



Хирургическое лечение рецидивов рака эндометрия

Авторы: Сидорук А.А.^{1,2}, Дахина А.А.³, Абесадзе Г.Л.⁴, Борщевский В.Г.⁷, Гавриш Ю.Е.⁴, Григорьева И.А.¹, Ибрагимов З.Н.О.¹, Каравдина Е.В.³, Котив Х.Б.^{2,6}, Микая А.Н.², Титова К.А.⁸, Фадеева Е.П.¹, Бондарев Н.Э.^{1,5}



¹ГБУЗ ООХМЛ №5 (онкогинекологическое), г. Санкт-Петербург
²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии, г. Санкт-Петербург
³ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии, г. Санкт-Петербург
⁴ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Клиника имени Петра Великого, гинекологическое отделение, г. Санкт-Петербург
⁵ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, кафедра онкологии, г. Санкт-Петербург
⁶ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, отделение онкогинекологии, г. Санкт-Петербург
⁷ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, отделение гинекологии, г. Санкт-Петербург
⁸СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», гинекологическое отделение, г. Санкт-Петербург

Актуальность

Рецидивы рака эндометрия (РЭ) возникают у 10–20% больных ранних стадий. Частота возникновения рецидивов РЭ при поздних стадиях составляет 50%.

Цель

Анализ клинико-морфологических особенностей пациенток с рецидивом РЭ в зависимости от распространения рецидивной опухоли.

Материалы и методы

Проанализированы данные 26 больных с рецидивом РЭ возникшим с 2023 по 2025 гг. Данной группе больных ранее проведено хирургическое лечение по поводу рака эндометрия в Ленинградской областной клинической больнице с 2019 по 2025 гг. Критерии отбора пациенток с рецидивом РЭ: изолированный характер поражения, удовлетворительный статус пациентки ECOG 0–1. В исследование включены больные с перитонеальным (n=15), местным (n=3) и лимфогенным (n=8) вариантами рецидивирования РЭ. Пациентки с гематогенным вариантом прогрессирования РЭ не включены в исследование.

Результаты

Медиана возраста больных составила 62 (51–75) года. Рецидив РЭ был диагностирован у 16 (61,5%) пациенток с начальными I–II стадиями заболевания, у 10 (38,5%) женщин с III–IV стадиями РЭ. Гистологически опухоль была представлена эндометриодной аденокарциномой у 14 (53,8%) больных, у 12 (46,2%) пациенток – серозная формы опухоли. По степени злокачественности преобладали низко- и умереннодифференцированные карциномы (G3, n=14 [53,8%] и G2, n=9 [34,6%]). Лимфоваскулярная инвазия установлена у 14 больных. Метастатическое поражение придатков выявлено в 5 случаях, метастазы в лимфоузлах – в 7. Пациентки получили первичное хирургическое лечение в следующих объемах: экстирпация матки с придатками – 19,2% (5/26), экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия – 42,3% (11/26), экстирпация матки с придатками, тазовая и парааортальная лимфаденэктомия, оментэктомия – 38,5% (10/26). Аджьювантное лечение (химиотерапия, лучевая терапия) после хирургического вмешательства проведено 16 пациенткам. Медиана времени до рецидива составила 10 (3–72) месяцев. В группе перитонеального рецидива, во всех случаях (n=15), проводилась диагностическая лапароскопия, оценка индекса перитонеального канцероматоза, биопсия опухоли для морфологической верификации. Изолированное метастатическое поражение лимфоузлов выявлено у 8 пациенток (тазовых лимфоузлов, n=4; парааортальных лимфоузлов, n=4). Больным произведена метастазэктомия лапароскопическим или лапаротомным доступом. При местном варианте рецидивирования в культе влагалища (n=3) было выполнено иссечение опухоли с отрицательным краем резекции. Все больные рецидивным РЭ после повторной операции получили адьювантную терапию.

Выводы

С целью увеличения выживаемости больных с рецидивом РЭ, возможно проведение хирургического вмешательства, как этапа комбинированного лечения, у больных с изолированным рецидивным поражением лимфатических узлов и при местном распространении в малом тазу.

