



Опухоли яичников.

Коновалов В.И. д.м.н., профессор кафедры
акушерства и гинекологии
ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ
2014 год

Распространенность

Опухоли яичников составляет 15-20% от всех опухолей, встречающихся у женщин.

В США опухоли яичников занимают первое место среди опухолевых заболеваний у женщин.

В России опухоли яичников занимаю 3 место, т.к. первое место занимает рак молочной железы (60-64%)

Классификация

Имеется проблема в классификации опухолей яичников.

Первая классификация была предложена Пфанненштилем, она представляет интерес для клиницистов, учитывается морфология.

Последние годы представлено несколько классификаций:

- Серов В.Н. - клинико-гистологическая-анатомическая классификация 1973г;
- Наиболее обширная классификация ВОЗ 1977г

Классификации, удовлетворяющей клиницистов и гистологов, в настоящее время нет

Классификация

мкб – 10 . N 83.0-3

Кисты (10%):

1. Простая серозная;
2. Многокамерная серозная (фолликулярная);
3. Кисты желтого тела (физиологические и патологические);
4. Эндометриоидная киста. N80.1-9

II. Кистомы (цилиоэпителиальные опухоли) 60%:

мкб D-27

1. Серозные (сецернирующие, пролиферирующие, сосочковые);
2. Муцинозные;

Классификация

III. Герминогенные (20%):

1. Дермоидные;
2. Тератобластомы;
3. Дисгерминомы;
4. Хореокарциномы;
5. Саркома Майера.

IV. Стромальные опухоли (2,4%):

1. Гранулезоклеточные;
2. Текомы;
3. Фибромы;
4. Смешанные опухоли.

Классификация

V. Рак яичника (1-2%):

1. Первичный;
2. Вторичный;
3. Метастатический.

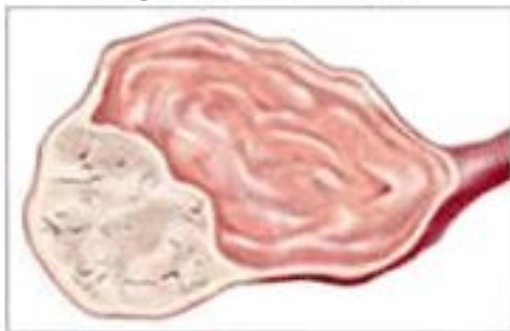
VI. Гормон-продуцирующие опухоли (0,5-1%):

1. Феминизирующие;
2. Маскулинизирующие;
3. Арренобластома.

