

Рак яичников

Клиника, диагностика, лечение

Выполнила: Алиева К.

706-2

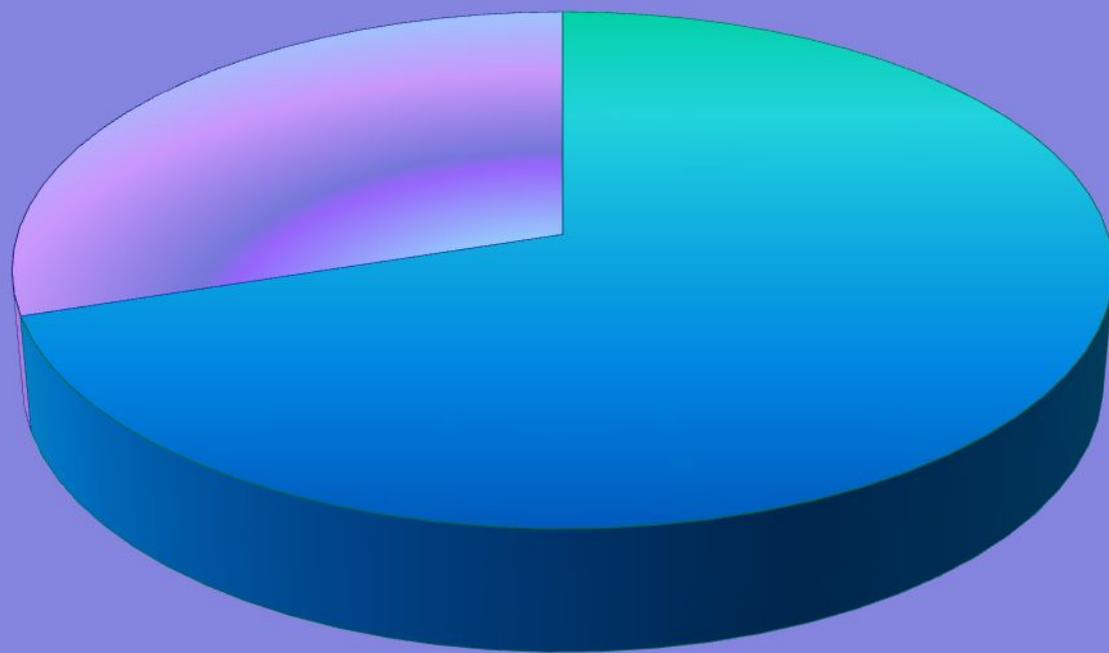
Кафедра: АиГ

Эпидемиология

- ✓ РЯ занимает 3-е место в структуре онкологических заболеваний женских половых органов, уступая раку тела матки и шейки матки.
- ✓ Смертность от РЯ прочно удерживает 1-е место.
- ✓ Пятилетняя общая выживаемость при РЯ не превышает 35% - 46%.
- ✓ Среди них доброкачественные формы составляют 70%, злокачественные-30%.
- ✓ РЯ отличается быстрое и скрытое течение



Эпидемиология



■ III-IV
стадия

■ I-II стадии

Виды Рака яичников



Опухоли яичников

- ◆ Злокачественность - понятие не только морфологическое, но и клиническое.

Злокачественная опухоль характеризуется:

- 1) инфильтративным и деструктивным ростом,
- 2) метастазированием по лимфо- и кровеносному руслу,
- 3) асцитом,
- 4) распадом опухоли.

Факторы риска

Генетические

Гормональные

Социальные

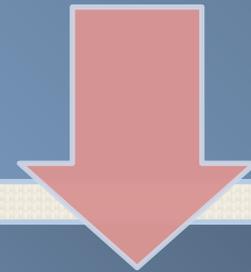
Алиментарные

Экологические

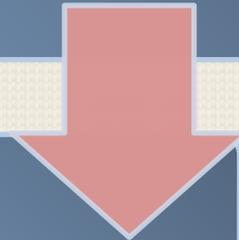
Метаболические

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

А также ниже у женщин длительно
принимавших пероральные
контрацептивы



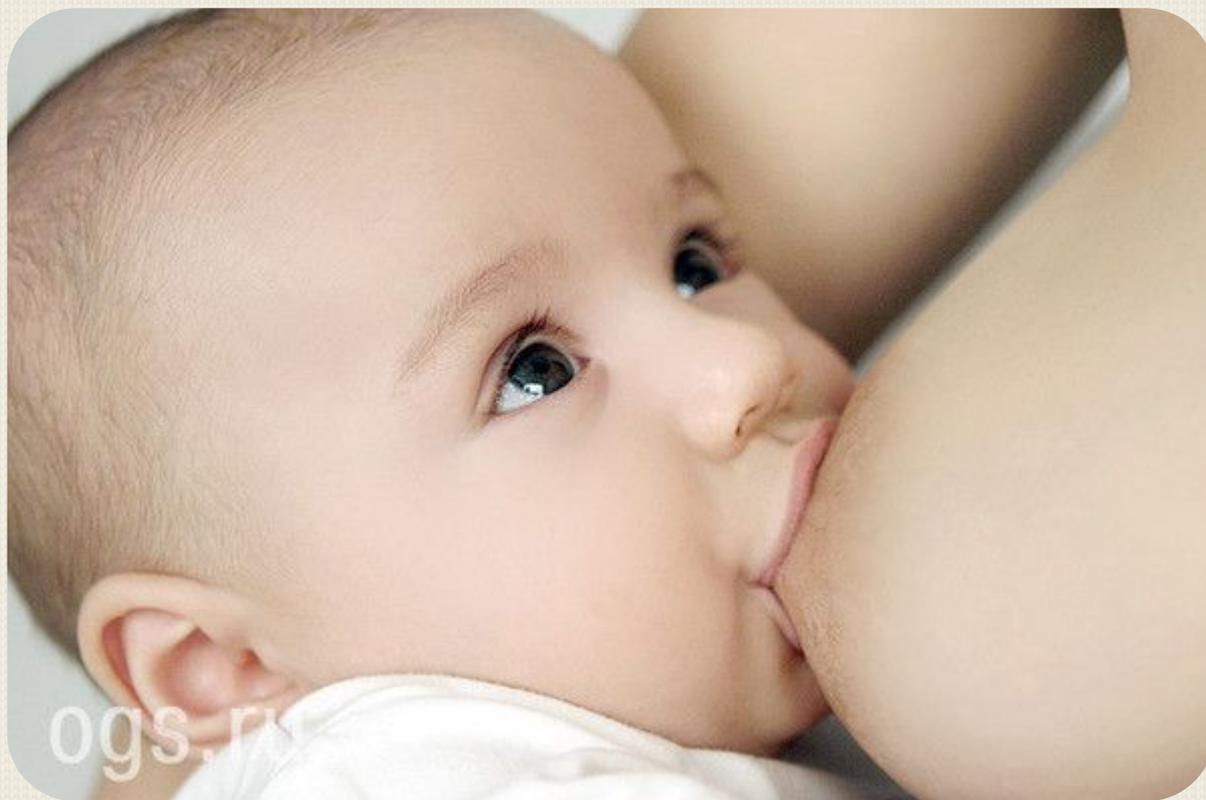
Гормональные факторы риска

«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



10 г насыщенных
жиров



Повышает риск на
20%



Овощная диета



Снижает риск на 37%

Алиментарные факторы

- Выводы из исследования свидетельствуют о наличии *положительной связи между потреблением продуктов животного происхождения в 1983—1984 гг. и частотой смертности от «болезней Запада» (то есть таких, как рак и диабет, находящихся в числе основных факторов смертности в развитых странах)* в 1973—1975 гг., и отрицательной связи между приемом растительной пищи и статистикой смертности.

