

Abstract

**Sumtsov D. G.*, Sumtsov G. A.,
Giryavenko N.I.**

*Sumy State University,
2, Rymkogo-Korsakova st., Sumy,
40007, Ukraine*

**PROBLEMS OF SURGICAL TREATMENT PATIENTS OF
PRIMARY CANCER OF THE FALLOPIAN TUBES**

Fifteen patients with cancer of the fallopian tubes were surgical treated and examined. The volume of operation was hysterectomy with oophorectomy, resection of the omentum and pelvic lymphadenectomy, including 4 with the removal of the common iliac lymph nodes and lower lumbar nodes. There were 9 patients with stage I-II and 6 patients with III-IV stage CFT. Metastases in the lower iliac lymph nodes were histologically confirmed in 6 patients ($40 \pm 13\%$ CI 16-68). Two of them were combined with metastases in the common iliac and lower lumbar lymph nodes. Radiation or chemoradiation therapy was given all the other.

Over 5 years 9 women lived without recurrence and metastasis ($60 \pm 13\%$ CI 32-84). 7 women among of the group of patients who were hurt the first two stages lived over 5 years ($88 \pm 12\%$ CI 47-100). 3 patients among of the 11 who had I-II stages CFT ($27 \pm 14\%$ CI 7-65) were transferred to the stage III C after histological examination of lymph nodes. On this basis, about a third of CFT patients with minimal and intact primary sources already have lymph node metastases. I argues lymphadenectomy in the surgical treatment of CFT.

Keywords: primary cancer of the fallopian tubes, metastasis, surgical treatment

Corresponding author: * SumDG@yandex.ua

Резюме

**Сумцов Д.Г., Сумцов Г.А.,
Гирявенко Н.И.**

*Сумський державний
університет,
ул. Римського-Корсакова, 2,
Суми, 40007, Україна*

**ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ МАТОЧНЫХ ТРУБ**

Проведено обследование и хирургическое лечение 15 больным РМТ. Объем операции-экстирпация матки с придатками, резекция сальника и тазовая лимфаденэктомия, в том числе у 4-х с удалением общих подвздошных и нижних поясничных лимфоузлов. Из I-II стадиями было 9, а со III и IV – 6 больных РМТ. Метастазы в нижние подвздошные лимфатические узлы гистологически подтверждены у 6 ($40 \pm 13\%$; ДИ 16-68) больных. Из них у двух в сочетании с метастазами в общих подвздошных и нижних поясничных лимфатических узлах. Все больные получали лучевую или химиолучевую терапию.

Свыше 5 лет жили без рецидивов и метастазов 9 ($60 \pm 13\%$; ДИ 32-84) женщин, а из группы больных первыми двумя стадиями – 7 ($88 \pm 12\%$; ДИ 47-100). Из 11 больных РМТ I-II стадий после гистологического исследования удаленных лимфоузлов 3 ($27 \pm 14\%$; ДИ 7-65) были переведены в стадию III C. Исходя из этого, около трети больных РМТ с минимальными и интактными первичными очага

ми уже имеют метастатическое поражение лимфоузлов. Это аргументирует лимфаденэктомию при хирургическом лечении РМТ.

Ключевые слова: первичный рак маточных труб, метастазирование, хирургическое лечение.

Резюме

Сумцов Д.Г.* , Сумцов Г.А.,
Гирявенко Н.І.

Сумський державний
університет,

вул. Римського-Корсакова, 2,

Суми, 40007, Україна

ПРОБЛЕМИ ХІРУРГІЧНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПЕРВИННИМ РАКОМ МАТКОВИХ ТРУБ

Проведене обстеження та хірургічне лікування 15 хворих РМТ. Об'єм операції – екстирпації матки з додатками, резекція сальника та тазова лімфаденектомія, в тому рахунку у 4-х з видаленням загальних здухвинних та нижніх поперекових лімфовузлів. З I-II стадіями було 9, а з III та IV – 6 хворих РМТ. Метастази в нижніх здухвинних лімфатичних вузлах гістологічно підтверджені в 6 (40±13%; ДІ 16-68) хворих. З них у двох в поєднанні з метастазами в загальних здухвинних та нижніх поперекових лімфатичних вузлах. Всі хворі отримували променево або хіміопроменево терапію.

