

Рак яичников

Клиника, диагностика, лечение

Проверила: Турешова А.О
Выполнил: Ежаззулла Жахид

Эпидемиология

- ✓ 20% среди опухолей гениталей
- ✓ Заболеваемость 10 на 100000
- ✓ Высокий процент рецидивов 96%
- ✓ РЯ отличается быстрое и скрытое течение.
- ✓ Пик заболеваемости РЯ приходится на 6 – 7-ю декады

ЖИ



Виды Рака яичника

Первичный рак яичников

- составляет около 5%;
- опухоль с самого начала имеет злокачественный характер;
- в ней нет сочетания доброкачественных и злокачественных элементов;
- опухоль происходит из покрова эпителия яичника;
- Возникает у женщин старше 60 лет;
- по микроскопическому строению:
солидный или железисто-солидный.



Виды Рака яичника

Вторичный рак яичников

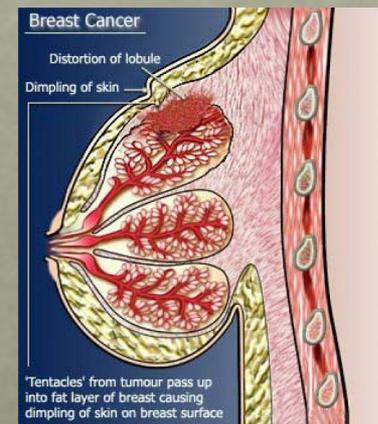
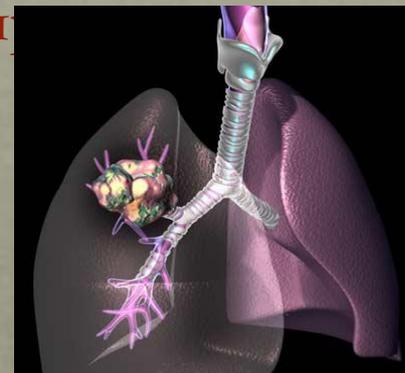
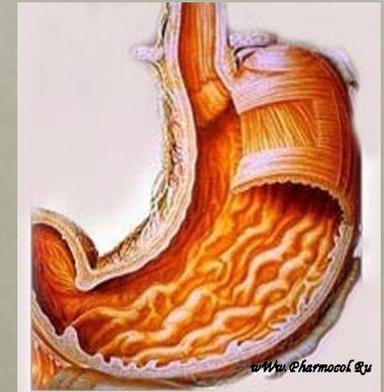
- 80-85% случаев;
- *представляет собой малигнизированную опухоль яичника;*
- злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже муцинозных кистах яичника;
- *может быть в виде единичного изолированного или нескольких узлов в одной из камер кистомы;*
- *Микроскопическая картина полиморфна: железистый рак, папиллярный рак, рак солидного строения и смешанные*



Виды Рака яичника

Метастатический рак яичников

- встречается в 20% случаев;
- *первичный очаг может локализоваться в желудочно-кишечном тракте (опухоль Крукенберга), молочной железе, легком;*
- растет быстро и может значительно превосходить по величине первичный очаг;
- метастазирование в яичник чаще по гематогенным путем, реже ретроградно-лимфогенным и имплантационным;
- *опухоли двусторонние.*



Факторы риска

Генетические

Гормональные

Социальные

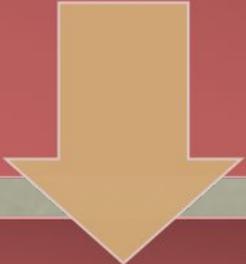
Экологические

Алиментарные

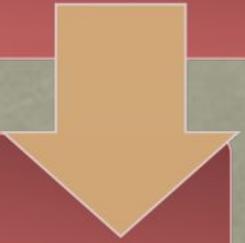
Метаболические

Гормональные факторы риска

- Перименопаузальный возраст
- Поздняя менопауза
- Длительный детородный период с низкой репродуктивной активностью: бесплодие, редкие беременности, короткий период лактации



Большое число ановуляторных менструальных циклов



Нарушение секреции ГТГ и половых гормонов

Риск РЯ на 30-60% ниже у женщин,
рожавших 3 раза и более



Гормональные факторы риска

«Непрерывная овуляция»;

Индукция овуляции при бесплодии
(РЯ в 2,5 раза чаще);

Рак молочной железы в анамнезе

Риск рака яичника ниже на 50% у
женщин длительно кормивших
грудью.