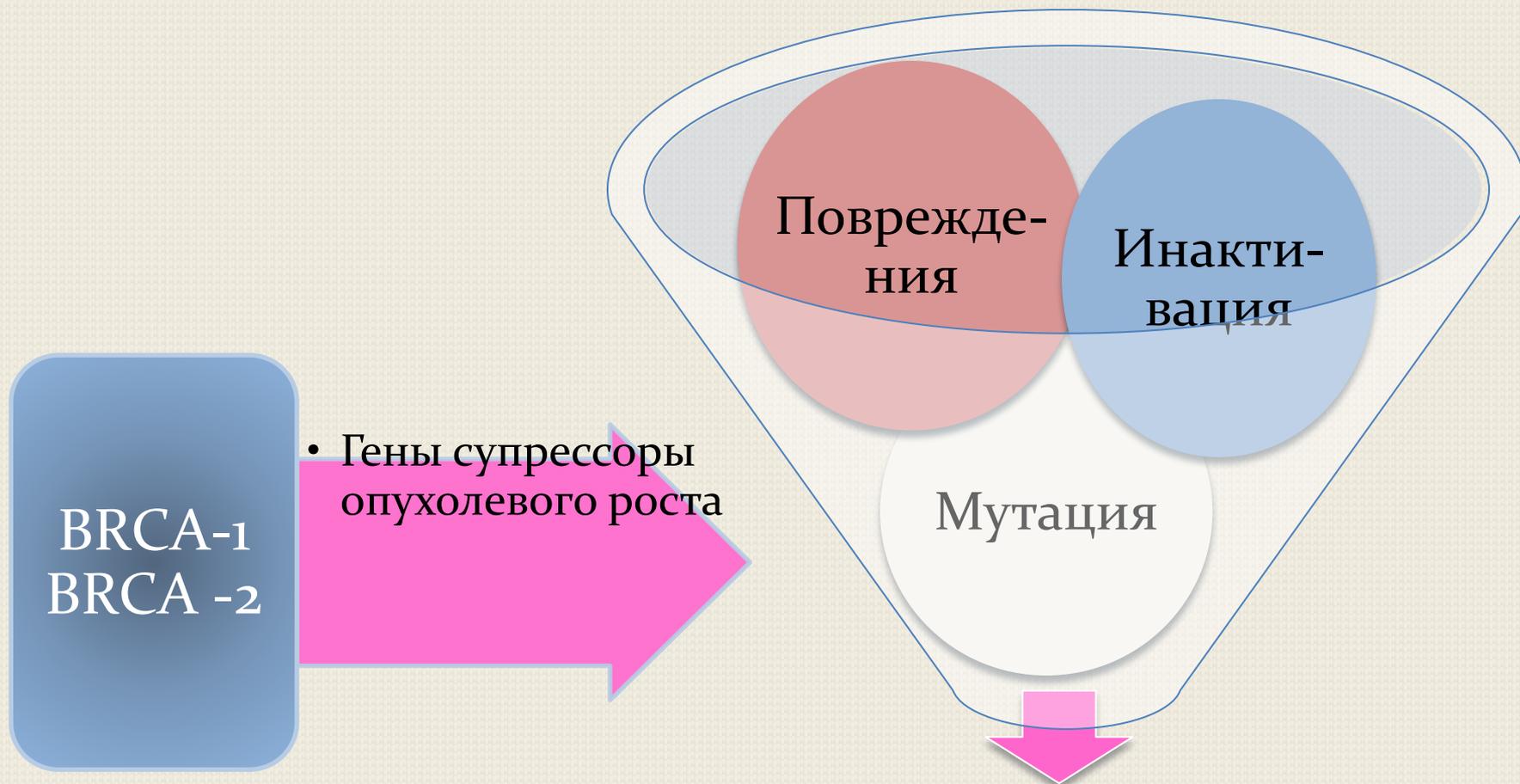
Алиментарные факторы

- Помимо результатов эпидемиологических исследований в книге излагаются результаты лабораторных опытов (всего проф. Кэмпбэлл и его коллеги получили гранты на 74 года научных исследований, которые были проведены в параллельном режиме за менее чем 35 лет.
- Исследования проводили с крысами, которые были заражены канцерогенным веществом афлатоксином, и впоследствии демонстрировали различные темпы развития раковых опухолей, в зависимости от наличия в их диете животных белков (использовался основной белок молока казеин). Опыты подтвердили выводы о положительной связи между пищей животного происхождения и развитием рака.

Алиментарные факторы

- Люди, потребляющие значительное количество разнообразных растительных продуктов с минимальной кулинарной переработкой и *избегающие животных продуктов, таких как говядина, свинина, птица, рыба, яйца, сыр и молоко, — а также продуктов глубокой переработки, включая рафинированные углеводы, — могут существенно снизить риски или даже развернуть ход развития многих хронических болезней.*
- Они считают, что люди должны включать в свою диету разнообразный выбор злаков, бобовых, овощей, фруктов и зелени, подвергшихся минимальной переработке.

Генетические факторы



нарушается синтез кодируемых ими белков, ответственных за репарацию разрывов и межнитиевых сшивок ДНК, а также за регуляцию активности факторов транскрипции, в частности рецепторов стероидных гормонов

Факторы риска

1. Больные с доброкачественными опухолями яичников.
2. Больные с диагнозом миома матки.
3. Больные, длительно лечившиеся по поводу воспалительных заболеваний гениталия.
4. Больные с неопределенными опухолевыми массами в малом тазу.
5. Больные с неясными жалобами и выпотом в плевральной и в брюшной полости.
6. Больные, леченные по поводу злокачественных опухолей другой локализации.
7. Увеличение размеров яичников по сравнению с возрастной нормой при УЗИ.
8. Возраст-41-60 лет, особенно первые 4 года после менопаузы.
у женщин не живущих половой жизнью возрастает в 3.75 раза.
Среди нерожавших риск в 5 раз больше,

Риск снижается:

- ◆ У женщин с 3 и более родов в анамнезе
- ◆ Прием ОК в течение 1 года снижает риск в 2 раза
- ◆ Не менее 2-х чашек зеленого чая в день

- ◆ Сочетается с обменно-эндокринными нарушениями и соматической патологией.
- ◆ Нередко заболеванию способствуют колиты, язвенная болезнь, аппендицит, хронический тонзиллит, пороки развития.
- ◆ Гипертоническая болезнь встречается у 32% женщин с РЯ.
- ◆ Сахарный диабет - 21%. Ожирение - 36%. Миома матки - 52%. Эндометриоз - 63%. Гиперпластические процессы эндометрия - 60%
- ◆ Хронические воспалительные заболевания наблюдались почти у всех женщин, у которых возник рак яичника.
- ◆ В анамнезе женщин высок процент гинекологических операций.
- ◆ Часто РЯ сочетается с раком молочной железы, карциномой матки.
- ◆ Наличие у близких родственников риск увеличивается в 20 раз.
- ◆ Неблагоприятно влияние работы с асбестом злоупотребление кофе.