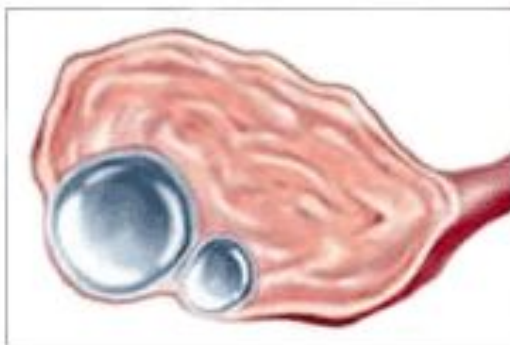
VII. Прочие опухоли

Фолликулярная киста

Опухоль яичника



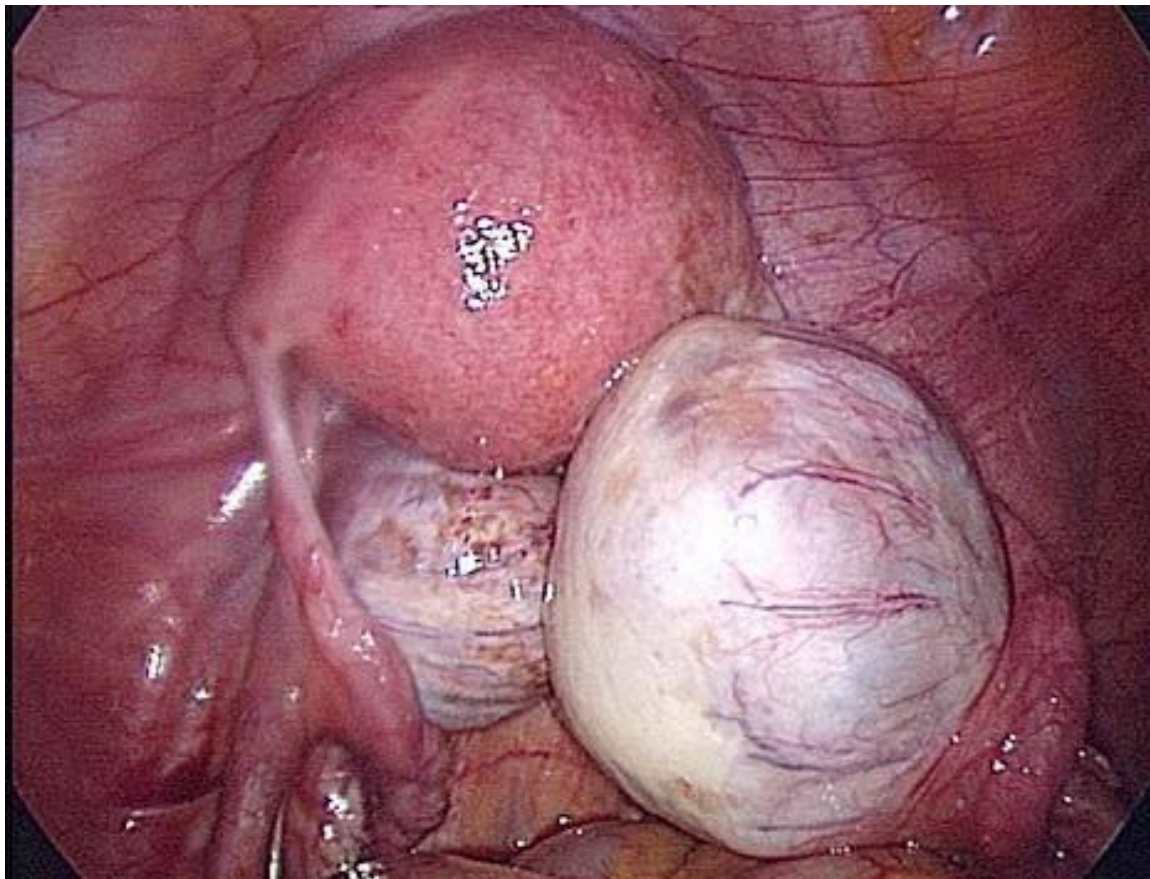
Киста яичника

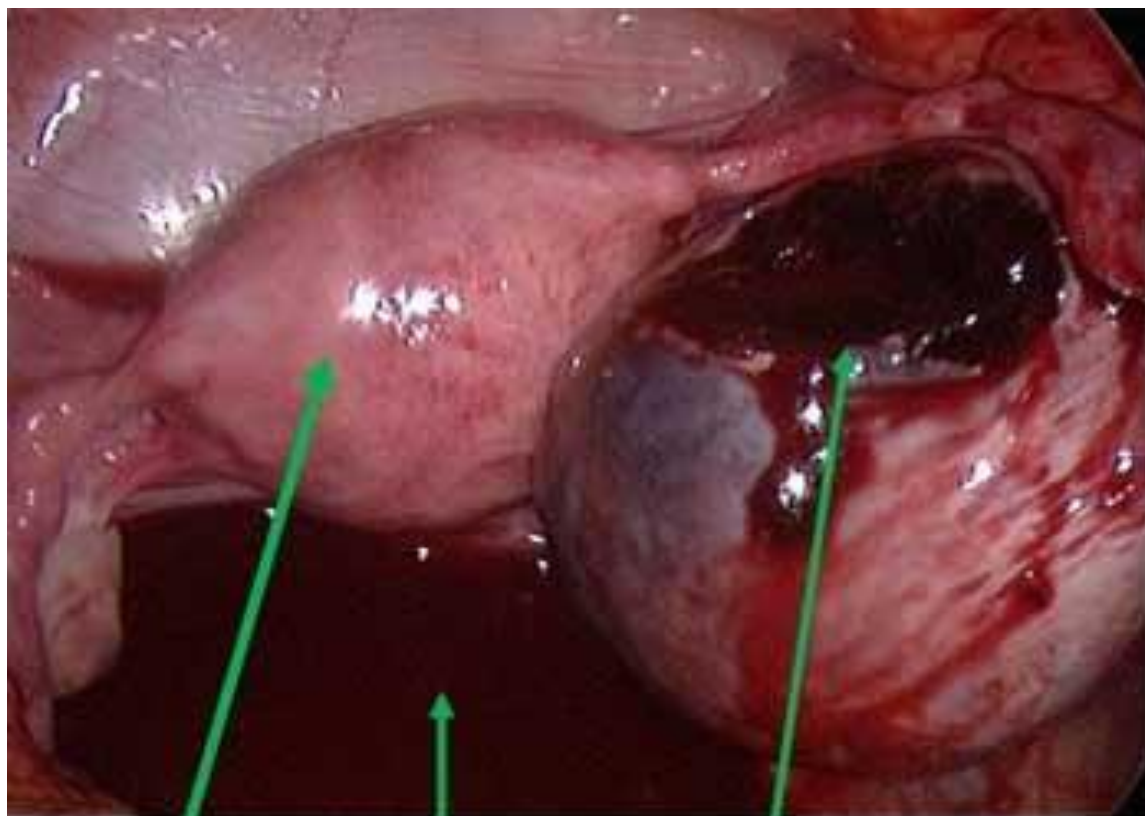


Серозная папиллярная цистаденома



Серозная киста



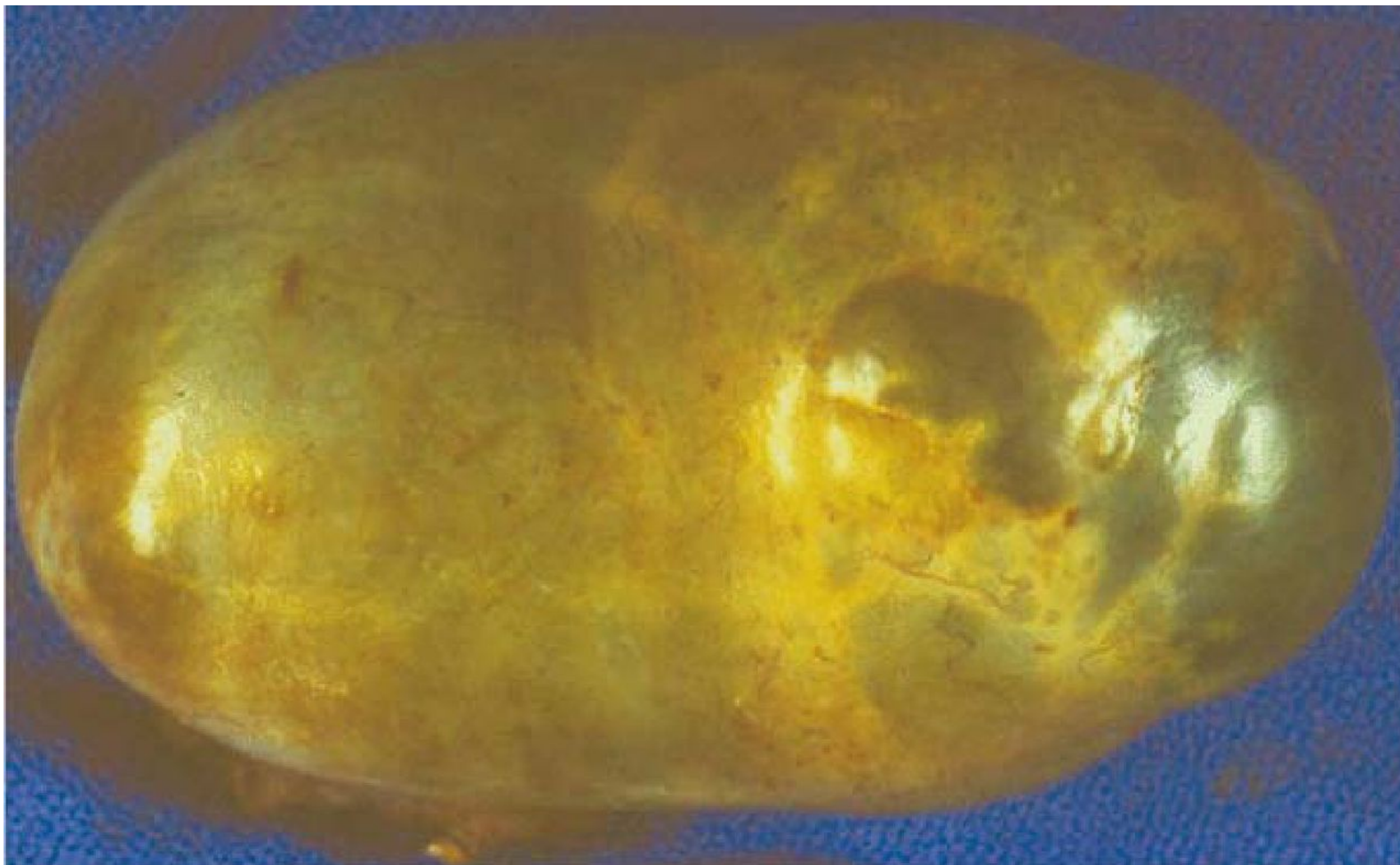


Матка

Кровь в малом
тазу

Правый яичник, в нем киста
желтого тела с разрывом
капсулы

Муцинозная цистаденома



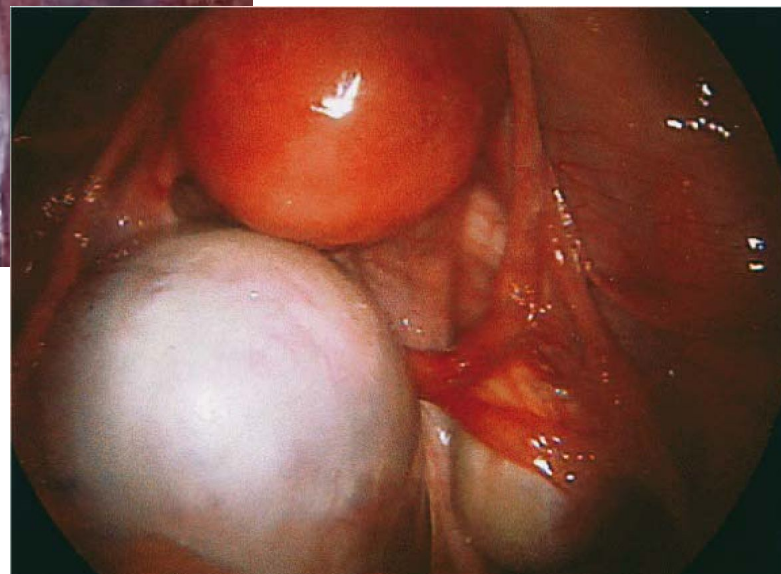
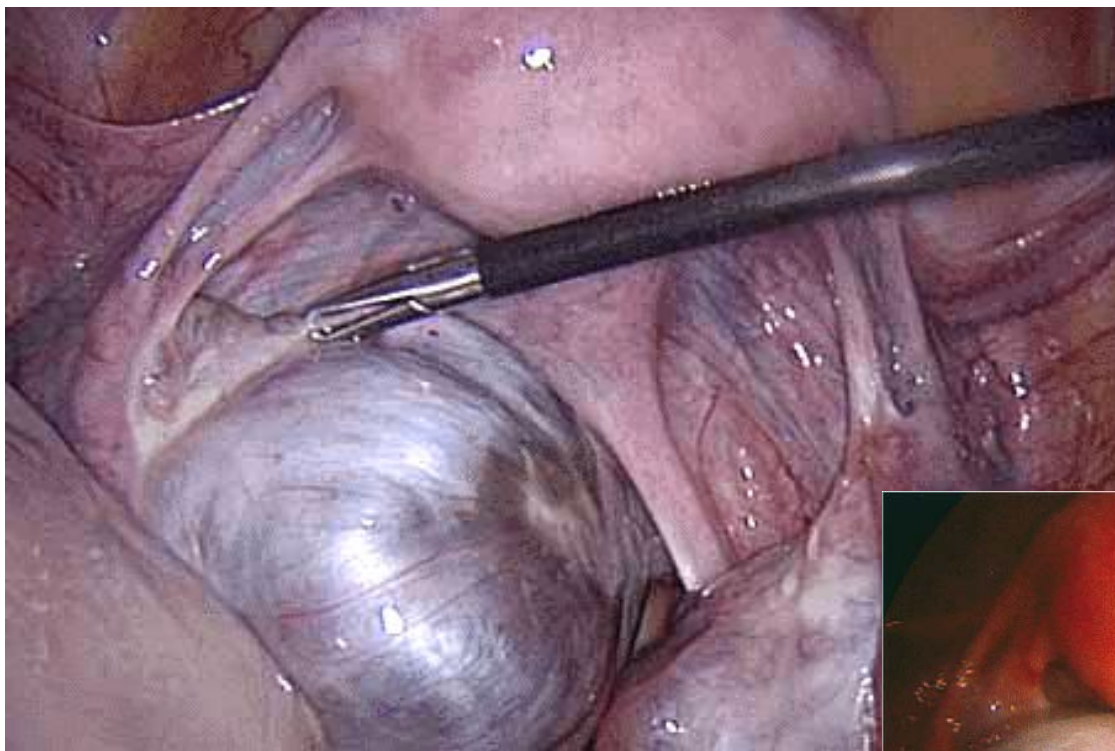
Цилио-эпителиальная опухоль



