

ОПЕРАТИВЕН ПОДХОД ПРИ ЖИВОТОЗАСТРАШАВАЩО СЪСТОЯНИЕ ПРИ ОВАРИАЛЕН КАРЦИНОМ В НАПРЕДНАЛ СТАДИЙ

Павел Добрев^{1,2}

¹Факултет по обществено здраве и здравни грижи,
Университет „Проф. д-р Асен Златаров“-Бургас, 8010, България

²Комплексен онкологичен център-Бургас, бул. Демокрация 86, Бургас, 8000, България
pavel_dobrev_@abv.bg

Резюме: Изследването е посветено на овариалния карцином - онкологично заболяване, което най-често възниква в епителните клетки на яйчника. Представен е клиничен случай на пациентка със солидна туморна формация, ангажираща целия малък таз, достигаща до ребрена дъга с характеристика на овариален карцином в напреднал стадий.

Ключови думи: рак, овариален карцином, оперативен подход.

OPERATIVE APPROACH IN LIFE-THREATENING CONDITIONS IN ADVANCED STAGE OVARIAN CARCINOMA

Pavel Dobrev^{1,2}

¹Faculty of public health and health care,
Prof. Asen Zlatarov University, Burgas-8010, Bulgaria

² Oncology Complex Center - Burgas,
86 Demokratiya Blvd, Burgas 8000 Bulgaria

Abstract: The study is dedicated to ovarian carcinoma - an oncological disease that most often occurs in the epithelial cells of the ovary. A clinical case is presented of a patient with a solid tumor formation involving the entire small pelvis, reaching the costal arch with features of ovarian carcinoma at an advanced stage.

Keywords: cancer, ovarian carcinoma, operative approach.

1. Въведение

Ракът на яйчниците /овариален карцином/ е онкологично заболяване, което най-често възниква в епителните клетки на яйчника [2, 4, 7]. От всички видове гинекологични карциноми този на яйчниците има най-лоша прогноза [5, 8].

- 1 на всеки 78 жени ще бъде диагностицирана с ОК
- Диагноза в стадии I и II – само 20% (5-год ОП >90 %)
- Диагноза в стадии III и IV – само 20% (5-год ОП около 30 %)

По данни на Националния раков регистър в България всяка година се откриват около 860 нови случая на рак на яйчника [6].

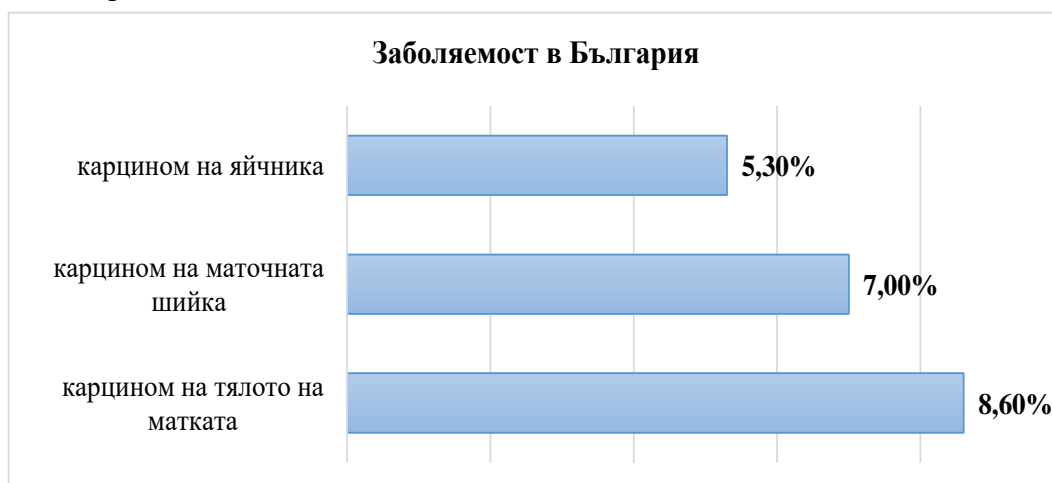
В страната яйчниковият карцином е на пето място по честота сред злокачествените тумори при жените и на шесто място като причина за смърт [3].

Смята се, че при 1 на 70 жени има риск от развитието му.