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:



Виды Рака яичника

Вторичный рак яичников

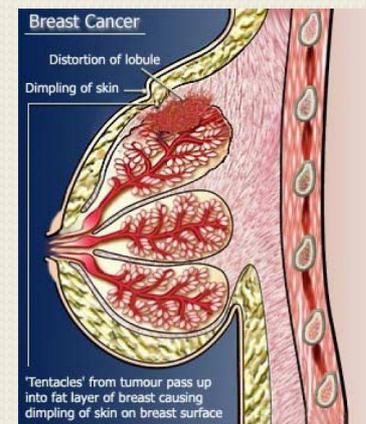
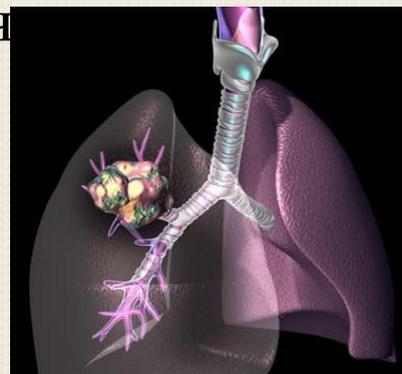
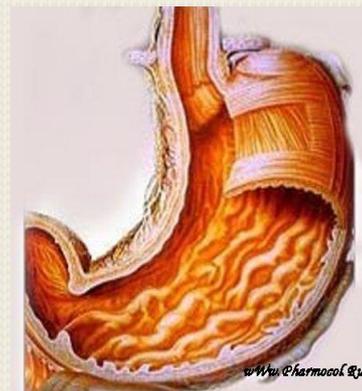
- 80-85% случаев;
- *представляет собой малигнизированную опухоль яичника;*
- злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже муцинозных кистах яичника;
- *может быть в виде единичного изолированного или нескольких узлов в одной из камер кистомы;*



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 гематогенным путем, реже ретроградно-лимфогенным и имплантационным;
- *опухоли двусторонние.*



Классификация

Широчайший спектр гистологических форм новообразований этого органа, затрудняет классификацию.

Чаще эпителиальные.

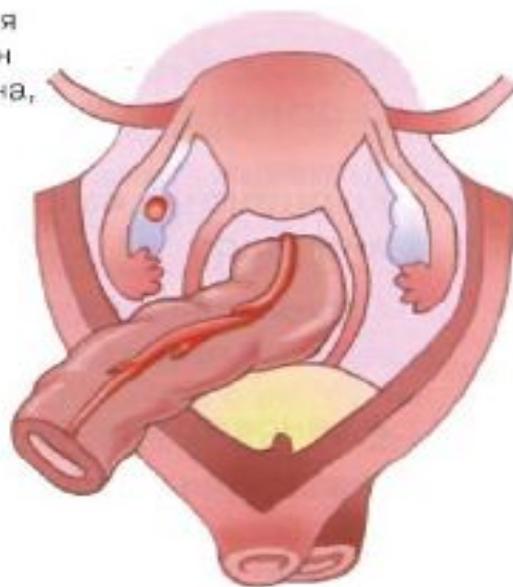
Разработана классификация по TNM и FIGO

Стадии заболевания по Международной классификации акушеров гинекологов.

- ◆ I-я стадия. Опухоль ограничена яичниками.
- ◆ 1.А. Опухоль ограничена одним яичником, капсула интактна,
- ◆ 1.В. Поражены оба яичника, капсула цела, опухолевых клеток в перитонеальной жидкости нет.
- ◆ 1.С. В асцитической жидкости обнаруживаются опухолевые клетки

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.



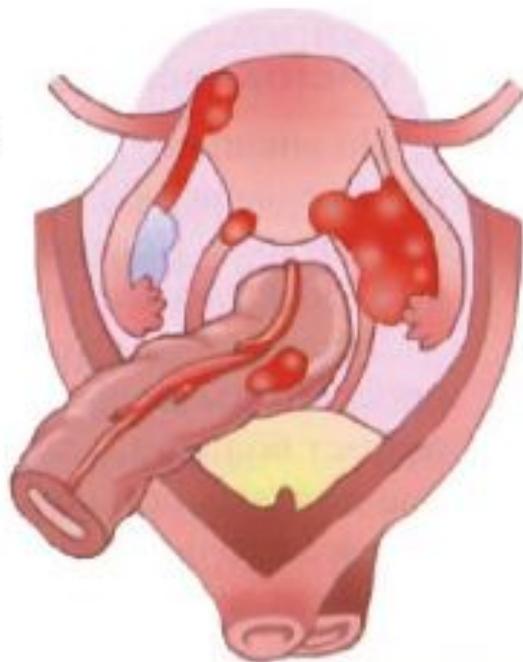
Опухоль поражает малый таз — прямое прорастание, и/или метастазы в матку, и/или маточные трубы/яичник.

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



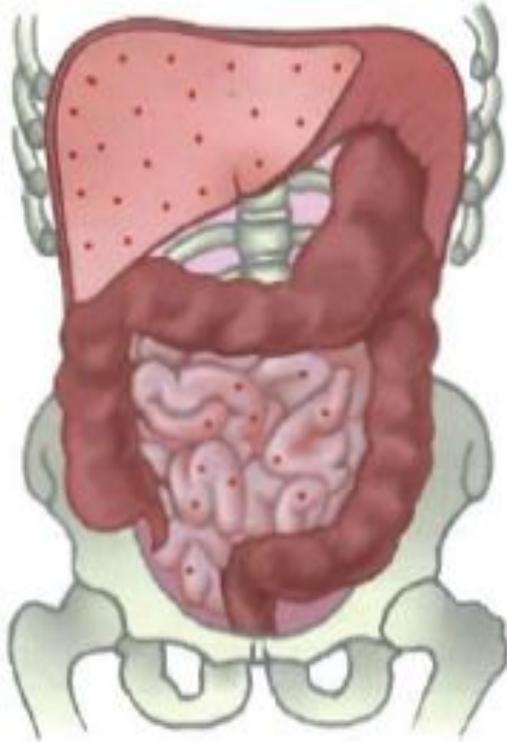
Стадия IIa или IIb при наличии раковых клеток в асцитической жидкости или в смывах из брюшной полости