Алиментарные факторы



насыщен
ных
жиров

Повышает
риск на 20%



Овощная
диета

Снижает
риск на 37%

Группы риска РЯ

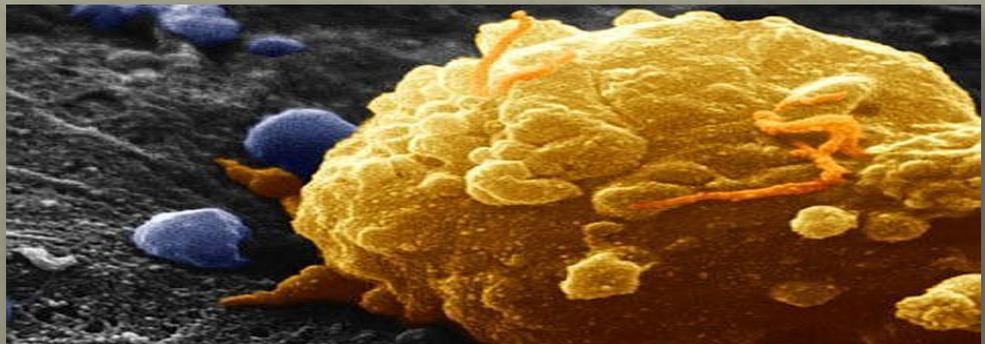
- ✓ Женщины в пери- и постменопаузе с гормональными и метаболическими нарушениями;
- ✓ Женщины с доброкачественными опухолями матки и яичников;
- ✓ Женщины с индукцией овуляции в анамнезе;
- ✓ Женщины с отсутствием родов в анамнезе;
- ✓ Женщины с отягощенным семейным онкологическим анамнезом;
- ✓ Женщины, у которых обнаружены мутации BRCA-1

Гистологические виды

✓ *Серозные опухоли:*

Злокачественные :

- аденокарцинома,
- папиллярная аденокарцинома,
- папиллярная цистаденокарцинома,
- поверхностная папиллярная аденокарцинома,
- аденокарцинофиброма.

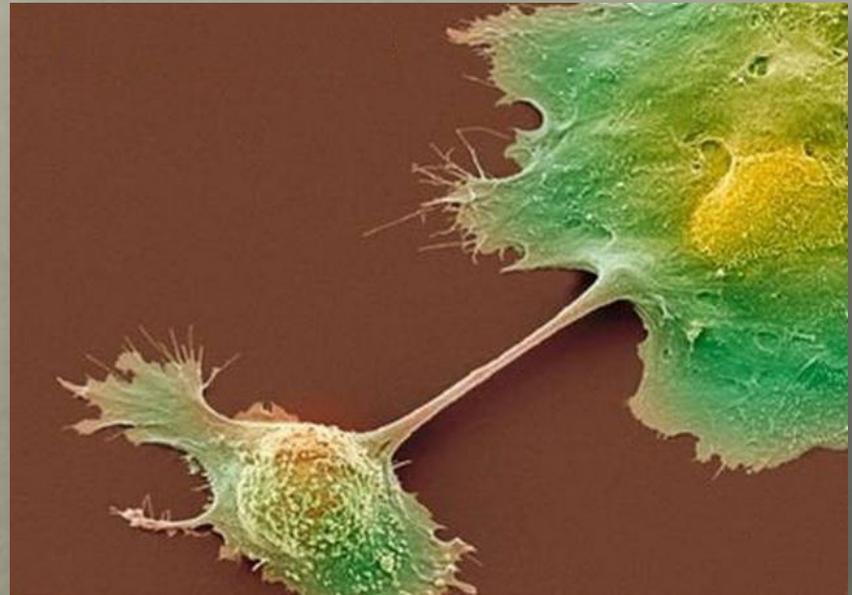


Гистологические виды

✓
Муцинозные опухоли, эндоцервикально- и кишечноподобного типа:

Злокачественные :

- аденокарцинома,
- цистаденокарцинома,
- аденокарцинофиброма,
- цистаденокарцинофиброма.



Гистологические виды

Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли:

Злокачественные : аденокарцинома, аденокарцинофиброма, цистаденокарцинофиброма.

