

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С СОХРАНЕНИЕМ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

R.H.M. Verheijen

*University Medical Centre Utrecht, Division Woman and Baby, Gynaecological Oncology,
Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht, The Netherlands, room. F05.127,
e-mail: r.verheijen@umcutrecht.nl*

Представлены современные данные о возможностях органосохранного хирургического лечения у больных раком шейки матки молодого возраста с сохранением фертильности.

Ключевые слова: рак шейки матки, фертильность, радикальная трахелэктомия.

Введение

Проф. D. Dargent из Лиона использовал старую методику вагинальной радикальной операции по Шаута для сохранения матки при раке шейки матки [3]. С тех пор, как он в конце 1980-х годов разработал эту методику, хирургические вмешательства с сохранением фертильности стали чрезвычайно важными в лечении гинекологического рака. По мере того, как малоинвазивные методы становятся всё более доступными, сохранение фертильности стало реально возможным.

Цель

Эта статья даёт общее представление о специфических хирургических методах, которые позволяют женщинам, больным раком шейки матки (РШМ), сохранить фертильность. Хотя существуют и другие методы лечения, такие как неоадъювантная химиотерапия, а также витрификация ооцитов и ЭКО, роль которых возрастает при лечении рака с сохранением фертильности, они не будут обсуждаться в представленной публикации.

Цервикальный рак

Вследствие улучшения социально-экономических условий в развитых странах, включая Россию, частота заболеваемости раком шейки матки идет на спад. В России заболеваемость РШМ в настоящее время составляет 13 на 100 тыс. женщин. К сожалению, именно в более молодой возрастной группе (20–40 лет) наблюдается увеличение частоты заболеваемости раком шейки матки [2]. При более распространенных стадиях заболевания, когда требуется лечение с помощью химиорадиотерапии, сохранение фертильности возможно только в очень редких случаях. Сохранение яичников или ооцитов, в принципе, позволит суррогатное материнство в будущем.

Конечно, такие вспомогательные репродуктивные технологии следует рассматривать с учетом законодательных норм, медицинских и этических аспектов, которые часто ограничивают их применение. При более ранних стадиях РШМ (Ia1–IIa) операция может проводиться с сохранением матки и, конечно, яичников.

Сохранение яичников во время хирургического вмешательства

Существуют различные хирургические методики, которые позволяют более или менее радикально удалить шейку матки, сохранив при этом матку (табл. 1). Большой опыт накоплен в проведении радикальной вагинальной трахелэктомии, разработанной проф. Dargent. Эта операция показана при новообразованиях менее 2 см в диаметре, при опухолях больших объемов эта процедура ассоциируется с высоким риском развития рецидива. При этой операции сначала проводится лапароскопическая диссекция тазовых лимфатических узлов, с исследованием или без исследования сторожевых лимфоузлов. Затем вагинально удаляются шейка матки и параметрий. После наложения нерассасывающегося кругового шва (cerclage) вокруг внутреннего зева шейки матки матка сшивается со сводом влагалища. При этом примерно в 10 %

Таблица 1

Хирургические методики, позволяющие сохранить фертильность при раке шейки матки

Радикальная вагинальная трахелэктомия
Радикальная абдоминальная трахелэктомия
Радикальная лапароскопическая трахелэктомия
Радикальная робот-ассистированная лапароскопическая трахелэктомия
Неоадъювантная химиотерапия + конизация

случаев развивается стеноз внутреннего зева, что в последующем требует бужирования или хирургического иссечения.

Голландский опыт охватывает примерно 100 женщин, из которых 60 % пытались забеременеть. Согласно последней публикации о первых 63 пациентках, пролеченных в Нидерландах, из 35 женщин, активно пытавшихся забеременеть, получено 23 беременности. Из 19 женщин, которые вынашивали беременность, у 15 она завершилась рождением здоровых детей. В 3 случаях проводился аборт не по медицинским показаниям, у 1 женщины беременность продолжается. В мире более 1000 пациенток были пролечены с помощью этой методики. Доказано, что этот метод не только эффективен в плане сохранения фертильности, но также безопасен в онкологическом отношении по сравнению с традиционной радикальной гистерэктомией [1, 6].

