

Дисгерминома



**Подготовила студентка 5 курса 10 группы ЛФ
Кузьмич Алеся Андреевна**

Классификация

- *Эпителиальные опухоли - серозные – муцинозные – эндометриоидные- мезонефроидные - опухоль Бреннера- смешанные эпителиальные- недифференцированная карцинома;
- *Опухоли стромы полового тяжа: гранулезоклеточные опухоли- андробластома-гинандробластома- неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.
- *Липидноклеточные опухоли
- *Герминогенные опухоли.
- *Гонадобластома(чистая, смешанная)
- *Опухоли мягких тканей, неспецифичных для яичников
- *Неклассифицируемые опухоли
- *Вторичные опухоли
- *Опухолевидные процессы

Герминогенные опухоли:

- дисгерминома

- опухоль эндодермального синуса
- эмбриональная карцинома
- полиэмбриома
- хорионэпителиома;
- тератомы. (незрелые, зрелые)

Герминогенно-клеточные опухоли делятся на три большие группы:

1. дисгерминомы, которые аналогичны семиноме яичка по гистологической картине.

2. опухоли эндодермального синуса.

3. быстро прогрессирующие новообразования яичников с характерными тельцами Shiller—Dual и наличием таких опухолевых маркеров, как человеческий хорионический гонадотропин и альфа-фетопротеин. Развиваются из экстраэмбриональных тканей.

Герминогенные опухоли (герминомы)

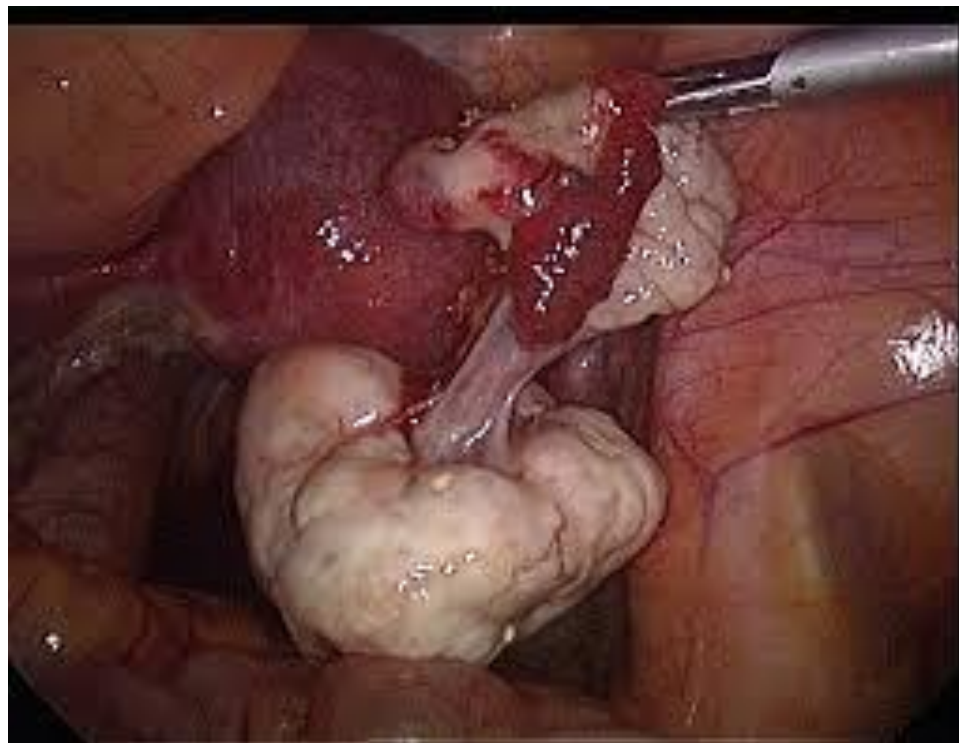
Возникают из первичных зародышевых клеток, способных дифференцироваться в любые ткани. Из них может образоваться как зрелая, так и незрелая тератома.

Если клетки опухоли находятся на стадии ранней эмбриональной дифференцировки, то образуется дисгерминома, хорионэпителиома, эмбриональная карцинома или опухоль эндодермального синуса.

Наиболее низкодифференцированной (злокачественной) опухолью считают дисгерминому.



Дисгерминома яичника — плотная, бугристая опухоль, расположенная в позадматочном пространстве. Типичная дисгерминома представлена солидной опухолью округлой или овоидной формы с гладкой белесоватой фиброзной капсулой. Опухоль может достигать значительных размеров, полностью замещая ткань яичника.



Средний диаметр около 20 см. Дисгерминома часто обнаруживается в нормальных яичниках, при небольших узлах имеет различную консистенцию. Около половины всех дисгермином встречаются у детей. Средний возраст, в котором устанавливается такой диагноз - 16 лет. Существует отдельная классификация **анапластических дисгермином**. Некоторые из них могут быть врожденным раком.



