членов INCA: <https://incalliance.org/full-members/>

Для пациентов со стомой — дополнительную информацию и поддержку можно получить на сайте Европейской ассоциации стомии:
<https://ostomyeurope.org>

- ✉ post@incalliance.org
- 🐦 twitter.com/netcancerday
- 📘 facebook.com/netcancerday
- 📷 instagram.com/netcancerday