



# Гинекологический рак и беременность

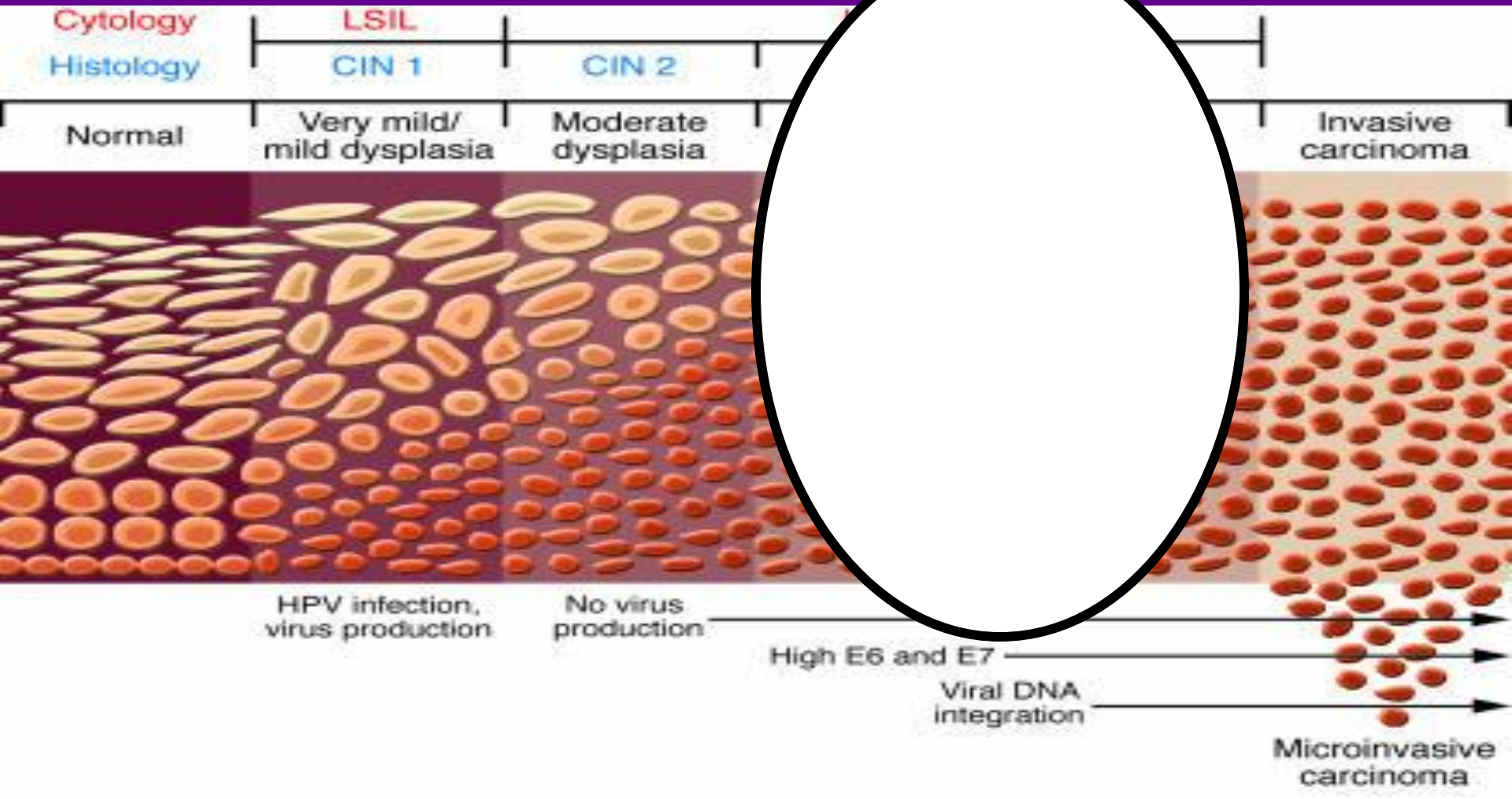
*Урманчиева  
Адель Федоровна*

*Санкт-Петербург, 03 дек. 2010 г*

## Частота сочетания рака с беременностью (1 : 1000)

| Локализация опухоли                                              | Частота (%) |
|------------------------------------------------------------------|-------------|
| Рак шейки матки                                                  | 44,2        |
| Рак молочной железы                                              | 17,8        |
| Саркомы                                                          | 7,1         |
| Лимфомы                                                          | 5,9         |
| Рак яичника                                                      | 5,5         |
| Рак щитовидной железы                                            | 2,4         |
| Меланома                                                         | 1,9         |
| Другие опухоли (в т.ч. рак тела матки,<br>рак вульвы, влагалища) | 15,2        |

