

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО РАКА МАТОЧНЫХ ТРУБ

Романюк А.Н., д-р мед. наук, профессор;

Сумцов Г.А., канд. мед наук;

Сумцов Д.Г. , канд. мед наук;*

*Гирявенко Н.И.**

Медицинский институт Сумского государственного университета, г. Сумы

**Сумский областной клинический онкологический диспансер, г. Сумы*

На 92 наблюдениях изучены возможности макроскопической и морфологической диагностики первичного рака маточных труб во время операции. Установлено, что часто начальные формы заболевания маскируются под безобидные сактосальпинксы. Для исключения ошибок рекомендуется макроскопическое изучение сактосальпинксов на разрезе, а при необходимости – морфологическое экспресс-исследование.

Ключевые слова: первичный рак маточных труб, диагностика, ошибки.

На 92 спостереженнях вивчені можливості макроскопічної та морфологічної діагностики первинного раку маткових труб під час операції. Встановлено, що часто початкові форми захворювання маскуються під безневинні сактосальпінкси. З метою уникнення помилок рекомендується макроскопічне вивчення сактосальпінксів на розтині, а при необхідності – морфологічне експрес обстеження

Ключові слова: первинний рак маткових труб, діагностика, помилки.

ВВЕДЕНИЕ

До настоящего времени дооперационная диагностика первичного рака маточных труб (РМТ) не превышает 15% [1,2,3]. По мнению Козаченко В.П. (2005) диагностировать это заболевание не всегда просто, даже во время чревосечения, что подтверждается сообщениями [4,5] о 30% ошибочных диагнозов после лапаротомии. Это касается в первую очередь ранних форм заболевания, которые часто оперируются без клинического подозрения на опухоль вне специализированных учреждений, что влечет за собой нерадикальность вмешательств, задержку, а подчас и отсутствие адекватного лечения. Определенные проблемы возникают и у морфологов при изучении макропрепаратов, выборе ткани для исследования, морфологической интерпретации результатов [6,7,8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить клинические, макроскопические и морфологические особенности РМТ, данные ревизии органов брюшной полости и исследования макропрепаратов при лапаротомии, диагностические возможности макроскопического осмотра и морфологических методов исследования во время операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 1966 по 2008 год в Сумской области зарегистрировано 223 наблюдения РМТ, что составило 1,16 % среди рака женских половых органов и 4,4% среди рака придатков матки.

Возможности диагностики РМТ во время чревосечения изучены нами у 92 больных, у которых, кроме гистологического исследования, имелось подробное описание макропрепарата, данные ревизии органов брюшной полости во время операции, а у 16 из них и результаты гистологической субоперационной диагностики. Возраст обследованных колебался от 35 до

75 лет. Из них (65±5)% составила возрастная группа 46-65 лет. Средний возраст – 56,8 года. Двустороннее поражение отмечено у 11 ((12±4)%) больных, справа у 40 ((43±5)%) и слева у 41 ((44±5)%) больной. В зависимости от выраженности процесса и возможной диагностики наши наблюдения распределены на три группы. Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение наблюдений РМТ в зависимости от возможностей диагностики во время операции

Группы наблюдений	Число больных РМТ	
	абсолютное	в % ± m
1. Начальные (маскирующиеся) формы первичного РМТ	35	38±5
2. Случаи клинически выраженного РМТ, нередко со значительным распространением, но с макроскопической возможностью отдифференцировать от других опухолей во время операции	47	51±5
3. Наблюдения распространенного РМТ, при которых во время чревосечения не представилось возможным установить достоверный топический диагноз	10	11±3
Итого	92	100 – 1

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Начальные (маскирующиеся) формы РМТ отмечены нами у 35 ((38 ± 5)%) больных. Визуально пораженные опухолью трубы у данной группы обследованных напоминали сактосальпинксы, имели ретортообразную или колбасовидную форму и гладкую блестящую поверхность. Только у одной больной форма пораженной трубы была булавовидная из-за своеобразного узловатого роста опухоли в ампулярном отделе, а у 10 обследованных поверхность трубы представлялась тусклой и наблюдался обширный спаечный процесс.