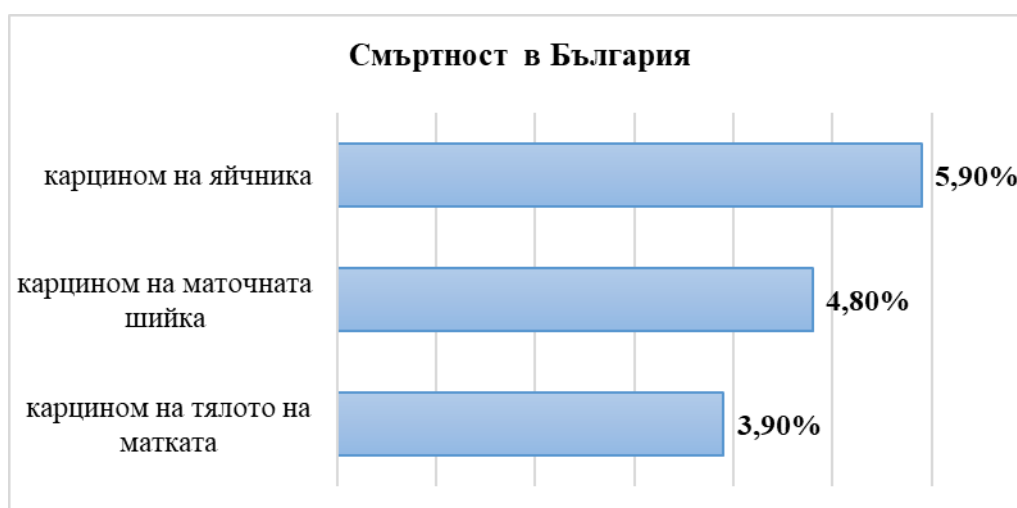
Ракът на яйчника заема трето място по честота на локализация, след рака на маточната шийка и рака на матката, сред карциномите на женските полови органи, но е на първо място по леталитет [1].

Причините за популяризирането на този тумор с другото име „silent killer“ („тихият убиец“) са липса на симптоматика в ранните стадии на болестта, късна диагностика и липса на ефективен скринингов метод [9].

На Фиг. 1 и Фиг. 2 са представени заболяемостта и смъртността в България от овариален карцином.



Фиг. 1. Заболяемост в България от овариален карцином



Фиг. 2. Смъртност в България от овариален карцином

По света ракът на яйчника заема 7-мо място по честота на локализация и 8-мо място по причина за смъртност сред всички злокачествени заболявания при жените.

Честотата на заболяването варира по региони, особено когато се сравняват страните с високо и ниско икономическо развитие [6, 12].

В исторически план влияние на честотата на заболяването оказват репродуктивните фактори и промените в диагностичните методи.

2. Цел на проучването

Целта на проучването е да се представи оперативния подход и лечение на пациентка [10], приета в „Комплексен онкологичен център“ Бургас със солидна туморна формация, ангажираща целия малък таз, достигаща до ребрена дъга с характеристика на овариален карцином в напреднал стадий [11, 13].

3. Резултати и обсъждане

В настоящата работа представяме случай на 57-годишна пациентка, която от месец ноември 2020 г. забелязва подуване на корема и дискомфорт, но не е потърсила лекарска помощ. На 28.06.2021 г. постъпва в отделение по онкогинекология с оплаквания от гадене, повръщане, затруднено изхождане, и отслабване на телло.

При гинекологичен преглед се установява туморна формация в малкия таз достигаща до ребрена дъга. Тя е диагностицирана с образуване в малкия таз от яйчников произход и е хоспитализирана с диагноза първичен овариален карцином.

При направената компютърна томография (КТ) на малък таз и корем се установи комплексна патологична туморна маса с р-ри 19,72 см/23,19 см/11,70 см със солидна и кистозна компонента както и сигнефикантно уголемени леви тазови и парааортни лимфни възли. В резултат на тази констатация се приема, че се касае за първичен овариален карцином с дисеминация в корема.

След проведената стандартна предоперативна подготовка пациентката е оперирана.

Интраоперативните находки са: туморна формация с произход вероятно от ляв яйчник който достига до ребрена дъга, плътно срастнала с тънкочревни бримки. Формацията е ангажирала изцяло малкия таз с множество сраствания към паритален перитонеум и съседни органи което прави невъзможно отграничаването на отделни анатомични структури в малкия таз.

На Фиг. 3 е представен оментум с метастази с диаметър около 4 см. Метастази се откриха и в мезо на colon descensus.



Фиг. 3. Оментум с метастази с диаметър около 4 см.

Сформира се мултидисциплинарен екип и се извърши: резекция и термино-терминална анастомоза на тънко черво поради висок риск от развитие на чревна непроходимост. Поради висок риск от интраоперативни усложнения, несъвместими с живота на пациентката се взе решение да се извърши максимална циторедукция на туморната формация като се намали нейния обем. След това да се подходи към повторна second-look оперативна интервенция след провеждане на неадювантна химиотерапия.

От хистология: Оментум - с метастази от умерено диференциран папилиферен серозен аденокарцином.

В периода след изписване пациентката провежда 6 курса химиотерапевтично лечение (Авастин и Карбоплатина), където се отчита пълен терапевтичен отговор.

Назначават се PET-СТ образно изследване от което се констатира:

Сравнявайки с описанието от оперативния протокол се отчита почти пълен терапевтичен отговор на проведеното лечение. Метаболитно активна туморна формация не се визуализира. Визуализират се два метаболитно активни перитонеални депозита с метаболитно отграничен фокус в топографското място на левия яйчник.

На 17.01.2022 г. пациентката постъпва за second look лапаротомия на база данни от PET-образно изследване.

In situ: По париетален перитонеум се намериха няколко туморни метастази с диаметър около 1 см - изпратиха се за хистологично изследване. По повърхността на тънки черва се установяват множество милиарни метастази с p-ри до 0.5см. Матка - в AVF, с нормални p-ри за възрастта, десен аднекс: яйчник и маточна тръба - б.о.; ляв аднекс – туморна формация около 5см с плътна консистенция, неравна повърхност, плътно срастнала към задна маточна повърхност, дебело черво и перитонеума на тазовата стена. Леви параметри задебелени и уплътнени. Нераг –интактен. Парааортални л.в. - б.о.

