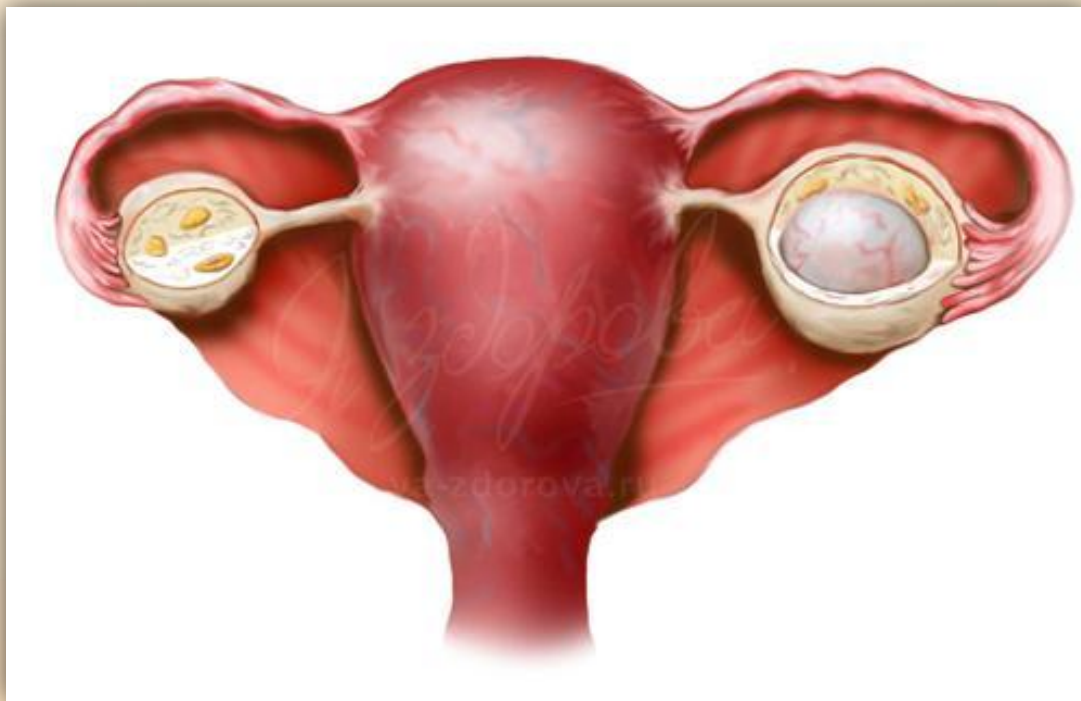


A close-up photograph of a pink cherry blossom flower in full bloom, with several yellow stamens visible in the center. The background is a soft, out-of-focus pink and white, suggesting other flowers and a bright, sunny environment.