Стадия IIc



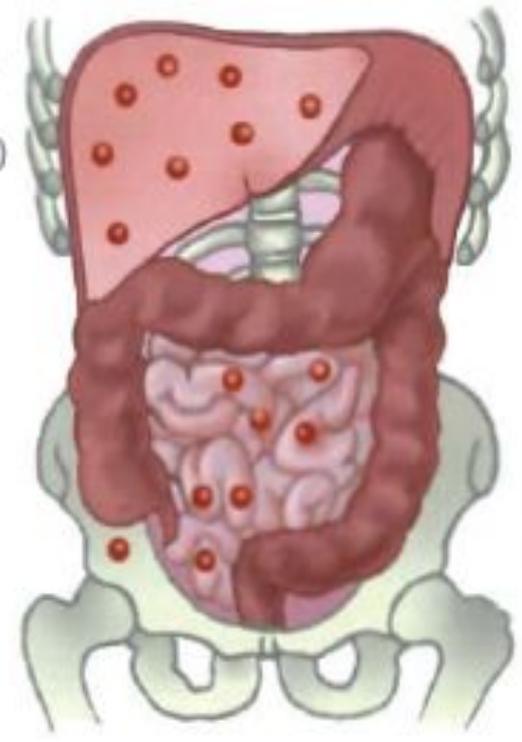
Стадия IIIa

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



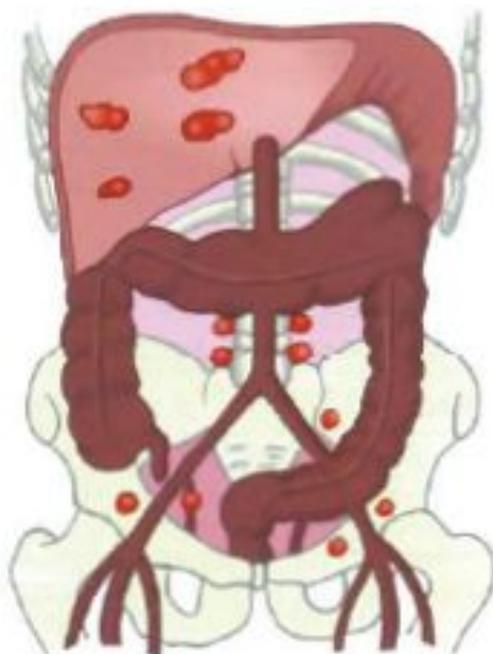
Стадия IIIb

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



Стадия IIIc

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



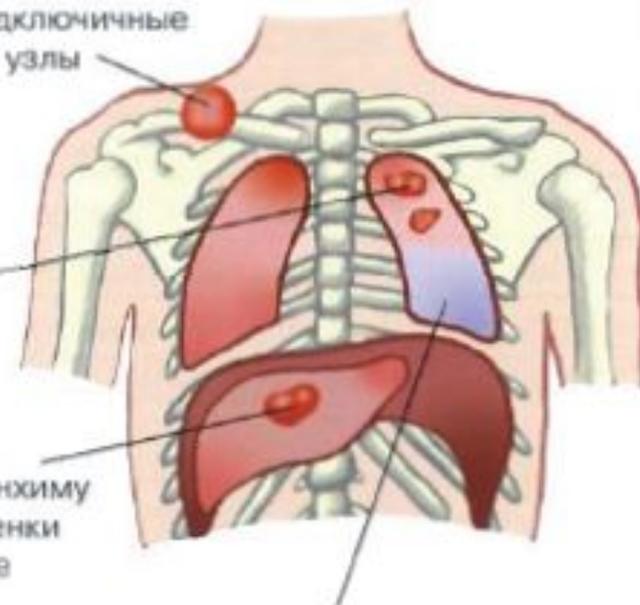
Стадия IV

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)

Клиническая картина

- Увеличение живота в объеме;
- Боль внизу живота;
- Нарушение менструального цикла;
- Патологические выделения из половых путей;
- Запоры;
- Затрудненное или учащенное мочеиспускание, снижение диуреза;
- Снижение массы тела;

Метастазирование

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

✓ В прямокишечно-маточном углублении,

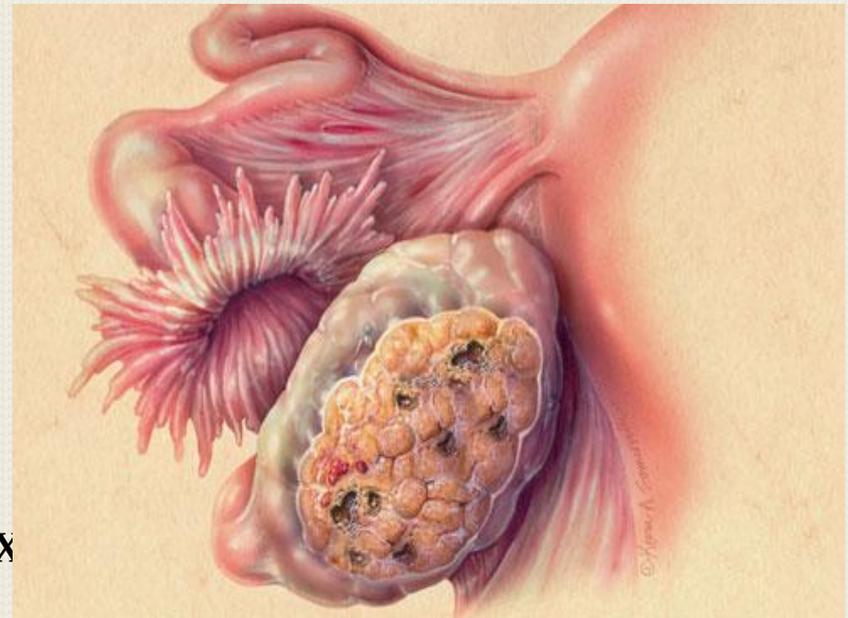
✓ Вдоль латеральных каналов,

✓ 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

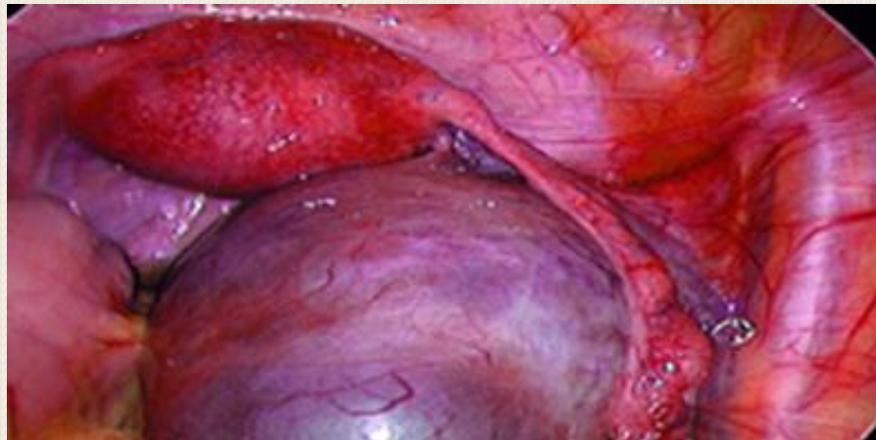
ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

- **Псевдомуцинозная киста яичника составляет 20% всех кистом и относится к пограничным опухолям яичников. Возраст 40-50 лет. Злокачественное перерождение в 7% случаев. Опухоль обычно односторонняя многокамерная, подвижная на ножке, с гладкой капсулой, нередко достигает больших размеров.**
- **Цилиоэпителиальная - составляет 25-30% всех кистом. Чаще развивается в репродуктивном периоде. Сецернирующая цилиоэпителиальная киста называется также простой серозной кистой. Около 40% женщин с диссеминированными серозными опухолями умирают.**



ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

- Первичный солидный рак - 4,5% опухолей яичников. Выделяют три степени дифференцировки серозного рака яичников.
- В высокодифференцированном серозном раке преобладают сосочковые и железистые структуры.
- *Низкодифференцированный* серозный рак отличается солидными участками. Существует промежуточная форма между двумя этими состояниями. Опухоль обычно двусторонняя, асцит.



Эндометриоидные опухоли.

- ◆ Шоколадные кисты стоят отдельно в классификации. Шоколадные кисты - это кистомы. Увеличение этих кистом происходит за счет накопления крови. Составляют 6-8 % эпителиальных опухолей яичников.
- ◆ В 1925 году Sampson впервые предположил, что РЯ может развиваться из очагов эндометриоза. Риск озлокачествления эндометриоидных опухолей невелик, но он существует.
- ◆ Как для злокачественных, так и для доброкачественных эндометриоидных опухолей яичника характерны кровоизлияния. Как правило, они могут сопровождаться выраженнейшим спаечным процессом. Страдают, как правило, молодые женщины в возрасте перименопаузы.



