

Для цитирования: Левченко Н.Е., Сидоренко Ю.С. Ранний рецидив минимального рака эндометрия (клинический случай). Сибирский онкологический журнал. 2017; 16 (5): 110–114. – DOI: 10.21294/1814-4861-2017-16-5-110-114.
For citation: Levchenko N.E., Sidorenko Y.S. Early recurrence of well-differentiated endometrial cancer (a case report). Siberian Journal of Oncology. 2017; 16 (5): 110–114. – DOI: 10.21294/1814-4861-2017-16-5-110-114.

РАННИЙ РЕЦИДИВ МИНИМАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Н.Е. Левченко¹, Ю.С. Сидоренко²

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,
г. Москва, Россия¹

115478, г. Москва, Каширское шоссе, 24. E-mail: n.levchenko@ronc.ru, levch.1975@mail.ru¹

Южный научный центр Российской академии наук, г. Ростов-на-Дону, Россия²
344006, г. Ростов-на-Дону, пр. Чехова, 41²

Аннотация

Актуальность. Рак эндометрия занимает шестое ранговое место среди злокачественных новообразований у женского населения в мире, и его доля составляет 4,8 %. Одним из нерешенных вопросов при лечении данной патологии является лечение рецидивов рака эндометрия. Некоторые рецидивы, например в культе влагалища, в ведущих онкологических клиниках успешно лечат с помощью хирургического вмешательства, лучевой терапии или комбинированным методом. К редким случаям можно отнести ранние рецидивы при высокодифференцированном минимальном раке эндометрия, особенно требующие симультанных операций. **Описание клинического случая.** Представлен редкий случай рецидива минимального рака эндометрия у пациентки 65 лет, возникшего через 10 мес после экстирпации матки с придатками, выполненный лапароскопическим доступом. Рецидивная опухоль эндометрия с прорастанием в ректосигмоидный отдел толстой кишки, стенку мочевого пузыря и правого мочеточника клинически проявляла себя сильными болями, требовавшими назначения наркотических анальгетиков. Больной была выполнена комбинированная операция в объеме удаления рецидивной опухоли, резекции мочевого пузыря и левого мочеточника, верхнеампулярного отдела прямой кишки с формированием анастомозов и проведена последующая многокурсовая химиотерапия. **Заключение.** Соблюдение принципов абластики во время хирургического вмешательства лапароскопическим либо лапаротомным доступом помогает избежать рецидивов при прогностически благоприятных формах рака. При рецидиве опухолей, мало чувствительных к химиолучевому лечению, комбинированные операции являются единственным возможным шансом на улучшение состояния, а иногда и полное выздоровление.

Ключевые слова: рак эндометрия, рецидивная опухоль, высокодифференцированная аденокарцинома.

В 2013 г. в России было зарегистрировано 22 242 новых случая рака эндометрия. За период с 2008 по 2013 г. абсолютное число вновь выявленных больных раком эндометрия увеличилось на 18,4 %. В структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями его доля составила 7,7 % [1]. Рак эндометрия занимает шестое ранговое место среди злокачественных новообразований у женского населения в мире, и его доля составляет 4,8 %. По данным Globocan [2], в 2012 г. было диагностировано 320 тыс. новых случаев рака эндометрия, из них 53 % приходилось на развитые страны.

Одной из основных причин неудач в лечении рака эндометрия являются рецидивы опухоли. Причем вероятность появления рецидива прогрес-

сивно уменьшается с удлинением промежутка времени после первичного лечения. В первые 2 года после лечения возникает более 80 % рецидивов, которые относят к ранним. Некоторые рецидивы, например в культе влагалища, в ведущих онкологических клиниках успешно лечат с помощью хирургического вмешательства, лучевой терапии или комбинированным методом. Однако если рецидивы нерезектабельны и не подлежат лучевому лечению, в тех случаях когда облучение проводилось на этапе первичного лечения, терапией выбора остается гормональная либо химиотерапия [3]. К редким случаям можно отнести ранние рецидивы при высокодифференцированном минимальном раке эндометрия, особенно если они потребовали выполнения комбинированной операции.