# Прогрессия от нормального цервикального эпителия до инвазивного рака



# Цитологический скрининг среди беременных

- У 1,3-2,2% акушерских пациенток выявляется цитологическая атипия.  
*Lurian, Gallup, 1979.*
- У 0,5% *А.Ф.Урманчиева, 1980.*
- У 5-8% *Christoph Thomssen, 2007.*

# Причины гипердиагностики у беременных

Под воздействием  
гормональных  
факторов

- Физиологическая эктопия призматического эпителия
- Метаплазия призматического эпителия
- Повышенная секреция желез
- Повышенная отечность и васкуляризация стромы

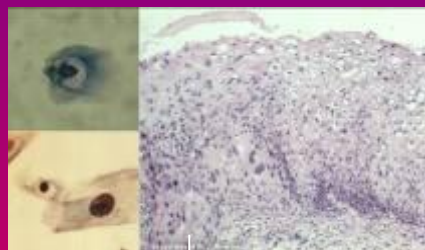
**Кольпоскопия**  
При необходимости проведение  
противовоспалительного лечения  
Повторное цитологическое исследование

Патология не выявлена

Патология сохраняется

Прицельная биопсия

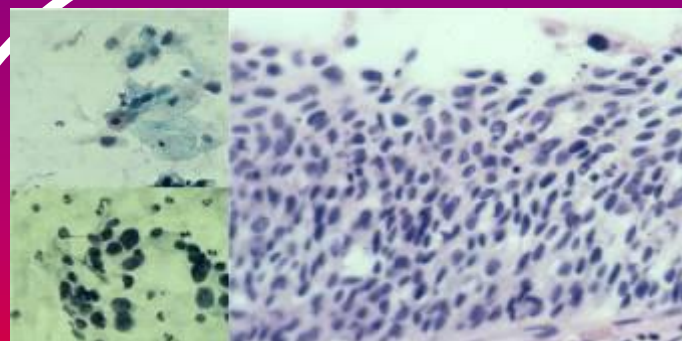
CIN1



Ничего

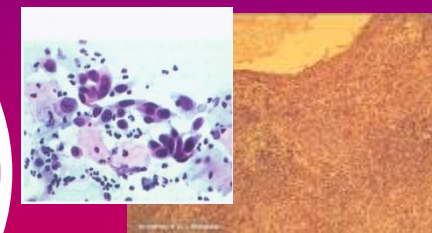
CIN 2

CIN 3



**Что делать?**

Инвазивный рак



Незамедлительное  
лечение

# Конизация во время беременности при CIN 2 - 3 ?



- **НЕТ**

из-за угрозы  
прерывания  
беременности и  
кровотечения

- **Сохранение  
беременности**

# Почему консервативная тактика?

- Риск прогрессии CIN 2 - 3 за столь короткий временной интервал крайне минимален
- Высокая частота регресса CIN 2 - 3 после родов:  
CIN 2 регресс - в 74,1%, CIN 3 - в 53,8%,  
прогресс в 0,4%.

*Kiguhi et al., 1981*

# Какой вид родоразрешения при CIN 2 - 3 ?

- Кесарево сечение

Регресс CIN в 40%

*Brinton et al., 1989;  
Bosh et al., 1992.*

- Влагалищные роды

Регресс CIN в 60 - 70%

*Ahdoot et al, 1998 Yost et al. 1999.*

# Какой вид родоразрешения при CIN 2 - 3 ?

**Кесарево сечение**  
( По акушерским показаниям )

**Влагалищные  
роды**

**Роды через естественные родовые пути**

# Лечебная тактика после родов

**ПОВТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ  
ЧЕРЕЗ 8 НЕДЕЛЬ**

```
graph TD; A[ПОВТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЧЕРЕЗ 8 НЕДЕЛЬ] --> B[Патология не выявлена]; A --> C[CIN 2 - 3]; B --> D[МОНИТОРИНГ, т.к. высокий риск рецидива CIN]; C --> E[КОНИЗАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ];
```

**Патология не  
выявлена**

**МОНИТОРИНГ, т.к.  
высокий риск  
рецидива CIN**

**CIN 2 - 3**

**КОНИЗАЦИЯ  
ШЕЙКИ МАТКИ**

# Преинвазивный рак шейки матки (Ca in situ) и беременность

- При желании женщины сохранить беременность - конизация шейки матки через 2 месяца после влагалищных родов.
- При нежелании женщины сохранять беременность - конизация шейки матки через 2 месяца после искусственного аборта.

