КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ

Аединова И.В.¹, Чертова Н.А.¹, Ульянова Ю.В.¹, Волкова В.Л.¹, Пустовая И.В.¹, Баужадзе М.В.¹, Порываев Ю.А.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация, Ростов-на-Дону, e-mail: aedinovai@mail.ru

Рак эндометрия является одним из самых распространенных локализаций опухолевого процесса у женщин наряду с раком молочной железы и раком шейки матки. Приблизительно у 95% больных диагностируется аденокарцинома. Чаще всего рак тела матки возникает у женщин в постменопаузе (в постклимактерическом периоде), однако в последнее время имеется тенденция к его «омоложению». Как правило, на ранних стадиях рак матки протекает бессимптомно. На более поздних стадиях может давать метастазы. В первую очередь рак матки метастазирует в лимфатические узлы таза и брюшной полости. На последних стадиях рак матки может метастазировать в легкие, печень и костную ткань. В данной статье описан редкий клинический пример рака тела матки с вторичным поражением тела нижней челюсти. Особенностью данного клинического наблюдения является то, что первично пациентка поступила в специализированное отделение с клиническим диагнозом рак слизистой альвеолярного края нижней челюсти, St.III, T3N0M0, кл. гр. 2 для хирургического лечения, имея в анамнезе второй опухолевый процесс - рак тела матки, St.II, T2NxM0, состояние после химиолучевого лечения в 2014 году, кл. гр. 2. Отражена дальнейшая тактика лечения пациентки.

Ключевые слова: рак тела матки, аденокарцинома, вторичное поражение нижней челюсти, хирургическое лечение рака слизистой нижней челюсти, метастазы рака тела матки.

CLINICAL OBSERVATION OF A SECONDARY LESION OF THE LOWER JAW BODY IN UTERINE CANCER

Aedinova I.V.¹, Chertova N.A.¹, Ulyanova Yu.V.¹, Volkova V.L.¹, Pustovaya I.V.¹, Bauzhadze M.V.¹, Poryvaev Yu.A.¹

¹National Medical Research Center for Oncology, Rostov-on-Don, e-mail: aedinovai@mail.ru

Endometrial cancer is one of the most common localizations of the tumor process in women, along with breast cancer and cervical cancer. Approximately 95% of patients are diagnosed with adenocarcinoma. Approximately 95% of patients are diagnosed with adenocarcinoma. Most often, uterine body cancer occurs in postmenopausal women (in the postmenopausal period), but recently there has been a tendency to its “rejuvenation”. As a rule, in the early stages, uterine cancer is asymptomatic. In later stages, it may produce metastases. First of all, uterine cancer metastasizes to the lymph nodes of the pelvis and abdominal cavity. In the final stages, uterine cancer can metastasize to the lungs, liver, and bone. This article describes a rare clinical example of cancer of the uterus with secondary damage to the lower jaw. The peculiarity of this clinical observation is that the patient was initially admitted to a specialized department with a clinical diagnosis of cancer of the mucosa of the alveolar margin of the lower jaw, St.III, T3N0M0, class 2 for surgical treatment, having a history of the second tumor process - cancer of the uterus, St.II, T2NxM0, condition after chemoradiotherapy in 2014, class 2. Further tactics of treatment of the patient are reflected.

Keywords: uterine body cancer, adenocarcinoma, secondary lesion of the lower jaw, surgical treatment of cancer of the mucous membrane of the lower jaw, cancer of the uterus.

Злокачественные заболевания органов репродуктивной системы занимают 39% в структуре заболеваемости женского населения. Среди всех злокачественных опухолей у женщин опухоли половых органов составляют 18% [1].

Рассматриваемое в данной статье злокачественное поражение эндометрия, выстилающего полость матки, одно из наиболее встречаемых поражений женской половой сферы. С 1970-х годов в западных странах все больше диагностируется частота

выявляемости у пациенток данного вида злокачественной опухоли. Согласно статистическим данным в Российской Федерации рак эндометрия занимает 2-е место среди онкологических болезней женщин, после рака молочной железы, и 1-е место среди опухолей женской половой сферы [2].

В России ежегодно регистрируется более 24 тысяч больных раком тела матки. По отношению к 2008 г. прирост стандартизованного показателя заболеваемости на 100 000 женского населения на 2018 год составил 24,73% [3]. Средний возраст заболевших раком тела матки в России составляет 63,0 года.

