
СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК:618.111-006:616.5-033.2

ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ЯИЧНИКОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В КОЖУ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

А.В. Елманов¹, О.В. Жаркова¹, Я.М. Колесников¹, Н.Е. Вержбицкая²

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово¹

ГУЗ «Кемеровское областное патологоанатомическое бюро»,²

650036, г. Кемерово, ул. Волгоградская, 35, e-mail: guzokod@rambler.ru¹

Представлен редкий клинический случай гранулезоклеточной опухоли яичников с первичными проявлениями заболевания в виде множественных метастазов в кожу. Пациентка подверглась комбинированному лечению, включающему операцию, лучевую терапию и несколько программ химиотерапии. Исход лечения – полная регрессия опухолевого процесса.

Ключевые слова: гранулезоклеточная опухоль яичников, метастазы в кожу.

GRANULAR CELL TUMOR OF THE OVARIES WITH MULTIPLE SKIN METASTASES (CLINICAL CASE)

A.V. Elmanov¹, O.V. Zharkova¹, Ya.M. Kolesnikov¹, N.E. Verzhbitskaya²

Regional Clinical Cancer Center, Kemerovo¹

Regional Pathologic Anatomy Bureau, Kemerovo²

35, Volgogradskaya Street, 650036-Kemerovo, Russia, e-mail: guzokod@rambler.ru¹

A rare case of granular cell ovarian cancer with multiple skin metastases at presentation is described. The patient received multimodality treatment including surgery, radiation therapy and chemotherapy. The treatment outcome was complete tumor regression.

Keywords: granular cell ovarian cancer, skin metastases.

Гранулезоклеточные опухоли составляют 0,6–3,0 % в структуре всех первично выявленных опухолей яичников [3]. Заболевание встречается в любом возрасте, однако большинство случаев приходится на возраст 50–55 лет. Опухоли обычно односторонние, размеры редко достигают 10 см в диаметре. Гистологически опухоль состоит из гранулезных клеток, располагающихся в виде гнезд и тяжей. Большинство гранулезоклеточных опухолей способно продуцировать эстрогены, что обуславливает яркую клиническую картину с симптомами «омоложения». Описаны случаи продукции гранулезоклеточными опухолями прогестерона, ингибина, МИФ. Заболевание диссеминарует по брюшной полости, отдаленные метастазы встречаются достаточно редко [6, 7].

В литературе описаны случаи метастазирования гранулезоклеточной опухоли во влагалище, шейку матки, клетчаточные пространства мало-

го таза, мягкие ткани бедра, легкие, печень, надпочечники, кости черепа, головной мозг, миокард [1, 4, 5, 9]. Кожа редко поражается метастатическими опухолями [2]. Первое место по частоте метастазирования в кожу у женщин занимает рак молочной железы, второе – рак толстой кишки, третье – рак яичников [2, 8]. У 2,6 % больных метастазы в кожу являются первичным проявлением злокачественного новообразования, причем локализация первичной опухоли определяется в процессе обследования. Опухолевые метастатические поражения локализуются обычно на коже передней брюшной стенки, грудной клетки, головы [2]. Метастазы гранулезоклеточной опухоли в кожу в литературе не описаны.

Приводим описание случая гранулезоклеточной опухоли с множественными метастазами в кожу передней брюшной стенки, бедер, ягодичных областей. Метастазы в кожу оказались

первичными проявлениями злокачественной опухоли яичника.

Больная Е., 43 года, поступила в ГУЗ ОКОД в мае 2005 г. с множественным поражением кожи в виде плотноватых узелков диаметром 0,5–2,0 см, расположенных в толще кожи, сливающихся друг с другом, образования покрывали весь кожный покров мезогастральной и гипогастральной областей, ягодичных областей и бедер и беспокоили больную в течение 2 мес. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструальный цикл регулярный, беременностей – 6, родов – 2, медицинских аборт – 4, гинекологические заболевания отрицает. Заподозрена злокачественная лимфома. Выполнена краевая биопсия из кожи надлобковой области. Гистологическое заключение: метастаз злокачественной опухоли, с учетом ИГХ-реакций – гранулезоклеточной опухоли яичников.

При осмотре гинекологом: наружные половые органы не изменены, шейка матки не эрозирована, тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно, в правой подвздошной области пальпировался опухолевый конгломерат без четких границ, размером 5×5×5 см, малосмещаемый, безболезненный, определялась инфильтрация параметральной клетчатки справа. По данным ультразвукового исследования: матка обычных размеров, не изменена, яичники обычных размеров, объемных образований не выявлено.