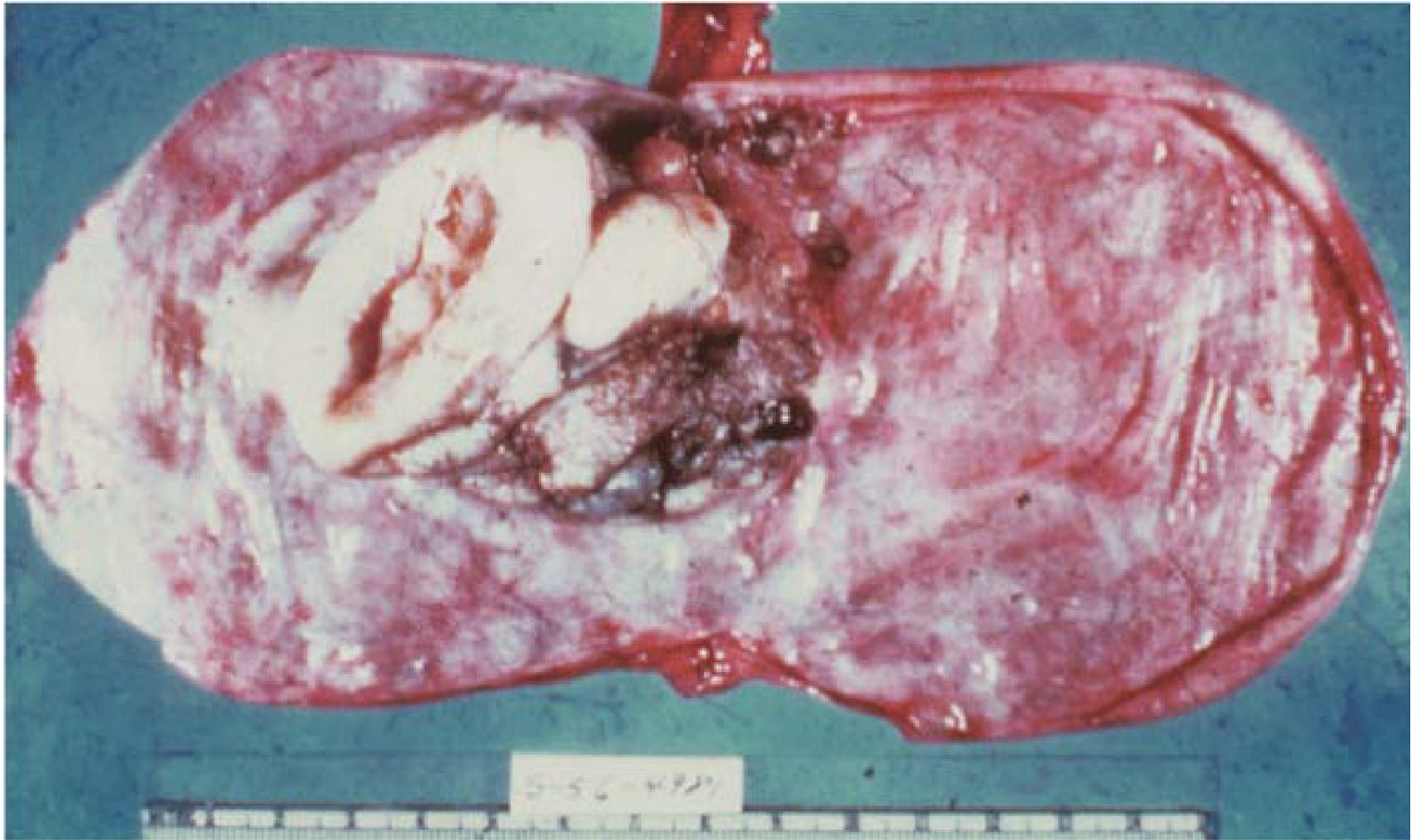
Фиброма яичников



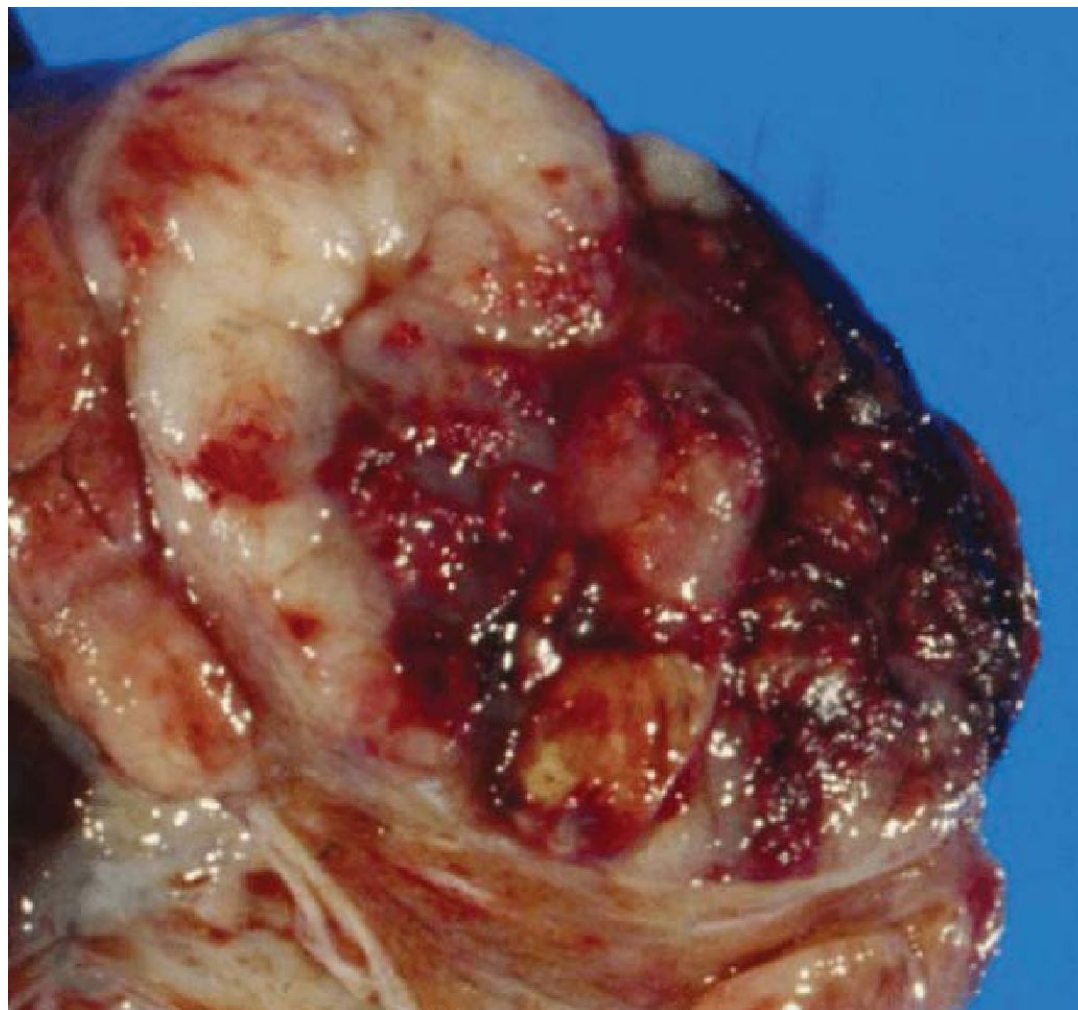
Дермоидные кисты



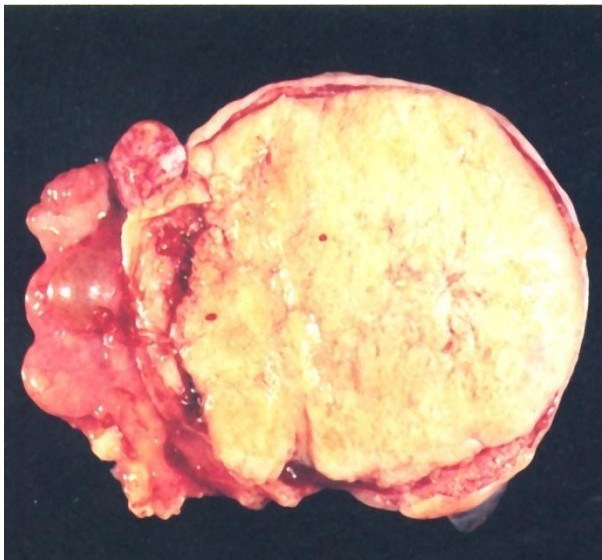
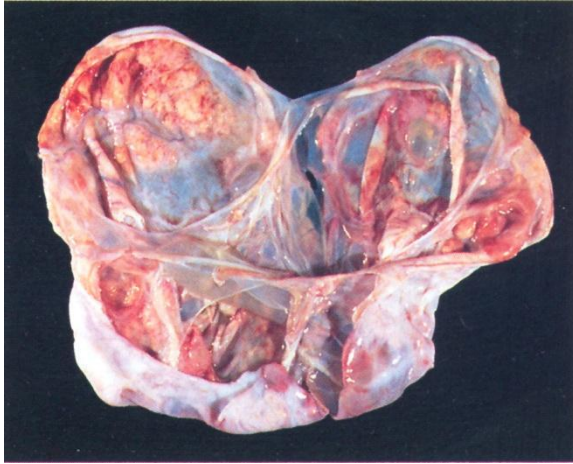
Зрелая тератома (дермоидная киста)



Дисгерминома



Варианты гранулёзо-клеточной опухоли взрослого типа



Опухоль Бренера



ТЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ



Актуальность и Эпидемиология

- Герминогенные опухоли яичников (ГОЯ) составляют 20—30% всех опухолей данной локализации (Давыдов М.И., Летягин В.П., Кузнецов В.В., 2007, Disaia P., Creasman W., 1997).
- Частота злокачественных герминогенных опухолей яичников (ЗГОЯ) сравнительно невелика (2—3%), однако круг проблем, связанных с их клиническим течением, факторами прогноза, а так же выбором оптимального метода лечения этой разновидности опухолей чрезвычайно широк.
- Герминогенные опухоли развиваются из полипотентных первичных половых клеток, однако окончательная причина их возникновения, также как и механизм трансформации герминогенных клеток до сих пор не ясны. В большинстве случаев, данные новообразования исходят из половых желез, реже встречается экстрагонадная локализация — в средостении или забрюшинном пространстве, что может объясняться миграцией первичных половых клеток в эмбриогенезе из желточного мешка в брыжейку задней кишки, а затем в половые тяжи (Baker B.A., Frickey L., Yu I.T, et al., 1998).
- Герминогенные опухоли поражают преимущественно молодой контингент больных (средний возраст 19 лет) и это с особой остротой ставит вопросы сохранения репродуктивной функции женщины с ее дальнейшей социально-генетической реабилитацией.

- Клинически и морфологически все ЗГОЯ разделяют на две группы: дисгерминомы и недисгерминомы.

Дисгерминомы составляют почти половину всех ЗГОЯ.

Недисгерминомы включают опухоль желточного мешка (эндодермального синуса), незрелую тератому, эмбриональный рак, хориокарциному, полиэмбриому и смешанные герминогенные опухоли.

- ЗГОЯ отличаются крайне агрессивным течением и при первичной неправильной тактике лечения приводят к быстрой генерализации болезни и смерти больной.

ЗГОЯ приблизительно в 60—70% случаев эти опухоли яичников диагностируются на I стадии заболевания, III стадия встречается у 25% больных, а II и IV стадии — очень редки (Hurteau J.A., Williams S.J., 2001).

Типичное метастазирование ЗГОЯ — **лимфогенное**, при котором поражаются парааортальные, подвздошные лимфатические узлы, также характерен гематогенный путь (печень, легкие, кости), реже имплантационный. Первичная опухоль часто возникает в одном из яичников. Опухолевое поражение второго яичника встречается реже, даже при распространенном опухолевом процессе. Так, например, при дисгерминамах двухстороннее поражение отмечается лишь у 10—15% больных (Lawrence M.R., Talerman A., 2006).

ЗГОЯ обладают уникальной способностью секретировать в кровь опухоль-ассоциированные антигены. Это позволяет диагностировать заболевание на ранней стадии и дает возможность тщательного мониторинга больной во время лечения и ремиссий, а также помогает выявить рецидив заболевания на ранних сроках.

Важным этапом в лечении больных с данной патологией является хирургическое стадирование, которое должно проводиться по тем же онкологическим критериям, что и в случае рака яичников. Дальнейшая тактика лечения определяется стадией процесса и морфологическим строением опухоли.

Классификация

- Дермоидные кисты (зрелые тератомы)
- Дисгерминомы (ЗК, затрагивает два яичника)
- Несименомные (ЗК, затрагивают один яичник) (опухоли желточного мешка, незрелые тератомы, смешанные примитивные герминогенные опухоли, хориокарцинома, эмбриональная карцинома).

Дисгерминома (семинома яичника)

злокачественная опухоль яичника, обладает выраженным сходством с соответствующей тестикулярной опухолью. Дисгерминомы составляют около 1-2% опухолей яичников и около 3% всех злокачественных опухолей. Наиболее часто выявляются в возрасте от 10 до 30 лет (примерно в 5% наблюдений до 10 лет и очень редко после 50 лет).

Дисгерминома представляет собой самую частую злокачественную опухоль при беременности. Состоит из клеток, морфологически сходных с примордиальными фолликулами. Считают, что дисгерминомы происходят из первичных герминогенных элементов. В норме к моменту рождения все половые клетки находятся в составе примордиальных фолликулов, половые клетки, не образующие фолликулов, погибают. Если этого не происходит, то половые клетки приобретают способность к неконтролируемой пролиферации и дают начало опухоли. Дисгерминома возникает у подростков и молодых женщин при общем и генитальном инфантилизме с поздним менархе. Часто наблюдаются аномалии наружных половых органов. Опухоль, как правило, односторонняя.

Типичная дисгерминома представлена солидной опухолью округлой или овоидной формы с гладкой белесоватой фиброзной капсулой. Опухоль может достигать значительных размеров, полностью замещая ткань яичника, дисгерминома при небольших узлах имеет различную консистенцию.

На разрезе ткань опухоли желтоватая, бледно-бурая с розовым оттенком. Большие опухоли обычно пестрые из-за кровоизлияний и очагов некроза различной давности.

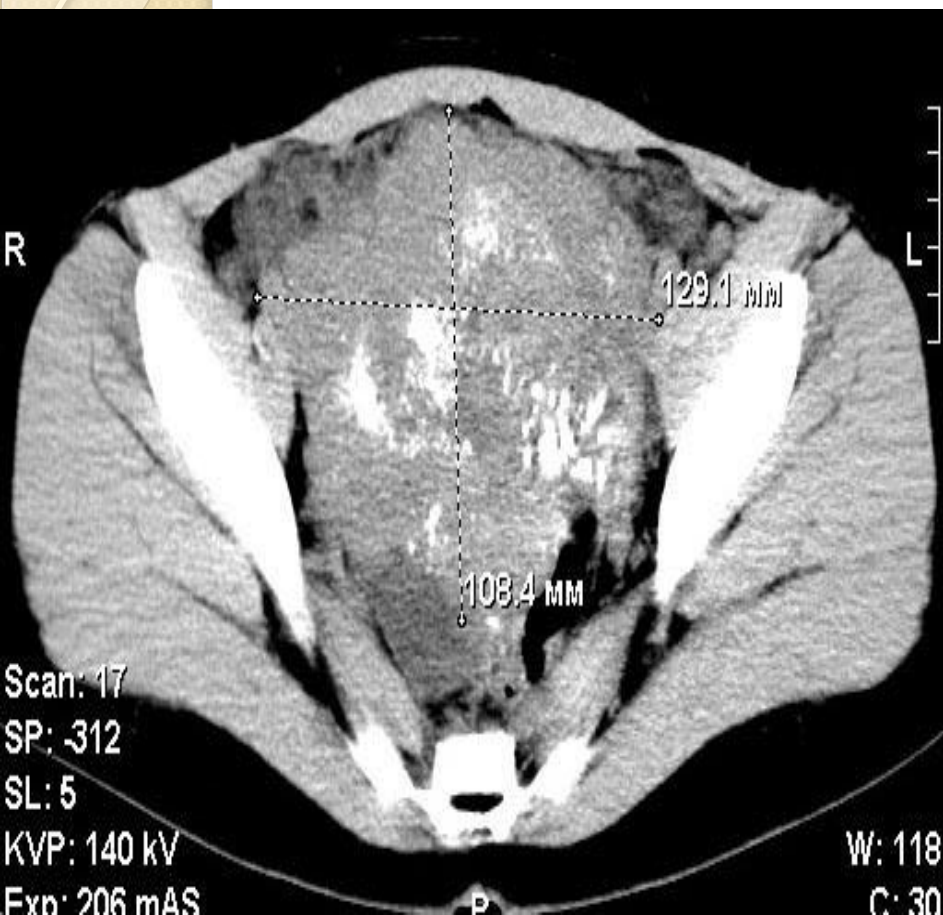
Клинические проявления не имеют специфических признаков. Гормональная активность дисгерминомы не свойственна.