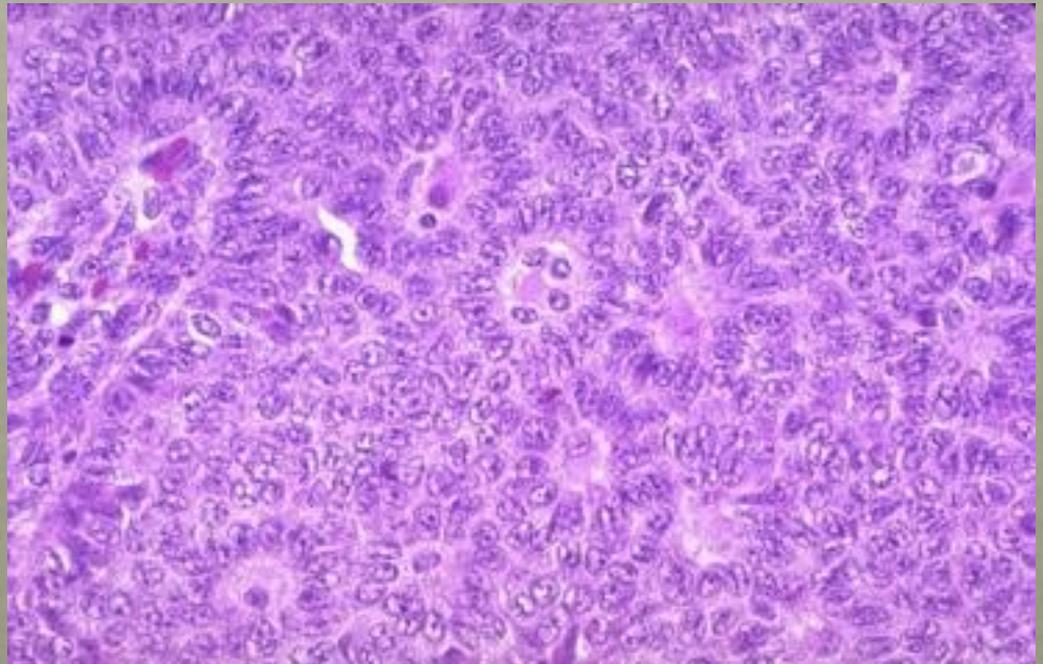
Пограничные : кистозная опухоль, аденофиброма, цистаденофиброма.

Переходно-клеточные опухоли:

Опухоли Бреннера
Пограничные

Опухоли Бреннера
злокачественные

Переходно-клеточная карцинома
(не Бреннера)



Гистологические виды

Плоскоклеточные опухоли.

Смешанные эпителиальные опухоли (из 2 и более главных типов эпителиальных опухолей):