Одной из причин появления раннего рецидива являются интраоперационные погрешности, связанные с травмой и перфорацией матки, что приводит к нарушению принципов абластики. По данным ряда авторов, риск повреждения мочевого пузыря при лапароскопических операциях (от 2 до 10 %) в несколько раз превышает таковой при открытых вмешательствах [4, 5]. На ятрогенные травмы мочевого пузыря при лапароскопических операциях приходится более половины всех урологических повреждений в хирургии органов малого таза [6].

Представляем клинический случай пациентки С., 65 лет, которая по месту жительства по поводу минимального рака эндометрия T1aN0M0 была оперирована 27.03.14 лапароскопическим доступом в объеме экстирпации матки с придатками. Гистологическое исследование № 38992, пересмотренное в РОНЦ: очаги высокодифференцированной аденокарциномы в полипе. Послеоперационный период осложнился пузырно-влагалищным свищем, в связи с чем производилось ушивание свища. С января 2015 г. у пациентки возникли боли внизу живота. Многократное обследование по месту жительства не выявляло причин болевого синдрома, который постепенно усиливался. Была предложена симптоматическая терапия, пациентка около 3 мес принимала сильнодействующие анальгетики. По настоянию пациентки врачом онкологического диспансера направлена в Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина для определения дальнейшей тактики ведения. При обследовании в РОНЦ обнаружена рецидивная опухоль эндометрия с прорастанием в ректосигмоидный отдел толстой кишки, стенку мочевого пузыря и правый мочеточник.

Результаты клинико-диагностических исследований

УЗИ (23.10.15) при трансабдоминальном исследовании: в подвздошной области справа определяется образование с тяжистыми неровными контурами размером 5,5×6,4×5,8 см, при трансвагинальном исследовании – 3,8×3,2×4,0 см, прилежащее к стенке кишки, граница между ними отчетливо не прослеживается, в просвете кишки определяется опухолевый узел размером 2,5×2,4 см, прилежащий к стенке мочевого пузыря и подвздошным сосудам. Правая почка размером 10,0×4,5 см, корковый слой истончен до 1,0 см, лоханка расширена до 2,1 см. Мочеточник в верхней трети до 1,6 см. Левая почка – без особенностей. Заключение: рецидив основного заболевания в малом тазу; уретеропиелозктазия справа (рис. 1).

Колоноскопия (26.10.15): на уровне ректосигмоидного отдела (20 см по колоноскопу) определяется деформация и сужение просвета кишки за счет сдавления извне, при этом слизистая в этом отделе багровая, инфильтрирована с участками разрыхления и кровоточивости; провести аппарат

выше не представляется возможным. Из-за опасности перфорации кишки биопсия нецелесообразна. Заключение: эндоскопическая картина может соответствовать вторичному опухолевому поражению ректосигмоидного отдела толстой кишки с признаками субкомпенсированного стеноза.

Ирригоскопия (20.11.15): сужение и грубая деформация нижней трети сигмовидной и верхней трети прямой кишки, протяженностью 4,5 см; просвет кишки целевидный, сужен до 0,5 см. Заключение: рецидив основного заболевания, стеноз сигмовидной и прямой кишки (рис. 2).

Выделительная урография (28.10.15): справа чашечно-лоханочная система почки и мочеточник