Окраска пораженной трубы у 25 больных имела различные оттенки синюшного, красновато-розового или сине-багрового цвета, часто с просвечивающейся сетью сосудов. У остальных больных трубы имели более светлый цвет: от бледно-розового до беловато-желтого различной интенсивности в различных участках трубы. Окраска в значительной степени зависела от просвечивающегося содержимого трубы (рис. 1, 2). Трубы, содержащие прозрачную лимфу, имели более светлые, бледно-розовые с синюшным оттенком тона, тогда как при геморрагическом содержимом (особенно в случаях их перекрута) появлялась более темная, сине-багровая, вплоть до коричневого цвета окраска. При гнойном или мутном содержимом труба казалась более белой или желтоватой.

У 15 больных пораженная труба была припаяна к широкой связке, у 12 – в заднем дугласовом кармане, у троих – к тканям стенок таза, а у остальных обследованных она сохраняла обычное расположение и подвижность. Ограничение подвижности у 23 больных объяснялось спаечным процессом с соседними органами. Размеры пораженных труб у этой группы обследованных варьировали в широких пределах: от еле заметного утолщения по типу сальпингита до «гидросальпинксов», занимающих малый таз и доходящих до уровня пупка. Консистенция их у 20 больных была эластической, у 15 – неравномерной плотности или тестоватой. На данном этапе развития опухоли, даже в случаях

клинического подозрения и тщательной пальпации, не всегда удавалось уловить уплотнение, зависящее от опухолевых разрастаний.

Среди 35 наблюдений этой группы у 11 больных РМТ сопутствовал гидросальпинкс противоположной стороны, у трех – киста яичника, у 15 – лейомиома матки. Иногда более значительная выраженность сопутствующих заболеваний (лейомиома матки, кисты яичника с адгезивным периаднекситом, наличие воспалительного процесса в придатках или острого живота) маскировала РМТ и приводила к ошибочному диагнозу во время ревизии (рис. 3).

Участки малигнизации обнаружались на слизистой пораженной трубы. Это были различные по локализации, характеру и величине опухоли, как правило, в виде экзофитных разрастаний в просвет трубы. Величина опухолевого очага у этой группы обследованных колебалась от шероховатой бляшки на слизистой трубы размером 1х1 см или узелка в диаметре 0,8 – 1,0 см до опухолевого узла диаметром 3-4 см или множественных опухолевых разрастаний. Почти в половине наблюдений (16) опухоль была в виде участков серовато-розовых хрупких сосочковых разрастаний, местами стелящихся бархатистых или типа «цветной капусты». У 5 больных опухолевые разрастания напоминали мозговидные, у 8 – представляли собой отдельные гладкие узлы, полиповидные или грибовидные образования, иногда с участками сосочковых разрастаний, а у остальных 6 больных поражение было в виде белесоватой бляшки или незначительной инфильтрации стенки трубы.

Опухолевый очаг в подавляющем числе наблюдений (26) локализовался в ампулярной части трубы. Значительно реже (6) встретилось начальное поражение истмического отдела или первично множественные разрастания опухоли (3). Описанное другими авторами [4] поражение интерстициального отдела трубы или наличие рака при открытом ампулярном нам не встретилось.

Как видно из представленного анализа, изучение пораженной маточной трубы на разрезе выявило гораздо больше убедительных данных для диагностики РМТ, чем осмотр и пальпация придатков.

2. Случай клинически выраженного рака маточных труб, нередко со значительным распространением, но с макроскопической возможностью отдифференцировать от других опухолей во время чревосечения, составили 47 ((51±5)%) наблюдений. В отличие от описанной ранее группы у значительной части этих больных уже визуально обнаруживались признаки опухолевого поражения. Локализовалась опухоль у 35 из 47 больных этой группы в ампулярной и у двух в истмической части трубы. Определить локализацию первичного очага поражения в трубе у 10 больных не удалось, так как она представляла собой сплошную опухоль.