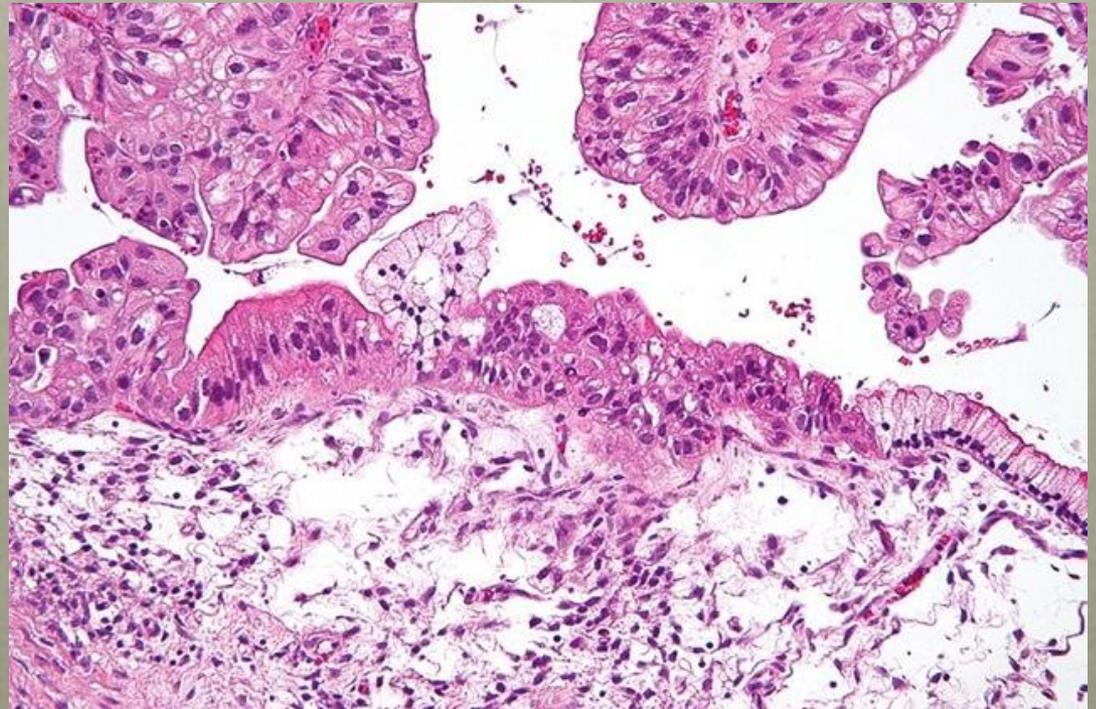
Злокачественные

Пограничные

Недифференцированный рак.

злокачественная опухоль
эпителиальной структуры,
которая плохо дифференцирована

***Экстраовариальный
перитонеальный рак.***



Классификация рака яичников стадирование по классификации AJCC

I Стадия – опухоль ограничена яичниками

Ia - опухоль ограничена одним яичником

Ib- опухоль ограничена обоими яичниками

Ic - опухоль ограничена одним или обоими яичниками, при наличии повреждения капсулы, асцита или позитивных смывах

Классификация рака яичников стадирование по классификации AJCC

II Стадия – опухоль распространяется на структуры малого таза

II a – вовлечение матки и маточных труб

II b – распространение на другие структуры малого таза

II c – распространение на матку и маточные трубы, другие структуры малого таза, при наличии асцита или позитивных смывах

Классификация рака яичников стадирование по классификации AJCC

III Стадия – распространение на брюшную полость и/или регионарные лимфоузлы

III a – микроскопические перитонеальные метастазы

III b – макроскопические до 2-х см перитонеальные метастазы

III c – макроскопические более 2-х см перитонеальные метастазы и/или вовлечение регионарных лимфоузлы

Классификация рака яичников

IV стадия – отдаленные метастазы

Метастазирование

- Имплантационные
- Лимфогенный (при дисгерминомах – основной путь)
- Гематогенный

Стадия Ia

Опухоль не распространяется за пределы яичника, поражен один яичник, капсула интактна, на поверхности яичника раковые клетки отсутствуют.



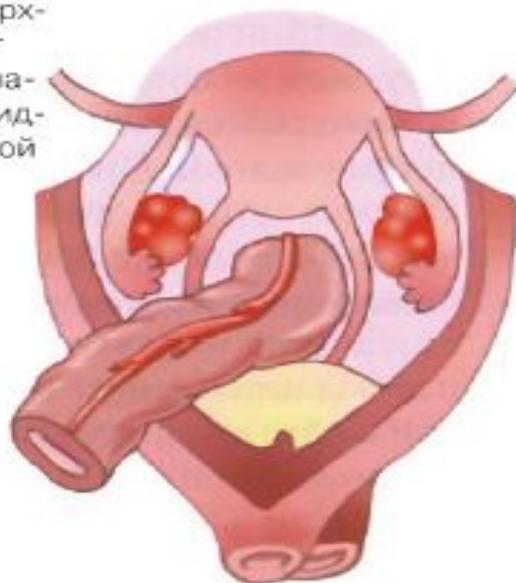
Стадия Ib

Поражены оба яичника, капсула интактна, на поверхности яичника раковые клетки отсутствуют.



Стадия Ic

Поражен один или оба яичника, капсула разрушена, на поверхности яичника присутствуют раковые клетки, либо их обнаруживают в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости.



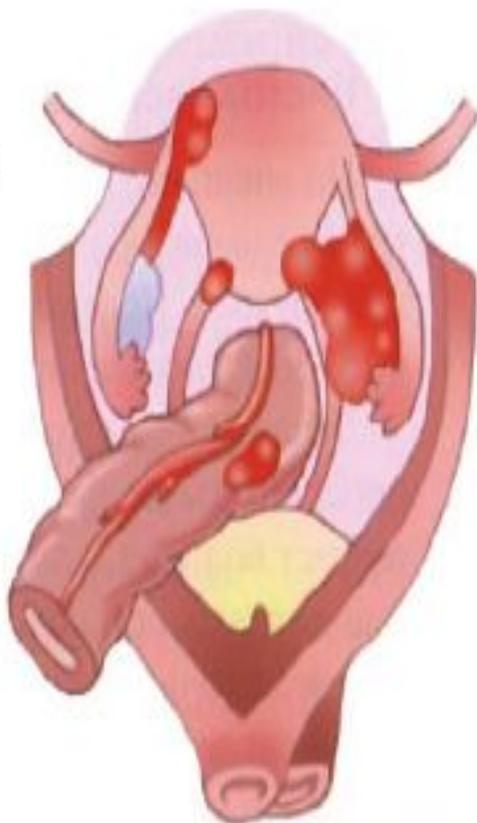
Опухоль поражает малый таз — прямое прорастание, и/или метастазы в матку, и/или маточные трубы/яичник.