- Жалобы больных неспецифические, иногда появляются тупые тянущие боли внизу живота, общее недомогание, дизурические явления, слабость, сонливость, утомляемость, нередко нарушен менструальный цикл: длительная аменорея может сменяться маточными кровотечениями. Дисгерминома склонна к быстрому росту, метастатическому распространению и прорастанию в соседние органы. Метастазирование обычно происходит лимфогенным путем с поражением лимфатических узлов общей подвздошной артерии, дистальной части брюшной аорты и надключичных лимфатических узлов. Гематогенные метастазы встречаются в терминальной стадии заболевания, чаще в печени, легких, костях. Проявления метастазов дисгерминомы сходны с картиной первичной опухоли.

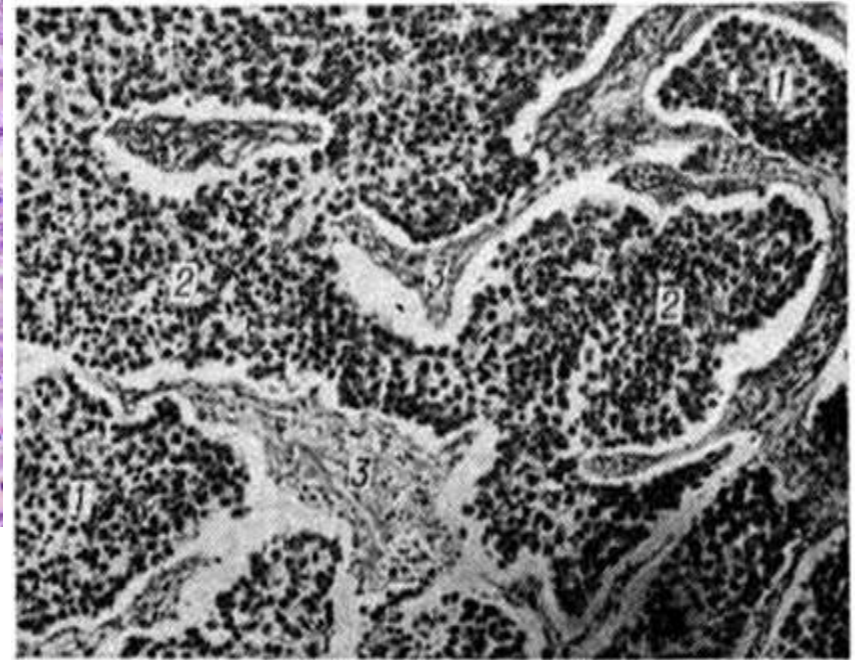
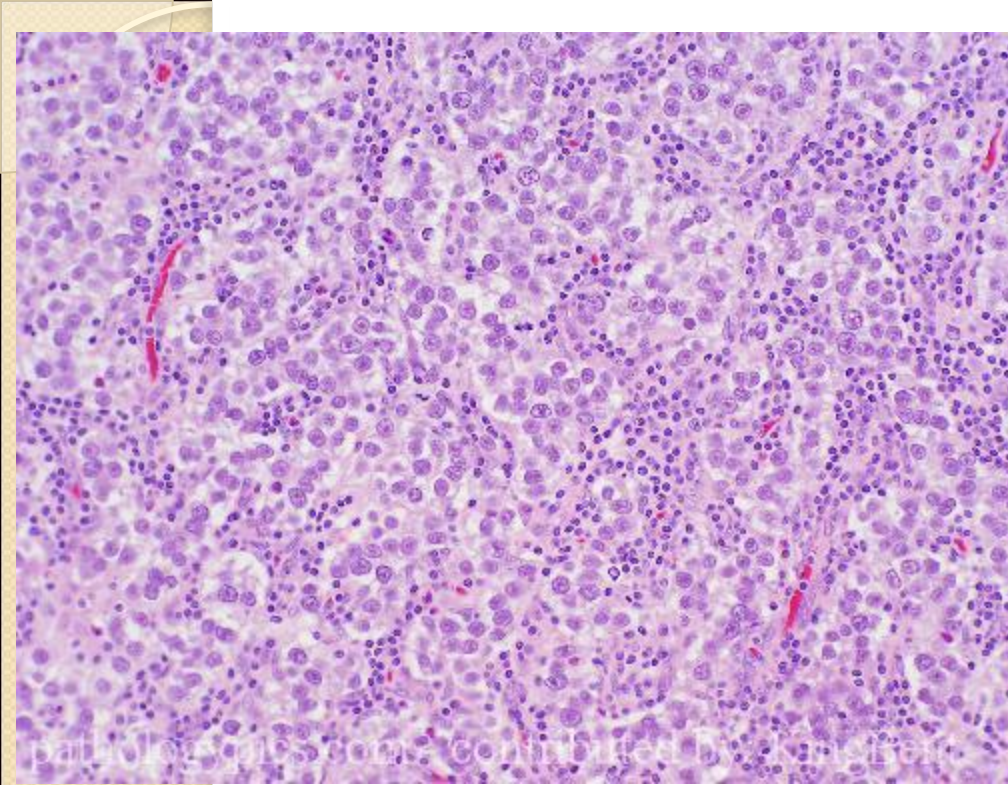
Диагноз устанавливают на основании клинического течения заболевания, данных двуручного гинекологического исследования, УЗИ с ЦДК и морфологического исследования удаленного макропрепарата. При гинекологическом исследовании опухоль располагается обычно позади матки, чаще односторонняя, округлая, с нечеткими контурами, плотная, бугристая, диаметром от 5 до 15 см (чаще достигает больших размеров), в начальной стадии подвижная, безболезненная.

- На эхограммах опухоль имеет эхопозитивное средней эхогенности, часто дольчатое строение. Внутри новообразования нередко участки дегенеративных изменений, контуры неровные, форма неправильная.
- При доплерометрическом исследовании определяются множественные участки васкуляризации как по периферии, так и в центральных структурах опухоли: с низким ИР(индекс резистентности) ($<0,4$).

- **Лечение** дисгерминомы только хирургическое с последующей лучевой терапией. Целесообразно использовать **лапаротомический доступ**. При односторонней опухоли без признаков распространения за пределы пораженного яичника у молодых женщин, планирующих иметь в дальнейшем детей, можно ограничиться удалением придатков матки на пораженной стороне. У пациенток перименопаузального возраста выполняют экстирпацию матки с придатками, удаляют сальник. Во время операции не следует нарушать целостность капсулы, поскольку это значительно ухудшает прогноз.
- При распространении опухоли за пределы яичника показана более радикальная операция - **удаление матки с придатками и сальника с последующей рентгенотерапией**. Увеличенные лимфатические узлы подлежат удалению, а их область - рентгенотерапии. Как первичная опухоль, так и метастатические узлы хорошо поддаются рентгенотерапии. Чистые формы дисгермином высокочувствительны к лучевой терапии, что и определяет относительно благоприятный прогноз заболевания.
- При правильном лечении возможно полное выздоровление. В настоящее время 5-летняя выживаемость больных с односторонней инкапсулированной дисгерминомой без метастазов достигает **90%**. В прогностическом плане неблагоприятны метастазы и прорастание за пределы яичника, большие размеры и двусторонняя локализация дисгерминомы.



● Девочка, 12 лет. Телосложение по женскому типу, вторичные половые признаки соответствуют возрасту. Голос низкий. Раннее развитие молочных желез и оволосения (с 7-и лет). В течение 5-и месяцев нерегулярные длительные кровянистые выделения из половых путей. Обратились к врачу с жалобами на тянущие боли внизу живота. В малом тазу больше справа пальпируется больших размеров опухоль, незначительно смещаемая в сторону таза. По УЗИ и КТ (1 снимок) - опухоль малого таза, расположенная позади матки (размеры матки соотв. возрасту), размеры опухоли 12х13х8 см, в структуре множественные кальцинаты, яичники не определяются. Кальцинаты и отсутствие кист нехарактерно для опухоли яичника. На ангиографии (снимок 2) - расширение правой яичниковой артерии, из которой снабжается небольшая часть опухоли (в основном аваскулярной). Высокий уровень ХГТ; АФП в норме. На операции опухоль, которая исходила из правого яичника, была удалена вместе с правыми придатками (хирург к.м. н. Нечушкина И.В.) Левый яичник был распластан на опухоли, на его поверхности отмечались зернистые высыпания. Срочная гистология левого яичника: на фоне гонадобластомы рост дисгерминомы. Левые придатки удалены. При плановом исследовании правый яичник представлен бугристой опухолью на разрезе желтовато-белая ткань солидного строения. Микро: гонадобластома с преобладанием дисгерминомы. В левом яичнике ткань аналогичного строения. Конс. генетика. Кариотип 46 XY. Дисгинезия гонад. Учитывая раннее развитие по женскому типу, можно предположить гормональную активность опухоли. После операции проведено 7 курсов ПХТ. Срок наблюдения 1,5 лет.



- Микроскопическая картина дисгерминомы яичника: характерны однотипные индифферентные герминогенные клетки, образующие ячейки (1) и поля (2), разделённые соединительнотканными прослойками (3), инфильтрированными лимфоцитами.

Зрелая тератома

- Зрелые тератомы подразделяются на солидные (без кист) и кистозные (дермоидная киста). Выделяют и монодермальные тератомы - *струму* яичника и *карциноид* яичника; их строение идентично обычной ткани щитовидной железы и кишечным карциноидам.
- **Зрелая кистозная тератома** - одна из наиболее распространенных опухолей в детском и юношеском возрасте; может встречаться даже у новорожденных, что косвенно свидетельствует о ее тератогенном происхождении. Зрелая тератома встречается в репродуктивном возрасте, в постменопаузальном периоде (как случайная находка). Она состоит из хорошо дифференцированных производных всех трех зародышевых листков с преобладанием эктодермальных элементов (отсюда термин "дермоидная киста"). Опухоль является однокамерной кистой (многокамерное строение наблюдается редко), всегда доброкачественная и лишь изредка проявляет признаки малигнизации. В структуру дермоидных кист включен так называемый дермоидный бугорок, в котором выявляются зрелые ткани и рудиментарные органы.
- Капсула дермоидной кисты плотная, фиброзная, различной толщины, поверхность гладкая, блестящая. Тератома на разрезе напоминает мешок, содержащий густую массу, состоящую из сала и волос, в виде клубков или прядей различной длины, нередко встречаются и хорошо сформированные зубы. Внутренняя поверхность стенки выстлана цилиндрическим или кубическим эпителием.
- При микроскопическом исследовании определяются ткани эктодермального происхождения - кожа, элементы нервной ткани - глия, нейроны, ганглии. Мезодермальные производные представлены костной, хрящевой, гладкомышечной, фиброзной и жировой тканью. Производные эндодермы встречаются реже и обычно включают бронхиальный и гастроинтестинальный эпителий, ткань щитовидной и слюнной желез. Объектом особо тщательного гистологического исследования должен быть дермоидный бугорок с целью исключения малигнизации.
- **Симптоматика** дермоидных кист мало отличается от таковой доброкачественных опухолей яичников. Дермоидная киста не обладает гормональной активностью, редко обуславливает жалобы. Общее состояние женщины, как правило, не страдает. Болевой синдром отмечается в небольшом числе наблюдений. Иногда появляются дизурические явления, ощущение тяжести внизу живота. В ряде случаев происходит перекрут ножки дермоидной кисты, возникает симптоматика "острого живота", требующая экстренного оперативного вмешательства. Дермоидная киста нередко сочетается с другими опухолями и опухолевидными образованиями яичников. Чрезвычайно редко при зрелой тератоме возникает злокачественный процесс, в основном плоскоклеточный рак.