Согласно гистопатологической классификации, среди форм рака тела матки выделяют аденокарциному (95% случаев), мезонефроидную (светлоклеточную) аденокарциному; плоскоклеточный, серозный, железистоплоскоклеточный, муцинозный и недифференцированный рак. В 4-5% случаев составляют саркомы: лейомиосаркома, карциносаркома, аденосаркома, стромальная саркома. По типу роста различают рак эндометрия с экзофитным, эндофитным и смешанным (эндоэкзофитным) ростом. По степени дифференцировки клеток рак тела матки может быть высокодифференцированным (G1), умереннодифференцированным (G2) и низкодифференцированным (G3). Наиболее часто рак тела матки локализуется в области дна, реже в области нижнего сегмента [4].

К факторам, повышающим риск развития рака тела матки, относятся: неблагоприятная наследственность (наличие у ближайших родственников рака эндометрия, рака яичников, рака молочной железы или толстого кишечника); ожирение; гипертоническая болезнь; сахарный диабет; поздняя менопауза; отсутствие беременностей в анамнезе; гормонально-активные опухоли яичников, продуцирующие эстрогены; лечение рака молочной железы тамоксифеном; длительная оральная контрацепция с использованием диметистерона; заместительная терапия эстрогенами; облучение органов малого таза.

РТМ отличается разнообразием морфологической структуры, разной чувствительностью к проводимому лечению, а также агрессивным течением и неблагоприятным прогнозом [5]. Хорошо известны 2 теории развития рака эндометрия, разделяющие данное заболевание на 2 типа исходя из особенностей патогенеза. К I типу относится гормонозависимый рак, формирующийся в условиях эстрогениндуцированного митогенеза, чаще представленный высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциномой. Данный тип опухоли характеризуется относительно доброкачественным и менее агрессивным течением, обладает высокой чувствительностью к гормональной терапии за счет наличия большого количества рецепторов прогестерона и эстрадиола. Второй тип не связан с гормональной активностью в эндометрии и развивается при отсутствии гиперэстрогенемии. Злокачественная опухоль, принадлежащая ко II типу, отличается

агрессивным течением, характеризуется наличием низкодифференцированных и незнотрионидных типов клеток, склонных к активному метастазированию и быстрому локорегионарному распространению [1].

Течение рака тела матки отличается высокой гетерогенностью. Отдаленные метастазы рака тела матки чаще поражают печень, кости и легкие, однако имеются литературные данные и о нетипичных локализациях метастатических очагов, например в головной мозг и кожу [6; 7].

Злокачественные опухоли области головы и шеи в общей структуре онкологической заболеваемости составляют 20-30%. Рак слизистой оболочки органов полости рта занимает 6-е место по распространенности среди злокачественных новообразований в мире [8].

Среди различных локализаций злокачественных опухолей полости рта 5,9% приходится на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти [9].

Среди злокачественных новообразований органов полости рта ведущее место занимают эпителиальные опухоли (раки) - 90-95%. Реже встречаются саркомы (соединительнотканые опухоли) и меланомы. Описаны злокачественные опухоли, исходящие из эпителия малых слюнных и слизистых желез, локализующихся в различных отделах слизистой органов полости рта: небо, щеки, дно полости рта - аденокистозная карцинома (цилиндрома), аденокарцинома.

Развитие злокачественных опухолей слизистой оболочки органов полости рта, в том числе и слизистой альвеолярного края нижней челюсти, связывают с такими факторами, как вредное производство (например, контакт с химическими агентами, которые вызывают ожоги слизистой оболочки), неблагоприятная окружающая среда, вредные привычки, неполноценное питание, несоблюдение гигиены полости рта (в том числе механические повреждения, сопровождающиеся хроническими раздражениями слизистых оболочек: зубные протезы, пессарии, травмы), инфицированность вирусной инфекцией, генетические мутации.

При злокачественных новообразованиях слизистой органов ротовой полости метастазами могут поражаться лимфатические узлы шеи с I по VA уровни, а нередко диагностируется вторичное поражение лимфатических узлов шеи VB уровня. Отдаленные метастазы при раке органов полости рта встречаются редко (1-5% больных). Они могут поражать легкие, сердце, печень, мозг, кости скелета [9].

Несмотря на то что рак слизистой оболочки орофарингеальной области является визуальной локализацией и доступен для врачебного осмотра, большинство больных начинают лечение при наличии III-IV стадии заболевания. Рак данной локализации

характеризуется быстрым темпом роста, агрессивным течением, тем самым поражая функционально-активную и социально значимую зону человеческого организма, ранним лимфогенным и гематогенным метастазированием.

При планировании лечения придерживаются общепринятых принципов – использование нескольких методов воздействия на опухоль с учетом ее локализации, распространенности, гистологической дифференцировки, состояния здоровья, возраста больного.

Если ранние стадии заболевания лечатся достаточно успешно с применением только хирургического или лучевого лечения, то местнораспространенные опухоли требуют комплексного подхода. Современная тактика хирургического лечения, лучевая и полихимиотерапия дают большие возможности для успешного лечения пациентов.