Стадия IIa



Опухоль прорастает и/или распространяется имплантационным путем на другие органы и ткани малого таза (брюшину, стенки малого таза, широкую связку матки).

Стадия IIb



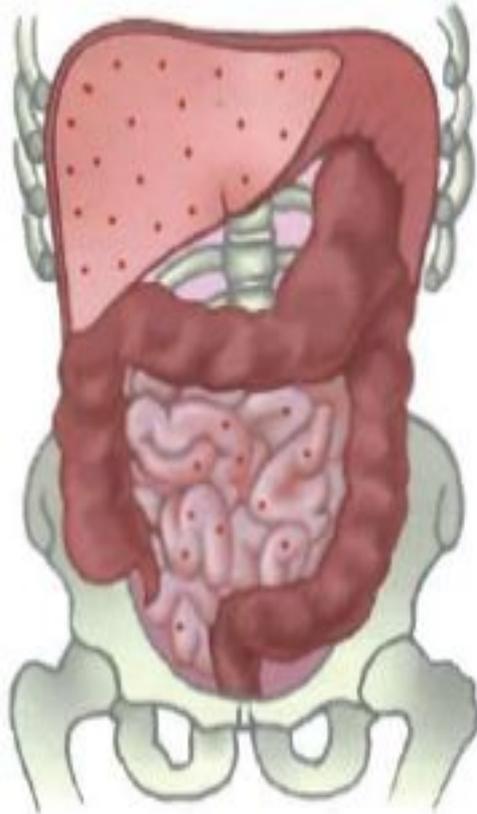
Стадия IIa или IIb при наличии раковых клеток в ацистической жидкости или в смывах из брюшной полости

Стадия IIc



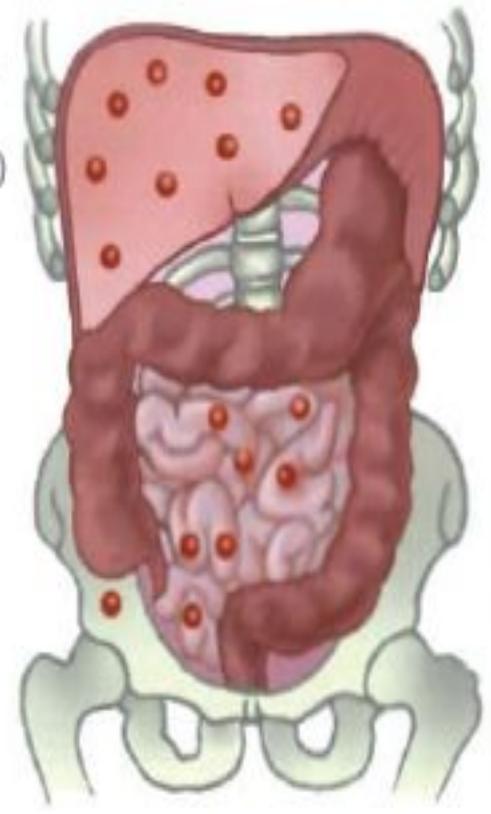
Стадия IIIa

Опухоль распространяется в брюшную полость: микроскопические метастазы на брюшине за пределом малого таза (в том числе на покрытой брюшиной печени)



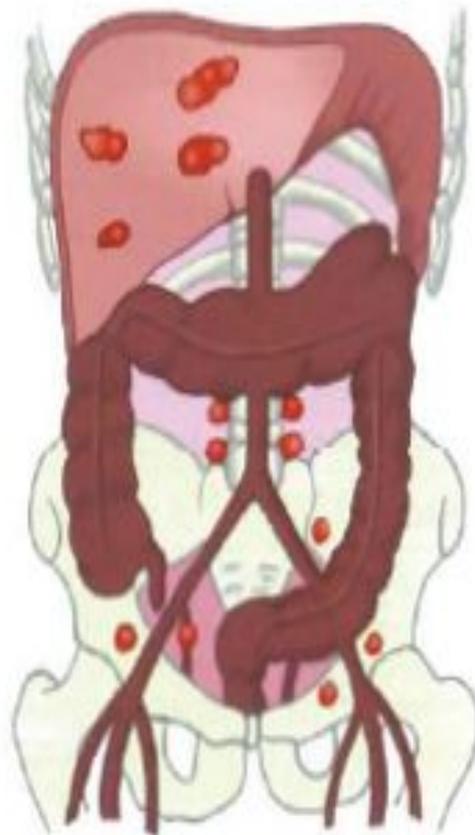
Макроскопические метастазы на брюшине за пределом малого таза (размером до 2 см)