Клинический пример перитонеального рецидива рака тела матки

Пациентка Н., 60 лет, направлена с диагнозом рак тела матки IB pT1bN(0/11)M0G2L0V0Pn0R0 (эндометриодная аденокарцинома, промежуточный риск).

Состояние после комбинированного лечения: Лапароскопия. Экстирпация матки с придатками. Тазовая и парааортальная лимфодиссекция. Курс брахитерапии СОД 30 Гр.

Рецидив через 14 месяцев после проведенного лечения: канцероматоз париетальной и висцеральной брюшины (рис. 1).

Выполнено: Лапароскопия. Ревизия. Оценка индекса перитонеального канцероматоза - PCI 10б. Мультифокальная биопсия брюшины (рис. 2, 3, 4).

Гистологическое исследование: эндометриодная аденокарцинома эндометрия G2 с поражением висцеральной и париетальной брюшины.



Рис. 1.

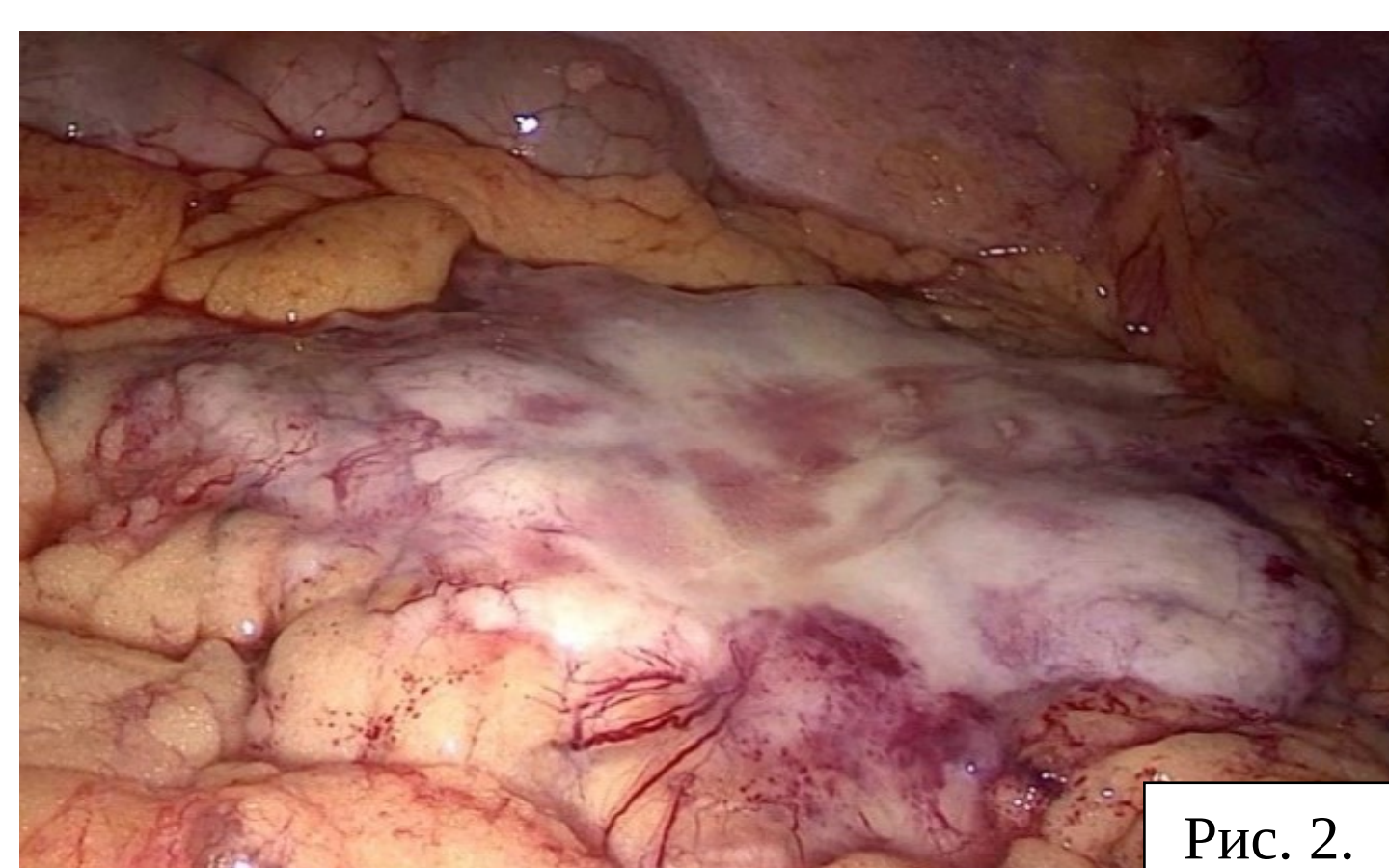


Рис. 2.