Очаг эндометриоза на поверхности яичника

СН-01

Левый яичник

Эндометриодная
киста левого
яичника

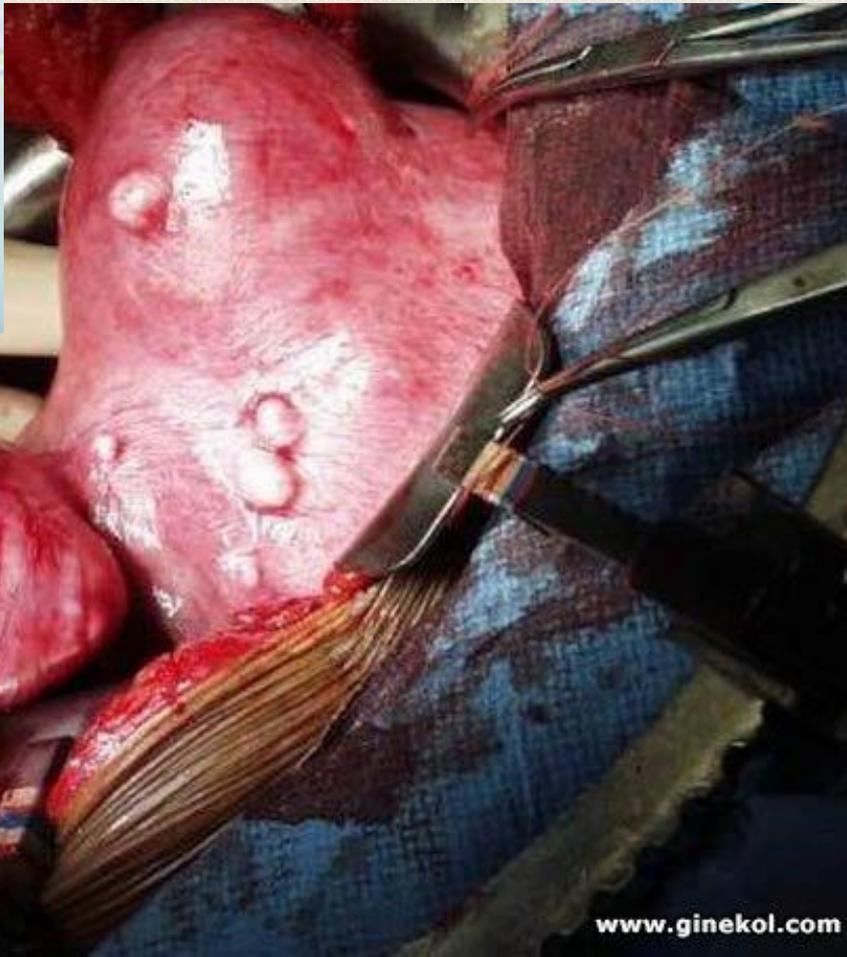
«Шоколадное»
содержимое

Правый яичник



ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА.

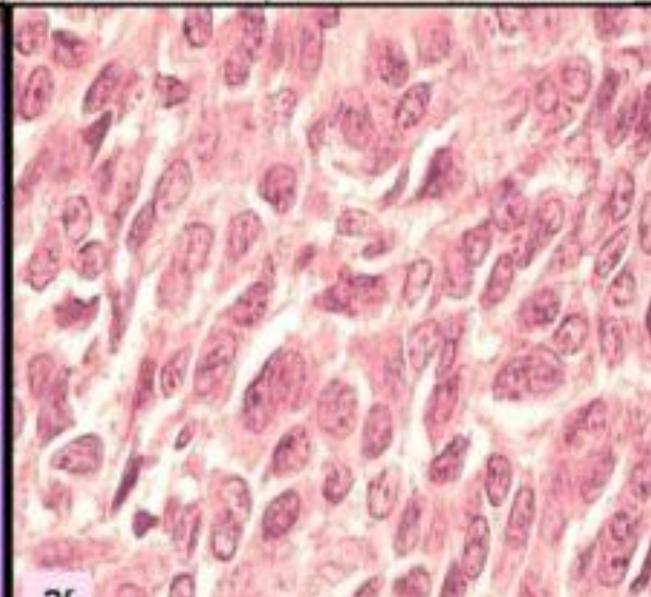
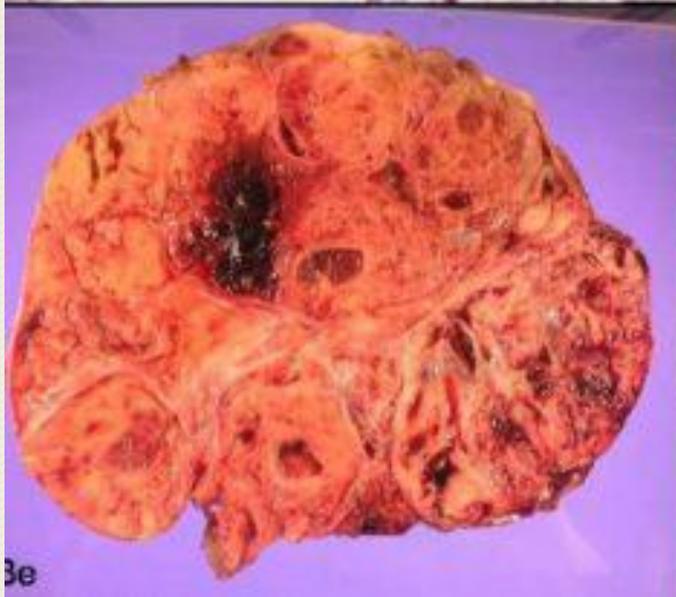
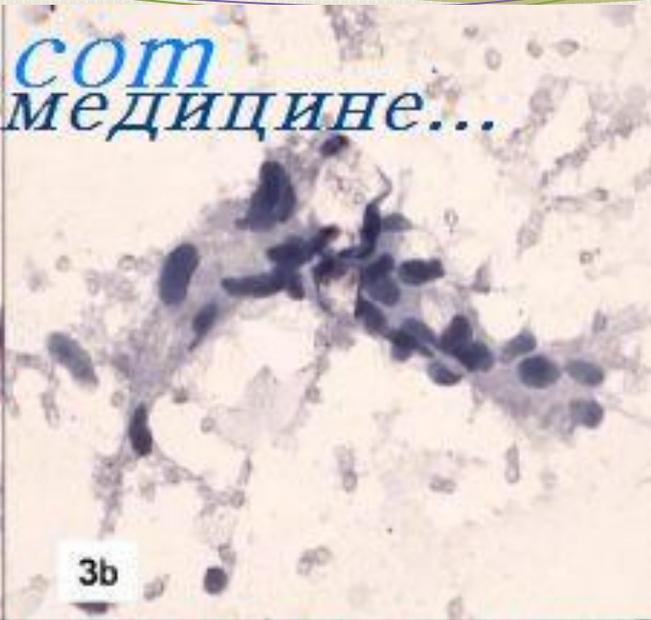
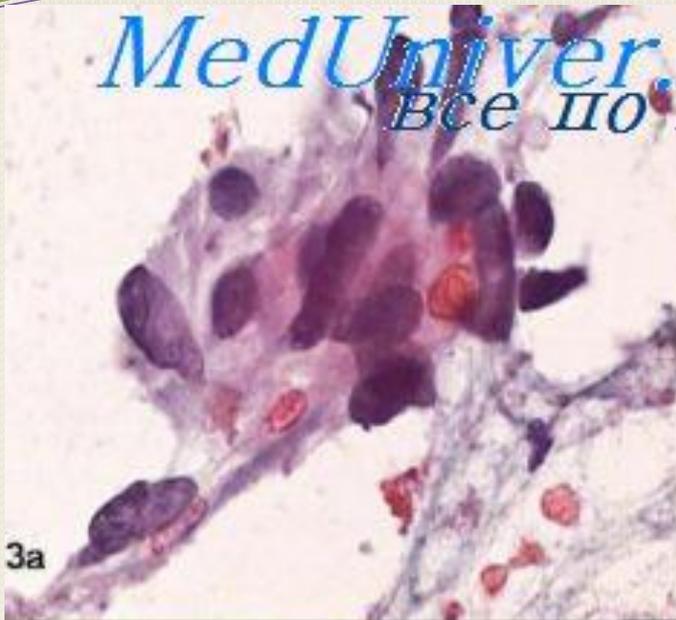
- ◆ Составляют 5 -8% всех злокачественных опухолей яичника. Гранулезоклеточные : возраст любой, но чаще встречаются в возрасте 40-45 лет. Представляет собой высокодифференцированную злокачественную опухоль. Размеры ее от нескольких мм до 20 см и более. Чаще всего это односторонняя, небольшая опухоль солидного строения, имеет на разрезе пестрый вид. Поверхность опухоли гладкая.
- ◆ Опухоль секретирует эстрогены, поэтому клиника зависит от возраста.