Больной выставлен диагноз: рак яичников IV стадии ($T_x N_x M_x$). Проведено 2 курса химиотерапии по схеме PVB: винбластин – 6 мг/м² на курс, блеомицин – 45 мг/м² на курс, цисплатин – 100 мг/м² на курс; затем 3-й курс по схеме CAP: цисплатин – 100 мг/м², доксорубицин – 40 мг/м², циклофосфан – 600 мг/м². Под действием химиотерапии наступило изъязвление опухолевых образований, объем и количество опухолевых узлов не уменьшилось. Затем больная отказалась от лечения. Спустя 14 мес пациентка вновь явилась в онкологический диспансер для продолжения лечения. На коже мезогастральной и гипогастральной областей, ягодичных областей и бедер определялись плотноватые опухолевые узелки, размером 0,5–2,0 см, расположенные в толще кожи, изъязвленные почти

на всей пораженной поверхности. Проведено 6 курсов химиотерапии по схеме: паклитаксел – 175 мг/м², карбоплатин – 400 мг/м² с интервалом в 21 день, на фоне которых отмечена положительная динамика – изъязвленные опухолевые узлы подверглись полной регрессии, но на коже осталась выраженная рубцовая деформация.

20 сентября 2006 г. проведено оперативное лечение: экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника. На операции: тело матки нормальных размеров, эластичной консистенции, подвижное; яичники нормальных размеров, визуально не изменены; трубы без отклонений. Признаков канцероматоза в малом тазу и брюшной полости не выявлено. Гистологическое заключение (№№ 9439–52р): в ткани яичников единичные группы и комплексы клеток злокачественного новообразования, лекарственный патоморфоз III–IV степени. Маточные трубы без изменений. Эндометрий атрофичный, большой сальник не изменен.

После оперативного лечения больная получила 4 курса химиотерапии паклитакселом в дозе 175 мг/м² в монорежиме. Через месяц после прекращения лечения у больной вновь появились отдельные метастазы в кожу передней брюшной стенки диаметром 1,5–2,0 см. На метастазы проведена дистанционная гамма-терапия прямыми полями на аппарате Агат-РМ (РОД 2 Гр, СОД 30 Гр). После лечения метастазы полностью регрессировали. Затем пациентка получила 3 курса химиотерапии по схеме: эпозид – 200 мг/м² на курс, винкарельбин – 25 мг/м² на курс. Лечение закончено в сентябре 2007 г. Достигнута полная клиническая ремиссия. По результатам контрольного обследования (декабрь 2010 г.) данных за прогрессирование не выявлено.

Таким образом, комплексное лечение, включающее операцию, лучевую терапию и несколько программ химиотерапии, привело к полной регрессии опухолевого процесса, эффект от лечения сохраняется в течение 3 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Р.Т. Отдаленные метастазы гранулезоклеточных опухолей яичников // Экспериментальная и клиническая медицина. 1991. № 1. С. 17–20.
2. Ахмедов Б.П. Метастатические опухоли. М.: Медицина, 1984. С. 145–157.

3. Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш. Опухоли гормонозависимых и гормонопродуцирующих органов. М.: МЕДпресс-информ, 2004. С. 218–246.

4. Иванов Ю.В., Соловьев Н.А., Маркина Р.Н. и др. Позднее метастазирование гранулезоклеточной опухоли яичника // Современная онкология. 2004. Т. 6, № 1. С. 32.

5. Кержковская Н.С., Жордания К.И., Лактионов К.П. и др. О хирургическом этапе лечения гранулезоклеточных опухолей яичников // Опухоли женской репродуктивной системы. 2007. № 3. С. 58–64.

6. Клиническая онкология: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Козаченко. М.: ОАО «Изд-во Медицина», 2005. С. 341–342.

7. Краевская И.С. Рак яичника. М.: Медицина, 1978. С. 119–120.

8. Огнерубов Н.А., Бялик А.Я. Редкие случаи метастазирования в кожу опухолей гениталий // Клиническая медицина. 1991. № 4. С. 91–92.

9. Цекалова М.А., Кержковская Н.С., Жордания К.И. Эхографическая картина гранулезоклеточной опухоли яичников. Рецидивы и метастазы // Эхография. 2002. № 3. С. 305–310.

Поступила 31.05.11