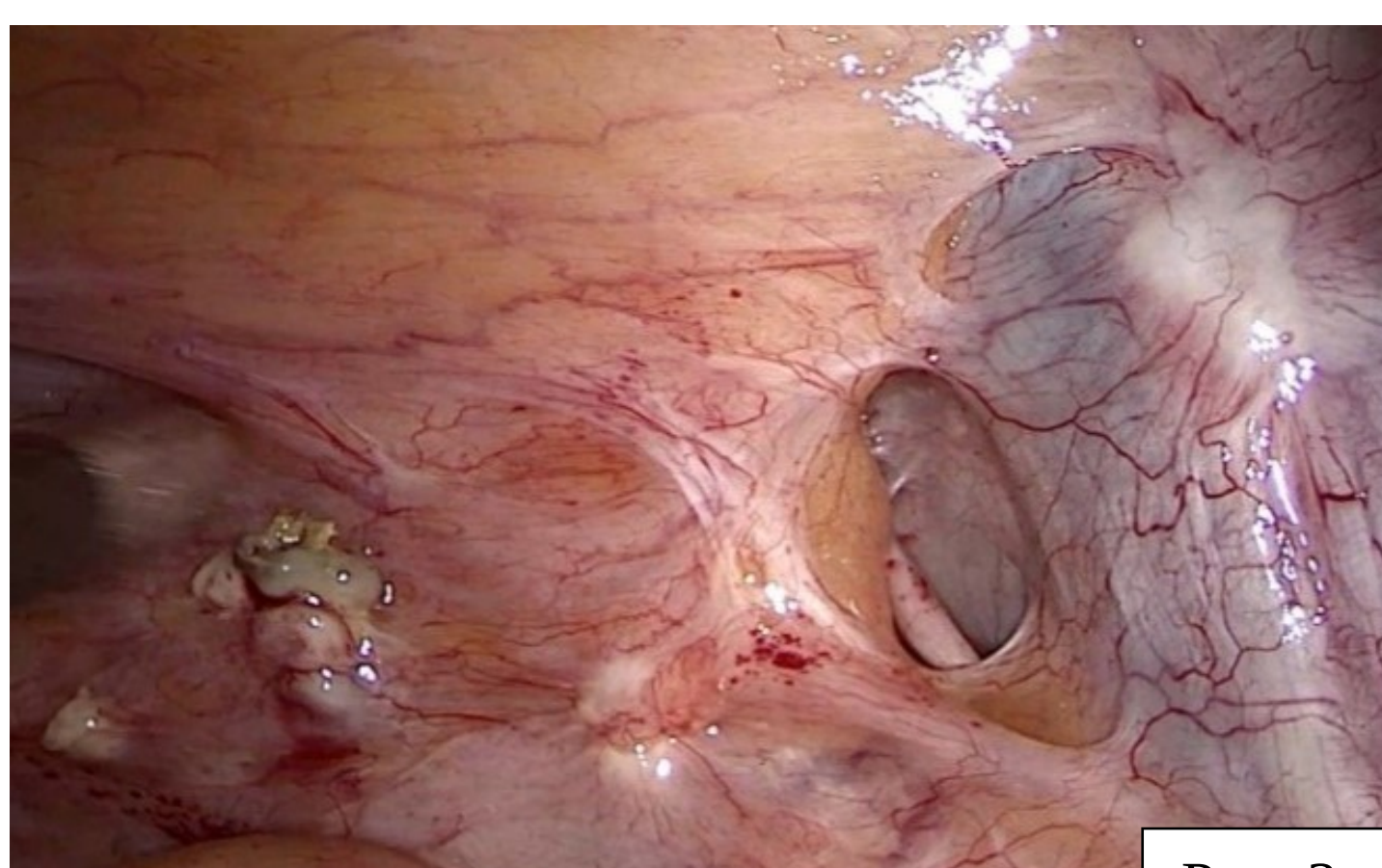


Рис. 3.