Більше 5 років без рецидивів та метастазів 9 (60±13%; ДІ 32-84) жінок, а з групи хворих з першими двома стадіями – 7 (88±12%; ДІ 47-100). З 11 хворих РМТ I-II стадій після гістологічного дослідження видалених лімфатичних вузлів 3 (27±14%; ДІ 7-65) були переведені в стадію ІІІС. Виходячи з цього, близько третини хворих РМТ з мінімальними та інтактними первинними вогнищами вже мають метастатичні ураження лімфатичних вузлів. Це аргументує лімфаденектомію при хірургічному лікуванні РМТ

Ключові слова: первинний рак маткових труб, метастазування, хірургічне лікування.

Автор, відповідальний за кореспонденцію: * SumDG@yandex.ua

Введение

Первичный рак маточных труб (РМТ) является редким и недостаточно изученным заболеванием. По нашим данным, среди впервые выявленного рака женских половых органов РМТ составляет 1,4±0,2%, а среди рака придатков матки – 6,9±0,9%. Согласно данным литературы, как в начале XX так и XXI века дооперационная диагностика этого заболевания остается на уровне от 2 до 12-15%, а диагностические ошибки во время операции часто превышают 30% [2,7]. Фактически РМТ остается операционной находкой и в большинстве наблюдений выбор объема вмешательства происходит во время операции без должного обследования и подготовки. По этим причинам до сих пор хирургический этап лечения при РМТ остается дискуссионным. С позиции одних авторов тактику лечения РМТ следует приравнять к раку яичников [1,9], другие считают стандартным объемом вмешательства при РМТ экстирпацию или надвлагалищную ампутацию матки с придатками и резекцией сальника [2], а по мнению

третьих – при операции еще следует выборочно удалять тазовые и парааортальные лимфатические узлы [1]. Однако, по нашим данным, у этих опухолей клиническое течение, диагностика, распространение и метастазирование имеют существенные различия, что следует учитывать при планировании лечения [3]. РМТ, в отличие от рака яичников, менее чувствителен к химиотерапии, длительное время остается «закрытым», не дает имплантационные метастазы и характеризуется большой лимфотропностью. Асцит наблюдается фактически в запущенных случаях, когда в процесс уже вовлечены яичники и трудно решить вопрос о первопричине опухоли [2,3].

Уже имеются неодинокые сообщения, когда при РМТ пангистерэктомия дополняется удалением тазовых и нижних поясничных групп лимфатических узлов [5,9]. По данным этих авторов, при всех стадиях РМТ метастазы в парааортальные лимфатические узлы выявляются у 33% больных, а при рутинной лимфаденэктомии у 42-59% оперированных метастазы

почти с равной частотой выявляются в тазовых и парааортальных лимфатических узлах [4,7]. Эти исследования послужили основанием для признания лимфаденэктомии как обязательного этапа лечения РМТ [4,6]. Уже опубликованы достаточно обнадеживающие результаты таких операций, когда пятилетняя выживаемость больных превысила 80% [7,8].

Материал и методика

На базе Сумского областного клинического онкологического диспансера проводилось изучение возможностей диагностики, особенностей распространения и метастазирования РМТ. Кроме клинического обследования, применялись рентгеноконтрастные методы диагностики, включая прямую нижнюю лимфографию. Учитывая выявленные особенности метастазирования РМТ, решено операции дополнить лимфаденэктомиями. В последующем у 15 больных с этой опухолью были проведены пангистерэктомии с лимфаденэктомиями и резекциями большого сальника. Такие операции проведены больным, у которых была техническая возможность радикального удаления первичного очага и не было макроскопических признаков прорастания опухолью серозной оболочки пораженной трубы или диссеминации опухоли по брюшине, а было подозрение на метастазы в лимфатические узлы после лимфографии или ревизии во время лапаротомии. Ревизия проводилась с пункцией или выборочным удалением и субоперационным морфологическим исследованием подозрительных лимфатических узлов. Выявленные клинко-морфологические особенности РМТ и результаты наблюдения за этой группой больных представляют определенный практический интерес.