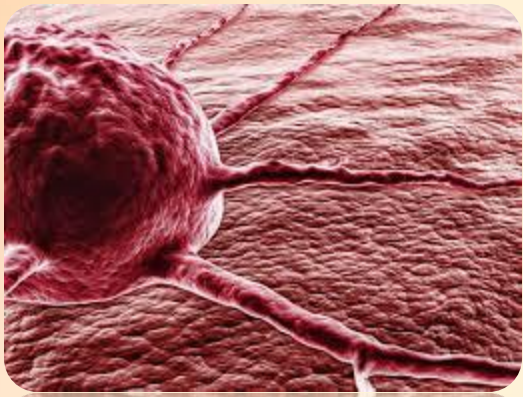
Хорионкарцинома яичников

Підготувала Грек Надежда 5 курс 12 група

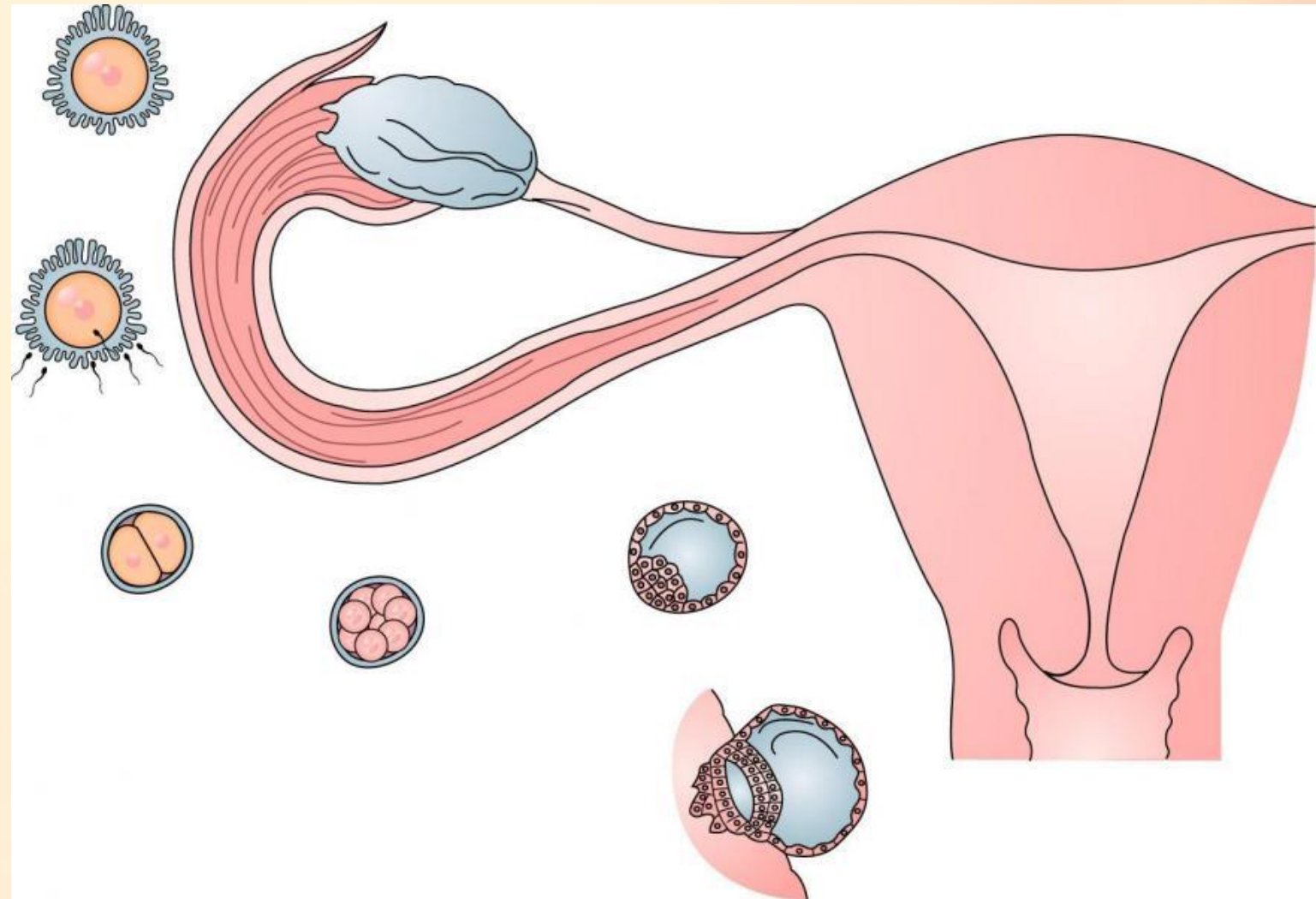
Герминогенные опухоли яичников (ГОЯ) являются редкой, но злокачественной группой новообразований, которые обычно поражают девочек подросткового возраста и молодых женщин в возрастных пределах от 6 до 46 лет (чаще всего 16-20 лет). ГОЯ обладают агрессивным течением с очень высоким темпом роста и ранним распространением на близлежащие органы с возможностью метастазирования в регионарные лимфатические узлы и далее в висцеральные органы.



Герминогенные опухоли яичников относятся к неэпителиальным опухолям и составляют 3-5% от всех злокачественных новообразований яичников.



- Источник этих опухолей – первичная половая клетка. Половая клетка в процессе эмбриогенеза не правильно развивается или мигрирует, т.е. эти опухоли – пороки развития первичной половой клетки.