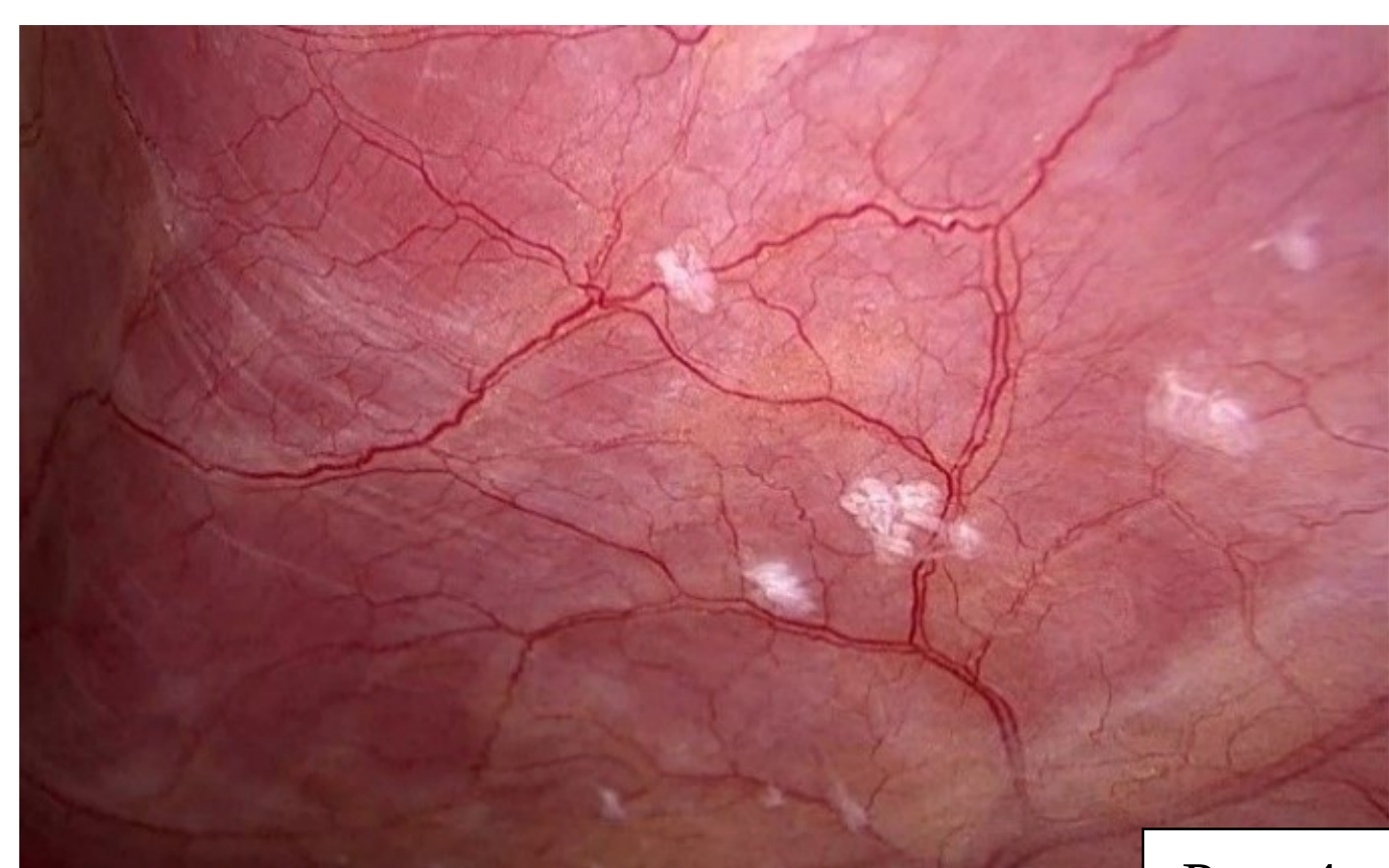


Рис. 4.