Как правило, при таком развитии процесса злокачественный характер поражения не вызывал сомнения. В случаях выхода опухоли за пределы трубы, наличия прорастания в соседние органы и, особенно в яичники возникал вопрос о первичном очаге поражения. Такие трудности отмечены нами у 10 больных РМТ в связи с тем, что яичники не определялись визуально и пальпаторно. После рассоединения спаек и осмотра препарата на разрезе оказалось, что у 3 больных яичники распластаны на капсуле мешотчатоизмененной трубы, у двух – были замурованы в сращениях, но без особых изменений. У остальных 5 больных яичники были кистозно изменены, спаяны с маточной трубой, но имели отдельную от неё полость без признаков проникновения в полость кисты опухолевых разрастаний. Макроскопические заключения в дальнейшем были подтверждены гистологическим исследованием сомнительных участков ткани.

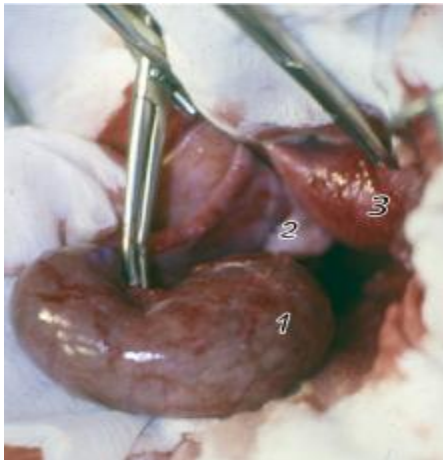


Рисунок 1 - Фото во время операции. РМТ под маской гидросальпинкса
1 - маточная труба; 2 - яичник;
3 - матка



Рисунок 2 - Фото во время операции. РМТ под маской пиосальпинкса
1 - маточная труба; 2 - матка



Рисунок 3 - Макропрепарат. Левые придатки. Находка РМТ в небольшом гидросальпинксе на фоне узловой лейомиомы матки величины до 20 недель беременности: 1 - разрезанный опухолевый узел в гидросальпинксе; 2 - яичник



Рисунок 4 - Прорастание рака маточной трубы в яичник
× 100, гемэоз

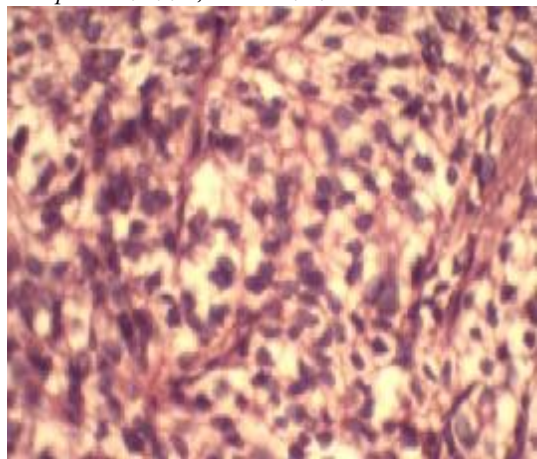


Рисунок 5 - Светлоклеточная карцинома маточной трубы × 400, гемэоз

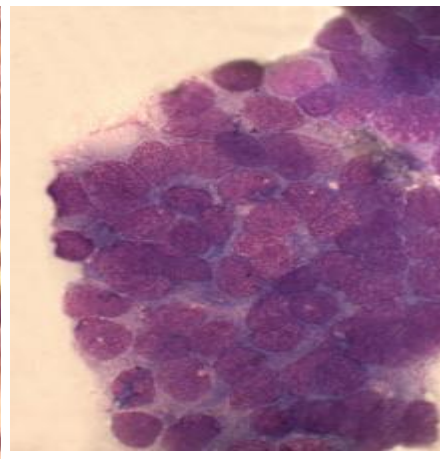


Рисунок 6 - Фото с микропрепарата. Цитологический мазок отпечаток рака маточной трубы. Окраска по Паппенгейму, х 550 под иммерсией