# Инвазивный рак шейки матки у беременных

# Инвазивный рак шейки матки у беременных (стадии I, II, III)

- Редко встречается
- Это казуистика
- Незамедлительное лечение в онкологической клинике



# Микроинвазивный рак шейки матки IA1. Лечебная тактика

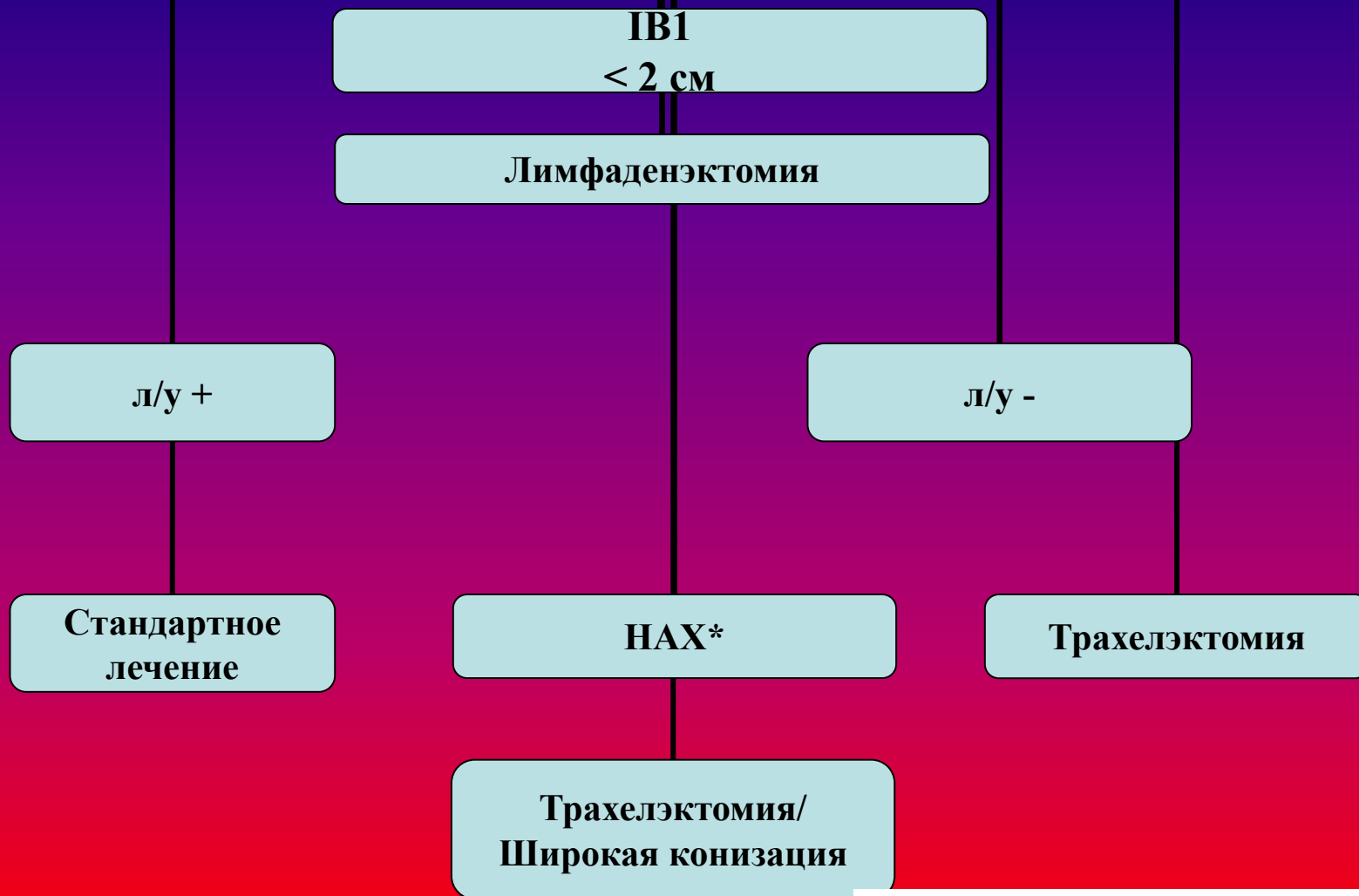
- При желании женщины сохранить беременность – продолгование беременности.
  - Кесарево сечение +гистерэктомия или конизация/ампутация шейки через 2 месяца после кесарева сечения.
- При нежелании женщины сохранять беременность
  - гистерэктомия
  - или широкая конизации/ампутации шейки через 2 месяца после медицинского аборта.