ГОЯ разделяются на две различные клинические и гистологические группы

Дисгерминома

- Обладает высокой чувствительностью к лучевой терапии
- Дисгерминома встречается практически в половине случаев злокачественных герминогенных опухолей яичников

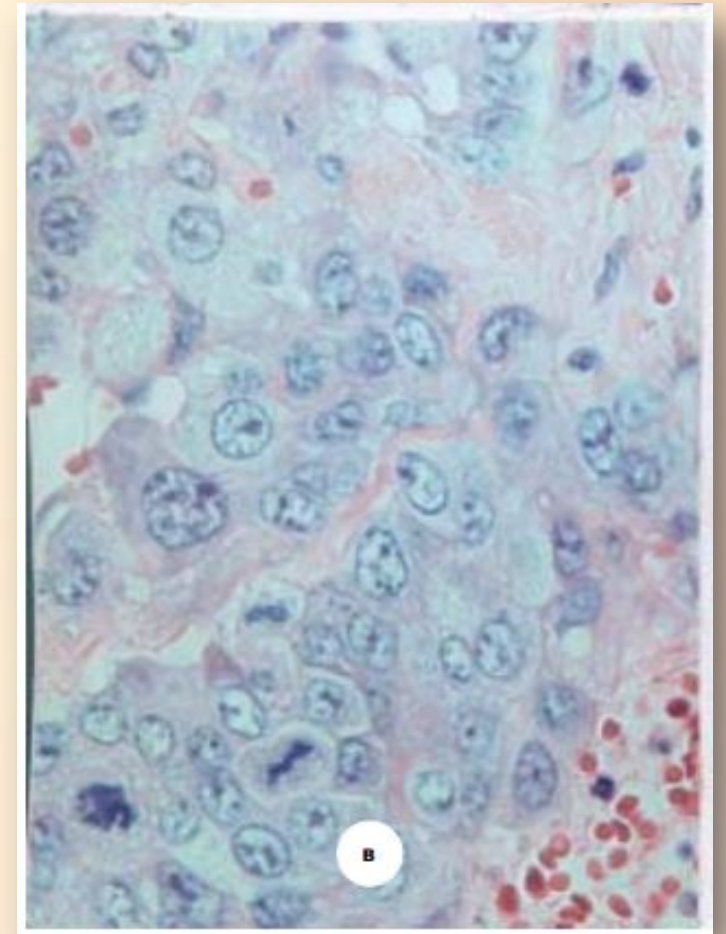
Недисгерминомные опухоли

- Включают в себя тератомы различной степени зрелости, опухоль желточного мешка, эмбриональный рак, **хорионкарциному**, полиэмбриому и сочетания всех указанных типов
- Имеют очень агрессивную природу с высоким риском прогрессирования болезни после хирургического лечения

Хорионкарцинома (хорионэпителиома)

Злокачественная опухоль, которая развивается из элементов трофобласта, синтиция ворсин хориона и редко – из зародышевых клеток женских и мужских гонад.

- ❑ Опухоль обычно односторонняя, большая, серо-белого цвета, с кровоизлияниями, состоит из двух типов клеток синцитио- и цитотрофобласта.
- ❑ Комплексы цитотрофобласта представлены мономорфными клетками средних размеров с одним ядром и светлой цитоплазмой. Эти клетки митотически активны. Окружающий их синцитиотрофобласт построен из полиморфных, гиперхромных, иногда многоядерных клеток. Характерными являются резко расширенные сосуды стромы, озера крови и распространенные геморрагические некрозы.



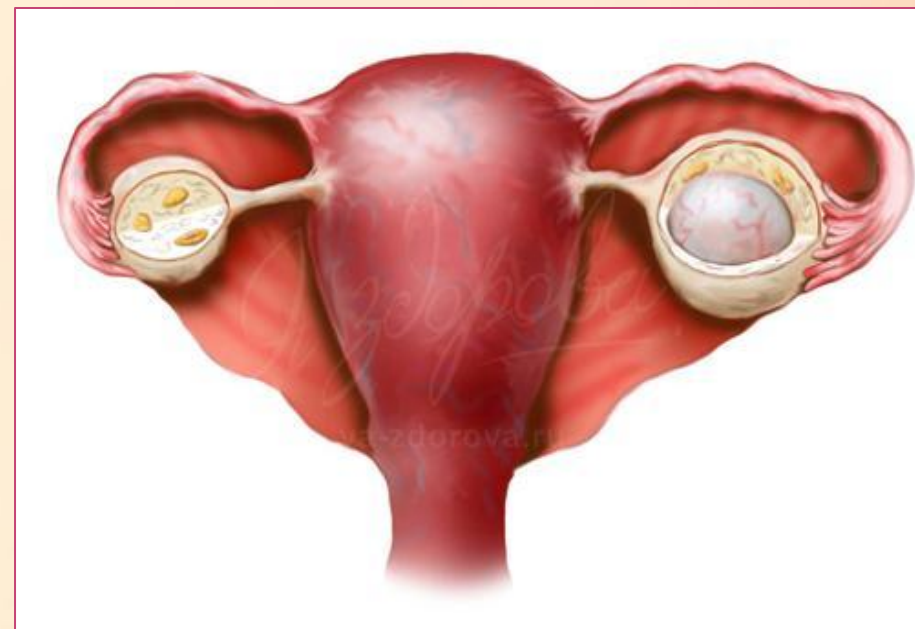
Хорионэпителиома может быть:

«Чистая» хорионэпителиома герминогенного происхождения, не связанная с беременностью

Первичной опухолью, возникшей в связи с яичниковой беременностью (трофобластическая болезнь)

Метастазом хорионэпителиомы тела матки

Компонентом других герминогенных опухолей. Самыми частыми вариантами сочетаний являются: эмбриональный рак + хорионкарцинома, эмбриональный рак + тератома + хорионкарцинома и т. д.



«Чистая» хорионэпителиома герминогенного происхождения, не связанная с беременностью



□ Исключительно редкая опухоль; она встречается обычно у детей (в 40—50%) и девушек. К сожалению, хорионкарцинома гонад может иметь первые клинические признаки заболевания, обусловленные метастатическим поражением головного мозга, легких или разрывом опухоли с последующим кровотечением.

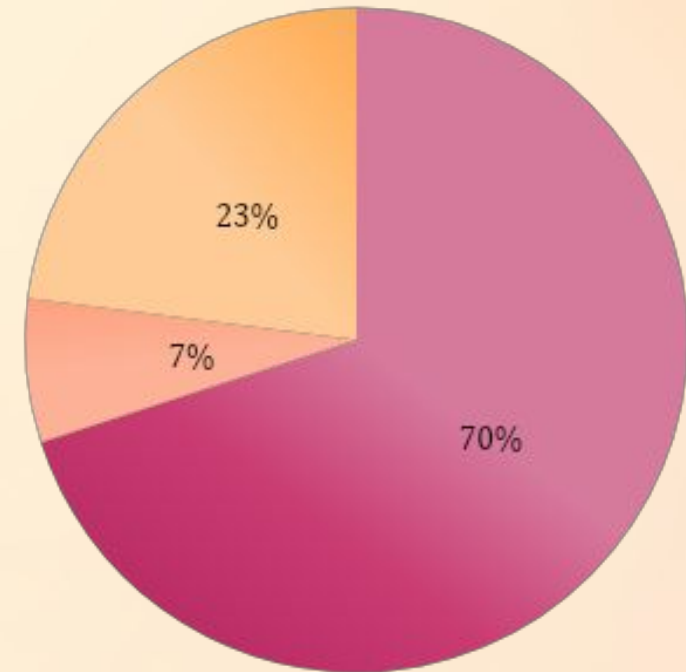
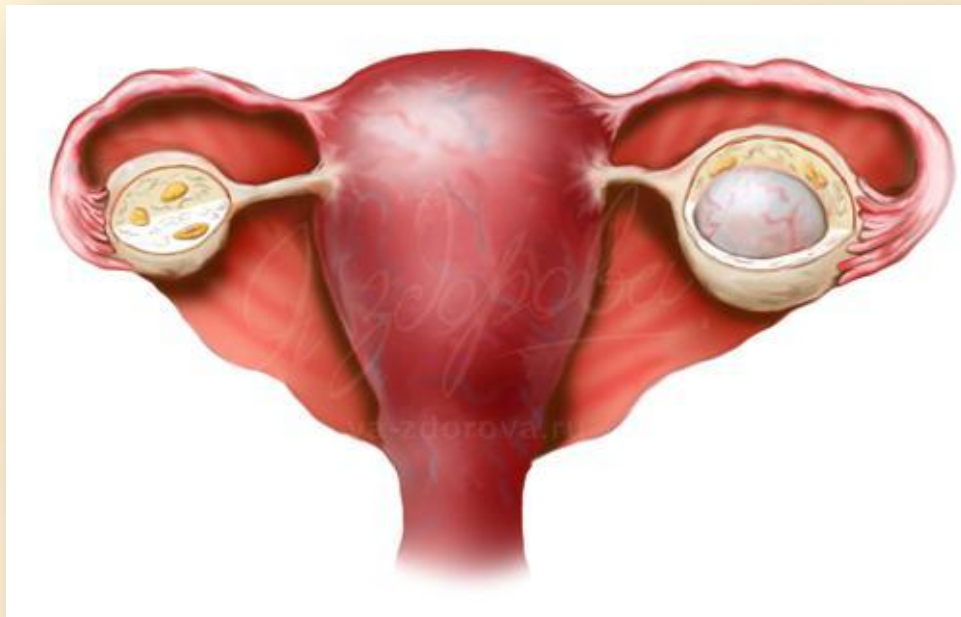
□ Опухоль имеет тенденцию к широкому метастазированию: легкие – 100%, печень – 86%, головной мозг – 56%. Такое широкое и раннее метастазирование хорионкарциномы обусловлено действием хорионического гонадотропина.