Опухоли стромы полового тяжа

- ◆ При развитии опухоли у девочек в 75% случаев наблюдается ложное преждевременное половое созревание.
- ◆ В детородном возрасте опухоль проявляется различными нарушениями менструального цикла. Часто наблюдается гиперплазия эндометрия.
- ◆ Больные в постменопаузе обычно обращаются к врачу по поводу кровянистых выделений из половых путей. Секреция эстрогенов значительно повышает риск развития рака тела матки. Его диагностируют у 5% больных с гранулезоклеточной опухолью яичника.
- ◆ У 10% наблюдается асцит, реже может иметь место выпот в плевральную полость. Характерно прогрессирование опухоли через 10-5 лет. Могут наблюдаться метастазы в легкие, печень, головной мозг.

MedUniver.com
все по медицине...





Фиброма Яичника

Опухоли стромы полового тяжа

- ◆ **Текаклеточная** -2% всех случаев. чаще развивается у женщин старше 50 лет, в 4-5 % случаев -злокачественная. Ее клинические проявления не отличаются от таковых при гранулезоклеточных опухолях.
- ◆ **Андробластома** или опухоль клеток Сертоли и Лейдига. Маскулинизирующая опухоль, развивающаяся чаще в возрасте 20-40 лет.
- ◆ В большинстве случаев представляет собой высокодифференцированные злокачественные опухоли. **Андробластомы** обычно секретируют андрогены. Вирилизация наблюдается у 70-85% больных. Характерны олигоменорея, а затем аменорея, уменьшение молочных желез, гирсутизм, появление угрей, залысин. Величина опухоли может быть горошины до головы новорожденного.



Гистогенез герминогенных опухолей яичника www.akusher.org.ua

ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

- ◆ Развиваются из первичных половых клеток. Гистологическая классификация
- ◆ Дисгерминома
- ◆ Тератома (зрелая и незрелая), которая может быть солидной и кистозной. Зрелые тератомы называют дермоидная киста, тератоид.



ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- ◆ Дисгерминома: самая частая злокачественная герминогенная опухоль, составляющая 30-40% злокачественных герминогенных опухолей яичника, 1-3 % всех злокачественных опухолей яичника и 5-10% злокачественных опухолей яичников в возрасте до 20 лет.

Дисгерминома

- ◆ Развивается из дисгенетической гонады, в частности при чистой и смешанной дисгенезии гонад, а также при тестикулярной феминизации. При этом опухоль часто сочетается с гонадобластомой. Часто поражаются оба яичника. Нередко - генитальный инфантилизм. Рост быстрый, у 25% больных на момент постановки диагноза опухоль диссеминированная. Основной путь метастазирования – лимфогенный, реже – гематогенный и контактный. Прогноз неблагоприятный. Иногда имеются симптомы кровоизлияния.

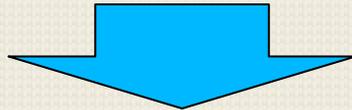
ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ:

- ◆ Самый ранний путь – контактный. Опухолевые клетки слущиваются с поверхности опухоли и прикрепляются к париетальной и висцеральной брюшине. Благодаря дыхательным движениям опухолевые клетки вместе с жидкостью перемещаются по ней.
- ◆ В связи с этим метастазы рака яичников чаще всего локализуются в прямокишечно - маточном углублении, вдоль латеральных каналов, на капсуле печени, в правом поддиафрагмальном пространстве, а также большом сальнике.
- ◆ Лимфогенный путь: Часто наблюдаются метастазы в тазовые (78%), поясничные (42%) лимфоузлы могут поражаться парааортальные лимфоузлы, средостение, грудная клетка, область головы.
Гематогенный путь: у 2-3% наблюдаются метастазы в печени и легких.

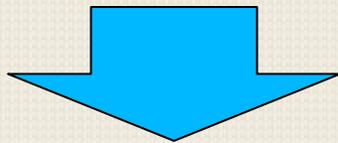
Алгоритм действий

при накоплении РЯ и РМЖ в семье

**Генетическое обследование родственниц
первой и второй степени**



выявлены мутации BRCA-1, BRCA-2



✓ УЗИ органов малого таза;

✓ Исследование СА-125;

✓ Обследование проводят 1-2 раза в год;

ДИАГНОСТИКА.

- ◆ ЖАЛОБЫ: неясные, неопределенные боли, увеличение живота, кровянистые выделения, нарушение функции мочевого пузыря и кишечника, потеря аппетита, похудание, слабость, снижение работоспособности, одышка, повышение температуры. Часто первый признак - острый живот.
- ◆ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ: злокачественные заболевания среди родственников 1 и 2 степени.
- ◆ ДАННЫЕ ОБЩЕГО ОСМОТРА: форма живота, Caput meduzae, перкуссия живота (асцит), пальпация паховых и надключичных лимфоузлов, области пупка.
- ◆ ДАННЫЕ БИМАНУАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: опухолевые массы в малом тазу, при ректо-вагинальном исследовании - резко болезненные шиповидные разрастания.

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



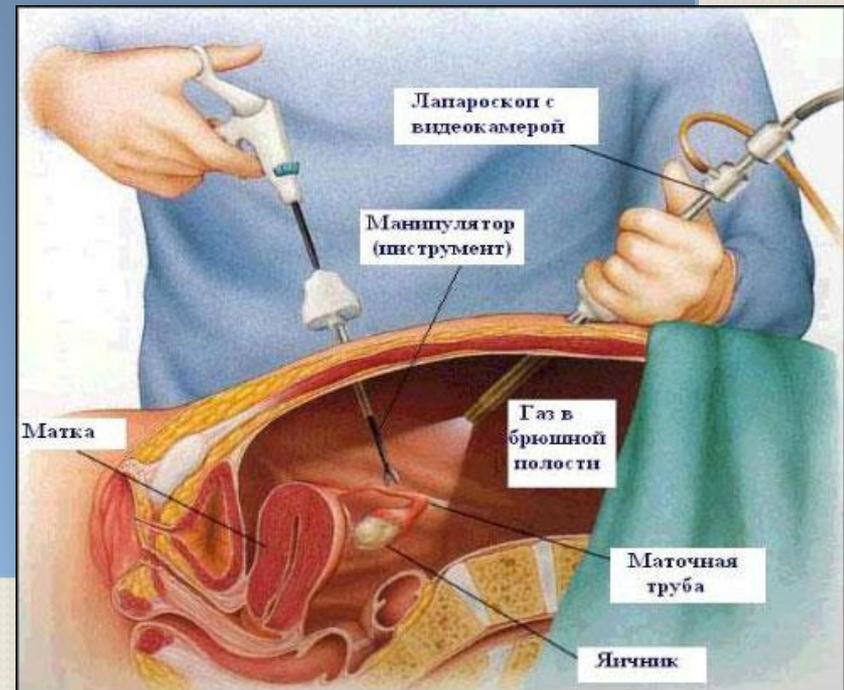
Диагностика

5. ЭГДС
6. Лапароскопия;
7. КТ брюшной полости;
8. Рентгенография органов грудной клетки;
9. Скенирование костей скелета;
10. Колоноскопия.