● **Диагноз** устанавливают на основании клинического течения заболевания, двуручного гинекологического исследования, применения УЗИ с ЦДК, лапароскопии.

При гинекологическом исследовании опухоль располагается в основном спереди от матки; она округлой формы, с гладкой поверхностью, имеет длинную ножку, подвижная, безболезненная, плотной консистенции. Диаметр зрелой тератомы - от 5 до 15 см.

Дермоидная киста с включением костных тканей - единственная опухоль, которую можно определить на обзорном рентгеновском снимке брюшной полости. Эхография способствует уточнению диагноза зрелых тератом (выраженный акустический полиморфизм).

Зрелые тератомы имеют гипэхогенное строение с солитарным эхогенным включением, с четкими контурами. Непосредственно за эхогенным включением располагается акустическая тень. Зрелые тератомы могут иметь нетипичное внутреннее строение. Внутри опухоли визуализируются множественные небольшие гиперэхогенные включения. В ряде случаев за мелкоштриховыми включениями визуализируется слабый эффект усиления - "хвост кометы". Возможно кистозно-солидное строение с плотным компонентом с высокой эхогенностью, округлой или овальной формы, с ровными контурами. Полиморфизм внутреннего строения опухоли нередко создает сложности в трактовке эхографических картин (рис. 16.18).

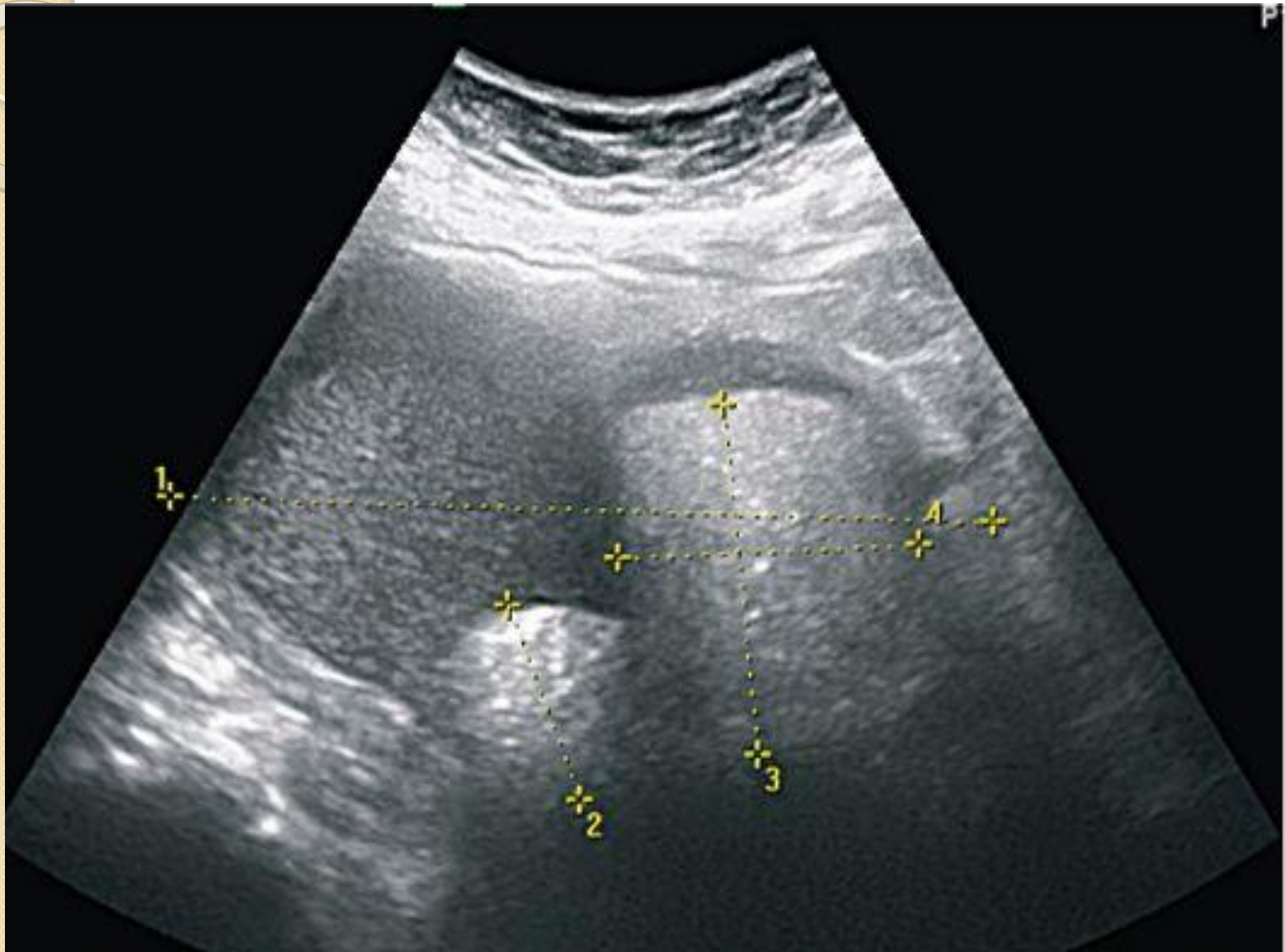
При ЦДК в зрелых тератомах практически всегда отсутствует васкуляризация, кровоток может визуализироваться в прилегающей к опухоли ткани яичника, ИР - в пределах 0,4.

В качестве дополнительного метода в диагностике зрелых тератом после применения УЗИ возможно использовать КТ.

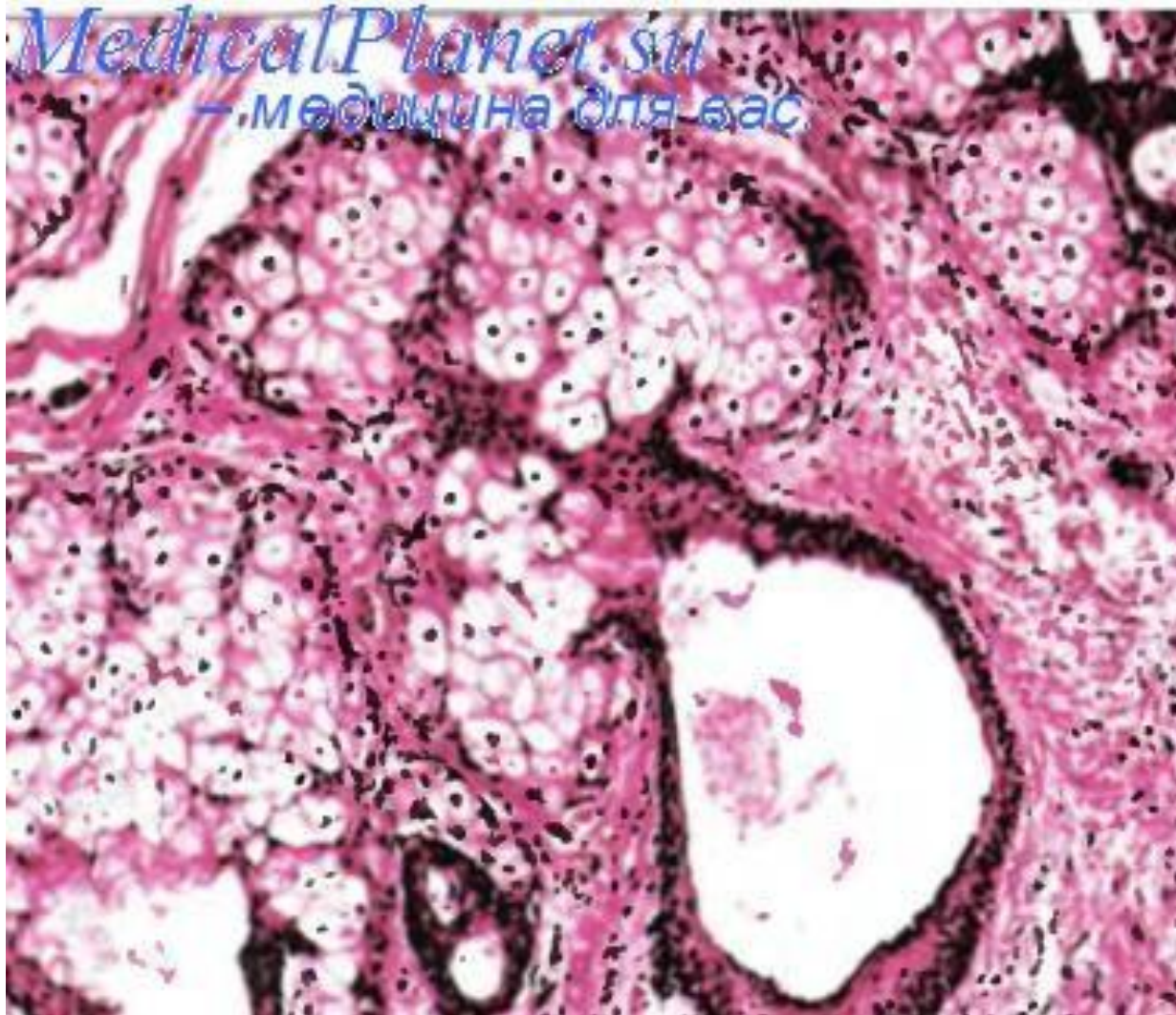
При лапароскопии дермоидная киста неравномерного желтовато-белесоватого цвета, при пальпации манипулятором консистенция плотная. Определенное дифференциально-диагностическое значение имеет расположение кисты в переднем своде, в отличие от опухолей других видов, обычно располагающихся в маточно-прямокишечном пространстве. Ножка дермоидной кисты обычно длинная, тонкая, на капсуле могут быть мелкие кровоизлияния.

Лечение зрелых тератом хирургическое. Объем и доступ оперативного вмешательства зависят от величины объемного образования, возраста пациентки и сопутствующей генитальной патологии. У молодых женщин и девочек следует по возможности ограничиться частичной резекцией яичника в пределах здоровой ткани (кистэктомия). Предпочтительно использовать лапароскопический доступ с применением эвакуирующего мешочка. У пациенток перименопаузального возраста показана надвлагалищная ампутация матки с придатками с обеих сторон. Допустимо удаление придатков матки с пораженной стороны, если матка не изменена. Прогноз благоприятный.