Рис. 1. Ультразвуковое исследование органов малого таза

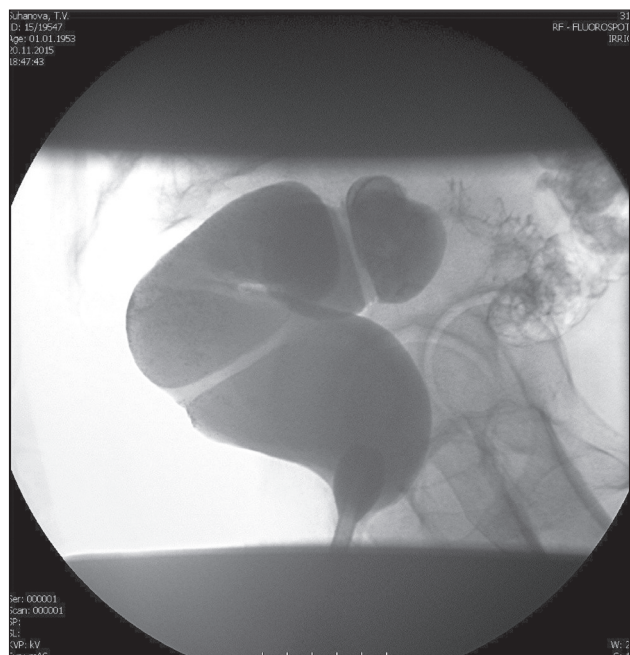


Рис. 2. Ирригоскопия. Опухолевый стеноз дистальных отделов толстой кишки

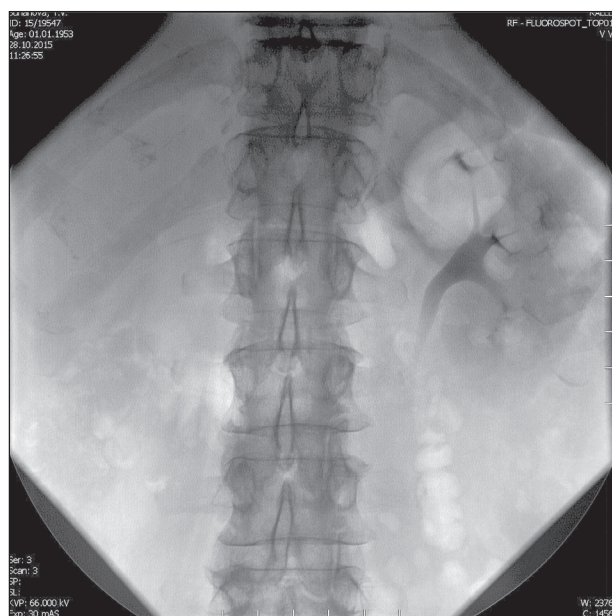


Рис. 3. Выделительная урография. Афункционирующая правая почка

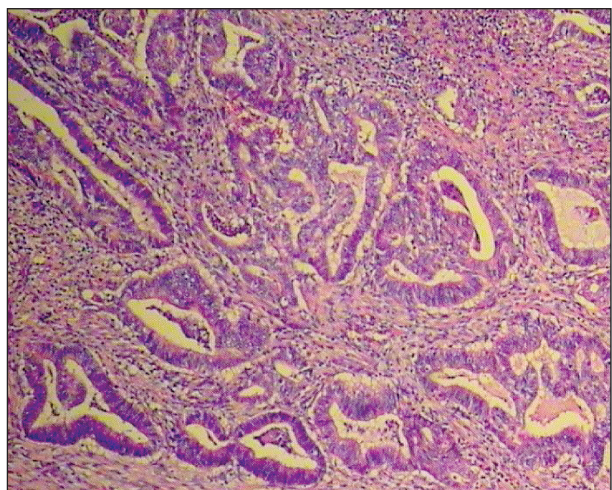


Рис. 4. Микрофото. Рецидивная опухоль, окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20×10

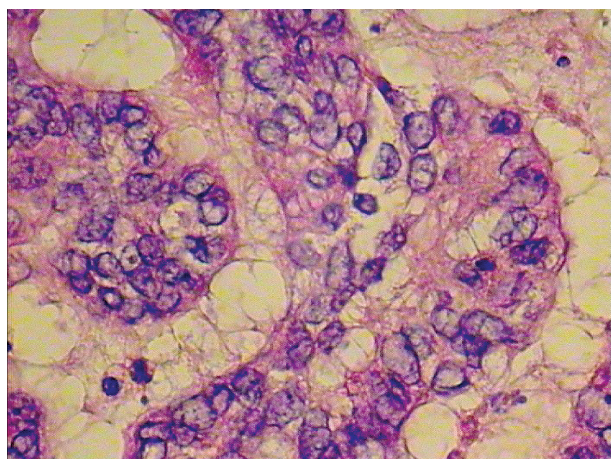


Рис. 5. Микрофото. Рецидивная опухоль, окраска гематоксилином и эозином, увеличение 40×10

не контрастируются (отсроченный снимок через 1,5 ч). Заключение: значительное снижение выделительной функции правой почки (рис. 3).