Рис. 1. Компьютерная томография с внутривенным контрастированием. В правой подвздошной области определяется гиперваскулярный опухолевый узел, размерами 70х67мм – узел канцероматоза

Рис. 2. Большой сальник инфильтрирован, представлен единым конгломератом с петлями кишки до 8 см в диаметре

Рис. 3. Участки канцероматоза по брюшине малого таза

Рис. 4. Участки канцероматоза по париетальной брюшине

Клинический пример лимфогенного рецидива рака тела матки в тазовые лимфатические узлы

Пациентка К., 75 лет, направлена с диагнозом рак тела матки IB pT1bN0M0G3L0V0Pn0R0 (эндометриодная аденокарцинома, промежуточный-высокий риск).

Состояние после комбинированного лечения: Лапароскопия. Экстирпация матки с придатками. Тазовая и парааортальная лимфодиссекция. Курс брахитерапии, СОД 30 Гр.

Рецидив через 12 месяцев после проведенного лечения: увеличенный левый наружный подвздошный лимфоузел до 30 мм по короткой оси (рис. 5).

Выполнено: Лапароскопия. Удаление левого наружного подвздошного лимфоузла (рис. 6).

Иммуногистохимическое исследование: метастаз эндометриодной карциномы эндометрия G3.

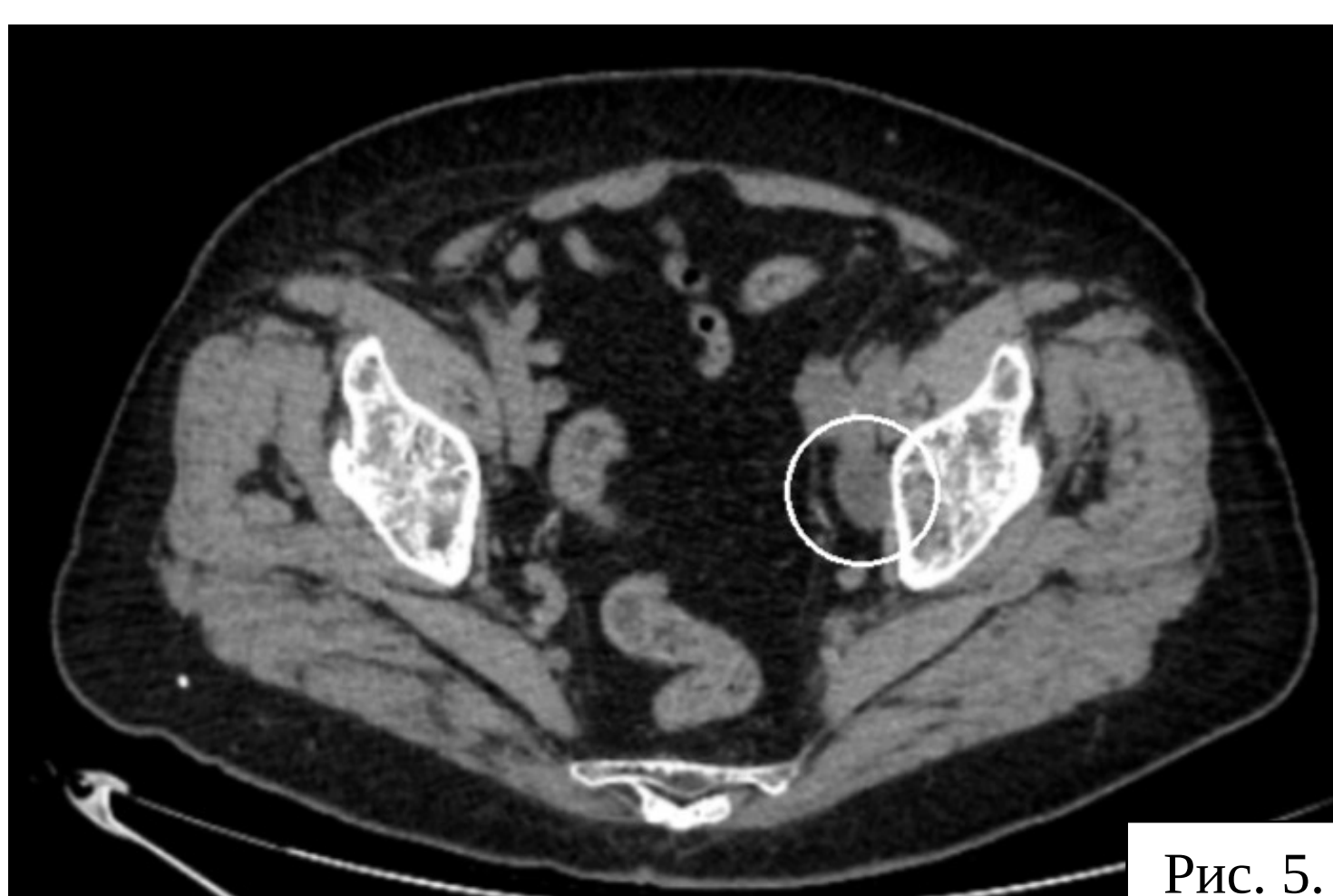