Зрелая тератома. УЗИ



MedicalPlanet.ru
— медицина для вас



Тератобластома (незрелая тератома)

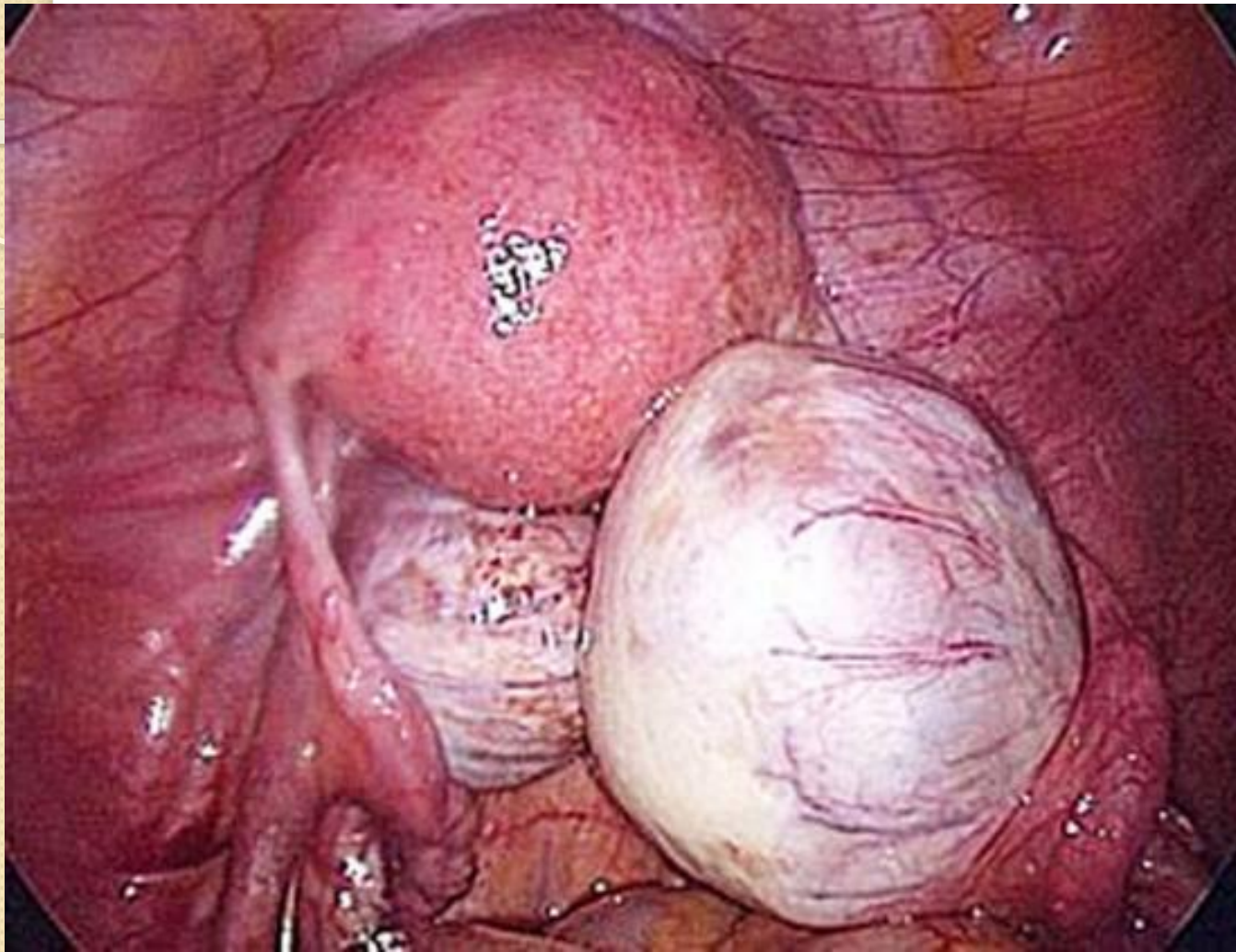
Опухоль чрезвычайно незрелая, дифференцировка низкая. Незрелая тератома встречается гораздо реже, чем зрелая. Опухоль имеет тенденцию к быстрому росту и может достигать значительных размеров. При микроскопическом исследовании определяется сочетание производных всех 3 зародышевых слоев. Поверхность разреза обычно пестрая, от бледно-серого до темно-бурого цвета. При осмотре определяются кости, хрящи, волосы, опухоль содержит жировые массы.

Опухоль обычно располагается сбоку от матки. Она односторонняя, неправильной формы, неравномерно мягкой, местами плотной консистенции - в зависимости от преобладающего типа тканей и некротических изменений, большого размера, с бугристой поверхностью, малоподвижная, чувствительная при пальпации. При прорастании капсулы имплантируется в брюшину, дает метастазы в забрюшинные лимфатические узлы, легкие, печень, головной мозг. Метастазы незрелой тератомы, как и основная опухоль, обычно состоят из различных тканевых элементов с наиболее незрелыми структурами.

Больные жалуются на боли внизу живота, общую слабость, вялость, повышенную утомляемость, снижение трудоспособности. Менструальная функция чаще не нарушена. В анализе крови отмечаются изменения, присущие злокачественным опухолям. При быстром росте клиническая картина из-за интоксикации, распада и метастазирования опухоли схожа с таковой при общесоматических заболеваниях. Это часто обуславливает неадекватное лечение. К моменту распознавания опухоль уже бывает запущенной.

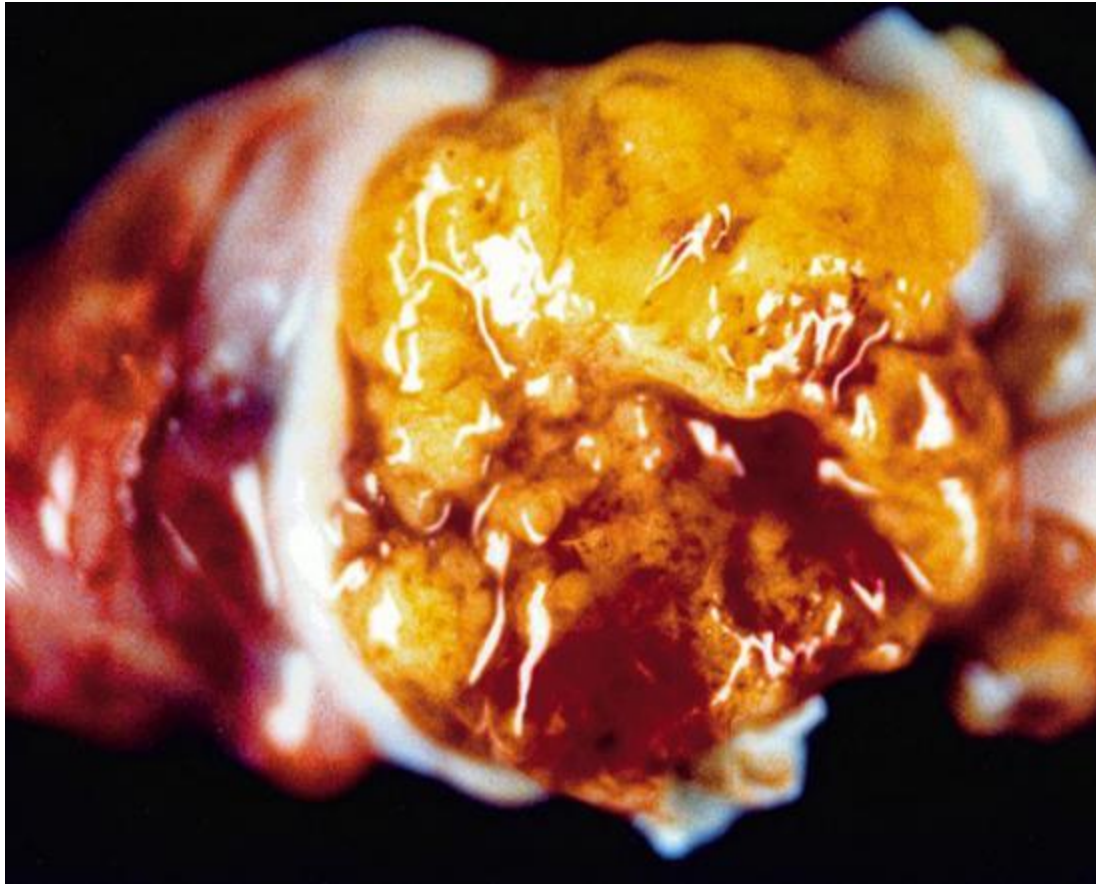
Применение эхографии с ЦДК способствует уточнению диагностики. Эхографические картины отражают смешанное, кистозно-солидное строение незрелой тератомы с неровными нечеткими контурами. Подобно всем злокачественным вариантам опухолей незрелая тератома имеет хаотическое внутреннее строение с выраженной неоваскуляризацией. При ЦДК визуализируется выраженная мозаичная картина с турбулентным кровотоком и преимущественно центрально расположенными артериовенозными шунтами. Индекс периферического сопротивления снижен ($IP < 0,4$).

Лечение хирургическое. Допустимы надвлагалищная ампутация матки с придатками и удаление сальника. Незрелые тератомы малочувствительны к лучевой терапии, но иногда могут реагировать на комбинированную химиотерапию. Прогноз



Опухоль эндодермального синуса (желточного мешка)

- Встречаются редко
- Происходит она из внеэмбриональных оболочек (эктодермы, желточного мешка, мезодермы, аллантоиса). Обычно односторонняя, наблюдают главным образом у детей и женщин в возрасте до 30 лет.
- Большое диагностическое значение придается определению а-фетопротеина
- Отличается злокачественным течением. Склонна к рецидивам.
Лечение – пангистерэктомия, оментэктомия, ПХТ (поддерживающая химиотерапия).



Хориокарцинома

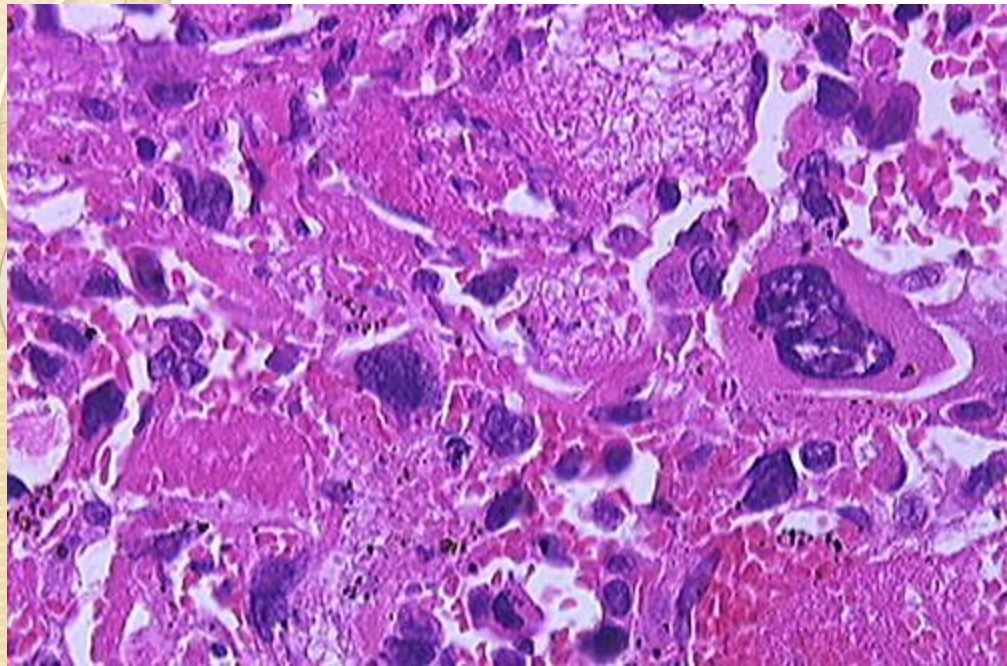
Хориокарцинома встречается у 2 из 100000 беременных женщин. Средний возраст больных приблизительно 28-37 лет. К факторам риска относят: наличие пузырного заноса и промедление с началом лечения хориокарциномы. Поздняя диагностика хориокарциномы матки, неадекватно проведенная химиотерапия, отсутствие во многих клиниках даже рутинных методик, которые позволяют следить за динамикой заболевания в процессе лечения, часто способствуют возникновению резистентных форм опухоли и гибели больных.