Рентгеновская компьютерная томография: лоханка правой почки расширена до 2,0 см, мочеточник – до 1,5 см до уровня таза. Функция правой почки снижена. Над правой половиной культи влагалища, сливаясь с ее изображением, определяется васкуляризированная опухоль с полициклическими контурами, размером 4,2×3,3 см. Опухоль тесно прилежит и сдавливает правую стенку ректосигмоидного отдела толстой кишки и задне-правую стенку мочевого пузыря, имеется инфильтрация стенки кишки и пузыря. К опухоли по касательной прилежат внутренние подвздошные сосуды без явных признаков врастания. Заключение: рецидив опухоли матки в правой половине культи влагалища, врастающий в стенку ректосигмоидного отдела толстой кишки и мочевого пузыря. Блок правого мочеточника на уровне опухоли. Правосторонняя пиелоуретероэктазия.

23.11.15 произведена лапаротомия. При ревизии в малом тазу выявлен выраженный спаечный процесс, определяется опухоль, врастающая в верхнеампулярный отдел прямой кишки, нижнюю треть правого мочеточника, в стенку мочевого пузыря, мочеточник расширен до 2,5 см. Выполнено удаление рецидивной опухоли с резекцией мочевого пузыря, правого мочеточника, верхнеампулярного отдела прямой кишки. Произведена пересадка мочеточника с формированием уретероцистонеоанастомоза, формирование межкишечного анастомоза «конец в бок».

Результат морфологического исследования (№ 43341/15 от 01.12.15): фрагмент стенки толстой кишки с разрастанием аденокарциномы умеренной степени дифференцировки, имеет место метастаз эндометриоидной аденокарциномы с прорастанием всех слоев стенки кишки. Опухоль представлена разрастаниями аденокарциномы эндометриоидного типа (рис. 4, 5). При микроскопическом исследовании в опухолевом конгломерате определяется фрагмент шейки матки, выстланный многослойным плоским неороговевающим эпителием (очевидно, следствие нерадикальной первой операции), фрагмент стенки мочевого пузыря без выстилки и фрагмент стенки мочеточника длиной 4 см.

Пациентка выписана на 18-е сут после оперативного лечения в удовлетворительном состоянии, заживление первичным натяжением. Консультирована химиотерапевтом, рекомендовано проведение химиотерапии по схеме карбоплатин АУС-6 один раз в 21 день под контролем УЗИ каждые 2 нед (6 курсов). Через 12 мес после оперативного лечения пациентка обратилась в РОНЦ для проведения обследования и определения дальнейшей тактики лечения. Пациентка чувствует себя хорошо, признаков опухолевого процесса не выявлено, рекомендовано динамическое наблюдение.

Представленным клиническим случаем мы хотели еще раз напомнить, что крайне важно соблюдение всех принципов абластики во время оперативного вмешательства, особенно лапароскопическим доступом, связанных с применением маточного манипулятора, возможностью попадания опухолевых клеток через маточные трубы либо перфорированную стенку матки. Проведение комбинированных операций у пациенток данной

сложной категории является единственным возможным шансом на улучшение состояния, избавление от опухоли, а иногда и полное выздоровление. Однако показания для хирургического лечения при рецидивных опухолях должны быть строго определены в зависимости от степени распространения опухолевого процесса, общего состояния пациентки и онкологического прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России. Онкогинекология. 2015; 1: 8.

2. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Bray F. Globocan 2012. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base № 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013.