Цель исследования

В связи с редкостью данного вида метастазирования рака тела матки в тело нижней челюсти приводим наше клиническое наблюдение с целью продемонстрировать отсутствие патогномоничных признаков рака слизистой альвеолярного края нижней челюсти и метастаза рака тела матки.

Материалы и методы исследования

В данной статье приведено клиническое наблюдение метастазирования рака тела матки в тело нижней челюсти у пациентки, получавшей хирургическое лечение в отделении опухолей головы и шеи в ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ с клиническим диагнозом рак слизистой нижней челюсти слева, St. III, T3N0M0, кл. гр. 2. Сопутствующий диагноз - рак тела матки, St. II, T2NxM0, состояние после химиолучевого лечения в 2014 году, рецидив, кл. гр. 2 (от хирургического лечения в 2014 году больная отказалась). Пациентке на догоспитальном этапе выполнялась компьютерная томография головы для оценки распространенности опухолевого процесса нижней челюсти, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, гистологическое исследование биоптатов опухоли. Пациентка была консультирована онкогинекологом - учитывая большую распространенность опухолевого процесса нижней челюсти, рекомендовано специализированное лечение рака тела матки после хирургического лечения рака слизистой нижней челюсти.

Результаты исследования и их обсуждение

Больная В., 1955 года рождения, поступила в отделение опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ 10.10.19 с жалобами на болезненную опухоль на нижней челюсти слева, неприятный запах изо рта, периодическое подкравливание из опухоли. Локальный статус: лимфоузлы шеи четко не пальпируются. Отмечается асимметрия лица за

счет опухоли нижней челюсти слева. В полости рта – в области нижней челюсти слева опухоль размером до 6,0 см в проекции 31-36, с кратерообразным изъязвлением, смешанного типа роста (рис. 1).

Рис. 1. Опухоль нижней челюсти слева смешанного типа роста

УЗИ лимфоузлов шеи от 22.09.2019 года: умеренно выраженная гиперплазия шейных и подчелюстных л/у. Рентгенография органов грудной клетки от 4.09.2019 г.: в легких без патологии, расширение камер сердца. УЗИ органов малого таза от 1.10.2019 года: опухоль тела матки, состояние после химиолучевого лечения в 2014 году. В настоящее время сонодоплерографически - рецидив опухоли тела матки. Заключение патолого-анатомического исследования биопсийного материала опухоли нижней челюсти № 71338-43/19 от 9.09.19: «Низкодифференцированная аденокарцинома с инфильтративным ростом».

СРКТ головного мозга от 10.09.19: «Опухоль нижней челюсти слева 5,6х3,0х3.2 см с ее обширным разрушением, выраженным мягкотканым компонентом, оттесняет окружающие мягкие ткани» (рис. 2, 3).

Рис. 2. СРКТ головы: в данной проекции определяется опухолевидное образование в проекции тела нижней челюсти слева

Рис. 3. СРКТ головы: в данной проекции определяется опухолевидное образование тела нижней челюсти слева с участками ее разрушения

Консультация онкогинеколога от 2.10.19 – у больной, по данным УЗИ органов малого таза, рецидив злокачественного новообразования тела матки, состояние после химиолучевого лечения в 2014 году, первым этапом рекомендовано лечение рака нижней челюсти, учитывая распространенность опухолевого процесса, с последующим решением вопроса о лечении рецидива рака тела матки.

Из гинекологического анамнеза пациентки: считает себя больной с января 2014 года, когда появились кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к врачу по месту жительства. 11.02.2014 выполнено диагностическое выскабливание полости матки. Заключение патолого-анатомического исследования биопсийного (послеоперационного) материала № 5204-11/14: «Умереннодифференцированная G2 эндометриоидная карцинома эндометрия». От предложенного хирургического лечения больная отказалась. Решением консилиума врачей ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ рекомендовано химиолучевое лечение.

В сентябре 2019 года после экстракции 33 зуба, появилась опухоль на нижней челюсти слева, лечилась у стоматолога без эффекта.

17.10.19 года в отделении опухолей головы и шеи выполнена резекция нижней челюсти слева в проекции 31-36, шейная лимфаденэктомия слева, трахеостомия. Заключение патолого-анатомического исследования биопсийного (послеоперационного) материала № 108950-61/19: «Субэпителиально, в мягких тканях челюсти – G3 аденокарцинома, возможно, вторичного генеза (в анамнезе - аденокарцинома тела матки), опухоль удалена в пределах здоровых тканей»; № 108962-68/19: «В лимфоузлах - гиперплазия лимфоидной ткани, метастазов рака нет. Ткань слюнной железы обычного строения. Для определения гистогенеза опухоли необходимо ИГХ-исследование гистологического заключения № 108950-61/19 CK7, Ck20, ER, Pr, Ki67». Результат