Клиника. Обычно на фоне беременности возникают патологические кровотечения, которые часто расцениваются как угроза прерывания беременности, что приводит к запоздалой диагностике и промедлению с началом лечения. Цианоз слизистой оболочки влагалища, наличие метастазов во влагалище в виде синюшных образований, цианоз шейки матки, мягкая, разнородная консистенция ее, наличие двусторонних кист яичников могут свидетельствовать в пользу трофобластической болезни.

Диагностика. Во время ультразвукового исследования отсутствие плода в матке, наличие гомогенной мелкокистозной ткани указывают на трофобластическую болезнь; во время рентгенографии грудной клетки обнаруживают метастазы в легкие.

Биологический и иммунологический методы: хориогонический гонадотропин и трофобластический - глобулин - маркеры хориокарциномы; в случае хориокарциномы уровень хориогонического гонадотропина превышает 100000 МЕ/мл.

Хирургический метод лечения хориокарциномы применяют в случае резистентности опухоли к химиотерапии; угрожающего кровотечения, септического состояния. Плановая экстирпация матки, как I этап, может быть оправдана у больных в возрасте более 40 лет при отсутствии метастазов.



Эмбриональная карцинома

- Очень редкая злокачественная опухоль яичника, считается наименее дифференцированной герминогенной опухолью яичников.

- Возраст пациенток - от 4 до 28 лет, в половине случаев возникает в пубертатном периоде.

Опухоль обычно односторонняя, характеризуется быстрым ростом, частыми рецидивами. Макроскопически имеет вид бугристого узла мягкой консистенции, микроскопически - структура тождественна таковой при анапластической тератоме. Нередко сопровождается массивным спаечным процессом в малом тазу, обсеменением брюшины, гематогенными и лимфогенными метастазами.

Клинически проявляется нерегулярными менструациями, аменореей, гирсутизмом. Часто сочетается с другими герминогенными опухолями, особенно с опухолью желточного мешка.

При лапаротомии в 40% наблюдений отмечается диссеминация по брюшной полости.

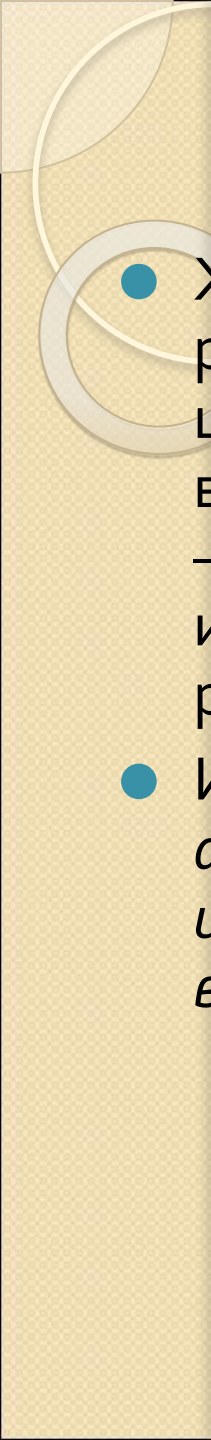
Опухоль продуцирует АФП и несколько реже - ХГ, что используется в мониторинге больных.

Одностороннее удаление пораженного опухолью яичника повышает риск летального исхода. Без проведения адъювантной химиотерапии при 1 стадии выживаемость составляет только 50%. В связи с этим необходимо проведение радикальной операции с последующей химиотерапией.





Гормонопродуцирующие опухоли яичников

- 
- Женские половые железы в процессе внутриутробного развития формируются из «женской» и «мужской» части – целомического эпителия и мезенхимы яичника, которые в дальнейшем заселяются женскими половыми клетками – гоноцитами. Затем «мужская» часть подвергается инволюции, становится рудиментом, который располагается в воротах яичника.
 - Именно в силу таких особенностей *гормонально активные опухоли яичника могут быть как «женского» или феминизирующего, так и «мужского» или вирилизирующего типа.*

Классификация

К феминизирующим опухолям относятся:

- гранулезноклеточная опухоль (фолликулома)
- текаклеточная опухоль (текома)

К вирилизирующим (маскулинизирующим) опухолям относятся:

- андробластома (арренобластома)
- липоидоклеточная опухоль.

К смешанным опухолям относятся:

- гинандробластома
- гонадобластома (гоноцитом).

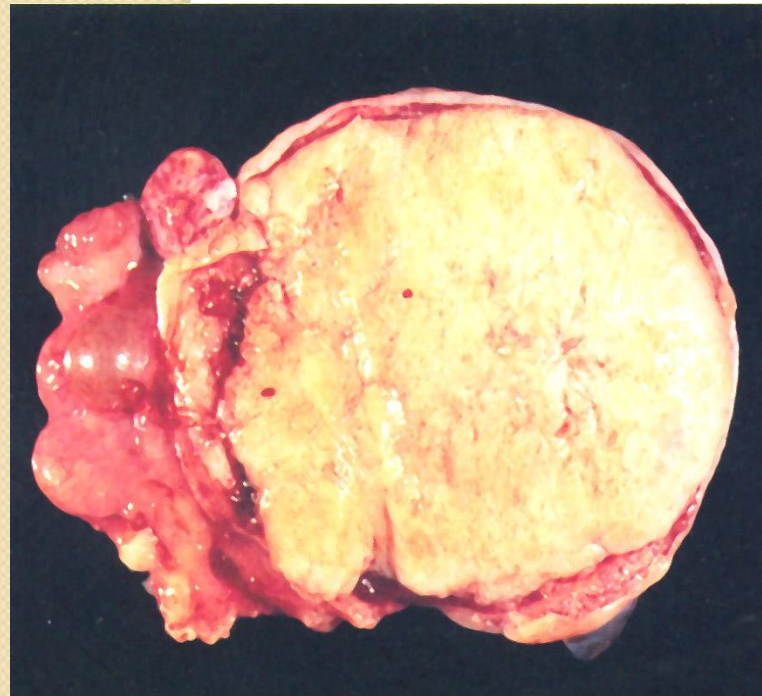
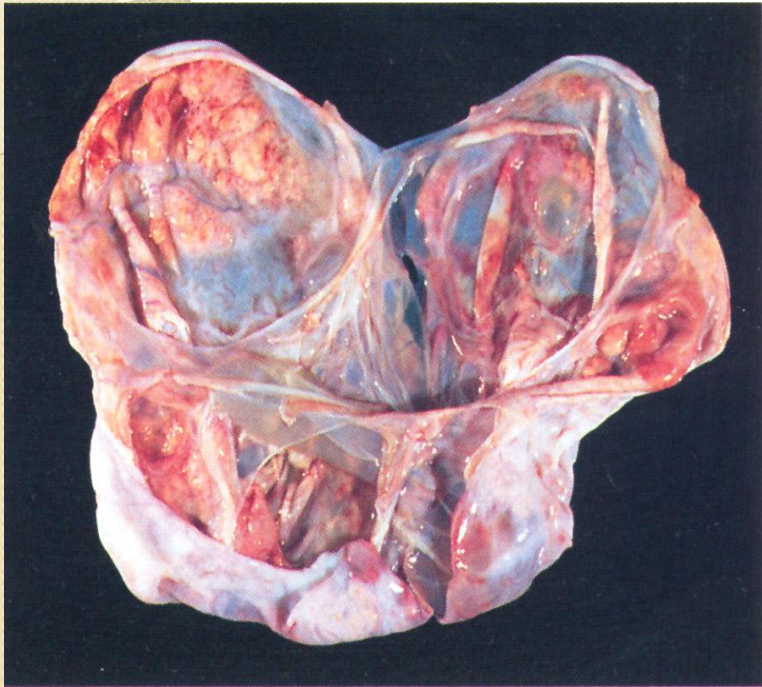
Гранулезоклеточная опухоль

- Частота **1–5%** случаев опухолей яичников.
- Возраст любой (от 3 месяцев до глубокой старости).
- Односторонняя опухоль.
- Продуцирует эстрогены, реже андрогены.
- У девочек — преждевременное половое созревание.
- В репродуктивном возрасте — аменорея, кровотечение, выкидыши, бесплодие.
- В постменопаузе — кровяные выделения, повышение либидо.



Для диагностики применяется определение ингибина в сыворотке крови, который продуцируется как первичной опухолью, так и метастазами и рецидивными опухолями.

Варианты гранулёзо- клеточной опухоли взрослого типа



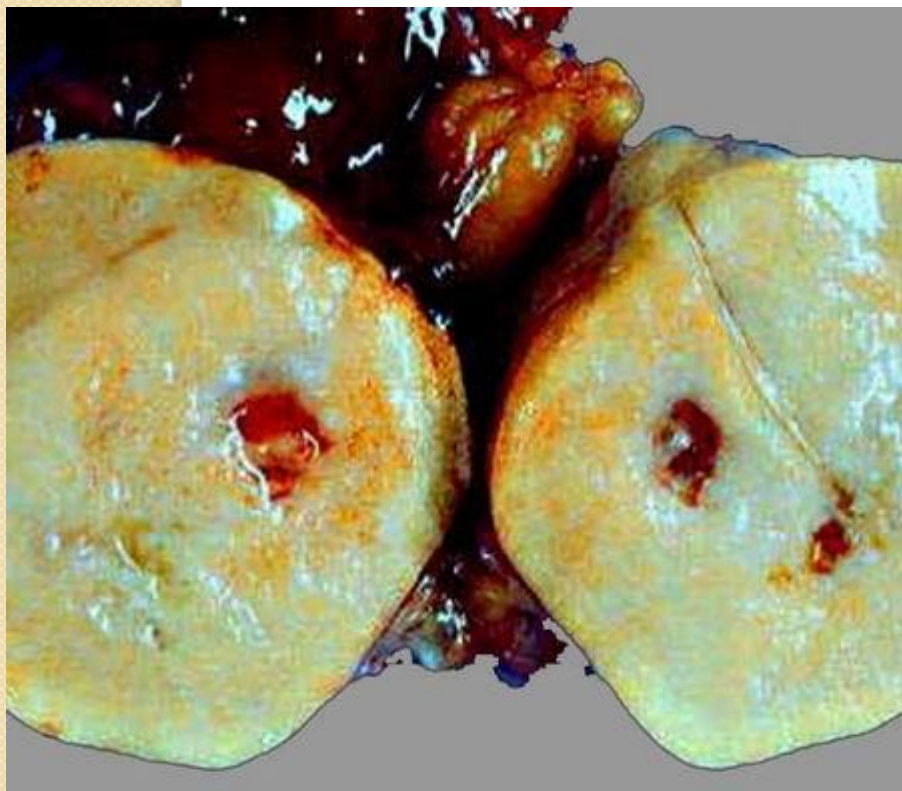
Текома

- Частота **2–4%** случаев опухолей яичников.
- Возраст — старше 50 лет.
- Продуцирует эстрогены.
- Озлокачествление в 4% случаев.

