

Рак яичников

доцент Хамадьянова А.У.

План лекции :

- 1. Эпидемиология рака яичников
- 2. Патогенез рака яичников
- 3. Классификация рака яичников
- 4. Краткая характеристика часто встречающихся доброкачественных кистом
- 5. Краткая характеристика и принципы лечения гормонопродуцирующих опухолей яичников
- 6. Первичный и вторичный рак яичников .
Метастатический рак яичников .
- 7. Метастазирование рака яичников
- 8. Диагностика рака яичников
- 9. Принципы и методы лечения рака яичников
- 10. Опухоли яичников и беременность
- 11. Профилактика рака яичников .

Злокачественные опухоли яичников являются одним из наиболее частых гинекологических раков . Ежегодно по всему миру диагностируется более 160 000 новых случаев заболевания .

В России заболеваемость раком яичников составляет 14,85 на 100 000 женского населения (этот показатель вырос за последнее десятилетие на 16,6%). По возрастам : до 29 лет – 22,1% , 30 – 59 - 10,3% , старше 60 - 7,6% .

РЯ остается одной из ведущих причин смерти у женщин и наиболее фатальным среди опухолей женских половых органов . Более $2\frac{1}{3}$ больных имеют диссеминированный опухолевой процесс из – за отсутствия эффективной скрининговой программы и неудач в ранней диагностике.

В России раком яичника ежегодно заболевают более 12 000 женщин и умирают более 7000 .

Рак яичников является серьезной социально–экономической проблемой. В среднем пятилетняя выживаемость составляет 40% .

ПАТОГЕНЕЗ

РЯ относится к гормонозависимым опухолям , так как яичники являются основным местом секреции половых гормонов и регулируются гипоталамо – гипофизарным комплексом .

Выявлен целый ряд особенностей менструальной и генеративной функций : раннее менархе , раннее или позднее наступление менопаузы , пониженная детородная функция .

У больных РЯ в пре - и постменопаузе нередко определяются гиперпластические процессы эндометрия .

Гонадотропная зависимость рака яичников видна из того, что имеется снижение в 1,5 – 3 раза частоты этих опухолей у женщин, принимавших в течение ряда лет эстрогенгестагенные препараты с целью контрацепции. Профилактический эффект гормональной контрацепции в отношении рака яичников связывается с подавлением овуляции.

КЛАССИФИКАЦИЯ FIGO

- Стадия I - опухоль ограничена яичниками .
- Стадия Ia - опухоль ограничена одним яичником , асцита нет .
- Стадия Ib - опухоль ограничена обоими яичниками .
- Стадия Ic - опухоль ограничена одним или обоими яичниками , но при наличии очевидного асцита , или определяются раковые клетки в смывах .
- Стадия II - опухоль поражает один или оба яичника с распространением на область таза .
- Стадия IIa - распространение и\или метастазы на поверхности матки и\или труб .
- Стадия IIb - распространение на другие ткани , включая брюшину и матку .
- Стадия IIc - распространение , как при IIa и IIb , но имеется очевидный асцит или определяются раковые клетки в смывах .
- Стадия III - распространение на один или оба яичника с метастазами по брюшине за пределами таза и\или метастазы в забрюшинных лимфатических узлах .
- Стадия IV - распространение на один или оба яичника с отдаленными метастазами ; при наличии выпота в полости плевры должны быть положительные цитологические находки, чтобы отнести случай к стадии IV . Метастазы в паренхиме печени соответствуют стадии IV .

Стадия IV - распространение на один или оба яичника с отдаленными метастазами ; при наличии выпота в полости плевры должны быть положительные цитологические находки, чтобы отнести случай к стадии IV . Метастазы в паренхиме печени соответствуют стадии IV .

В практической деятельности используется и классификация по системе TNM .

Классификация по гистотипам (по ВОЗ , 1977)

I. Эпителиальные опухоли

A. Серозные опухоли.

1. Доброкачественные:

- а) цистаденома и папиллярная цистаденома;
- б) аденофиброма и цистаденофиброма;
- в) поверхностная папиллома.

2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности):

- а) цистаденома и папиллярная цистаденома;
- б) поверхностная папиллома;
- в) аденофиброма и цистаденофиброма.

3. Злокачественные:

- а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и папиллярная цистаденокарцинома;
- б) поверхностная папиллярная карцинома;
- в) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

- **Б. Муцинозные опухоли.**

- 1. Доброкачественные:

- а) цистаденома;

- б) аденофиброма и цистаденофиброма;

- 2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности):

- а) цистаденома;

- б) аденофиброма и цистаденофиброма.

- 3. Злокачественные:

- а) аденокарцинома и цистаденокарцинома;

- б) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

В. Эндометриоидные опухоли.