иммуногистохимического исследования № 2787/19: «Метастаз эндометриоидной аденокарциномы». После получения результатов ИГХ-исследования пациентке рекомендованы были консультации лучевого терапевта и химиотерапевта, однако пациентка за специализированной помощью не обратилась. В феврале 2020 года вновь обратилась в Клинико-диагностическое отделение ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ с жалобами на боли внизу живота. Консультирована онкогинекологом, диагностирован рецидив злокачественного новообразования тела матки, рекомендовано хирургическое лечение. На догоспитальном этапе пациентка комплексно обследована, отдаленных метастазов рака тела матки не выявлено. Со стороны челюстно-лицевой области – без признаков рецидива, лимфатические узлы шеи с обеих сторон не увеличены. 06.03.2020 выполнена лапаротомия: нервосберегающая экстирпация матки с придатками с верхней третью влагалища, тазовая лимфаденэктомия. Дренирование брюшной полости. Гистологическое заключение № 24158-72/20: «Умереннодифференцированная G2 эндометриоидная аденокарцинома с инвазией более ½ миометрия. В яичниках белые тела, ангиоматоз. В тазовых лимфоузлах - метастаза рака нет». Консультирована лучевым терапевтом - учитывая ранее проведенную в 2014 году лучевую терапию - адъювантная лучевая терапия не показана. Пациентке проведены курсы полихимиотерапии препаратами карбоплатин, паклитаксел. В настоящее время отмечено отсутствие отдаленных метастазов. Заключительный диагноз: рак тела матки, St. II, T2N0M0, состояние после химиолучевого лечения в 2014 году, метастаз в нижнюю челюсть в 2019 году, состояние после хирургического лечения, рецидив рака тела матки в 2019 году, состояние после хирургического лечения и курсов ПХТ, кл. гр. 2. Клиническая ремиссия.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод о том, что симптомы отдаленного метастазирования рака тела матки в нижнюю челюсть и истинное злокачественное поражение слизистой альвеолярного края нижней челюсти по клинической картине схожи друг с другом. Симптомы заболевания, данные рентгенологического исследования, даже гистологическое заключение биопсийного материала аналогичны таковым при опухоли слизистой альвеолярного края нижней челюсти эпителиального происхождения. Поэтому необходимо тщательно собирать анамнез, учитывать наличие второй, а в некоторых случаях и нескольких онкологических патологий у одной пациентки, проанализировать проведенное ранее специализированное лечение, тщательно исследовать послеоперационный удаленный материал, при необходимости проводить иммуногистохимическое исследование. Прогноз, средняя продолжительность жизни, безрецидивный период, сроки отдаленного метастазирования напрямую зависят от распространенности процесса, гистологического типа опухоли и объема получаемого специализированного лечения.

Список литературы

1. Венедиктова М.Г., Тер-Ованесов М.Д., Морозова К.В. Клинический случай метастазов рака тела матки в кожу лобковой области // РМЖ. Мать и дитя. 2019. №4. Т.2. С.327-330.
2. Архипова О.Е., Черногубова Е.А., Лихтинская Н.В., Тарасов В.А., Кит О.И., Матишов Д.Г. Анализ встречаемости онкологических заболеваний в Ростовской области. Пространственно-временная статистика // Фундаментальные исследования. 2013. №7-3. С. 504-510.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. 16 с.
4. Портнова Н., Полякова Ю., Байцур М. Диагностика рака тела матки при диспансерных профилактических обследованиях // Врач. 2012. №8. С. 64- 67.
5. Адамян М.Л. Роль некоторых метаболических и морфологических изменений эндометрия в патогенезе рака тела матки: дис. ...канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2011. 176 с.
6. Севян Н.В., Карахан В.Б., Бекашев А.Х., Насхлеташвили Д.Р., Козлов Н.А., Белов Д.М., Прозоренко Е.В., Митрофанов А.А., Мамедова Л.Т. Рак тела матки с солитарным метастазом в головном мозге (Клиническое наблюдение) // Онкогинекология. 2019. №1. С. 37-42
7. Elit L., Lukka H., Friedman E. Cutaneous metastasis of papillary serous uterine cancer. Gynecol Oncol. 2001. V. 82(1). P. 208–211. DOI: 10.1006/gyno.2001.6224.
8. Джумаев М.Г., Бяшимов А.Я. Результаты комплексного лечения больных местно-распространенным раком органов полости рта // Онкохирургия. 2011. Т3. №3. С. 51.
9. Чудаков О.П., Мойсейчик Л.Е., Людчик Т.Б., Быкадорова Л.Г. Злокачественные опухоли органов слизистой оболочки полости рта и языка: учеб.-метод. пособие. Мн.: БГМУ, 2007. 39 с.