Рис. 5.



Рис. 6.

Рис. 5. Компьютерная томография с внутривенным контрастированием. Метастаз в левом наружном подвздошном лимфоузле до 30 мм по короткой оси

Рис. 6. Опухолевый узел в левой подвздошной области, плотно фиксирован к наружной подвздошной артерии, к наружной подвздошной вене и глубокой вене, огибающей подвздошную кость

Клинический пример лимфогенного рецидива рака тела матки в парааортальные лимфатические узлы

Пациентка К., 72 лет, направлена с диагнозом рак тела матки II pT2N0M0G1L1V1Pn0R0 (эндометриодная аденокарцинома, промежуточный-высокий риск).

Состояние после комбинированного лечения: Лапаротомия. Экстирпация матки с придатками. Тазовая и парааортальная лимфодиссекция. Оментэктомия. Дистанционная лучевая терапия СОД 46 Гр, брахитерапия СОД 21 Гр.

Рецидив через 15 месяцев после проведенного лечения: увеличенные забрюшинные лимфоузлы размерами до 25 мм по короткой оси (рис. 7).

Выполнено: Лапароскопия. Удаление парааортальных лимфоузлов (рис. 8).

Иммуногистохимическое исследование: метастазы эндометриодной карциномы эндометрия G1 в парааортальные лимфатические узлы.



Рис. 7.