1. Доброкачественные:

- а) аденома и папиллярная цистаденома;
- б) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности):

- а) аденома и цистаденома;
- б) аденофиброма и цистаденофиброма.

3. Злокачественные:

- а) карцинома:

- аденокарцинома;

- аденоакантома;

- злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма:

- б) эндометриоидная стромальная саркома;

- в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные

Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.

Доброкачественные: аденофиброма.

Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности).

Злокачественные: карцинома и аденокарцинома.

Д. Опухоли Бреннера.

Доброкачественные.

Пограничные (пограничной злокачественности).

Злокачественные.

Е. Смешанные эпителиальные опухоли.

Доброкачественные.

Пограничные (пограничной злокачественности).

Злокачественные.

Ж. Недифференцированная карцинома.

З. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.

II. Опухоли стромы полового тяжа.

A. Гранулезо-стромальноклеточные опухоли.

Гранулезоклеточная опухоль

(доброкачественная, злокачественная)

Группа текомфибром.

а) текома (доброкачественная, злокачественная)

б) фиброма;

в) неклассифицируемые;

3. Смешанные.

Б. Андробластомы, опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.

1. Высокодифференцированные:

- а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли;*
- б) тубулярная андробластома с накоплением липидов; опухоль из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена);*
- в) опухоль из клеток Сертоли и Лейдига;*
- г) опухоль из клеток Лейдига, опухоль из хилюсных клеток.*

Промежуточной (переходной) дифференцировки.

Низкодифференцированные (саркоматоидные).

С гетерологическими элементами.

В. Гинандробластома.

Г. Неклассифицированные опухоли стромы полового тяжа.

III. Липидно-клеточные (липоидно-клеточные) опухоли.

IV. Герминогенные опухоли.

А. Дисгерминома.

Б. Опухоль эндодермального синуса.

В. Эмбриональная карцинома.

Г. Полиэмбриома.

Д. Хорионэпителиома.

Е. Тератомы:

Незрелые.

Зрелые:

а) солидные;

б) кистозные:

дермоидная киста;

дермоидная киста с малигнизацией.

Монодермальные

(высокоспециализированные);

а) струма яичника;

б) карциноид;

в) струма яичника и карциноид;

г) другие;

д) смешанные герминогенные опухоли.

V. Гонадобластома.

А. Чистая (без примеси других форм).

Б. Смешанная (с дисгерминомой и другими формами герминогенных опухолей).

VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичных для яичников.

VII. Неклассифицированные опухоли.

Опухолевидные процессы.

А. Лютеома беременности,

Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз.

В. Массивный отек яичника.

Г. Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела.

Д. Множественные фолликулярные кисты (поликист-тозные яичники).

Е. Множественные лютеи визированные фолликулярные кисты и/или желтые тела.

Ж. Эндометриоз.

з. Поверхностные эпителиальные кисты-включения (герминальные кисты-включения).

И. Простые кисты.

К. Воспалительные процессы.

Л. Параовариальные кисты.

Основные признаки опухолей яичников



Злокачественны е опухоли

- Стратификация эпителиальных клеток
- Формирование многослойных структур
- Высокая митотическая активность
- Ядерная атипия
- Диссеминация
- Рецидивирование



Доброкачественн ые опухоли

- Нет инвазии в строму
- 75-85% пациенток имеют изолированное поражение яичника
- Благоприятное клиническое течение

Гистологический тип опухоли яичника является одним из основных прогностических факторов, влияющих на выживаемость больных.

Первичный и вторичный РЯ .
Метастатический РЯ .

Большинство злокачественных опухолей яичников возникают на фоне предшествующих доброкачественных опухолей (преимущественно цилиоэпителиальных кистом) .

Первичный РЯ (4–5% злокачественных опухолей яичника) возникает из элементов яичника без предшествующих доброкачественных образований, опухоль с самого начала носит злокачественный характер.

Вторичный РЯ (80–88%) возникает из предшествующих доброкачественных или пограничных эпителиальных опухолей. Чаще злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже муцинозных кистах яичников.

Метастатический РЯ составляет около 20% по отношению к другим злокачественным опухолям и возникает в результате метастазирования злокачественных новообразований различной локализации лимфогенным, гематогенным или имплантационным путем. При этом наблюдаются 2–сторонние опухоли яичников преимущественно в молодом возрасте (до 40 лет). В 70% имеет место асцит. Наиболее часто встречаются метастазы опухолей ЖКТ (рак Крукенберга), молочной железы, щитовидной железы, печени, легких, желчного пузыря и др. Метастатический рак следует рассматривать как IV стадию распространения.

Метастазирование рака яичников . РЯ характеризуется быстрым ростом , ранним метастазированием и прорастанием в соседние органы (в лимфатические узлы , сальник , брюшину , внутренние органы) .

