



МНОГОКРАТНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТЕРАТОМОЙ МАЛОГО ТАЗА

И.П.Мошуров^{1,2}, Д.А.Головков¹, Л.О.Петров³, Д.В.Суховерков¹, М.Б.Быковцев¹, Н.С.Рябков¹

1. БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», 394036, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Вайцеховского, д. 4
2. ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 394036, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10
3. Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 249031, Российская Федерация, Калужская область, г. Обнинск, ул. Королёва, д. 4

Резюме

Тератома — опухоль, состоящая из тканей нескольких типов, производных одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль. По определению классификации ВОЗ, незрелыми называются тератомы, содержащие эмбриональные ткани наряду с дефинитивными, зрелыми тканевыми структурами. В гистологической классификации ВОЗ незрелые тератомы относятся к герминогенным опухолям яичников и входят в группу тератом. Прогноз определяется вариантом гистологического строения, первичной локализацией опухоли, своевременным и адекватным лечением.

В данной статье представлен клинический случай лечения молодой пациентки с упорно рецидивирующей тератомой малого таза.

Представленное наблюдение демонстрирует, с одной стороны, непредсказуемость течения опухолевого процесса при эмбриональных опухолях. С другой стороны, продемонстрированы возможности хирургического лечения очередного рецидива тератомы у молодой пациентки с массивной опухолью полости малого таза в ситуации, когда надежды на выполнение радикальной операции, по данным предыдущих ревизий брюшной полости, представлялись туманными.

Ключевые слова:

онкогинекология, рецидивирующие опухоли яичников, незрелая и зрелая тератомы, хирургическое лечение, прогноз

Оформление ссылки для цитирования статьи

Мошуров И.П., Головков Д.А., Петров Л.О., Суховерков Д.В., Быковцев М.Б., Рябков Н.С. Многократное хирургическое лечение пациентки с рецидивирующей тератомой малого таза. Исследования и практика в медицине. 2019; 6(1): 112-118. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-1-12

Для корреспонденции

Головков Дмитрий Анатольевич, д.м.н., заведующий колопроктологическим отделением БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Адрес: 394036, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Вайцеховского, д. 4

E-mail: dagolov@mail.ru

Информация о финансировании. Финансирование данной работы не проводилось.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила 11.10.2018 г., принята к печати 11.03.2019 г.

CLINICAL CASE REPORTS

DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-1-12

MULTIPLE SURGICAL TREATMENT OF A FEMALE PATIENT WITH RECURRENT PELVIC TERATOMA

I.P.Moshurov^{1,2}, D.A.Golovkov¹, L.O.Petrov³, D.V.Sukhoverkov¹, M.B.Bykovtsev¹, N.S.Ryabkov¹

1. Voronezh Regional Clinical Oncologic Dispensary, 4 Vaitsekhovskogo str., Voronezh, 394036, Russian Federation

2. Voronezh State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 10 Studencheskaya str., Voronezh, 394036, Russian Federation

3. A.Tsyb Medical Radiological Research Center – Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, 4 Koroleva str., Kaluga Region, Obninsk, 249036, Russian Federation

Abstract

Teratoma is a tumor consisting of several types of tissues derived from one, two or three germ leaves, the presence of which is not peculiar to those organs and anatomical areas of the body in which the tumor develops. According to the WHO classification definition, immature teratomas are those containing embryonic tissues along with definitive, mature tissue structures. In histological WHO classification immature teratomas belong to germ cell ovarian tumors and are included into the group of teratomas. The prognosis is determined by the variant of the histological structure, the primary localization of the tumor, timely and adequate treatment.

This article presents a clinical case of treatment of a young female patient with persistently recurrent pelvic teratoma. The presented observation demonstrates, on the one hand, the unpredictability of the course of the tumor process in embryonic tumors. On the other hand, there were demonstrated the possibilities of surgical treatment of another relapse of teratoma in a young patient with a massive tumor of the pelvic cavity in a situation where the hopes for a radical operation according to previous abdominal revisions seemed vague.

Keywords:

oncogynecology, recurrent ovarian tumors, immature and Mature teratomas, surgical treatment, prognosis

For citation

Moshurov P.I., Golovkov D.A., Petrov L.O., Sukhoverkov D.V., Bykovtsev M.B., Ryabkov N.S. Multiple surgical treatment of a female patient with recurrent pelvic teratoma. Research'n Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2019; 6(1): 112-118. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-1-12

For correspondence

Dmitry A. Golovkov, MD, PhD, DSc, head of the coloproctology department of the Voronezh Regional Clinical Oncologic Dispensary
Address: 4 Vaitsekhovskogo str., Voronezh, 394036, Russian Federation
E-mail: dagolov@mail.ru

Information about funding. No funding of this work has been held.

Conflict of interest. Authors report no conflict of interest.

The article was received 11.10.2018, accepted for publication 11.03.2019

Одной из серьезных проблем современной онкогинекологии являются опухоли яичников. Первое место по частоте занимают эпителиальные новообразования [1].

Существует целый ряд редких опухолей яичников, к их числу относятся незрелые тератомы яичников, которые составляют 1% всех новообразований женской гонады и стоят на 3-м месте по частоте среди герминогенных опухолей яичников после дисгерминомы и опухоли эндодермального синуса [1]. Тератома (греч. *teras, terat [os]* — урод, уродство + *-oma*; син.: сложная опухоль, эмбриома, смешанная тератогенная опухоль, тридермома, монодермома, паразитирующий плод) — опухоль, состоящая из тканей нескольких типов, производных одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль [1].

По определению классификации ВОЗ, незрелыми называются тератомы, содержащие эмбриональные ткани наряду с дефинитивными, зрелыми тканевыми структурами. Чаще всего определяются ткани нервной системы на разных стадиях эмбриональной дифференцировки, хотя могут выявляться элементы типа эмбрионального хряща и другие незрелые ткани [2, 3].

В гистологической классификации ВОЗ незрелые тератомы относятся к герминогенным опухолям яичников и входят в группу тератом.

Невзирая на отсутствие структур, имеющих формальные морфологические признаки злокачественности, незрелые тератомы обладают способностью к экстраорганный диссеминации и даже метастазированию. При этом и диссеминаты, и метастазы могут торпидно существовать годами, не вызывая значительных функциональных нарушений. В тех редких случаях, когда есть возможность сравнения микроскопической структуры первичной опухоли и диссеминатов или метастазов, выявляются убедительные признаки созревания опухолевых клеток во вторичных очагах по сравнению с первичной опухолью. В то же время внезапное прогрессирование процесса с летальным исходом структурно может быть связано с появлением анаплазированных элементов на фоне созревшей опухолевой ткани [2, 4].

Прогноз определяется вариантом гистологического строения, первичной локализацией опухоли, своевременным и адекватным лечением. При зрелой и незрелой тератомах прогноз благоприятный. Однако за больными с незрелой тератомой, как правило, рекомендуется динамическое наблюдение. Прогноз при тератоме, сочетающейся с эмбриональным раком и хорионэпителиомой, наиболее неблагоприятный [5].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В данной статье представлен клинический случай лечения молодой пациентки с упорно рецидивирующей тератомой малого таза.

Больная Н., 1982 г.р. находится под наблюдением в Воронежском областном клиническом онкологическом диспансере с 2000 г. с диагнозом «незрелая тератома (тератобластома) малого таза».

Впервые данный диагноз был выставлен в мае 1999 г., когда больная Н. в связи с непроходимостью кишечника была госпитализирована в общехирургический стационар г. Воронежа. В результате обследования выявлена опухоль малого таза, произведено оперативное лечение. 28.05.1999 выполнена лапаротомия, удаление опухоли малого таза. По результатам гистологического заключения: образование, высланное зрелым многослойным плоским ороговевающим эпителием, под эпителием рыхлая фиброзная ткань, жировая ткань, множество островков гиалинового хряща, мелкие кисты, высланные многорядным эпителием бронхиального типа, наряду с этим встречаются очаговые разрастания незрелого эпителия в виде мелких трубочек и солидных полей, клетки полиморфные, с гиперхромными ядрами, фигурами митозов, очагами незрелой мезенхимальной ткани. Встречаются поля некроза с кровоизлияниями, вторичным воспалением (нейтрофильная инфильтрация, скопления гигантских многоядерных клеток типа инородных тел). Диагноз: незрелая тератома (тератобластома). Препарат пересмотрен в одном из федеральных центров. Заключение: в готовых препаратах кусочки новообразования, представленного элементами зрелой и незрелой тератомы (главным образом нейробластомы).

С октября 2000 г. больная Н. стала отмечать резкое ухудшение состояния в виде увеличения живота и появления боли в его нижних отделах. Госпитализирована в ноябре 2000 г. в БУЗ ВО «ВОКОД», проведено обследование и выявлен рецидив опухоли. 02.11.2000 была выполнена вторая операция — лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника. Гистологическое заключение: незрелая тератобластома с метастазами в большой сальник. Рекомендовано проведение полихимиотерапии. В период с 17.11.2000 по 18.01.2001 было проведено 3 курса химиотерапии по схеме ВЕР.

В апреле 2001 г. была проведена очередная (3-я по счету) лапаротомия, циторедуктивная операция по поводу опухоли в малом тазу размером около 10 см, которую, согласно протоколу операции, «удалить не представилось возможным из-за многочис-

ленных спаек и неудобного подхода к ней». При ревизии брюшной полости обнаружена диссеминация, два образования удалены. Гистологическое заключение: зрелая тератома, глиоматоз брюшины. В связи с тяжелым состоянием больной Н. было решено отсрочить удаление данной опухоли на более позднее время и динамически наблюдать за ее состоянием.

В июле 2005 г. больная Н. стала отмечать боли внизу живота. При УЗИ в области малого таза выявлено опухолевое образование 115 × 120 × 100 мм с бугристым контуром, оттесняющее мочевой пузырь кпереди. Была направлена в один из федеральных центров, где после обследования было произведено хирургическое лечение в объеме удаления рецидивной опухоли малого таза (4-я операция). Послеоперационный период осложнился гематомой правой подвздошной области. 18.10.2005 выполнено (5-я операция) дренирование гематомы.

В течение 5 лет находилась под динамическим наблюдением — данных за рецидив опухоли выявлено не было. В мае 2010 г. больная Н. была госпитализирована в общехирургический стационар г. Воронежа с клинической картиной острой спаечной кишечной непроходимости. В результате госпитализации было проведено оперативное лечение 05.05.2010 (6-я операция) — лапаротомия, адгезиолизис, резекция 80 см тонкой кишки, санация, дренирование. «Вход в малый таз замурован спайками» (из протокола операции).

После чего пациентка по религиозным соображениям находилась в женском монастыре и от проведения плановых осмотров в онкодиспансере отказывалась. В связи с ухудшением самочувствия по настоянию родных в конце 2017 г. обратилась в БУЗ ВО ВОКОД.

Пациентка отмечала жалобы на затруднение отхождения стула и газов, рези при мочеиспускании. Обследована в БУЗ ВО ВОКОД, при УЗИ органов малого таза было выявлено увеличение размеров опухоли до 15 см. По данным КТ: матка с придатками удалены, культя влагалища четко не дифференцируется (раздавлена образованием). В полости малого таза петли кишок не контрастированы. На этом фоне пресакрально, прекокцигеально определяется объемное многоузловое образование размерами 134 × 99 × 123 мм, структура его неоднородная, преимущественно жировая, с множественными перегородками, мягкоткаными, жидкостными компонентами, штриховидными включениями известковой плотности. Опухоль оттесняет прямую и сигмовидную кишку вправо, сдавливает мочевой пузырь. Прямая и сигмовидная кишка тесно прилежат к опухоли. Граница между сигмовидной кишкой и опухолью про-

слеживается на протяжении до 23 мм, стенка сигмы несколько инфильтрирована. Содержимое мочевого пузыря гомогенное, стенки не утолщены, паравезикальная клетчатка не изменена. Стенки прямой кишки не утолщены, данных за наличие увеличенных лимфоузлов нет (рис. 1).

С учетом молодого возраста пациентки, редкой нозологии, 4-го рецидива опухоли, тактика ее лечения обсуждена на расширенном консилиуме. Ситуация



Рис. 1 (а-в). КТ брюшной полости и малого таза.

Fig. 1 (a-c). CT of the abdomen and pelvis.

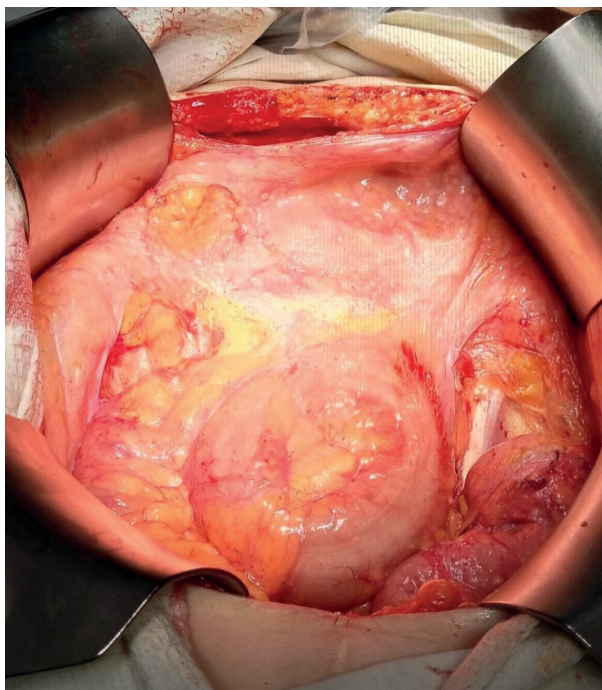


Рис. 2. Данные ревизии брюшной полости. В малом тазу – на первый взгляд, не разделимый конгломерат.

Fig. 2. Data of abdominal cavity revision. In the pelvis-at first glance, an inseparable conglomerate.

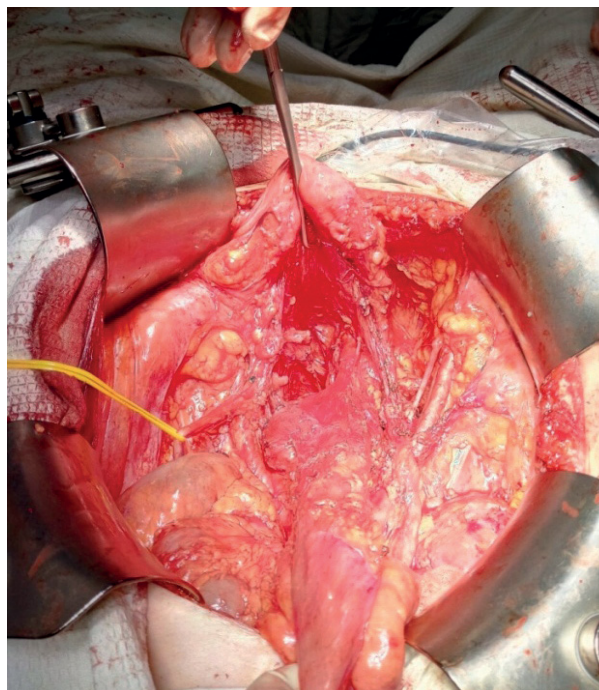


Рис. 3. Вид операционной раны после удаления опухоли.

Fig. 3. Appearance of the surgical wound after removal of the tumor.

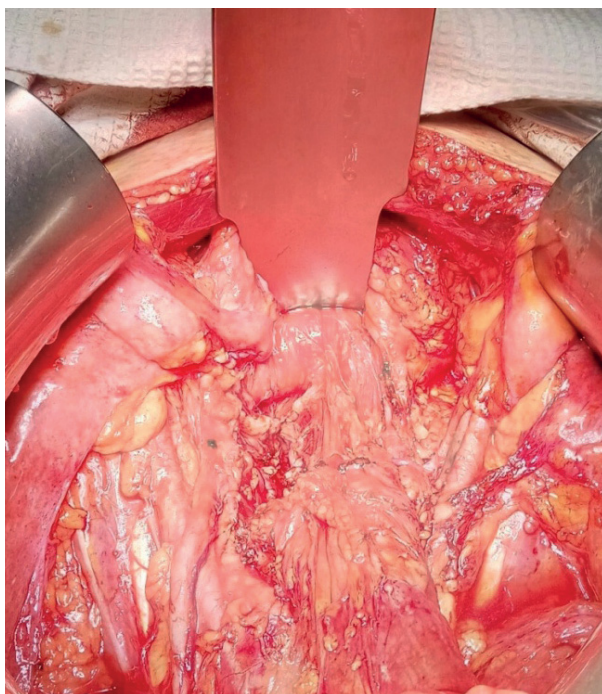


Рис. 4. Окончательный вид операционной раны.

Fig. 4. Final view of the surgical wound.



Рис. 5. Макропрепарат.

Fig. 5. Macro specimens.

расценена как рецидивная опухоль малого таза, рекомендовано проведение хирургического лечения.

02.02.2018 проведена операция: удаление рецидивной опухоли малого таза. R0.

В условиях мультимодальной анестезии с ИВЛ выполнена нижне-срединная лапаротомия с частичным иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости спаечный процесс, ранее выполнена экстирпация матки с придатками и резекция тонкой кишки. В брюшной полости выпота, диссеминации не выявлено. В печени пальпаторно метастатического поражения нет. В полости малого таза — массивная опухоль размерами до 20 см, занимающая всю его полость. Органы малого таза не дифференцируются (рис. 2). Решено предпринять попытку удаления опухоли. С использованием монополярного коагулятора и гармонического скальпеля выделены аорта и подвздошные сосуды, оба мочеточника взяты на держалки. Со значительными техническими трудностями опухоль отделена от обоих мочеточников (скелетизированы до устьев), мочевого пузыря, при этом произведена плоскостная резекция задней стенки последнего. Далее опухоль отделена от прямой и сигмовидной кишки (рис. 3, 4). Опухоль удалена в капсуле (рис. 5). Дополнительно выявлены два опухолевых отсева в брыжейке сигмовидной кишки размерами 4 см и 1,5 см. Удалены с плоскостной резекцией сигмовидной кишки. Серосерозные швы на кишку. Ушивание мышечной стенки мочевого пузыря. Контроль герметичности мочевого пузыря, влагалища и прямой кишки. Операция R0 (отсутствие остаточных опухолевых очагов). Продолжительность операции — 100 мин. Интраоперационная кровопотеря — 100 мл.

По данным гистологического исследования удаленной опухолевой ткани (рис. 6): опухоль представлена фиброзно-жировой тканью с дольками, фрагментами гиалинового хряща, костными балками, дольками слизистых желез, кистами, выстланными респираторным эпителием, фолликулами щитовидной железы, нервными стволами. Содержимое одной из кист представлено мелкими фрагментами роговых чешуек. Заключение: морфологическая картина тератомы (по клиническим данным — рецидив). Убедительных признаков злокачественного компонента опухоли (в том числе элементов злокачественной органоидной опухоли, формирующейся из дермоидной кисты) не обнаружено.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана домой.

По данным контрольного обследования, через 6 месяцев после операции признаков рецидива заболевания не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное наблюдение демонстрирует, с одной стороны, непредсказуемость течения опухолевого процесса при эмбриональных опухолях. С другой стороны, продемонстрированы возможности хирургического лечения очередного рецидива тератомы у молодой пациентки с массивной опухолью полости малого таза в ситуации, когда надежды на выполнение радикальной операции, по данным предыдущих ревизий брюшной полости, представлялись туманными.

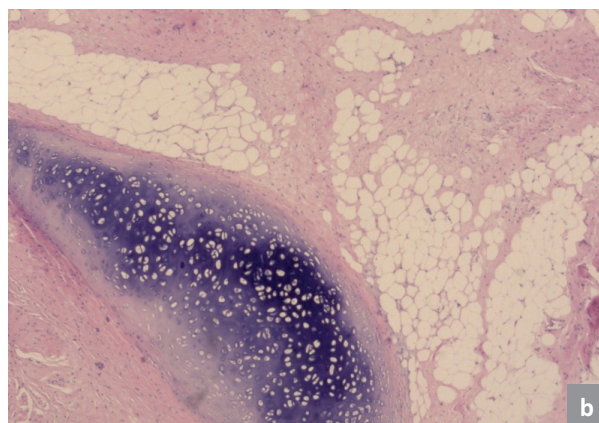
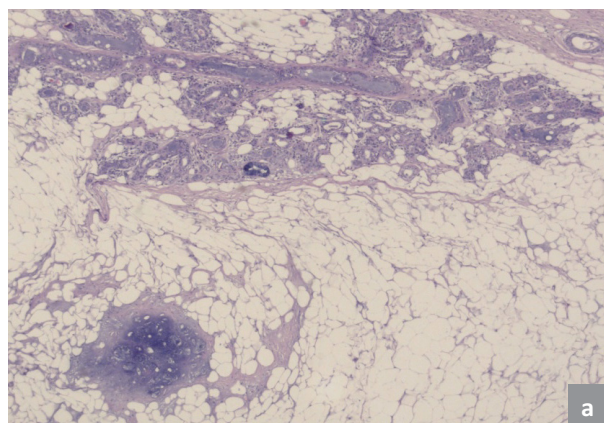


Рис. 6. Микрофото.

Fig. 6. Micro photos.

Список литературы

1. Давыдова И. Ю., Кузнецов В. В., Карселадзе А. И. Незрелые тератомы яичников. Опухоли женской репродуктивной системы. 2007;1–2:54–8.
2. Солопова А. Е., Сологуб Ю. Н., Макацария А. Д., Солопова А. Г. Герминогенные опухоли яичников — современный взгляд на проблему. Журнал акушерства и женских болезней. 2016;65 (2):4–15. DOI: 10.17816/JOWD6524–15
3. Шуракова А. Б., Степанова Ю. А., Кармазановский Г. Г., Бахмутова Е. Е., Ветшева Н. Н., Калинин Д. В. Тератома яичника, возможности диагностики: клиническое наблюдение. Медицинская визуализация. 2014;5:64–73.

References

1. Davydova IYu, Kuznetsov VV, Karseladze AI. Immature ovarian teratomas. Women Reproductive System Tumors. 2007;1–2:54–8. (In Russian).
2. Solopova AE, Sologub YuN, Makatsariya AD, Solopova AG. Ovarian germ cell tumors — a modern approach to the problem. Journal of Obstetrics and Woman Disease. 2016;65 (2):4–15. DOI: 10.17816/JOWD6524–15 (In Russian).
3. Shurakova AB, Stepanova YuA, Karmazanovsky GG, Bakhmutova EE, Vetsheva NN, Kalinin DV. Ovarian Teratoma, Possibilities of Diagnostics: Clinical Case. Medical Visualization. 2014;5:64–73. (In Russian).

4. Панкратова Е. С., Мнихович М. В., Пучков Д. К. Тератомы: клиничко-морфологическая характеристика, принципы классификации и трудности диагностики. Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2007;15 (3):19–28.
5. Кучеров Ю. И., Жиркова Ю. В., Шарков С. М., Рехвиашвили М. Г., Шишкина Т. Н., Фролова К. А. Результаты лечения тератом различной локализации. Детская хирургия. 2016;20 (3):130–4. DOI: 10.18821/1560–9510–2016–20–3-130–134

4. Pankratova ES, Mnichovich MV, Puchkov DK. Teratomas: clinical and morphological characteristics, the principles of classification and the difficulties of making diagnoses. I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald/Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I. P. Pavlova. 2007;15 (3):19–28. (In Russian).
5. Kuchеров Yul, Zhirkova YuV, Sharkov SM, Rkhviashvili MG, Shishkina TN, Frolova KA. Results of the treatment of teratomas of different localization. Russian Journal of Pediatric Surgery (Detskaya Khirurgiya). 2016;20 (3):130–4. DOI: 10.18821/1560–9510–2016–20–3-130–134 (In Russian).

Информация об авторах:

Мошуров Иван Петрович, д. м. н., главный врач БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», заведующий кафедрой онкологии ИПО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Головков Дмитрий Анатольевич, д. м. н., заведующий колопроктологическим отделением БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Петров Леонид Олегович, к. м. н., заведующий отделением лучевого и хирургического лечения заболеваний абдоминальной области Медицинского радиологического научного центра им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Суховерков Дмитрий Валентинович, врач-онколог БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Быковцев Максим Борисович, врач-онколог БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Рябков Никита Сергеевич, клинический ординатор БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Information about authors:

Ivan P. Moshurov, MD, PhD, DSc, Head Doctor of the Voronezh Regional Clinical Oncology Center, Head of the Department of Oncology, EITI, Voronezh State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Dmitry A. Golovkov, MD, PhD, DSc, Head of the Coloproctology Department of the Voronezh Regional Clinical Oncologic Dispensary

Leonid O. Petrov, MD, PhD, head of department of radiation and surgical treatment of abdominal diseases, A. Tsyb Medical Radiological Research Centre — Branch of the National Medical Radiology Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation

Dmitry V. Sukhoverkov, oncologist, Voronezh Regional Clinical Oncology Center

Maxim B. Bykovtsev, oncologist of the Voronezh Regional Clinical Oncologic Dispensary

Nikita S. Ryabkov, clinical resident, Voronezh Regional Clinical Oncology Center