# Инвазивный рак шейки матки IA2, IB, IIA.

## Лечебная тактика

- До 20 нед. – радикальная гистерэктомия с подвздошной лимфаденэктомией
- Более 20 нед. – пролонгирование беременности до 32-35 нед. Кесарево сечение в 32-35 нед. с одномоментной радикальной гистерэктомией и подвздошной лимфаденэктомией.
- После операции адъювантная лучевая терапия при T1b2N0, T2bN0 и адъювантная химиолучевая терапия при T1-2N1.

# Алгоритм лечения РШМ во втором триместре беременности пациенткам, желающим сохранить беременность и фертильность.



\*НАХ- неоадьювантная химиотерапия

Gynecologic Cancers in Pregnancy: Guidelines of an International Consensus Meeting

Frédéric Amant, MD, PhD,\* Kristel Van Calsteren, MD,\* Michael J. Halaska, MD,†  
Jos Beijnen, MD, PhD,‡ Lieven Lagae, MD, PhD,§ Myriam Hanssens, MD, PhD,||  
Liesbeth Heyns, MSc,\* Lore Lannoo, MD,|| Nelleke P. Ottevanger, MD, PhD,¶  
Vanden Bogaert, MD, PhD,\*\* Laszlo Ungar, MD, PhD,†† Ignace Vergote, MD, PhD,\*  
and Andreas du Bois, MD, PhD‡‡

# Инвазивный рак шейки матки IIВ, III.

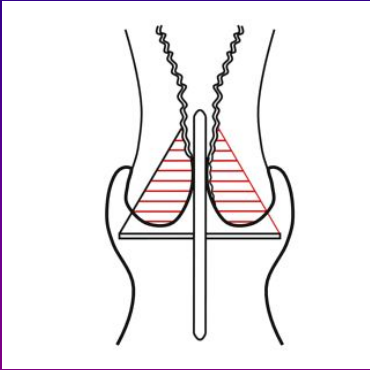
## Лечебная тактика

- До 20 нед. - наружное облучение + химиотерапия, после спонтанного аборта (при 4000сGy) продолжение сочетанной лучевой терапии в комбинации с химиотерапией
- Более 20 нед. - кесарево сечение с субтотальной гистерэктомией + химиолучевая терапия.

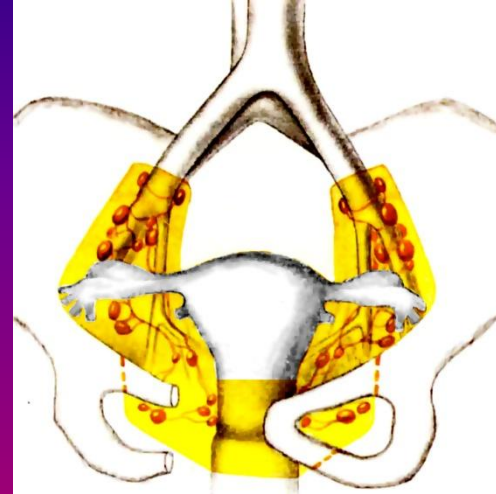
# Сохранение фертильности больным раком шейки матки

- Органосохраняющие операции
- Транспозиция яичников выше зоны адьювантного облучения при выполнении радикальной операции на матке
- Овариэктомия или широкая резекция коркового слоя яичника для криоконсервации ткани яичника и ооцитов в случаях планируемой адьювантной химиотерапии

# Органосохраняющие операции при раке шейки матки



**Конизация/ ампутация  
при CIN3 и IA1  
Беременность допустима  
через 12 мес.**



**Радикальная трахелэктомия  
при IA2 и IB1**

Удаление шейки матки  
с параметральной клетчаткой и в/з влагалища  
+ двусторонняя тазовая лимфаденэктомия  
+ анастомоз между телом матки и влагалищем

# ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Опухолевые образования в  
придатках матки определяются в  
**1-2% всех беременностей**