При эпителиальных опухолях яичников метастазирование носит преимущественно имплантационный характер, дисгерминомы же чаще - лимфогенным путем . РЯ стоит на 1 – м месте среди других новообразований по обширности метастазирования .

ЯЧНИКОВ

Клиническая диагностика РЯ . На ранних стадиях протекает бессимптомно . В то же время заболевание протекает агрессивно , с ранним метастазированием .

Клинические симптомы появляются на запущенных распространенных стадиях процесса, когда больные отмечают быструю утомляемость , слабость , потливость , похудание , затруднение дыхания (за счет появления выпота в брюшной полости и плевре).

При запущенных формах РЯ (III – IV стадия) верхняя часть малого таза бывает заполнена опухолью , пальпируется увеличенный в размере и инфильтрированный большой сальник, обнаруживаются метастазы в пупке, надключичной области , по брюшине заднего маточно – прямокишечного углубления .

Доклиническая диагностика РЯ:

- анамнез (акушерско-гинекологический и соматический ,
выяснить факторы риска)
- специальное гинекологическое исследование (ректо –
вагинальное , пальпация и перкуссия живота)
- УЗИ органов малого таза при подозрении на опухоль яичников
проводится в обязательном порядке . Заподозрить
малигнизацию кисты и рак яичника можно по беспорядочным
эхо-сигналам, а также наличию множества эхо – негативных
теней округлой формы. Выявляется с помощью УЗИ и асцит .
- КТ (локализация , размеры , внутреннюю структуру опухоли ,
выявить очаги метастатического поражения лимфоузлов)
- лапароскопия (диагностическая , лечебно – диагностическая ,
контрольная)
- Опухолевые маркеры в сыворотке крови (методом ИФА) - СА-125.
- цитологический метод
- рентгенологический метод
- диагностическая лапаротомия
- эндоскопические методы (фиброгастроскопия , колоноскопия ,
дополненные прицельной биопсией и др.) .

Принципы лечения РЯ

I. Комбинированный (хирургическое вмешательство + послеоперационная химиотерапия; предоперационная химиотерапия + хирургическое вмешательство; химилтерапия + лучевое лечение) .

II. Комплексное лечение - в различных сочетаниях (химиотерапия , хирургическое , лучевая терапия , гормонотерапия , витаминотерапия , симптоматическая терапия).

Выбор метода лечения зависит от стадии заболевания и общего состояния больной .

Динамика заболеваемости РЯ , выживаемости и летальности в РБ .

Рак яичников в структуре онкологических заболеваний занимает в РБ 11 место . Ежегодно в РБ регистрируются около 280 новых случаев РЯ . Средний возраст больных 53 года .

Группы риска женщин по возможности возникновения рака яичников:

- с нарушениями функции яичников (менструальной , детородной). Этим женщинам рекомендуется активно наблюдать не реже 2 раз в год
- с кровотечениями в постменопаузе , не зависящими от патологического состояния матки . Эти женщины подлежат дополнительному обследованию в условиях стационара
- Длительно находящиеся под диспансерным наблюдением врачей по поводу якобы бессимптомной миомы матки , хронических воспалительных процессов придатков матки и доброкачественных ОЯ . Подлежат дополнительному обследованию в условиях стационара.

- ранее оперированные в пре - и постменопаузе по поводу доброкачественных опухолей внутренних половых органов , с оставлением или резекцией одного или обоих яичников
- лечение в прошлом по поводу рака молочной железы, так как имеют двойной риск синхронного или метасинхронного развития РЯ
- С отягощенной наследственностью (почти у 40% больных с опухолями яичников выявлена наследственная отягощенность, в том числе при РЯ - в 15% случаев)
- Женщины с отягощенным акушерским и соматическим анамнезом (токсикозы , инфекции), приводящие к антенатальным поражениям фолликулярного аппарата яичников плода .

Важная роль в профилактике РЯ отводится нормализации нарушений менструальной функции (ановуляции, приводящей к бесплодию и хронической гиперэстрогении).

Первые роды в возрасте 20 – 24 лет снижают риск РЯ. Хирургическая профилактика РЯ заключается в удалении доброкачественных опухолей яичников.

Таким образом, учитывая рост гормонозависимых опухолей необходимо внедрение в практику опухолевых маркеров (СА – 125), цитологии и биопсии эндометрия в амбулаторных условиях.

Литература :

- 1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии . - СПб. : Фолиант . 2002 . - 354 с.
- 2. Дж. Берека , И. Адаши и П. Хиллард . Гинекология по Эмилю Новаку . – М., “ Практика “ , 2002 . – 892 с.
- 3. Чиссов В.И., Давыдов М.И. , Старинский В.В. и др. Методология и организация скрининга рака шейки матки . - М. : МНИОИ им.П.А. Герцена , 2004 . - 31 с.

Спасибо за внимание