



Показатели фертильности при рецидивах атипичической гиперплазии и начального рака эндометрия после самостоятельной гормонотерапии

Ключевые слова:

атипичическая гиперплазия, начальный рак эндометрия, самостоятельная гормонотерапия

Keywords:

atypical endometrial hyperplasia, early endometrial cancer, conservative hormonal treatment

Новикова О.В., Лозовая Ю.А.

МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (Москва, Российская Федерация)
125284, Российская Федерация, г. Москва, 2-ой Боткинский проезд, дом 3

Fertility outcome in patients with recurrences of atypical endometrial hyperplasia and early endometrial cancer after conservative hormonal treatment

Novikova O.V., Lozovaya Ju.A.

P. Hertsen MORI (Moscow, Russian Federation)
3, 2 Botkinskiy proezd, Moscow, Russian Federation, 125284
E-mail: yu.a.lozovaya@yandex.ru

Актуальность. Метод консервативного гормонального лечения атипичической гиперплазии (АГЭ) и начального рака эндометрия (РЭ) известен уже более 30 лет, однако до настоящего времени не является стандартным подходом в ведении молодых пациенток в связи с высокой частотой рецидивов и не всегда удовлетворительными показателями фертильности после окончания лечения. Частота рецидивов АГЭ и РЭ составляет по публикациям разных авторов от 26 до 62%, при этом данные о целесообразности повторного гормонального лечения рецидивов в литературе практически отсутствуют.

Цель исследования: Определить показатели фертильности при проведении повторного курса самостоятельной гормонотерапии у пациенток молодого возраста с рецидивами АГЭ и начального РЭ.

Материалы и методы. В исследование включено 50 пациенток с рецидивами после самостоятельной гормонотерапии по поводу АГЭ и начального РЭ (G1-G2 эндометриодная аденокарцинома, Ia стадия без инвазии в миометрии). В группе больных РЭ (n=21) медиана возраста составила 34 года (от 25 до 42 лет), при АГЭ (n=29) – 33 года (от 16 до 39 лет).

Среди 50 женщин 17 (34%) имели нарушения менструального цикла по типу аменореи, олигоменореи или ановуляторных маточных кровотечений. У 9/50 пациенток (18%) наблюдалось первичное бесплодие при отсутствии нарушений менструального цикла.

При оценке репродуктивного анамнеза установлено, что 43/50 пациенток (86%) не имели детей до выявления заболевания эндометрия, у 35 из них беременностей никогда не было, у 8 женщин беременность закончилась искусственным прерыванием, и только 7 пациенток имели одного ребенка. После завершения первого курса самостоятельной гормонотерапии АГЭ и РЭ и достижения излечения только 45 из 50 женщин планировали беременность. Среди них у 7 пациенток наступило 8 беременностей, которые в 3 случаях закончились рождением живых детей. В 5 случаях диагностированы замершие беременности ранних сроков, при этом по данным гистологического исследования эндометрия после выскабливания полости матки у 4 был выявлен рецидив АГЭ или РЭ. Таким образом, частота родов после первичного лечения составила всего 7% (3/45 больных). Остальные пациентки не смогли реализовать репродуктивную функцию до возникновения рецидива. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) не применялись.

Результаты. Сроки возникновения первого рецидивов при АГЭ составили от 3 до 61 мес. (медиана 42 мес.). В

группе РЭ рецидивы установлены в период от 4 до 80 мес. (медиана 15 мес.). Среди 50 пациенток с рецидивами у 7 при обследовании выявлены признаки инвазии опухоли в миометрий и/или злокачественной опухоли яичников, что явилось показанием к оперативному лечению, в 4 случаях проводилась адъювантная химиолучевая терапия. Остальным 43 больным был предложен повторный курс самостоятельной гормонотерапии, одна пациентка отказалась и предпочла хирургическое лечение.

Для лечения рецидивов (АГЭ-18, РЭ-24) использовались следующие схемы гормонотерапии: ВМС мирена (10 чел), ВМС мирена + провера 500 мг ежедневно (11 чел), ВМС мирена + золадекс (10 чел), ВМС мирена + золадекс + провера (7 чел), провера 500 мг ежедневно (4 чел). Излечение установлено у 89% больных с АГЭ и 92% больных с начальным РЭ. При неэффективности гормонального лечения (АГЭ-2 чел.; РЭ-2 чел.) выполнялось оперативное вмешательство.

После излечения рецидива с использованием гормонотерапии только 33 из 38 пациенток сохранили желание реализовать репродуктивную функцию. В зависимости от применения ВРТ пациентки были разделены на две группы. В группу ВРТ вошли 8 женщин, среди них беременность наступила у 1 пациентки (12,5%) и закончилась рождением двойни. В группе без ВРТ 25 женщин использовали попытку естественного зачатия. У 6 пациенток наступило 6 беременностей, 4 родов (16%) и 2 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках. Всего после консервативного лечения рецидива 5/38 (13%) женщин родили детей.

При сроке наблюдения от 3 до 69 мес (медиана 22 мес) у 6 из 38 женщин, излеченных повторным курсом гормонотерапии, диагностирован второй рецидив, что составило 16%. Ни в одном случае второй рецидив не совпал с беременностью и ранним послеродовым периодом. Одна пациентка умерла от прогрессирования РЭ.

После реализации репродуктивной функции всем пациенткам даже при отсутствии патологических изменений в эндометрии предлагалось выполнение профилактической гистерэктомии, однако в настоящее время операция выполнена лишь одной больной, остальные такое решение пока не приняли.

Выводы. При проведении консервативного лечения рецидивов удалось достичь излечения у 89% больных с АГЭ и 92% больных с начальным РЭ. Частота наступления беременностей и родов составила 13%, что позволяет считать консервативный подход к лечению рецидивов оправданным, но требует улучшения показателей фертильности.