**Частота опухолевых образований в яичниках,  
диагностированных во время беременности, по  
сводным данным *C.Thomssen,2007.***

| <b>Опухоли</b>                 | <b>%</b>                                                                                                                   |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Дермоидные кисты</b>        | <b>23-47 %</b>                                                                                                             |
| <b>Цистаденомы</b>             | <b>16-37 %</b>                                                                                                             |
| <b>Функциональные кисты</b>    | <b>7-22 %</b>                                                                                                              |
| <b>Злокачественные опухоли</b> | <b>3-6 %</b><br><b>1:12 500-25 000 беременностей</b><br><b>1-2% от всех опухолей придатков матки во время беременности</b> |
| <b>- герминогенные</b>         | <b>6-45 %</b>                                                                                                              |
| <b>- пограничные</b>           | <b>21-35 %</b>                                                                                                             |
| <b>- инвазивные</b>            | <b>28-30 %</b>                                                                                                             |
| <b>- дисгормональные</b>       | <b>9-16 %</b>                                                                                                              |
| <b>- другие</b>                | <b>3-5 %</b>                                                                                                               |

# **Доброкачественные опухоли во время беременности**

- В большинстве случаев это бессимптомные образования.
- Многие кисты небольших размеров (до 5см) являются функциональными (фолликулярные кисты, кисты желтого тела) и регрессируют спонтанно в первом, втором триместрах, и не представляют опасности для беременности.
- Те опухолевые массы придатков матки, которые не регрессируют во время беременности, имеют в большинстве случаев доброкачественный характер.
- Несмотря на доброкачественность процесса, в некоторых случаях (перекрут, разрыв кисты, кровоизлияние) может возникнуть угроза прерывания беременности.

# **Злокачественные опухоли во время беременности**

- от 1 на 10 000 до 1 на 50 000 беременностей
- Среди беременных с опухолевыми образованиями в яичниках -2-6%
- У молодых пациенток чаще герминогенные опухоли
- В более старшем возрасте - эпителиальные злокачественные опухоли, преимущественно низкой степени злокачественности

# **Лечебная тактика при доброкачественных образованиях яичника (1)**

- Консервативная
- Хирургическое лечение показано в случаях осложнений, в виде перекрута кисты, разрыва капсулы, кровоизлияний, что чаще происходит в течение первых 16 недель, когда растущая матка выходит за пределы таза, или в родах, когда матка быстро инволютизируется.

## **Лечебная тактика при доброкачественных образованиях яичника (2)**

- Срочные операции выполняются при любом сроке беременности
- Плановые операции (при быстром росте кисты, подозрении на злокачественность) — во втором триместре (после 16 недель), если в третьем триместре, во время Кесарева сечения.

# Лечение злокачественных опухолей

Хирургическое вмешательство на  
любом сроке беременности

# Лечебная тактика при одностороннем поражении З.О.Я.

- При нежелании сохранять беременность –  
– операция через 2,5 недели после медицинского аборта.
- При желании женщины сохранить беременность  
– удаление пораженного яичника. Резекция сальника.
- Адъювантная химиотерапия во время беременности ?
- Единичные сообщения об успешной платиновой и таксановой терапии во втором триместре беременности
- (Malfetano JH et al., 1990; King LA et al., 1991; Mendez LE et al., 2003; Sundercock J et al., 1993; Bayhan G et al., 1999; Ohara N et al., 2000; Sood AK et al., 2001; Modares G M et al., 2007).

# Лечебная тактика при диссеминированном процессе

- Операция в объеме максимальной циторедукции с удалением матки с плодом.
- После операции химиотерапия в зависимости от гистотипа опухоли и стадии заболевания.

## Фертильность после лечения злокачественных опухолей яичника

- Органосохраняющие операции оставляют шанс сохранить фертильность. Частота спонтанных беременностей после такого рода лечения колеблется от 30 до 60%.
- ЭКО ? - Стимуляция оставшегося яичника может провоцировать рецидив.
- Криоконсервация неизмененного яичника ? - не исключается оккультный рак в неизмененном яичнике

# Заключение

## Гинекологический рак и беременность

- Диагностика и лечение соответствуют тактики у небеременных. Исключаются лучевые методы с высокой нагрузкой. Химиотерапия возможна со II триместра.
- *При диагностических и лечебных мероприятиях учитываются стадия заболевания, срок беременности и решение самой больной после получение полной информации о прогнозе для материнского и детского организма.*