Классификация по системе TNM и FIGO

TNM		FIGO
T1	Опухоль ограничена яичниками	I
T1a	Один яичник, капсула интактна	IA
T1b	Оба яичника, капсула интактна	IB
T1c	Капсула повреждена, опухоль на поверхности капсулы, злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости	IC
T2	Распространение на таз	II
T2a	Распространение на матку, трубы	IIA
T2b	Распространение на другие ткани таза	IIB
T2c	Злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости	IIC
T3 и/или N1	МТС по брюшине за пределами таза и/или МТС в регионарных л/узлах	III
T3a	Микроскопические МТС по брюшине	IIIA
T3b	Макроскопические МТС по брюшине (<=2 см)	IIIB
T3c или N1	МТС по брюшине более 2 см; МТС в регионарных л/узлах	IIIC
M1	Отдалённые МТС (исключая МТС по брюшине)	IV

Частота встречаемости

- У 70% пациенток болезнь диагностируется в IA стадии, у 7% - во II стадии, у 23% - в III стадии.
- Примерно в 5% случаев имеется вовлечение в опухолевый процесс контралатерального яичника.



■ 10 ██████████ ■ 2 ██████████ ■ 3 ██████████

Опухолевые маркеры хорионкарциномы

- 1) Хорионический гонадотропин (ХГ) представляет собою гликопротеин, состоит из двух субъединиц – α и β , для диагностики важна β -субъединица ХГ (β -ХГ). Норма маркера в сыворотке крови 5-10 МЕ/л (мМЕ/мл). ХГ синтезируется клетками цитотрофобланта, причем степень повышения сывороточного ХГ пропорциональна массе опухолевой ткани.
- 2) Трофобластический бета-глобулин (самый ранний маркер беременности) синтезируют клетки синцитиотрофобланта. Норма в сыворотке крови составляет не более 5-6 МЕ/л.
- 3) ЛДГ представляет собою фермент в большом количестве вырабатывается мышечной тканью (в том числе миокардом) и имеет 5 изомеров, один из которых (ЛДГ-1) часто продуцируется опухолями яичника. В норме уровень ЛДГ сыворотки крови колеблется в пределах 90–280 МЕ/л. Считается, что чувствительность и специфичность маркера для опухолей яичника невысока; в качестве реального признака опухоли можно рассматривать повышение концентрации ЛДГ в сыворотке крови >2000 МЕ/л. ЛДГ отражает степень деструкции тканей, пропорциональна массе новообразования и может быть использована для прогнозирования течения болезни.
- 4) Раково-эмбриональный антиген (РЭА) – неспецифический онкомаркер. Продуцируется эпителиальными клетками бронхов и ЖКТ. Увеличивается в крови при хорионкарциноме.
- 5) Плацентарный лактоген (ПЛ) – это полипептидный гормон, вырабатываемый плацентой для регуляции метаболизма матери и плода. Низкий уровень ПЛ у беременных наблюдается при хорионэпителиоме. Чем выше степень злокачественности, тем ниже уровень плацентарного лактогена по отношению к хорионическому гонадотропину.
- 6) Макрофагальные колониестимулирующие факторы, нейронспецифическая энолаза и маркер CA125 также определяются в крови пациентов с герминогенными опухолями яичников, но их клиническое значение пока в полной мере не установлено.

Опухолевые маркеры хорионкарциномы

1 правило: определение опухолевых маркеров должно стать обязательной процедурой у всех больных молодого возраста с наличием опухолевого образования в яичниках. Обнаружение повышенного уровня ХГ уже является достаточным для подозрения на наличие этого заболевания.

2 правило: повторное определение концентрации маркеров (ХГ, ЛДГ и др.) необходимо осуществить через 2 недели после оперативного вмешательства или ранее в случае начала химиотерапии. Нормализация ранее повышенных маркеров свидетельствует о радикальности выполненной операции. Повторные определения маркеров в процессе химиотерапии позволяют судить о ходе лечения. Повышение маркеров свидетельствует о неэффективности лечения.