Лапароскопия

Задачи

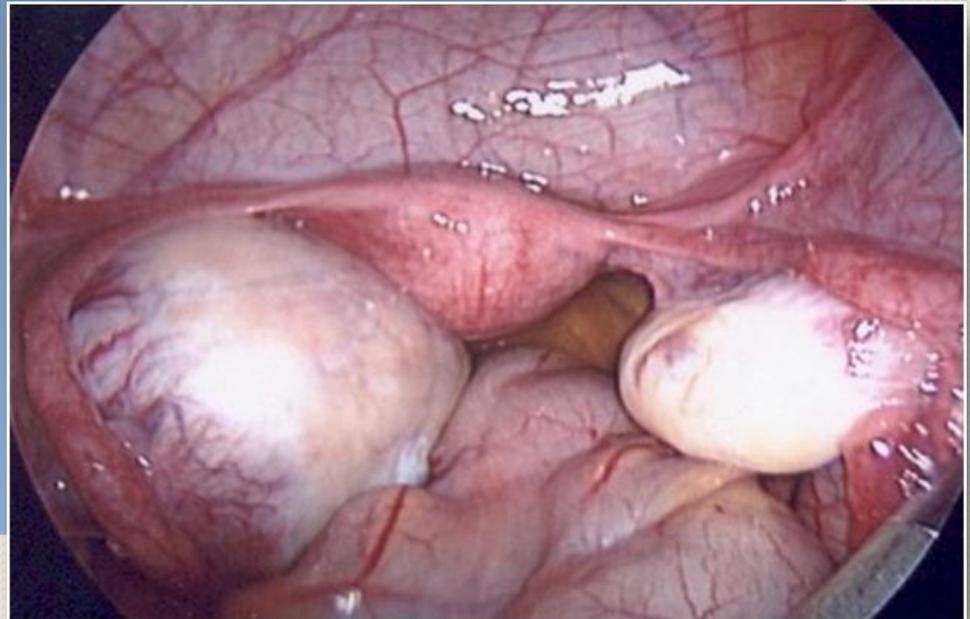
1. Смывы с брюшины или эвакуация свободной жидкости для цитологического исследования;
2. Множественная биопсия париетальной брюшины, лимфатических узлов, большого сальника, яичников;

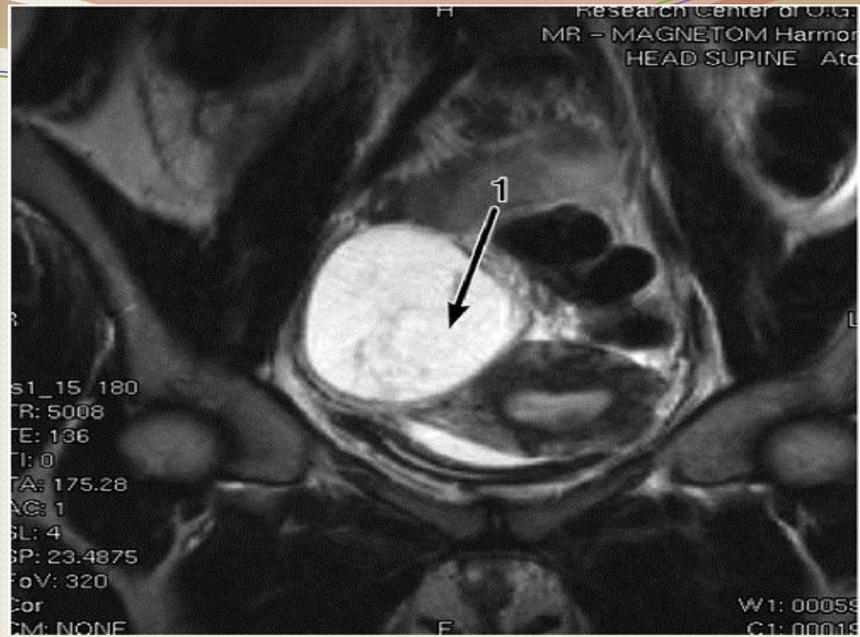
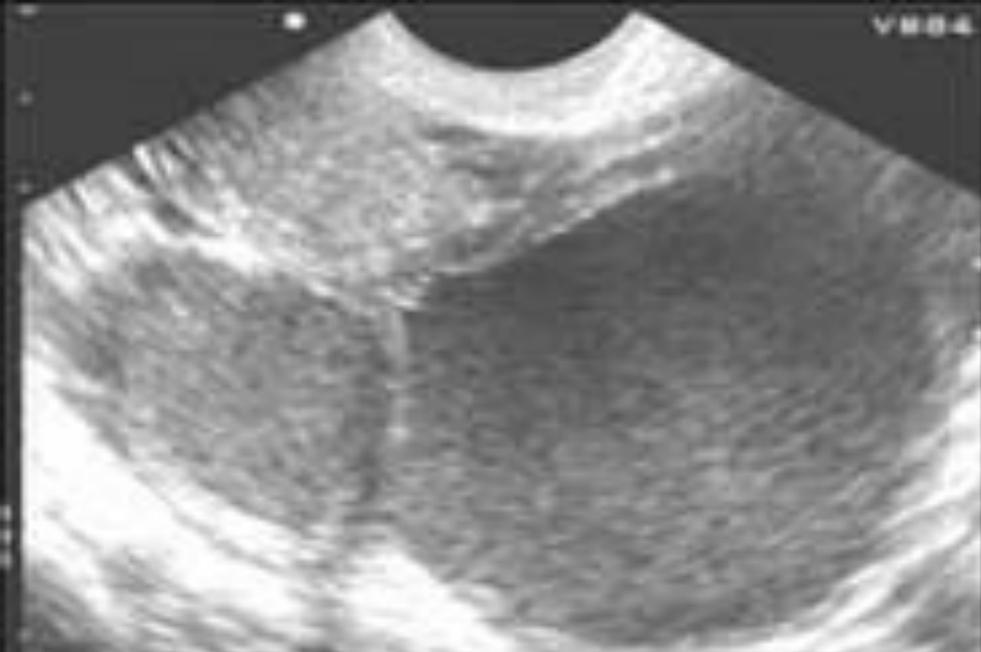


Лапароскопия

Задачи

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





Лечение

Комбинированное лечение:

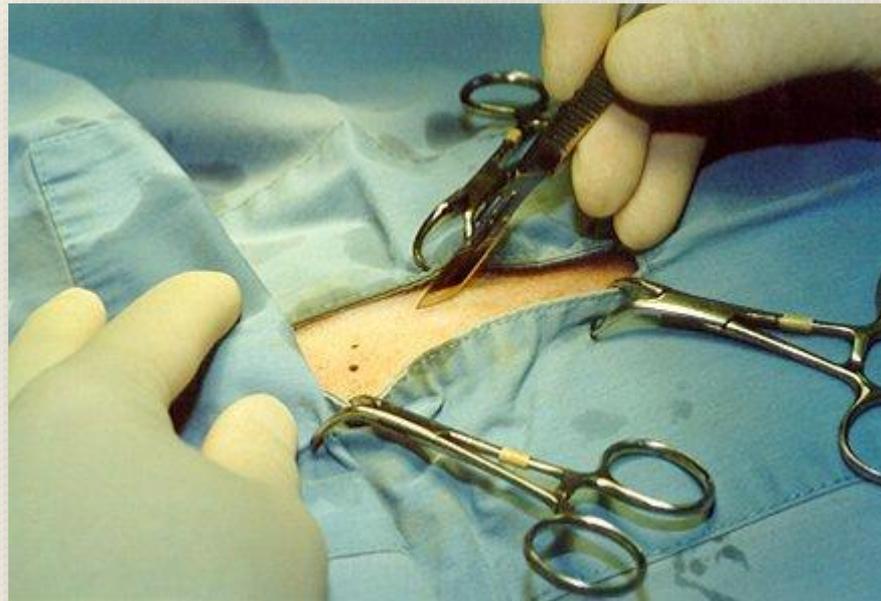
Хирургическое вмешательство +
Полихимиотерапия

По показаниям
Лучевая терапия

Хирургическое лечение

Стандартный объем:

экстирпация матки с придатками
и удаление большого сальника.