Стадия IIIb



Стадия IIIc

Метастазы на брюшине за пределами малого таза (размером более 2 см) и/или поражение параортальных тазовых лимфатических узлов



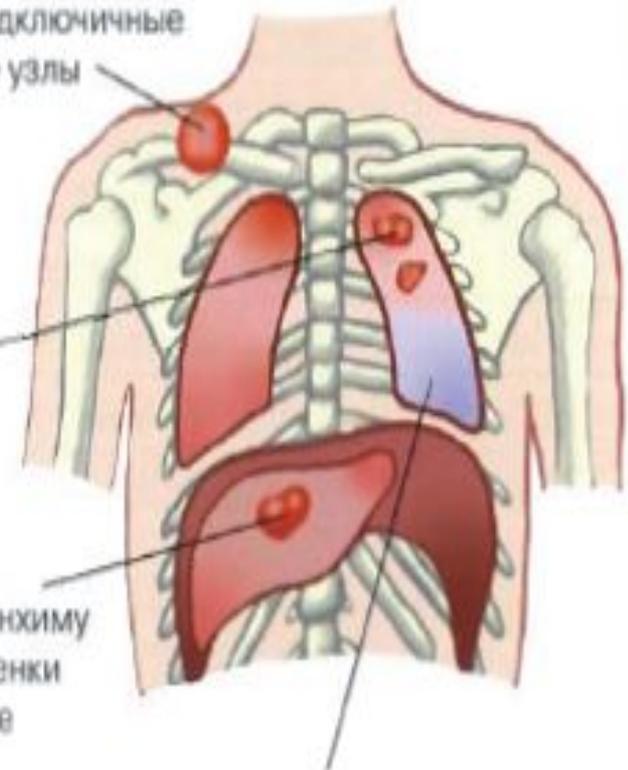
Стадия IV

Характеризуется наличием отдаленных метастазов

Метастазы в надключичные лимфатические узлы или кожу

Метастазы в паренхиму легких

Метастазы в паренхиму печени или селезенки (не поверхностные метастазы)



Выпот в плевральной полости, вызванный злокачественной опухолью (положительные результаты цитологического исследования)

Метастазирование

Имплантационный путь – это самый ранний и наиболее частый вариант диссеминации РЯ

✓ В прямокишечно-маточном углублении,

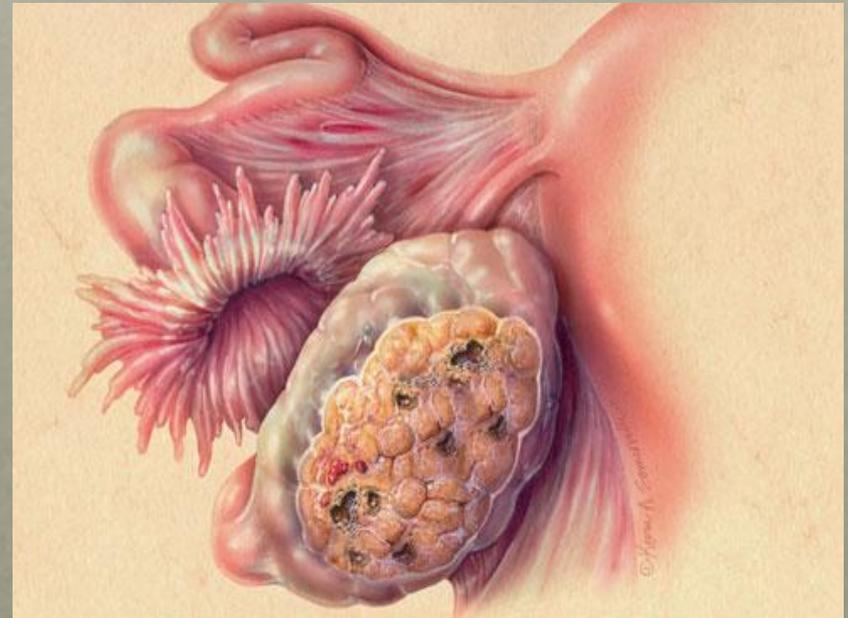
✓ Вдоль латеральных каналов,

✓ На капсуле печени,

✓ В правом поддиафрагмальном пространстве,

✓ На брыжейке и кишечных петлях,

✓ В большом сальнике.