- По симптоматике и клиническому течению почти ничем не отличается от фолликуломы. Поэтому многие авторы в своих статистиках объединяют обе опухоли под общим названием «эстрогенпродуцирующие опухоли».
- При гинекологическом исследовании текома представляется в типичных случаях как плотное, сравнительно небольшое образование, имеющее овоидную форму, подвижное, безболезненное.
- Клинически дифференцировать текому от фолликуломы практически невозможно.
- Окончательный диагноз может быть установлен только путем микроскопического исследования опухоли. Лечение и прогноз такие же, как и при фолликуломе.

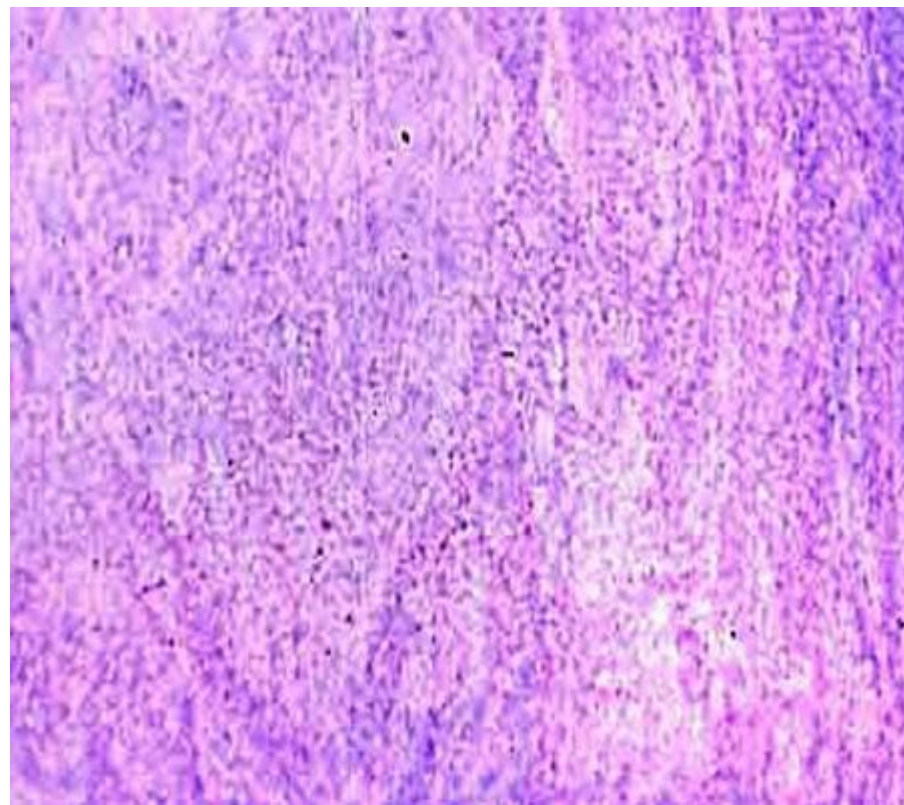
Текома:

вид поверхности
разреза;
макропрепарат



Текома:

переплетающиеся
пучки клеток;
микропрепарат



Андробластома

- Частота — **1–5%** всех опухолей яичников.
- Возраст — **20–35** лет, чаще у девственниц.
- Развивается из клеток Сертоли-Лейдига.
- Маскулинизирующая опухоль.
- Односторонняя.
- Медленный рост.
- Озлокачествление в **1–3%** случаев.
- Две фазы клинического течения:
 - дефеминизация;
 - маскулинизация.

- Сначала наступает дефеминизация, то есть потеря женских черт. Происходит нарушение менструальной функции: менструации становятся редкими, скудными, а затем и вовсе прекращаются. Матка постепенно атрофируется, наступает бесплодие. Больные отмечают уменьшение и уплотнение молочных желез.
- Вторая фаза проявляется более или менее выраженными признаками маскулинизации. В этот период появляется разрастание волос по мужскому типу на лице (усы и борода), конечностях и туловище с одновременным выпадением в височно-лобных областях. У пожилых женщин наблюдается облысение. Голос грубеет в результате гипертрофии голосовых связок, контуры тела и лицо приобретают мужские черты. Отмечается гипертрофия клитора, снижение и даже полная потеря libido.
- Диагноз основывается главным образом на клинических признаках заболевания. Количество 17-кетостероидов в моче либо умеренно повышается, либо же находится в пределах нормы. При кольпоцитологическом исследовании обнаруживают мазок андрогенного типа
- При арренобластоме определяется односторонняя круглая, плотная, подвижная опухоль.
- Лечение арренобластомы исключительно оперативное. Поскольку опухоль поражает главным образом женщин благоприятный. После операции быстро исчезают симптомы, возникшие в первой фазе заболевания (дефеминизация). Через короткий промежуток времени восстанавливается менструальная функция, развивается жировая ткань, молочные железы увеличиваются в объеме. Начинают расти волосы на голове, исчезает лысина. Более медленно ликвидируются признаки маскулинизации. Огрубение голоса и гипертрофия клитора сохраняются еще долгое время и могут остаться на всю жизнь. Волосы на теле выпадают лишь частично.

Липоидоклеточная опухоль

- состоит из липоидсодержащих клеток, прилежащих к клеточным типам коры надпочечников, и клеток, напоминающих клетки Лейдига. Опухоль встречается наиболее редко среди вирилизирующих новообразований и, в основном, в климактерическом периоде и постменопаузе.
- Представителями этой группы являются редко встречающиеся опухоли из дистопированного коркового слоя надпочечников – гипернефромы, лютеомы. Генез их неясен. Встречают у детей и взрослых. Клинически проявляются дефеминизацией, маскулинизацией, иногда наличием синдрома Кушинга.
- У больных липидоклеточными вирилизирующими опухолями яичников выделение 17-кетостероидов может быть как нормальным, так и значительно повышенным и такое исследование не может служить целям дифференциальной диагностики этого редкого заболевания и вирилизирующих опухолей коры надпочечников.

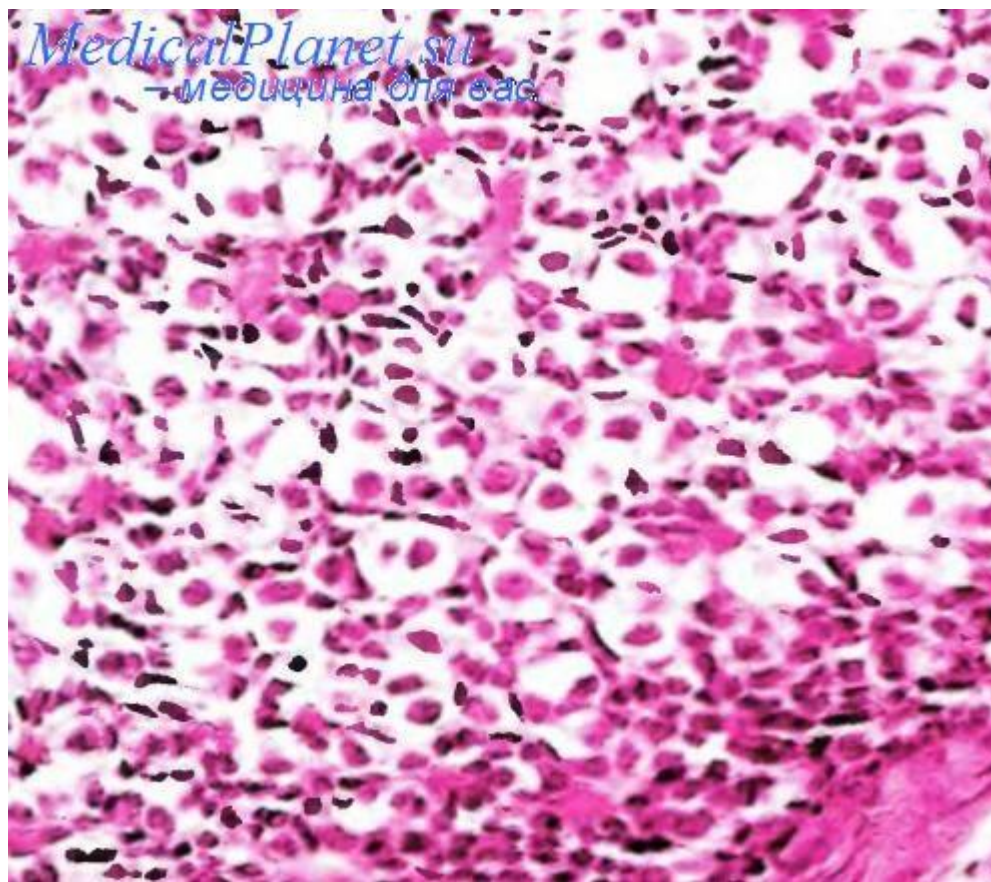
Гинандробластома

- Это комбинированная опухоль, в которой, с одной стороны, имеются структуры, характерные для гранулезоклеточной опухоли, с другой типичные каналцы, выстланные клетками типа сустиоцитов (андробластомы). Гинандробластома, как и неклассифицируемые опухоли, встречаются крайне редко. Лечение – как при андробластоме.
- Гирсутизм, выпадение волос на висках, клиторомегалия, хриплый голос, мужской тип мускулатуры и другие клинические признаки, свидетельствующие о гиперандрогении, могут сочетаться с маточными кровотечениями, менометроррагией или гиперменореей.
- Для постановки точного диагноза гинандробластомы необходимы данные, подтверждающие наличие в ней элементов обоих типов: арренобластомы и гранулезоклеточной опухоли. Гинандробластома обладает высоким злокачественным потенциалом, связанным с наличием компонентов арренобластомы.

Гонадобластома

- Опухоль состоит из герминогенных клеток, напоминающих незрелый половой тяж; определяются многочисленные очаги (гнезда) клеток Лейдига и лютеиновых клеток.
- Заболевание часто встречается у больных с нарушенным половым развитием, наличием в кариотипе Y-хромосомы. Болеют в основном дети - 1/3 больных в возрасте до 15 лет.
- Клиническая картина включает наличие опухоли в брюшной полости, патологический тип синтеза стероидных гормонов и развития гонад, нарушение развития вторичных половых признаков.
- Опухоль в основном считается доброкачественной, если в ней не присутствует инвазивный герминогенный компонент.
- Лечение сводится к двусторонней овариоэктомии. В редких случаях можно ограничиться только удалением опухоли, но это при условии нормального кариотипа и нормальном половом развитии больной.

Гонадобластома



Методы диагностики

- Клинические симптомы
- Лапароскопия – биопсия
- УЗИ, КТ, МРТ
- Цитологическая диагностика
- Онкоантигены SA125, SA19
- Гормональное исследование: пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, гидроэпиандростерон, 17-кетостероиды

Методы лечения

- Хирургические: лапароскопия, лапаротомия. Объем операции органосохраняющий по показаниям
- Лазер, аргон ассистенция
- Противорецидивное лечение индивидуально (гормонотерапия, химиотерапия)



Спасибо за внимание!