3. Наблюдения распространенного рака маточных труб, при которых во время чревосечения не представилось возможным установить достоверный топический диагноз. С такими особенностями опухолевого процесса среди наших наблюдений было 10 (11±3 %) больных. У всех женщин придатки представляли конгломерат опухолей, выполняющий малый таз, а иногда выходящий даже в брюшную полость. Интерпретацию затрудняли прорастание опухоли за пределы трубы, вовлечение в процесс соседних органов. Причем у 4 больных опухолью были поражены яичники, а у двух – обнаружить их макроскопически во время операции не удалось.

Визуально в конгломерате таких опухолей определялись массивные ретортообразные и колбасовидные образования маточных труб с поражением их раковым процессом. Преимущественное поражение труб, по сравнению с другими органами малого таза, вместе с особенностями клинического течения заболевания (продолжительная лимфорея, отсутствие более характерных для рака яичника имплантационных метастазов в заднем дугласовом кармане и асцита) уже во время чревосечения позволяли предположить первичность поражения маточных труб. Дальнейшее уточнение первичной локализации поражения производилось путем тщательного макроскопического изучения удаленного препарата и гистологического исследования целенаправленно произведенных вырезок тканей из различных участков.

Наибольшие трудности представляла дифференциация между первичностью поражения маточной трубы и яичника. При этом мы учитывали не только количественное соотношение опухолевых разрастаний в ткани трубы и яичника или степени сохранности тканей, но и особенности гистологической структуры опухолей.

Известно, что при первичном раке яичников имеется значительное число злокачественных опухолей (дисгерминомы, фолликуломы, андробластомы, хорионэпителиомы и тератоидные раки), отличающихся по гистологическому строению от РМТ. Гистологически сходны с РМТ только раки яичников из цилиоэпителиальных, псевдомуцинозных и эндометриоидных кист. Капсула таких малигнизированных кист длительное время в значительной степени сохраняется и содержит на своей поверхности растянутую, истонченную и не пораженную раком трубу, которая часто остается интактной даже при образовании опухолевых конгломератов. Кроме того, папиллярные, папиллярно-солидные и солидные раки из цилиоэпителиальных кист в отличие от РМТ имеют в основном грубоволокнистую и отечно разрыхленную строю.

Среди наших наблюдений РМТ в составе раковых конгломератов придатков отмечалась значительная гипертрофия пораженной трубы с преимущественным расположением опухолевых масс внутри такого сактосальпинкса. На отдельных участках опухоль полностью разрушала его стенку. В яичниках же обнаруживались врастания в виде опухолевых тяжей и гнезд со стороны его коркового слоя или ворот (рис. 4). Значительного замещения ткани или нарушения её структуры в яичнике не отмечалось, что вместе с учетом макроскопических данных и гистологических особенностей опухоли позволило считать первичным поражение в маточной трубе.

Результаты морфологического исследования у 92 больных РМТ представлены в таблице №2.

Из таблицы видно, что гистологическая структура опухолей маточных труб разнообразна (рис. 5). Наиболее часто встречались аденокарциномы различной степени дифференцировки и папиллярные аденокарциномы.

Таблица №2 – Морфологическая структура РМТ

Морфологическая структура	Число наблюдений	
	Абсолютное	В % ±m
Аденокарцинома	51	55±5
Из них:		
- высокодифференцированная	20	
- умереннодифференцированная	3	
- низкодифференцированная	28	
Папиллярная аденокарцинома	31	34±5
Недифференцированный рак	4	4±2
Светлоклеточная карцинома	3	3±2
Муцинозная карцинома	2	2±2
Метапластический плоскоклеточный неороговевающий рак	1	1±1
Итого:	92	100-1

Цитологическая и гистологическая экспресс диагностика рака маточных труб во время операции.