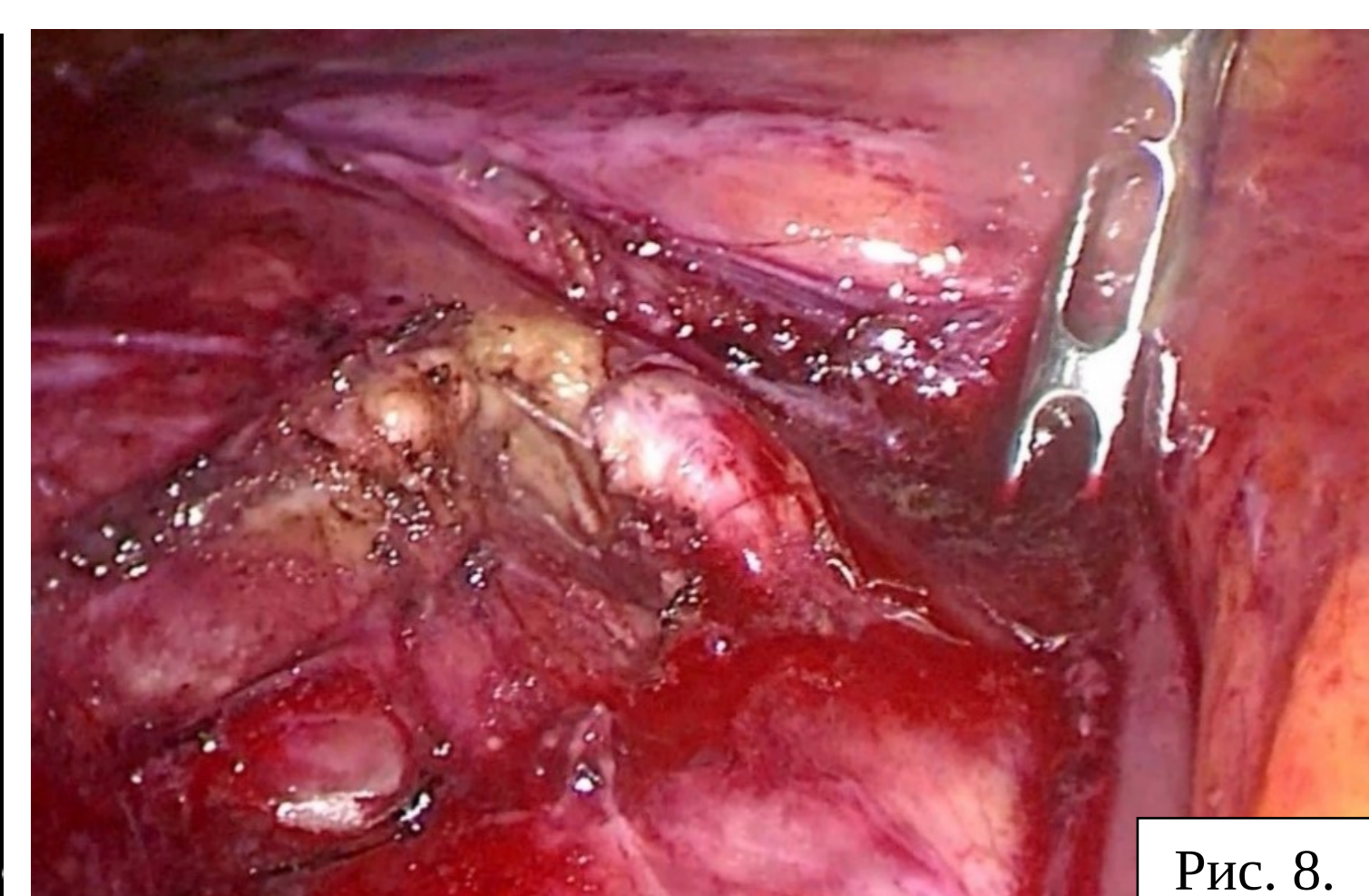


Рис. 8.

Рис. 7. Компьютерная томография с внутривенным контрастированием. Определяются множественные структурно изменённые забрюшинные лимфоузлы размерами до 25 мм по короткой оси

Рис. 8. Выделен блок лимфоузлов в аорто-кавальной зоне

Клинический пример местного рецидива рака тела матки в культю влагалища

Пациентка З., 70 лет, направлена с диагнозом рак тела матки II pT2N0M0L1V1Pn0 (серозная аденокарцинома, высокий риск).

Состояние после комплексного лечения: Лапароскопия. Экстирпация матки с придатками. Тазовая и парааортальная лимфодиссекция. Оментэктомия. Лекарственная терапия (Паклитаксел+Карбоплатин 6 циклов). Дистанционная лучевая терапия СОД 46 Гр., брахитерапия СОД 21 Гр.

Рецидив через 40 месяцев после проведенного лечения: Рецидивный узел в культе влагалища (рис. 9).

Выполнено: Лапароскопия. Удаление опухоли культы влагалища (рис. 10).

Гистологическое исследование: серозная карцинома эндометрия.



Рис. 9.

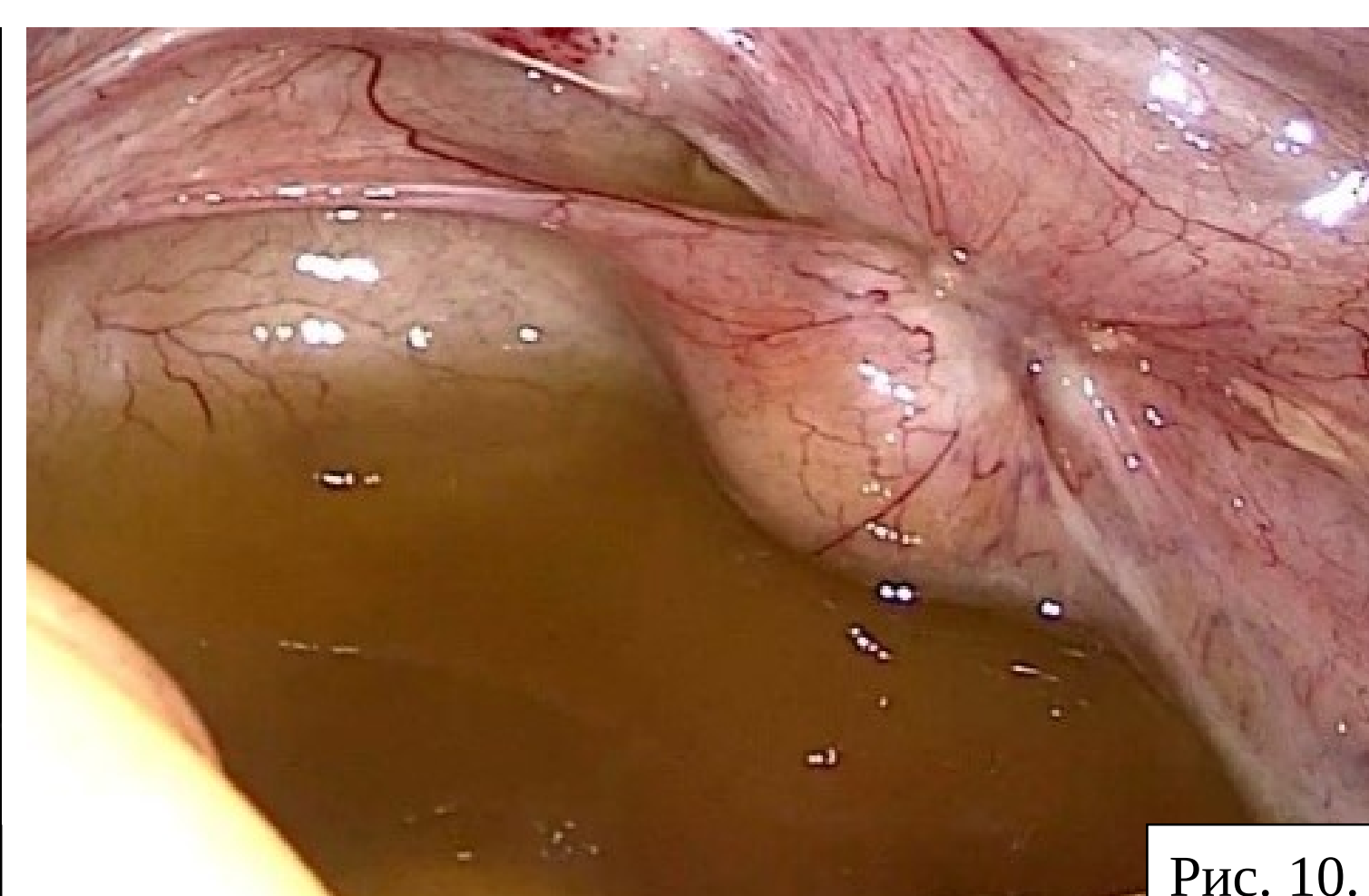


Рис. 10.

Рис. 9. Компьютерная томография с внутривенным контрастированием. Метастатический узел в культе влагалища

Рис. 10. Метастаз в культе влагалища