Результаты и обсуждение

Возраст оперированных больных - от 35 до 60 лет. Средний возраст 49,8 года. У 11 из 15 больных диагноз РМТ установлен до операции путем комплексного клинического и рентгеноцитологического обследования (гистеросальпингография или биконтрастная рентгенопельвиография), две пациентки были оперированы повторно через 1,5 - 2 месяца после нерадикальных операций в других ЛПУ, и у двух больных диагноз РМТ установлен во время лапаротомии. Кроме того, 9 больным РМТ до операции проведена прямая нижняя лимфография. По результатам обследования, кроме удаления нижних подвздошных, у четырех больных запланировано и проведено удаление верхних подвздошных

и нижних поясничных групп лимфатических узлов. Двустороннее поражение маточных труб установлено у двух больных, поражение левой трубы у 8-ми и правой – у 5 больных РМТ. Ретроспективно, на основании изучения протоколов операций и результатов морфологических исследований, произведено стадирование опухолей согласно современным рекомендациям FIGO. У 5 больных установлен диагноз РМТ стадия IA, у одной – IB, у двух - IC, у одной – PA, у одной - IIIA, у двух - IIIC и у троих больных IV стадия РМТ, следовательно в начальных стадиях заболевания было оперировано 9(60±13%; ДИ 32-84) больных и 6(40±13%; ДИ 16-68) - при распространенных формах РМТ. Гистологически у 10 больных опухоль интерпретирована как аденокарцинома, у – 4-х аденокарцинома сосочковая, и у одной больной – плоскоклеточный рак.

Метастазы в нижние подвздошные лимфатические узлы гистологически подтверждены у 6(40±13%; ДИ 16-68) больных (у двух в сочетании с метастазами в общих подвздошных и нижних поясничных лимфатических узлах, в том числе у одной - двустороннее поражение). Метастазы в яичник на стороне поражения и сальник обнаружены у одной больной, прорастание опухоли в ткани дугласового кармана – у одной. Кроме того, у больной с прорастанием опухоли в яичник и метастазами в левые нижние подвздошные лимфатические узлы через месяц после операции выявлен метастаз в надключичный лимфатический узел слева, не смотря на проводимую химиолучевую терапию.

Всем больным на область таза был проведен послеоперационный курс телегамматерапии в дозах 3500 – 4000 рад, а в случаях прорастания или подозрения на прорастание опухоли в задний свод (9 больных) дополнялся аппликацией кобальта к влагалищному рубцу в дозах 2800 – 3900 мг/ час. Из 15 больных у 11 был проведен курс химиотерапии тиофосфамидом в дозах 300-350 мг, который часто продолжался параллельно с лучевой терапией. Свыше 5 лет жили без рецидивов и метастазов 9 (60±13%; ДИ 32-84) женщин, а из группы больных первыми двумя стадиями – 7 (88±12%; ДИ 47-100). Остальные 6 больных РМТ прожили после операции от 8 месяцев до 4 лет, в среднем 28 месяцев. Это больные III - IV стадий и одна со стадией IB. Из этой группы больных одна умерла не от РМТ, а токсического гепатита. Итоги лечения этой группы больных на уровне лучших

результатов, опубликованных в последние годы [7,8].

Достоверно установлено, что три больные с удаленными метастазами в лимфатические узлы прожили три с половиной, четыре и свыше 5 лет. Из них представляет интерес история болезни пациентки С. 35 лет, которая до поступления в онкологический диспансер в течение 5 месяцев многократно обследовалась и лечилась под различными диагнозами (подозрение на внематочную беременность, расстройство месячных, воспаление придатков матки). Диагноз РМТ установлен методом биконтрастной рентгенопельвеографии. Проведена пангистерэтомия с удалением нижних подвздошных лимфатических узлов и резекцией большого сальника. Во время операции опухоль маточной трубы была припаянная в заднем своде, а несколько выше и латеральнее перекреста основного ствола правой маточной артерии с мочеточником заподозрен, удален и гистологически подтвержден метастаз в лимфатический узел. Ретроспективно заболевание интерпретировано, как РМТ стадия IIIС. Больной проведен послеоперационный курс телегамматерапии с аппликацией кобальта к влагалищному рубцу. Она регулярно наблюдалась и прожила в удовлетворительном состоянии после лечения более 42 лет.

Заключение и выводы

Первичный рак маточных труб длительное время остается «закрытым», не дает имплантантов и асцита, но обладает значительной лимфотропностью. По нашим данным, из 11 больных РМТ I-II стадий после гистологического исследования удаленных лимфатических узлов 3 (27±14%; ДИ 7-65) были переведены в стадию IIIС. Исходя из этого, около трети больных РМТ с минимальными и интактными первичными очагами уже имеют метастатическое поражение лимфатических узлов. Это подтверждает обоснованность рекомендаций [5,8] считать лимфаденэктомию обязательным этапом хирургического лечения РМТ. Учитывая особенности метастазирования опухоли, подлежат удалению

Умерла от другого заболевания. Эти наблюдения подтверждают эффективность лимфаденэктомии даже при наличии метастазов, а также возможность излечения РМТ не только в начальных стадиях.