3. Дасаи Ф.Дж., Крисман У.Т. Клиническая онкогинекология. М.: Практическая медицина. 2012; 2: 75.

4. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство. М.: Медицина, 2009; 1019.

5. Федоров И.В., Дубровин В.Н. Урологические осложнения лапароскопической хирургии. Казань, 2010. 15.

6. Hurt G. Lower urinary tract injury: Prevention, recognition and management. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. St Louis: Mosby, 1999.

Поступила 7.03.17

Принята в печать 28.08.17

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Левченко Наталья Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» (г. Москва, Россия). E-mail: n.levchenko@ronc.ru. SPIN-код: 9905-3077.

Сидоренко Юрий Сергеевич, профессор, академик Российской академии наук, член Президиума Южного научного центра РАН (г. Ростов-на-Дону, Россия). SPIN-код: 0004-2485.

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о котором необходимо сообщить

EARLY RECURRENCE OF WELL-DIFFERENTIATED ENDOMETRIAL CANCER (A CASE REPORT)

N.E. Levchenko¹, Yu.S. Sidorenko²

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russia¹

24, Kashirskoe shosse, 115478-Moscow, Russia. E-mail: n.levchenko@ronc.ru, levch.1975@mail.ru¹

Southern Scientific Center of the Russian Academy of Sciences, Rostov-on-Don, Russia²

41, Chekhova prospect, 344006-Rostov-on-Don, Russia²

Abstract

Endometrial cancer is the 6-th most common malignancy in women worldwide, accounting for about 4.8 % of all female cancers. The treatment of recurrent endometrial cancer remains a major challenge. Some endometrial cancer recurrences, for example vaginal stump recurrence, are reported to be effectively treated with surgical resection and radiation therapy. Early recurrence of early-stage well-differentiated endometrial cancer is uncommon. **Case report.** Herein we report a rare case of recurrent well-differentiated endometrial cancer in a 65-year-old woman. The patient had recurrence 10 months after laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Recurrent endometrial tumor with extension into the rectosigmoid colon, urinary bladder and the right ureter manifested itself clinically with severe pain requiring the use of opioids. The recurrent tumor was removed. Resection of the bladder, left ureter and upper ampular rectum was followed by anastomosis. The patient received multiple cycles of chemotherapy. **Conclusion.** Compliance with the principles of ablastics during the laparoscopic or laparotomic surgery helps to avoid recurrence in patients with prognostically favorable cancer. In case of recurrence, combined operations are the only possible chance of improving survival of patients with locally advanced or recurrent tumors, which are insensitive to chemoradiotherapy.

Key words: endometrial cancer, recurrent tumor, well-differentiated adenocarcinoma.

REFERENCES

1. *Axel E.M.* Morbidity and mortality from malignant neoplasms of the female reproductive system in Russia. *Oncogynecology*. 2015; 1: 8. [in Russian]
2. *Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Bray F.* Globocan 2012. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base № 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013.
3. *DiSaia P.J., Creasman W.T.* Clinical Gynecologic Oncology. Moscow. Practical medicine. 2012; 2: 75. [in Russian]

4. *Lopatkin N.A.* Urology. National leadership. Moscow: Medicine, 2009. 1019. [in Russian]
5. *Fedorov I.V.* Urological complications of laparoscopic surgery. A manual for physicians. Kazan. 2010. P. 15. [in Russian]
6. *Hurt G.* Lower urinary tract injury: Prevention, recognition and management. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. St Louis: Mosby, 1999.

Received 7.03.17

Accepted 28.08.17

ABOUT THE AUTHORS

Natalia E. Levchenko, MD, Professor, Leading Researcher, Department of Surgery № 2, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center (Russia, Moscow). E-mail: n.levchenko@ronc.ru. SPIN-code: 9905-3077.

Yuri S. Sidorenko, Professor, Member of the Presidium of the Southern Scientific Centre of the Russian Academy of Sciences (Rostov-on-Don). SPIN-code: 0004-2485.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests