

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России
кафедра онкологии и лучевой терапии
лечебного факультета

Рак яичников

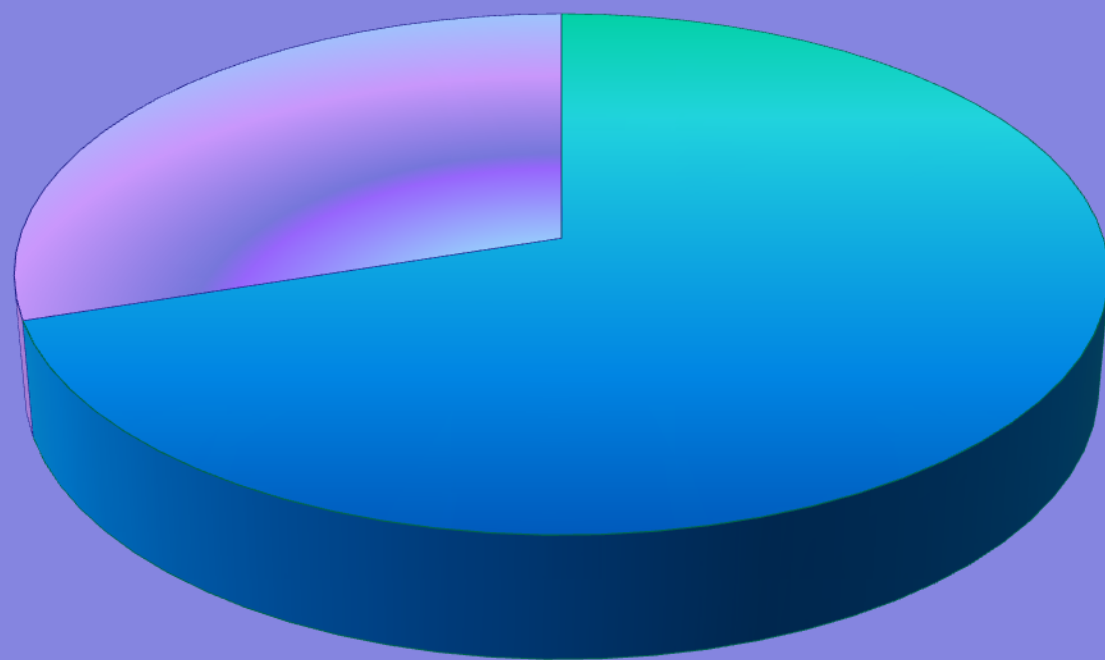
Клиника, диагностика, лечение

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.
- ✓ За последние 5 лет в России прирост заболеваемости составил 5,1%.
- ✓ Пятилетняя общая выживаемость при РЯ не превышает 35% - 46%.



Эпидемиология



■ III-IV

стадия

■ I-II стадии

Эпидемиология

- ✓ РЯ отличается быстрое и скрытое течение.
- ✓ Пик заболеваемости РЯ приходится на 5-6-ю декады жизни.



Виды Рака яичников



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 молодых женщин;
- *по микроскопическому строению солидный или железисто-солидный.*



Виды Рака яичника

Вторичный рак яичников

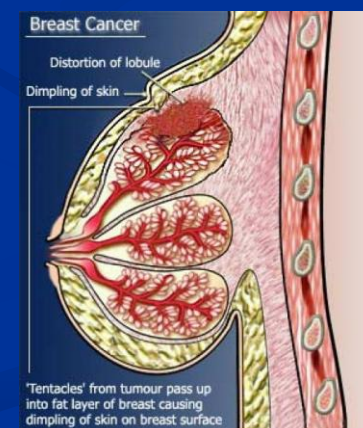
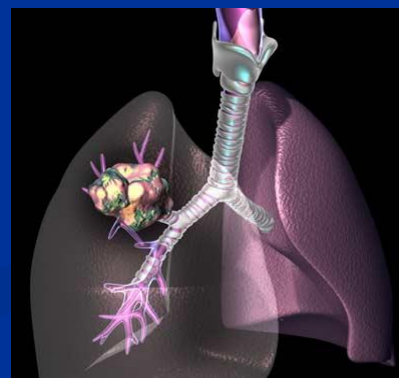
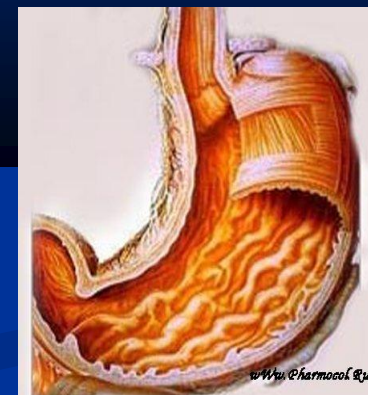
- 80-85% случаев;
- *представляет собой малигнизированную опухоль яичника;*
- злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже муцинозных кистах яичника;
- *может быть в виде единичного изолированного или нескольких узлов в одной из камер кистомы;*
- *Микроскопическая картина полиморфна: железистый рак, папиллярный рак, рак солидного строения и смешанные формы.*



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



Факторы риска

Генетические

Гормональные

Социальные

Экологические

Алиментарные

Метаболические

Гормональные факторы риска

- Перименопаузальный возраст
- Поздняя менопауза
- Низкая репродуктивная активность:
бесплодие, редкие беременности



Большое число ановуляторных
менструальных циклов



Нарушение секреции
ГТГ и половых
гормонов

Риск РЯ на 30-60% ниже у
женщин, рожавших 3 раза и более



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%

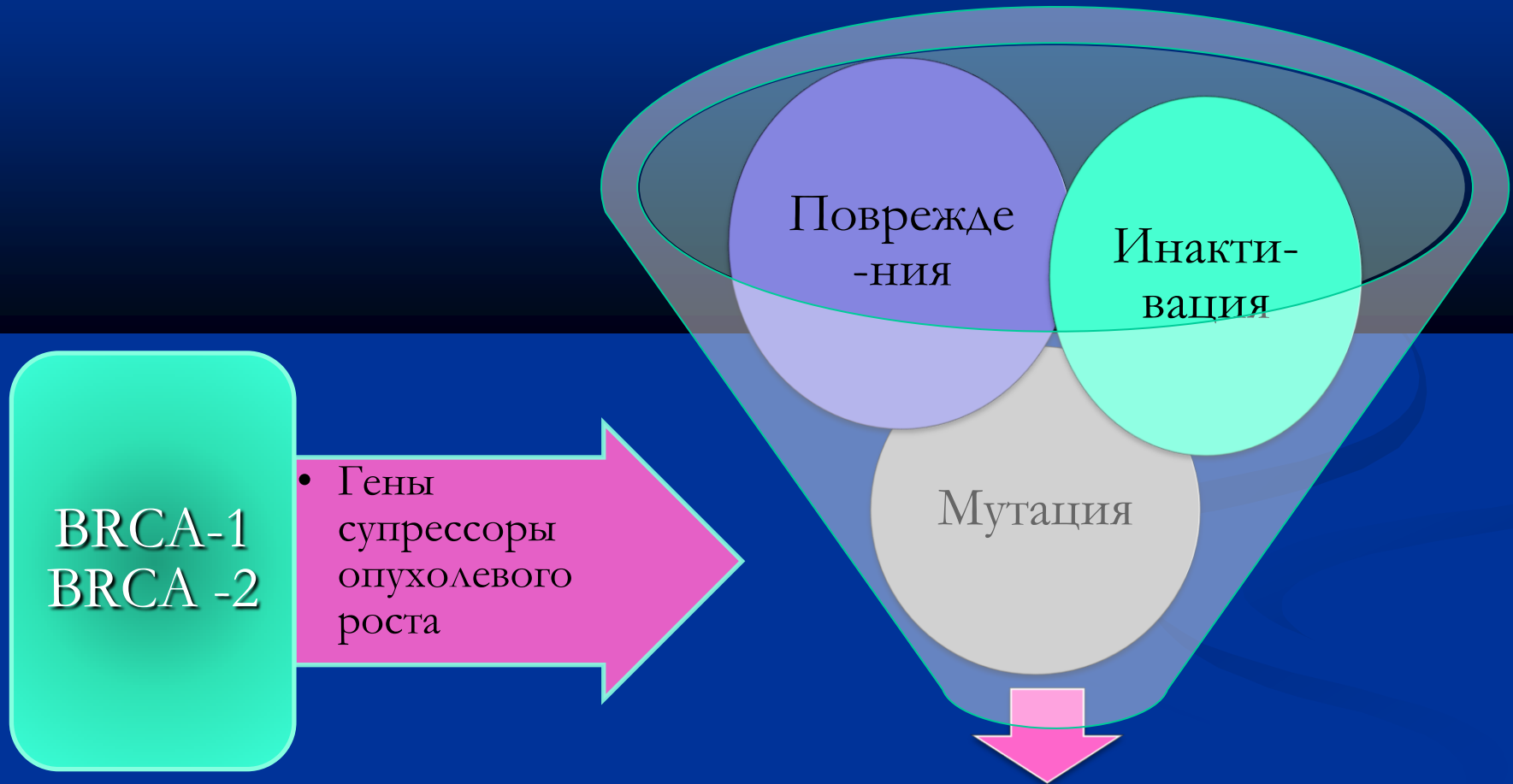


Овощная диета



Снижает риск на 37%

Генетические факторы



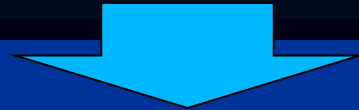
нарушается синтез кодируемых ими белков, ответственных за репарацию разрывов и межнитиевых сшивок ДНК, а также за регуляцию активности факторов транскрипции, в частности рецепторов стероидных гормонов

Группы риска РЯ

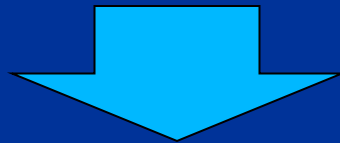
- ✓ Женщины в пери- и постменопаузе с гормональными и метаболическими нарушениями;
- ✓ Женщины с доброкачественными опухолями матки и яичников;
- ✓ Женщины с индукцией овуляции в анамнезе;
- ✓ Женщины с отсутствием родов в анамнезе;
- ✓ Женщины сотягощенным семейным онкологическим анамнезом;
- ✓ Женщины, у которых обнаружены мутации BRCA-1 и BRCA-2.

Алгоритм действий при накоплении РЯ и РМЖ в семье

Генетическое обследование родственников
первой и второй степени



выявлены мутации BRCA-1, BRCA-2



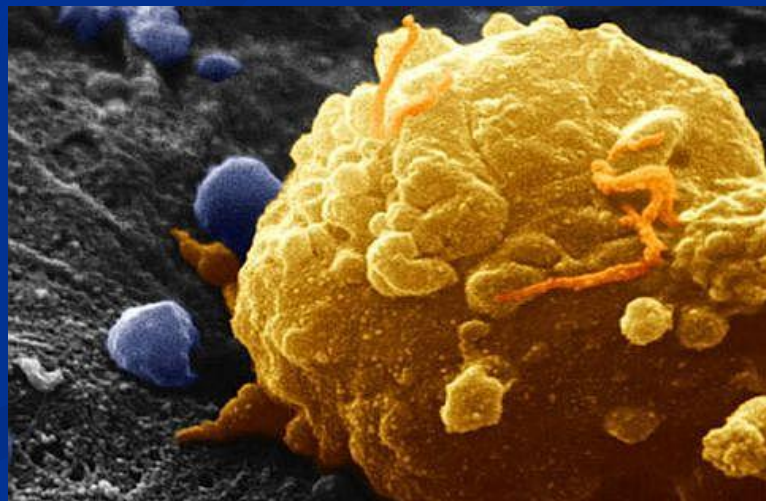
- ✓ УЗИ органов малого таза;
- ✓ Исследование СА-125;
- ✓ Обследование проводят 1-2 раза в год;
- ✓ Наблюдение онкогенетика.

Гистологические виды опухолей яичника

Серозные опухоли:

Злокачественные (коды: 8441/3, 8460/3, 8460/3, 8461/3, 9014/3): аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома, папиллярная цистаденокарцинома, поверхностная папиллярная аденокарцинома, аденокарцинофиброма.

Пограничные / опухоли яичников без признаков инвазии, но с элементами пролиферации, атипии ядер и наличием митозов/ (коды: 8442/1, 8462/1, 8463/1, 9014/1): кистозная опухоль, папиллярная кистозная опухоль, поверхностная папиллярная опухоль, аденофиброма, цистаденофиброма.



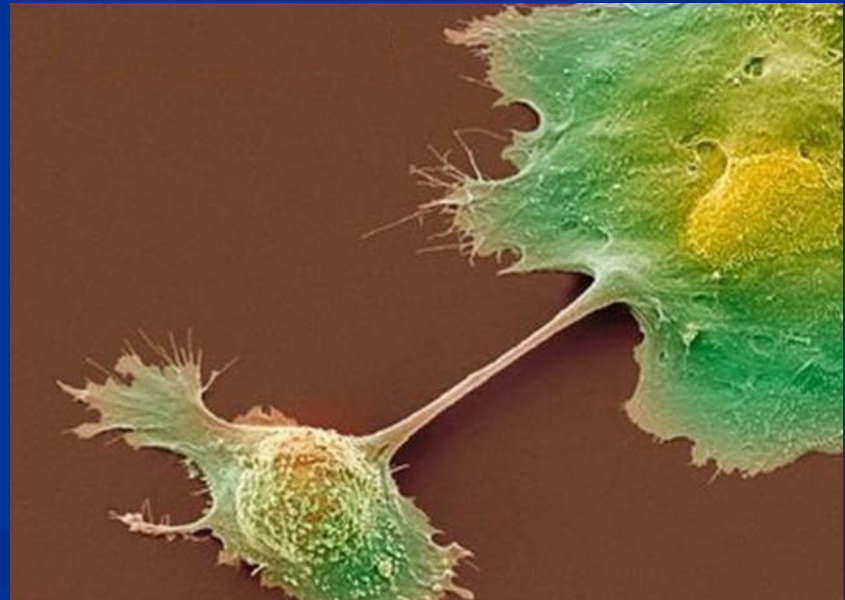
Гистологические виды опухолей яичника

Муцинозные опухоли, эндоцервикально- и кишечноподобного типа:

Злокачественные (коды: 8480/3, 8470/3, 9015/3): аденокарцинома, цистаденокарцинома, аденокарцинофиброма, цистаденокарцинофиброма.

Пограничные (коды: 8472/1, 9015/1): кистозная опухоль, аденофиброма, цистаденофиброма.

перитонеальный рак.



Гистологические виды опухолей яичника

Светлоклеточные (мезонефroidные) опухоли:

Злокачественные (коды: 8310/3, 8313/3): аденокарцинома, аденокарцинофиброма, цистаденокарцинофиброма.

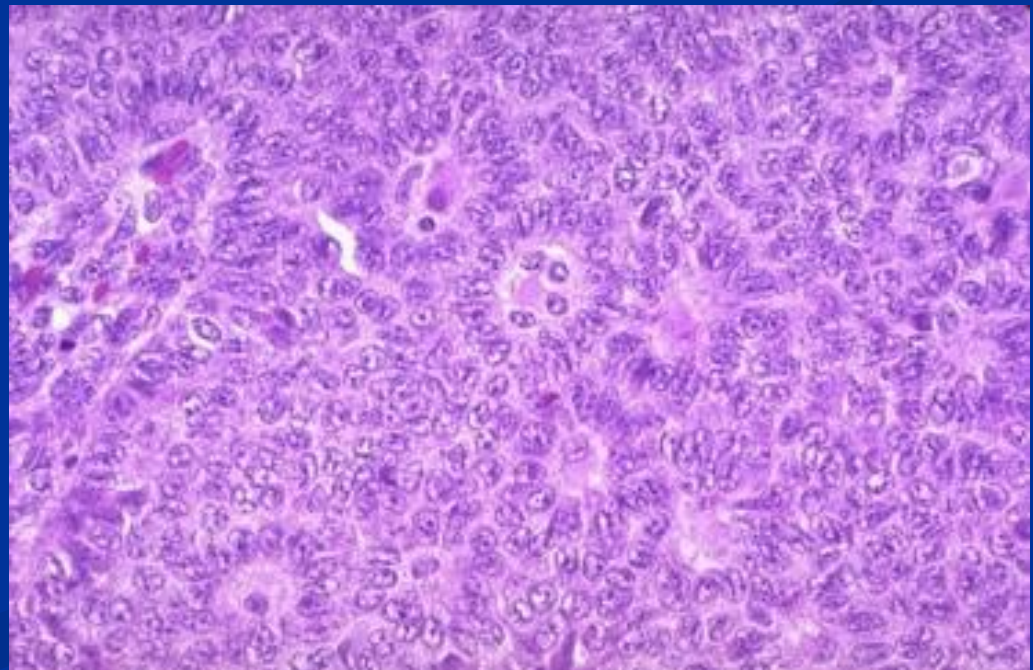
Пограничные (коды: 8310/1, 8313/1, 8310/3, 8313/3): кистозная опухоль, аденофиброма, цистаденофиброма.

Переходно-клеточные опухоли:

Опухоли Бреннера
пограничные (код: 9000/1).

Опухоли Бреннера
злокачественные (код: 9000/3).

Переходно-клеточная карцинома
(не Бреннера) (8120/3).



Гистологические виды опухолей яичника

Плоскоклеточные опухоли.

Смешанные эпителиальные опухоли (из 2 и более главных типов эпителиальных опухолей):

Злокачественные (код: 8323/3).

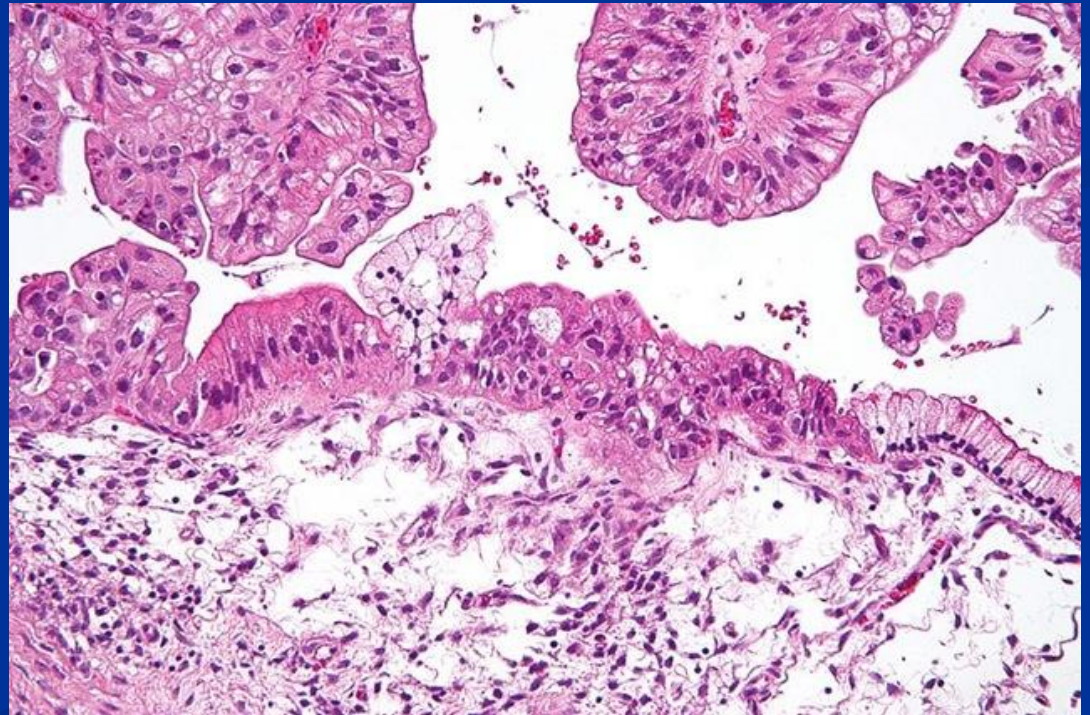
Пограничные (код: 8323/1) 20).

Недифференцированный рак.

Код: 8020/3 —

злокачественная опухоль
эпителиальной структуры,
которая плохо дифференцирована

*Экстраовариальный
перитонеальный рак.*



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

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,
5. Определение НЕ-4 и индекса Roms при отсутствии морфологической верификации диагноза



Всем больным с серозными и эндометриоидными карциномами высокой степени злокачественности желательно генетическое консультирование и определение мутации BRCA 1/2

Диагностика

5. ЭГДС

6. Лапароскопия;

7. КТ брюшной полости;

8. Рентгенография органов
грудной клетки;

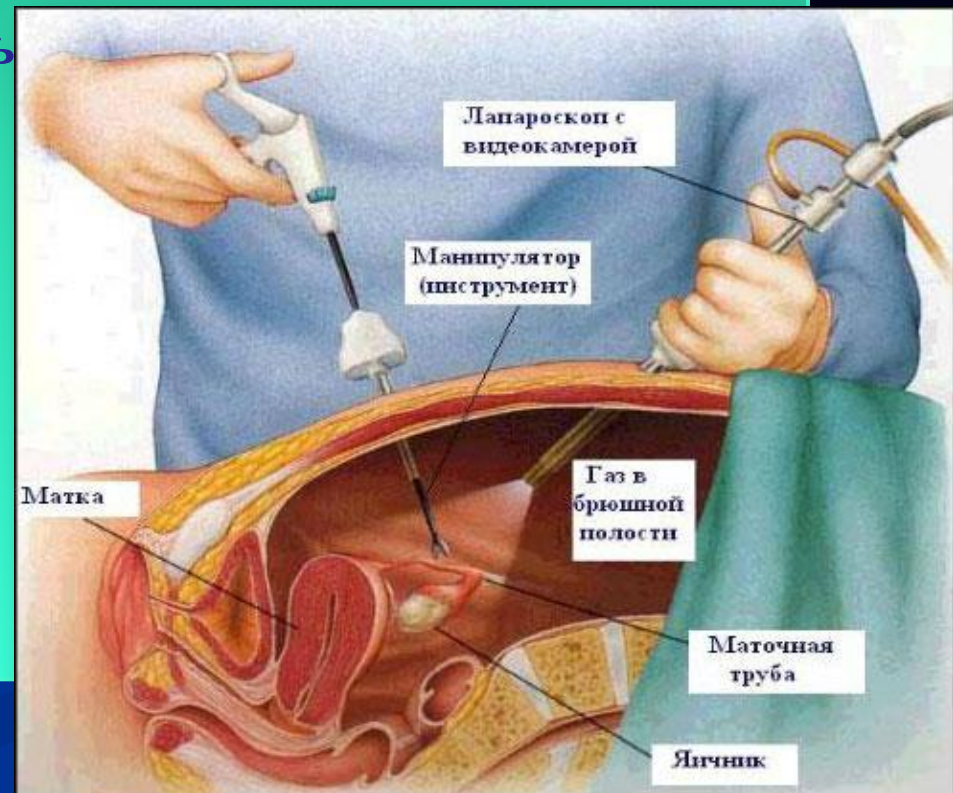
9. Скенирование костей скелета;

10. Колоноскопия.

Лапароскопия

Задачи

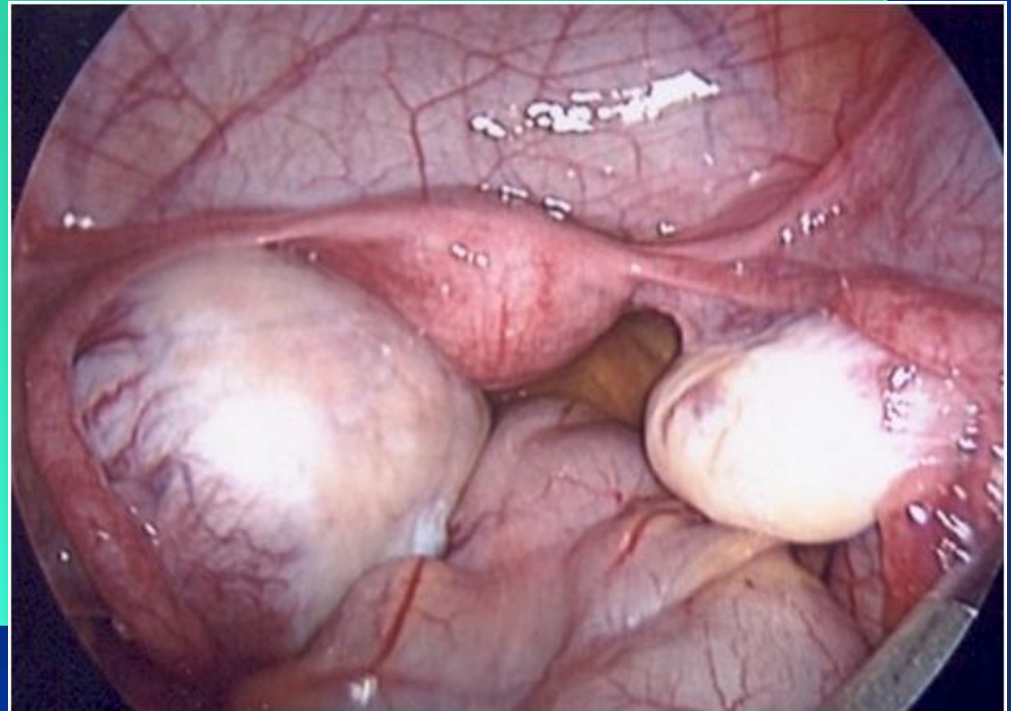
1. Смыть с брюшины или эвакуация свободной жидкости для цитологического исследования;
2. Множественная биопсия париетальной брюшины, лимфатических узлов, большого сальника, яичников;



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

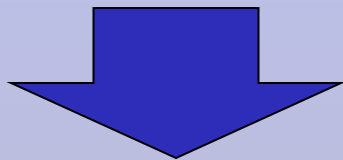
односторонняя аднексэктомия

+

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

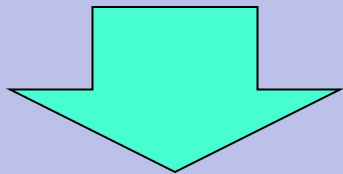
При распространенных опухолях:



циторедуктивные операции

максимальное удаление опухолевых масс

По показаниям



Расширенные операции

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

Химиотерапия

- ✓ 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;

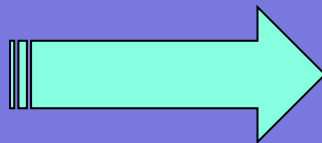
2. при неэффективности,

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).

Эндокринология

При рецидиве рака яичников кроме проведения комбинированной химиотерапии рекомендуется проводить эндокринологическую терапию.



Летрозол
Анастрозол
Тамоксифен
Мегестрол



Поддерживающая терапия при рецидивах



Бевацизумаб

Добавление бевацизумаба рекомендуется всем больным с рецидивами заболевания. После окончания ХТ введение бевацизумаба следует продолжить до прогрессирования заболевания или неприемлемой токсичности.



PARP-ингибитор Олапариб

Назначение PARP-ингибитора олапариба в качестве поддерживающей терапии рекомендуется при наличии всех следующих критериев:

1. серозная карцинома высокой степени злокачественности;
2. патогенная мутация (герминальная или соматическая) BRCA;
3. объективный эффект в результате последней платиносодержащей ХТ, назначенной по поводу платиночувствительного рецидива.

Прием олапариба должен быть начат в течение 8 нед. после окончания платиносодержащей ХТ и продолжен до прогрессирования заболевания.

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

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.

Профилактика

Выявление групп риска, прием ОК,
борьба с бесплодием и редкими беременностями



Профилактика



Грудное вскармливание:
период лактации
не менее года

Профилактика

Борьба с лишним весом



Благодарю за внимание