

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 618.11–006.6–006.36–089:616–006.2

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КАРЦИНОСАРКОМИ ЯЄЧНИКА, ЩО УТВОРИЛАСЯ У ГІГАНТСЬКІЙ КІСТОЗНІЙ ТЕРАТОМІ

В. В. Скиба, С. Г. Гичка, О. В. Іванько, П. В. Кузик, В. В. Лисиця

Київська міська клінічна лікарня № 1

SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN CARCINOSARCOMA THAT DEVELOPED IN GIANT CYSTIC TERATOMA

V. V. Skyba, S. H. Hychka, O. V. Ivanko, P. V. Kuzyk, V. V. Lysytsia

Kyiv City Clinical Hospital N 1

Кістозна тератома з малігнізацією та утворенням карциносаркоми — рідкісна форма пухлин яєчника. Особливістю малігнізованої тератоми яєчника є утворення у ній вторинної злоякісної пухлини так званого "дорослого" типу (плоскоклітинний рак, аденокарцинома, меланома).

Наводимо клінічне спостереження захворювання, що рідко спостерігають у лікарській практиці. Патоморфологічним субстратом була малігнізована гігантська тератома правого яєчника з утворенням карциносаркоми, що спричинило часткову непрохідність кишечника. Тактика ведення пацієнтки забезпечила позитивний результат.

Пацієнтка М., 56 років, направлена на консультацію в хірургічний стаціонар 28.04.15 із скаргами на ниючий біль в животі, його збільшення, схуднення на 10 кг протягом року, запор. Скарги з'явилися протягом року, менапауза 8 років.

За даними лабораторних досліджень крові виявлене зниження рівня гемоглобіну до 109 г/л, гематокриту до

0,33, збільшення ШЗЕ до 44 мм/год. Онкомаркер СА (125) підвищений до 39,4 моль/мл. Під час УЗД органів черевної порожнини виявлені кістома правого яєчника, гепатомегалія. За даними магніторезонансної томографії у порожнині таза та нижніх відділах черевної порожнини знайдене новоутворення розмірами 22,1 × 17,2 × 15,1 см, з чіткими, рівними контурами, вираженою капсулою товщиною до 0,2 см. В проекції задньої половини утворення відзначене локальне рівномірне потовщення задньої стінки до 4,2 см. Вміст утворення однорідний, гіперінтенсивний в T1W і T2W — зображеннях (висока концентрація білка).

Клінічний діагноз: кістома правого яєчника.

29.04.15 виконане оперативне втручання в обсязі пангістеректомії єдиним блоком з кістоною, правобічної геміколектомії з накладенням єюнотрансверзоанастомозу бік у бік, ревізія правої нирки, виведення правобічної нефростоми. Обсяг втручання визначали інтраопераційно, оскільки в пухлинний процес були залучені одним блоком матка, передня черевна стінка,

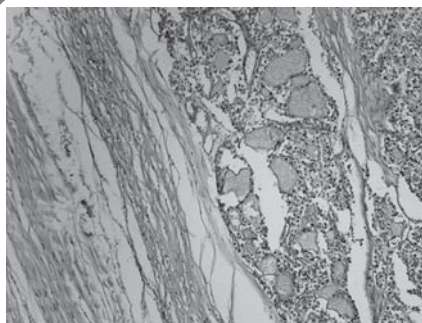


Рис. 1. Мікрофото.
Тератома яєчника.
Забарвлення гематоксиліном
та еозином.
36. ×100.

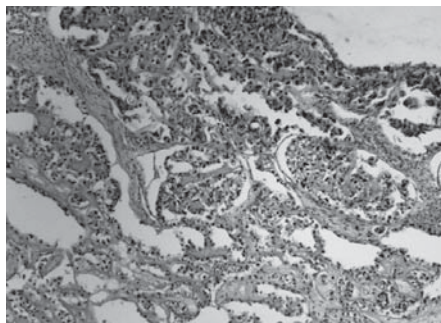


Рис. 2.
Мікрофото.
Ділянка малігнізації тератоми яєчника.
Забарвлення гематоксиліном
та еозином.
36. ×100.

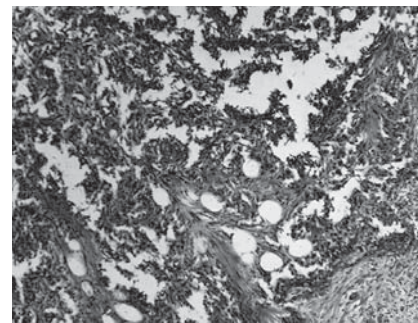


Рис. 3.
Мікрофото.
Карциносаркома яєчника.
Забарвлення гематоксиліном
та еозином.
36. ×100.

очеревина, права половина ободової кишки і правий сечовід. Операційний матеріал: пухлинний конгломерат правого яєчника розмірами 22 × 17 × 15 см, спаяний з маткою, парієтальною очервиною, фрагментом передньої черевної стінки, правим сечоводом, ділянкою ободової кишки. Тканина пухлини на розрізі строката, білувато—жовтого забарвлення, з ділянками крововиливів і розплавлення тканини.

Діагноз після операції: гігантське злоякісне новоутворення правого яєчника з залученням у процес матки, очеревини, передньої черевної стінки, правого сечоводу, правої половини ободової кишки, T4N0M1, ступінь 4, клінічна група 2; часткова непрохідність кишечника, обструкція правого сечоводу на тлі пухлинного процесу; гепатомегалія.

За даними морфологічного дослідження операційного матеріалу, новоутворення яєчника представлене низькодиференційованою карциносаркомою, розташованою в злоякісній тератомі яєчника, з інвазією зовнішніх шарів матки, очеревини, черевної стінки, зовнішніх відділів стінки кишки. Тератоїдна частина пухлини представлена поліморфною тканиною з переважанням ендокриноподібного компонента (рис. 1). В одному з країв тератоми виявлено малігнізацію і трансформацію пухлини в злоякісне новоутворення (рис. 2). Ділянки розростання анаплазованої тканини злоякісної пухлини одночасно у двох напрямках диференціювання — карциноматозному і саркоматозному. Клітини пухлини значно збільшені, гіперхромні, утворювали солідні скупчення. Клітини пухлини були двох типів: ок-

руглі з поліморфними ядрами, що утворювали солідні скупчення і комплекси, а також витягнуті, що утворювали ангіоподібні структури (рис. 3). У ядрах клітин виявлені одне або кілька збільшених ядерець і вакуолі. Масив тканини пухлини містив численні вогнища крововиливу і некрозу. У яєчнику спостерігали інфільтративний ріст пухлини. У просвіті деяких кровоносних судин яєчника, а також у кровоносних судинах зовнішніх шарів шийки матки виявлені пухлинні емболи.

В органах, спаяних з пухлиною, виявлене вrostання тканини пухлини в зовнішні шари матки, товстої кишки, очеревину, черевну стінку. Метастазування у контра-латеральний яєчник і регіонарні лімфатичні вузли не виявлене. В краях резекції стінок піхви, кишки, черевної стінки ріст пухлини не спостерігали. За даними гістологічного дослідження матки виявлено кістозну атрофію ендометрію.

Після операції проводили антибактеріальну, знеболювальну, антикоагулянтну терапію, корекцію порушень водно—сольового і білкового балансу, спазмолітичну, дезінтоксикаційну терапію.

Відзначено позитивну динаміку, покращення естетичного вигляду пацієнтки, її загального стану. Рани загоїлися первинним натягом. Пацієнтка виписана на 15—ту добу у задовільному стані.

Таким чином, правильно обрана тактика обстеження, оперативного і консервативного лікування, зважаючи на рідкісне захворювання яєчника, забезпечила поліпшення якості життя та одужання.