Метастазирование

Лимфогенное

- 1. Забрюшинные лимфоузлы
- 2. Поясничные лимфоузлы
- 3. Тазовые лимфоузлы

Гематогенное

- 1. Печень
- 2. Легкие
- 3. Кости

Диагностика

1. Физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов и молочных желез, гинекологическое исследование);
2. УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства;



Диагностика

3. Биопсия опухоли, гистологическое исследование;
4. Определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА-125



Диагностика

5. ЭГДС

6. Лапароскопия;

7. КТ брюшной полости;

8. Рентгенография органов грудной клетки;

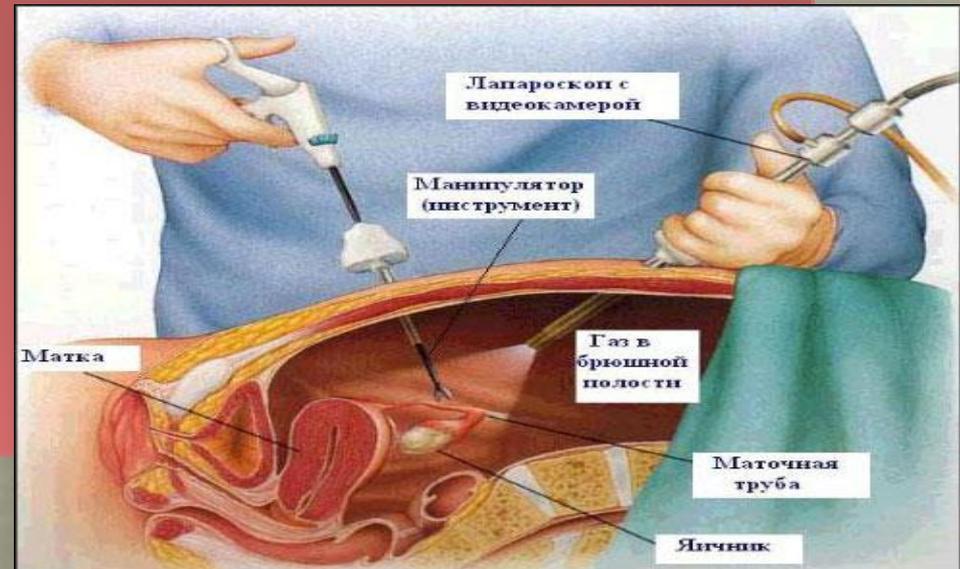
9. Скенирование костей скелета;

10. Колоноскопия.

Лапароскопия

Задачи

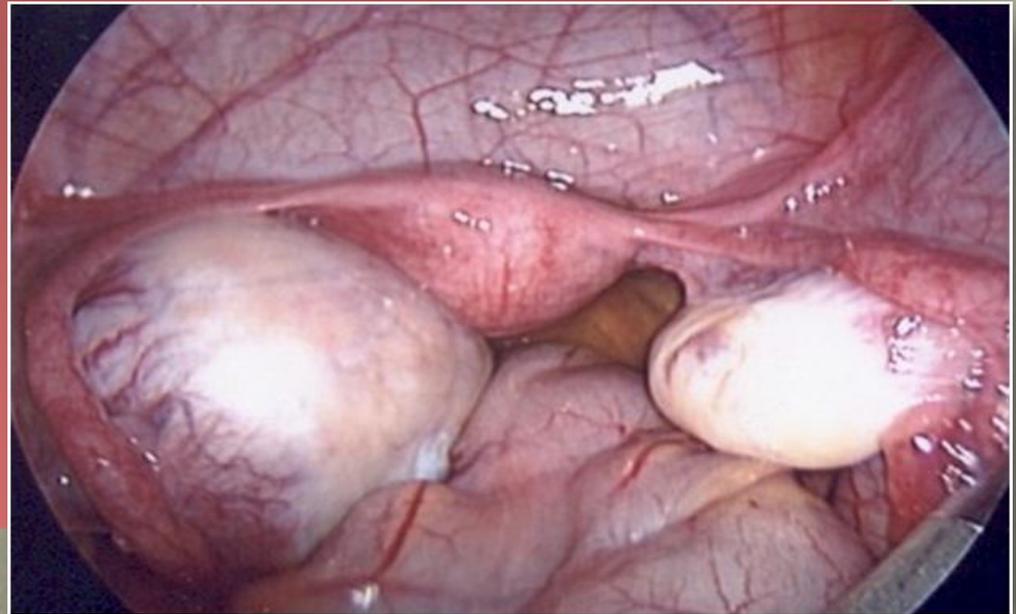
1. Смывы с брюшины или эвакуация свободной жидкости для цитологического исследования;
2. Множественная биопсия париетальной брюшины, лимфатических узлов, большого сальника, яичников;