По нашим данным, у больных с генерализованными метастазами или, следует полагать, не удаленными радикально остатками опухоли на месте прорастания в другие ткани, прогноз неблагоприятный. Это отмечено нами и при наблюдении за другими группами больных РМТ. В случаях не удаленных остатков опухоли, особенно больше 2 см, прогноз неблагоприятный. Такие данные приведены и в ряде других публикаций [1,10]. Радикализм будет не всегда оправдан, если при удалении пораженных метастазами лимфатических узлов нет технической возможности для удаления выше расположенной группы, остатков опухолей или инфильтратов. В запущенных случаях остается закономерным максимальное удаление опухоли, так как в последние годы появились обнадеживающие результаты комбинированного лечения РМТ с применением современных лекарственных препаратов и протоколов химиотерапии. Однако, в операбельных случаях хирургический этап лечения РМТ остается решающим.

подвздошные и нижние поясничные лимфатические узлы [3,4,8]. Естественно, необходима экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника. Вызывает сомнение целесообразность и эффективность рекомендаций «выборочного удаления лимфатических узлов». Органосохраняющие операции у молодых женщин, учитывая недостаточную изученность особенностей опухоли, вряд ли допустимы. Дополнение радикального хирургического лечения современными видами лекарственной терапии позволяют надеяться на значительное улучшение результатов оздоровления больных, особенно при выраженных формах РМТ.

References (список литературы)

1. Gynecologia: Nationalnoe rukovodstvo [Gynaecology: National guidance] / Под ред. VI Kulakova, GM Saveljvoj, IB Manuchina /- M.: Geotar-media, 2009. - P. 493-517.
2. Zhordania KI, [Primary cancer tube uterine (clinic, diagnostics, treatment)]. / KI Zhordania,

- TI Zakharova, IV Panichenko, VV Barinov et al. // Probl. reproduk. 2006. - № 5. - P. 87-90.
3. Sumtsov GA. [Features distribution and metastasis primary cancer tubes uterine]. / GA Sumtsov. // Visnyk Sum D, ser. Med.-2004. - №7(66). - P.145-149.



4. Ajithkumar TV. Primary fallopian tube carcinoma./ TV Ajithkumar, AL Minimole, MM John et al. // *Obstet Gynecol Surv.* 2005.- № 60.- P. 247-252.
 5. Baalbaky I. Clinical aspects of primary cancer of the fallopian tube. A retrospective study of 20 cases./ I. Baalbaky, D Vinatier, E Leblanc, DJ. // *Querleu Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1999.- V.28.-№3.- P.225-231.
 6. Gadducci A, Analysis of treatment failure and survival of patients with fallopian tube carcinoma: a cooperative task force study./ A Gadducci, F Landoni, E Sartori et al. // *Gynecol Oncol.* 2001.- № 81.- P. 150-159.
 7. Klein M, Lymphadenectomy in primary carcinoma of the fallopian tube./ M Klein, AC Rosen, M Lahousen et al. // *Cancer Lett.* 1999.- № 19.- P. 356-362.
 8. Koo YJ. Para-aortic lymphadenectomy for primary fallopian tube cancer. / YJ Koo, YS Kwon, KT Lim, KH Lee et al. // *Int J Gynaecol Obstet.* 2011.- M.112. -№1.- P.18-20.
 9. Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: Report of Two Cases with Literature Review. /In Cheul Jeung, Yong Seok Lee, Hae Nam Lee and Eun Kyung Park.// *Cancer Res Treat.* 2009.- V.- 41.-№2.- P.13-116.
 10. Deffieux X, Anatomy of pelvic and para-aortic nodal spread in patients with primary fallopian tube carcinoma. / X Deffieux, P Morice, A Thoury, S Camatte et al.// *J Am Coll Surg.* 2005.- V. 200.- № 1.- P.45-8.
- (received 02.09.2015, published online 30.09.2015)*
- (получено 02.09.2015, опубликовано 30.09.2015)*