Определение маркеров – важнейшая составляющая при наблюдении за больными после оперативного и лекарственного лечения!

Диагностика

- 1) Бимануальное гинекологическое исследование;
- 2) УЗИ малого таза, регионарных лимфоузлов;
- 3) Определение уровня опухолевых маркеров (ХГЧ, ЛДГ и др.);
- 4) Рентгенологическое исследование органов грудной клетки, так как эти опухоли метастазируют в лёгкие и средостение;
- 5) Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости, малого таза, печени;
- 6) КТ легких или первичного опухолевого очага при подозрении распространения опухоли в крестцовый канал.



Тактика лечения больных с недисгерминомными опухолями в зависимости от стадии заболевания

- **I стадия** – выполняется односторонняя сальпинго-овариоэктомия с сохранением контралатеральных трубы и яичника. У всех больных, проводится адъювантная химиотерапия с назначением 3 курсов химиотерапии ВЕР. Выполнение повторной лапаротомии у больных с полной резекцией опухоли и проведенной адъювантной химиотерапией не улучшает результатов лечения.

Схема химиотерапии ВЕР:

- 1) Цисплатин 20 мг/м² в/в капельно 60 мин на фоне водной нагрузки в 1–5й дни
 - 2) Этопозид 100 мг/м² в/в капельно 40 мин в 1–5й дни
 - 3) Блеомицин 30 мг в/в короткая инфузия в 1, 8й и 15й дни
- Курс проводится каждые 3 недели, всего 4 курса.

- **II стадия** – выполняется двусторонняя сальпинго-овариоэктомия и гистерэктомия. Больным молодого возраста, у которых желательно сохранение фертильности, возможно выполнение односторонней сальпинго-овариоэктомии с сохранением контралатеральных трубы и яичника и последующей химиотерапией. Всем больным II стадией с радикально удаленной опухолью показано проведение 3 курсов лечения комбинацией ВЕР. Больным с сохраняющейся повышенной концентрацией ХГ после выполненного оперативного лечения показано проведение 4 курсов химиотерапии ВЕР. Повторная лапаротомия после окончания химиотерапии показана больным с резидуальной опухолью, содержащей элементы тератомы.

Тактика лечения больных с недисгерминомными опухолями в зависимости от стадии заболевания

- **III стадия** – выполняется двусторонняя сальпинго-овариоэктомия и гистерэктомия с максимальным удалением всех опухолевых узлов, определяемых в брюшной полости, без выполнения для этой цели резекции кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Больным молодого возраста, у которых желательно сохранение фертильности, возможно в отдельных случаях выполнение односторонней сальпинго-овариоэктомии с сохранением контралатеральных трубы и яичника и последующей химиотерапией. Всем больным III стадией показано проведение 4 курсов химиотерапии комбинацией ВЕР. У больных с массивным поражением брюшной полости в неудовлетворительном общем состоянии, затрудняющем выполнение операции на первом этапе, возможно проведение 4 курсов химиотерапии ВЕР с последующей операцией. Повторная операция после окончания химиотерапии показана больным с резидуальными опухолевыми образованиями.
- **IV стадия** – на первом этапе выполняется двусторонняя сальпинго-овариоэктомия и гистерэктомия с максимальным удалением всех опухолевых узлов, определяемых в брюшной полости, без выполнения для этой цели резекции кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Больным молодого возраста, которым желательно сохранение фертильности, возможно в отдельных случаях выполнение односторонней сальпинго-овариоэктомии с сохранением контралатеральных трубы и яичника и последующей химиотерапией. Всем больным IV стадией показано проведение 4 курсов химиотерапии комбинацией ВЕР. У больных с массивным поражением брюшной полости в неудовлетворительном общем состоянии, затрудняющем выполнение операции на первом этапе, возможно проведение 4 курсов химиотерапии ВЕР с последующей операцией. Повторная операция после окончания химиотерапии показана больным с резидуальными опухолевыми образованиями.



Результаты

Большинство исследований показывают, что 60-80% пациенток, перенесших одностороннюю сальпинго-овариоэктомию и 3-4 курса цисплатинсодержащей химиотерапии, вернулись к своему нормальному менструальному циклу. Многие из них в дальнейшем имели успешно протекавшую беременность, разрешившуюся рождением здоровых детей.

*Спасибо за
внимание!*