У части больных с начальными формами РМТ, особенно в молодом возрасте, для обоснования радикальности хирургического вмешательства одного макроскопического осмотра пораженной трубы бывает недостаточно. Поэтому нами применены методы гистологической и цитологической экспресс диагностики. Всего обследовано 16 больных. Из них гистологическое исследование подозрительных участков трубы применено у 10, цитологическое исследование жидкого содержимого пораженной трубы – у 9 и мазки-отпечатки опухоли (рис. 6) – у 14 больных РМТ. У большинства этих больных применены все три методики, что позволило сравнить их диагностическую ценность.

Оказалось, что при гистологической экспресс диагностике и цитологическом исследовании мазков-отпечатков опухоли заключения были идентичные и правильные во всех случаях, а исследование пунктатов жидкого содержимого пораженной трубы дало 8 положительных заключений из 9 обследованных больных РМТ. Эффективность, относительная простота и доступность, особенно цитологических методов исследования, позволяет рекомендовать их для практического применения с целью экспрессдиагностики РМТ во время операции.

ВЫВОДЫ

1. Начальные формы РМТ маскируются под сактосальпинксы.
2. Для избежание ошибок и неадекватного хирургического лечения все образования маточных труб подлежат изучению на разрезе во время операции, а при необходимости – морфологическому экспресс исследованию.
3. Дифференциальная морфологическая диагностика первичности поражения (в запущенных случаях) подлежит дальнейшему изучению, возможно с применением специальных методов исследования.

SUMMARY

CLINICOMORFOLOGIC DIAGNOSTIC FEATURES OF UTERINE TUBE PRIMARY CANCER

Romonjuk A.M., Sumtsov G.O., Sumtsov D.G., Girjavenko N.I.

*Medical Institute of Sumy State University,
Rymyski-Korsakov Str., 2, Sumy, Ukraine, 40007*

Were studied on 92 observations the potentialities of macroscopic and morphologic diagnostics of uterine tube primary cancer during operation. Were established that often initial forms of disease masks under inoffensive sactosalpinx'. In order to avoid errors recommending the macroscopic study of sactosalpinx' on section, when necessary - morphologic express-study.

Keywords: uterine tube primary cancer, diagnostic, errors

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зотиков А.И. Первичный рак маточных труб. Клинико-морфологическая характеристика, диагностика, лечение: автореф. дис.... канд. мед. Наук. – М., 1991. – 23 с.
2. Клиническая онкогинекология. Руководство для врачей: под ред. В.П. Козаченко. – М.: Медицина, 2005. – 376 с.
3. Сидоренко Ю.С. Рак фаллопиевых труб / Ю.С. Сидоренко // Проблемы современной онкологии: Материалы юбил. конф. НИИ онкологии Том. научн. центра СО РАМН (29-30 июня 1999 г.). – Томск, 1999. – С. 286-287.
4. Анброх Я.М. Морфология рака маточных труб: автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 1968. – 30 с.
5. Онкологическая гинекология: под ред. В.К. Винницкой. – К.: Здоров'я, 1983. – С. 212-214.
6. Гольберт З.В. К морфологии начальных форм (интраэпителиального и микрокарциномы) первичного рака маточных труб / З.В. Гольберт, Я.М. Анброх // Вопросы клинической онкологии и нейроэндокринных нарушений при злокачественных новообразованиях. – Ростов-на-Дону, 1968. – С. 182-186.
7. Kietpeerakool C. Primary carcinoma of the fallopian tube: A clinicopathologic analysis of 27 patients / Kietpeerakool C., Suprasert P., Srisomboon J., Pantusart A. // J. Med. Assoc. Thai. - 2005 Oct;88(10). –P.1338-43.
8. Ajithkumar T.V. Primary fallopian tube carcinoma / Ajithkumar T.V., Minimole A.L., John M.M., Ashokkumar O.S. //Obstet Gynecol Surv. – 2005. – Apr.; 60(4). – P.247-52.

Поступила в редакцию 2 июня 2009 г.