С одной стороны, можно утверждать, что радикальная трахелэктомия является сверхрадикальным лечением для больных с небольшими опухолями (<2 см), потому что в этом случае параметриальная инвазия — редкое явление, она наблюдается менее чем в 2 % случаев, если при этом не поражены лимфатические узлы [11]. Тем не менее в таких случаях необходимо выполнять радикальную операцию, по крайней мере, по двум причинам. Прежде всего, исследования, где оценивалась параметриальная инвазия, проводились у больных, которые перенесли параметрэктомия и, следовательно, имеют хороший прогноз. Кроме того, исследования в этом направлении необходимы еще для того, чтобы показать, что менее радикальная операция, такая как конизация, в комбинации с лимфаденэктомией будет иметь такой же благоприятный онкологический прогноз. F. Landoni et al. (2007) [4] предложили до конизации проводить неоадьювантную химиотерапию, чтобы сделать этот метод лечения более адекватным. В этом плане единственное большое исследование проводилось в Праге, в котором предполагалось, что прогноз после проведения конизации при опухолях с диаметром менее 1 см такой же благоприятный [7]. Первое рандомизированное исследование SHAPE проведено в Канаде, его авторы рассчитывали показать, что параметрэктомия не является обязательной, и планировалось скорее сравнить простую гистерэктомию с радикальной при небольших опухолях шейки матки, чем оце-

нить роль операции в сохранении фертильности. Вторая причина в пользу проведения радикальной трахелэктомии, а не простой трахелэктомии или конизации обусловлена тем, что только проведение этой операции дает уверенность в том, что шейка полностью удалена. Известно, что есть определенный риск нерадикальности операции, если проводится конизация. В заключение необходимо отметить, что конизацию следует проводить только как часть исследования, затрагивающего проблему прогрессирования опухоли, для того, чтобы проспективно оценить различие между такой органосохранной процедурой и обычной радикальной операцией.

Альтернативные методы

Как было указано выше, неоадьювантную химиотерапию можно рассматривать в тех случаях, когда опухоль больше 2 см и, следовательно, является слишком большой, чтобы сразу же проводить операцию с сохранением матки (радикальную трахелэктомию или конизацию). Химиотерапия для такой цели обычно включает цисплатин в комбинации с ифосфамидом, а также с включением или без доксорубина. Этот метод был изучен в нескольких небольших исследованиях, в которых показатель рецидива варьировал от 0/16 до 1/7 [8]. Поэтому пока не доказано, обеспечивает ли такой подход достаточную радикальность лечения.

В 1932 г. Aburel провел первую абдоминальную трахелэктомию в Румынии, и в 1997 г. Smith вновь описал эту методику, которая была возрождена Ungar в Венгрии [9]. До сегодняшнего дня исследование Ungar является самым большим в мире, в него включено почти 100 больных. Между тем эта операция также регулярно проводится в больших центрах, таких как Memorial Sloan Kettering, в Нью-Йорке [10]. Тем не менее этой операции подвергаются относительно небольшое число больных. Теоретически, при больших опухолях этот метод лечения мог бы быть более адекватным, чем радикальная вагинальная трахелэктомия, но это пока не доказано данными исследований. При небольших опухолях и у более молодых больных преимущество абдоминального или вагинального доступа при трахелэктомии, проводимой с целью сохранения фертильности, всё ещё не ясно. Не только мало известно об отдаленных результатах лечения при абдоминальной трахелэктомии как в онкологическом, так и в репродуктивном отно-

шении, но также остаётся вопрос, обеспечивает ли вагинальный доступ при тахелэктомии. Было показано, что меньшее число женщин планируют беременность после абдоминальной радикальной трахелэктомии, чем после вагинальной радикальной трахелэктомии, меньшее количество осложнений по сравнению с подобными операциями, выполненными абдоминальным доступом. Использование робот-ассистированной лапароскопической операции, возможно, возобновит интерес к проведению абдоминальной радикальной трахелэктомии при опухолях более 2 см, так как роботизированные хирургические технологии позволяют провести адекватную резекцию части параметрия [5].

Заключение

Всё больше как врачи, так и больные осведомлены о возможности проведения лечения с сохранением фертильности при раке шейки матки. Такое лечение ассоциируется не только с меньшим числом осложнений, но также представляется безопасным, так как не ухудшает прогноз у молодых больных. Однако следует помнить, что лечение с сохранением фертильности не должно выходить за пределы онкологической безопасности, этот аспект необходимо обязательно обсуждать с пациенткой и её партнером.

*Перевод Т.А. Ивановой,
под редакцией Л.А. Коломиец*