Извърши се тотална хистектомия с тумораднексектомия в ляво и аднексектомия в дясно.

Хистологично изследване

Матка – Лейомиома

Маточна шийка – дисплазия II степен

Ляв аднекс – фибротеккома

Десен аднекс – субепителна фиброза

Париетален перитонеум – възпалителни инфилтрати

На 25.01.2022 пациентката е изписана в добро общо състояние и е насочена за допълване на химиотерапевтично лечение и диспансерно наблюдение.

4. Изводи

В изследването е представен приложението оперативен подход на пациентка с карцином на яйчиците. Пациентката в със солидна и кистозна компонента, както и сигнефициантно уголемени леви тазови и парааортни лимфни възли.

След проведено целотелесно PET/КТ сканиране, на 71 мин. след инжектиране на 171.46 MBq¹⁸F-FDG, съчетано с КТ и контраст пер ос е установено следното:

Глава и шия: На фона на физиологична фиксация на ¹⁸F-FDG в мозъчния паренхим, както и в условията на нискодозова нативна КТ, не се визуализират метаболитно активни лезии в двете мозъчни хемисфери.

Шийните и супраклавикуларните лимфни възли са с нормални размери, метаболитно неактивни.

Торакс: Не се откриват метаболитно активни аксиларни лимфни възли. Липсват метаболитно активни медиастинални лимфни възли. Не се откриват плеврални излизи.

Бели дробове: В условията на дихателна динамика не се визуализират метаболитно активни находки.

Черен дроб: Не се визуализират метаболитно активни лезии.

Визуализира се надфоново повишение по хода на колон десценденс, SUVmax 5.04, най-вероятно с възпалителен характер.

В областта на оперативната интервенция в малкия таз не се визуализират метаболитно активни находки.

В дистална терта на ректума се визуализира зона с надфоновото повишена метаболитна активност SUVmax 4.49, най-вероятно с възпалителен характер.

В областта на маточната шийка се визуализира метаболитно отграничима зона, без обособен морфологичен субстрат, SUVmax 3.45, вероятно възпалителен процес

В останалите абдоминални органи не се установяват огнища с патологичен глюкозен метаболизъм. Не се откриват метаболитно активни парааортални, паракавални, мезентериални, параилачни и ингвинални лимфни възли. Без данни за свободна течност в абдомена и малкия таз.

Кости: Не се визуализират метаболитно активни лезии, свързани с основното заболяване.

Заклучение: Липсват ПЕТ/КТ данни за локален рецидив и вторична дисеминация на заболяването.

Библиография

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68 (6): 394–424.
2. Dembo, A. J., Bush, R. S., Beale, F. A., Bean, H. A., Pringle, J. F., Sturgeon, J., & Reid, J. G. (1979). Ovarian carcinoma. *American journal of obstetrics and gynecology*, 134(7), 793-800.
3. Gilks, C. B., & Prat, J. (2009). Ovarian carcinoma pathology and genetics: recent advances. *Human pathology*, 40(9), 1213-1223.
4. Goff, B. A., Mandel, L., Muntz, H. G., Melancon, C. H. (2000). Ovarian carcinoma diagnosis: results of a national ovarian cancer survey. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 89(10), 2068-2075.
5. Gu, P., Pan, L. L., Wu, S. Q., Sun, L., & Huang, G. (2009). CA 125, PET alone, PET–CT, CT and MRI in diagnosing recurrent ovarian carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *European journal of radiology*, 71(1), 164-174.
6. GLOBOCAN 2020. <https://gco.iarc.fr/>
7. McCluggage, W. G. (2011). Morphological subtypes of ovarian carcinoma: a review with emphasis on new developments and pathogenesis. *Pathology*, 43(5), 420-432.
8. Vergote, I., De Brabanter, J., Fyles, A., Bertelsen, K., Einhorn, N., Sevelde, P., ... Tropé, C. G. (2001). Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage I invasive epithelial ovarian carcinoma. *The lancet*, 357(9251), 176-182.
9. Валерианова З. Рак на яйчника, MedInfo, бр. 1, 2020
10. Клинично поведение при овариален карцином, под редакцията на доц. д-р Димитър КАЛЕВ, д.м., АРТ ТРЕЙСЪР, Варна, 2014
11. Корновски Я., Горчев Г., Хирургично лечение на епителен рак на яйчника, *Онкологос* 2004, 16-21.
12. Славчев, С. Е. Трендафилова, Я. Корновски – „Карцином на яйчника – пет годишна преживяемост и прогностични фактори – нашият опит.“, сп., *Онкология*, бр.3/2014, резюме
13. Корновски, Я. Е. Исмаил, С. Иванов, С. Костов, Е. Ковачев – “Авансирал епителен овариален карцином (II – IVстадии) – основни принципи на първично лечение и роля на лимфодулектомията”, сп., *Онкология*“, бр.3/2014, резюме