Лапароскопия

Задачи

3. При необходимости - овариэктомия
(со срочным гистологическим исследованием);
4. Оценка эффекта химиотерапии, диагностика прогрессирования заболевания.



Лечение

Комбинированное лечение:

Хирургическое вмешательство +
Полихимиотерапия

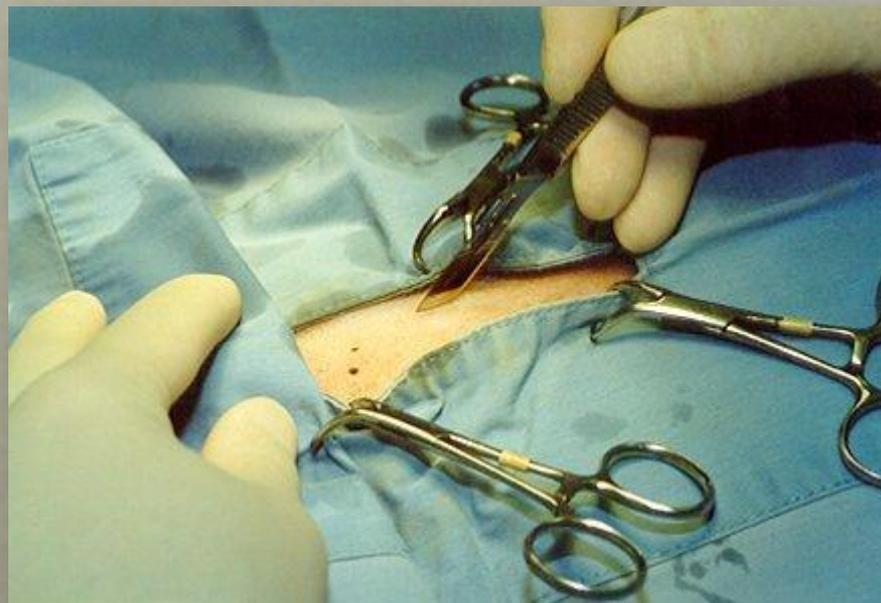
По показаниям

Лучевая терапия

Хирургическое лечение

Стандартный объем:

экстирпация матки с придатками
и удаление большого сальника.



Хирургическое лечение

При распространенных опухолях:



циторедуктивные операции

максимальное удаление опухолевых масс

По показаниям



Расширенные операции

экстирпация матки с придатками + удаления большого сальника
+ тазовая и/или поясничная лимфаденэктомия

Химиотерапия

✓ Проводят после радикальных или циторедуктивных операций.

✓ Комбинированное лечение начинают с ХТ:

- при выраженной интоксикации;
- при значительной распространенности опухоли и наличии отдаленных метастазов;
- если риск интра- и послеоперационных осложнений чрезвычайно высок.



Химиотерапия



- ✓ Эффективность схемы оценивают после 2-3 курсов.
- ✓ При наличии эффекта лечение продолжают, при отсутствии — меняют схему.

Лучевая терапия

Показания

✓ Множественная резистентность
опухоли к ХТ

✓ Ограничение возможностей хирургического лечения.

✓ Размеры остаточной опухоли после циторедуктивной операции более 2 см, частичная регрессия или стабилизация опухоли после ПХТ, но проведение дальнейшего лекарственного лечения невозможно из-за устойчивости опухоли либо из-за осложнений ХТ

Лучевая терапия



Профилактика

Выявление групп риска, прием ОК,
борьба с бесплодием и редкими беременностями



Профилактика



Грудное вскармливание:
период лактации
не менее года

Профилактика

Борьба с лишним весом



Спасибо за внимание