Хирургическое лечение

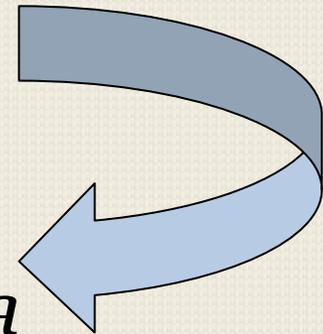
✓ Молодая женщина,
желающая сохранить детородную функцию,

✓ + высокодифференцированный
РЯ IA стадии

односторонняя аднексэктомия

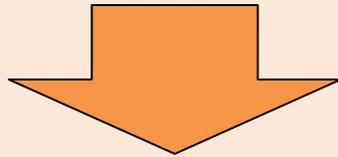
+

клиновидная резекция или биопсия макроскопически неизмененного контралатерального яичника,
удаление большого сальника, множественная биопсия париетальной брюшины и забрюшинных л/у,
получение смывов или выпота из брюшной полости для цитологического исследования.



Хирургическое лечение

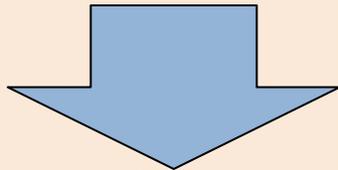
При распространенных опухолях:



циторедуктивные операции

максимальное удаление опухолевых масс

По показаниям



Расширенные операции

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

Химиотерапия

Монохимиотерапия

Полихимиотерапия



Схема СНФР

- Циклофосфан
- Гексаметилмеламин
- Циснегатин
- Фторурацил



Осложнения химиотерапии

Рвота, понос, нарушения функции печени, аутоиммунные нарушения, токсическое поражение легких, миокарда и т.д.

1. Легкие
2. Средние
3. Тяжелые

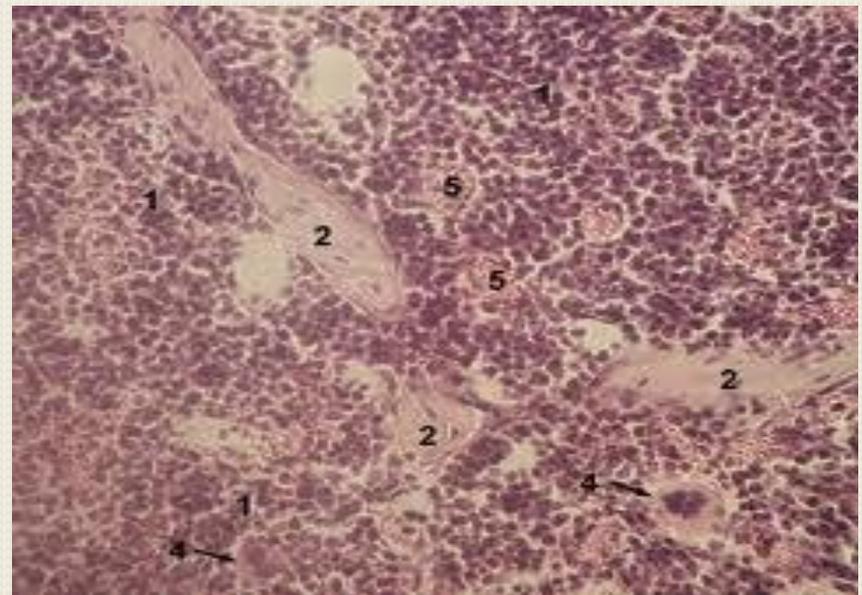
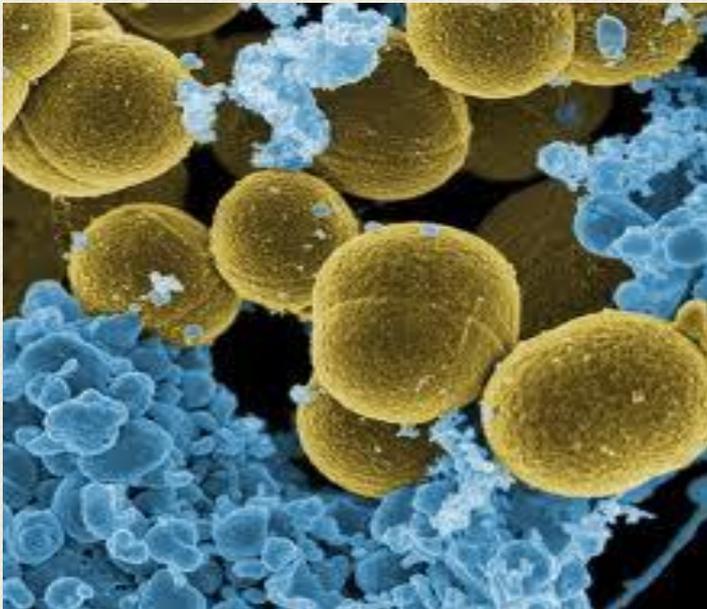


Осложнения химиотерапии

Миелоидная депрессия

Лейкоциты ниже $2,5 \times 10^9 / \text{л}$

Тромбоциты ниже $120-80 \times 10^9 / \text{л}$



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.

Химиотерапия



✓ ХТ 1-й линии завершают в двух случаях:

1. полного эффекта, когда комбинированное лечение прекращается;
2. при неэффективности, когда схему лечения необходимо изменить.

✓ При прогрессировании РЯ применяют ХТ 2 – 3-й линий.

Химиотерапия

Если при использовании схемы получен полный эффект и прогрессирование наступило не ранее чем через 12 мес. после завершения лечения



Можно проводить ту же схему ХТ

Режимы ПХТ

СР (циклофосфамид+цисплатин);

САР (циклофосфамид+доксорубин+цисплатин);

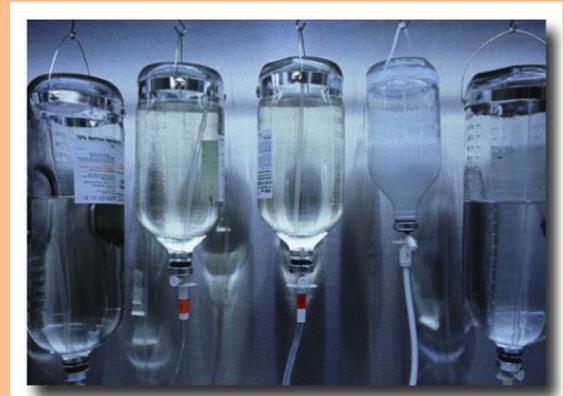
СС (циклофосфамид+карбоплатин);

ТС (паклитаксел+карбоплатин);

ТР (паклитаксел+цисплатин);

ДС (доцетаксел+карбоплатин);

ДР (доцетаксел+цисплатин).



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

Противопоказания к лучевой терапии:

- ◆ - общее тяжелое состояние
- ◆ - большой объем опухолевых масс
- ◆ - лейкопения (менее $3,0 \times 10^9 / \text{л}$)
- ◆ - мощный жировой слой
- ◆ - асцит
- ◆ - высокодифференцированный характер опухоли.

Лучевая терапия



Лучевая терапия

До начала ЛТ обсуждают вопрос о возможности повторной циторедуктивной операции.

Удаление массы опухоли создает более благоприятные условия для реализации ионизирующего излучения.