Макроскопия

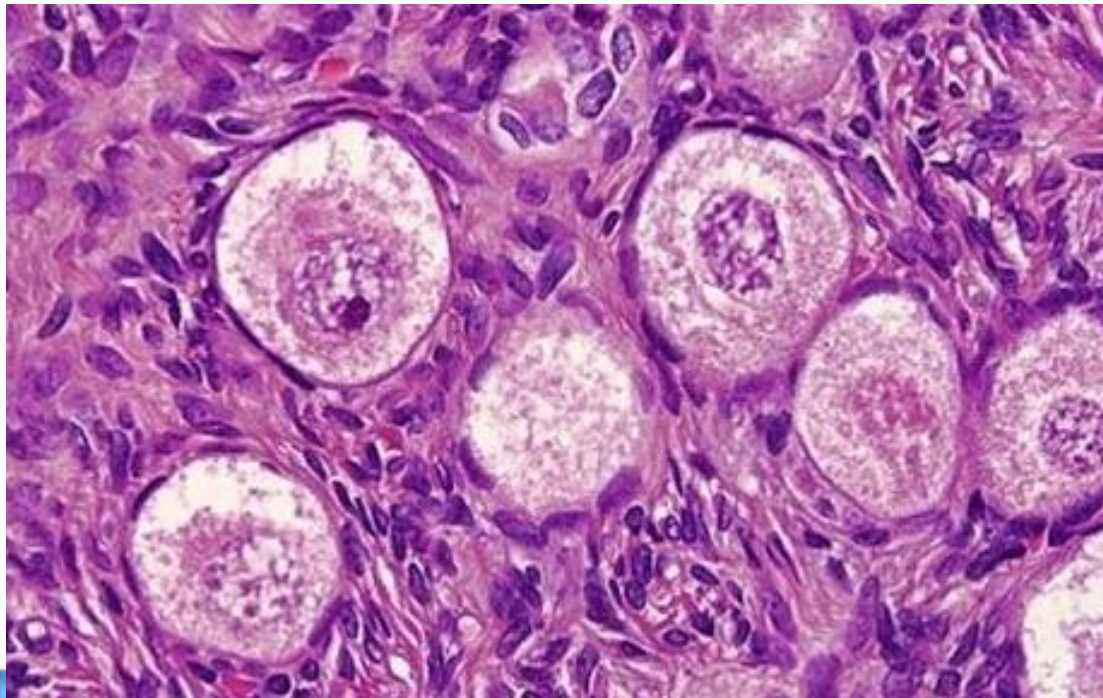
Макроскопически дисгерминома большей частью представляет собой бугристую опухоль, покрытую гладкой блестящей капсулой розового цвета. Часто опухоль как бы состоит из нескольких узлов, покрытых одной капсулой. Консистенция опухоли плотная. Кистозные участки встречаются редко. На разрезе опухоль компактная, иногда с участками размягчения, мясистая, розового цвета. Бывают очаги некроза в виде небольших распадающихся темных участков. При нарушении кровообращения в опухоли в результате перекрута ее ножки и при больших участках некроза дисгерминома яичников становится дряблой, целостность капсулы может быть нарушена и цвет опухоли становится темно-багровым. В начале своего развития дисгерминома имеет ножку, сравнительно подвижна, располагается в прямокишечно-маточном углублении. Опухоль может быть различных размеров (от куриного яйца до величины шестимесячного плода). Дисгерминома может располагаться межсвязочно и быть малоподвижной.



Гистология

Гистологически дисгерминома состоит из крупных округлых или полигональных клеток с большим, умеренно гиперхромным ядром и с обильной, слегка пенистой светлой цитоплазмой.

Клетки дисгерминомы располагаются ячейками или тяжами среди обильной волокнистой или гиалинизированной стромы. Часто они располагаются сплошными полями без стромы. Одним из характерных признаков строения дисгерминомы является часто встречающаяся лимфоцитарная инфильтрация.



Происхождение опухоли

Дифференциация половых клеток в сторону мужской или женской гонады начинается лишь со второй половины третьего месяца эмбриональной жизни.

В зрелом яичнике сохраняются элементы первичных индифферентных половых клеток, из которых развивается дисгерминома. В настоящее время эта точка зрения принята большинством авторов. Огромная чувствительность дисгерминомы к облучению также склоняет к предположению происхождения ее из эмбриональных клеток.

Пути распространения

Диссеминации дисгерминомы по брюшине не наблюдается, что отличает ее от рака яичников, при котором наблюдается диссеминация по пристеночной и внутренностной брюшине и асцит.

В отличие от рака, при дисгерминоме даже в запущенных случаях метастазов в сальник не наблюдается.

Метастазирование идет по лимфатическим путям от яичника, обычно по протяжению на пораженной стороне в верхние отделы брюшной полости, поражая парааортальные лимфатические узлы на уровне почки и выше, лимфатические узлы общей подвздошной артерии, дистальной части брюшной аорты и надключичных лимфатических узлов.

Гематогенные метастазы встречаются в терминальной стадии заболевания, чаще в печени, легких, костях.

Опухоль рецидивирует сравнительно быстро (в пределах года).

Клиника и диагностика дисгерминомы яичников

-Боль- нередко бывает острой и в 15% случаев больные попадают в больницу с диагнозом «острого живота». Ноющая боль как первый признак заболевания наблюдается у 40% больных. Причиной боли является перекрут ножки опухоли или разрыв капсулы некротизированной опухоли.

При пальпации в нижних отделах живота определяется опухоль. При двуручном влагалищном исследовании опухоль в основном плотная, бугристая, большая, малоподвижная, опущена глубоко в прямокишечно-маточное или пузырно-маточное углубление. Если опухоль растет межсвязочно, то тело матки входит в общий конгломерат опухоли и отдельно не пальпируется.

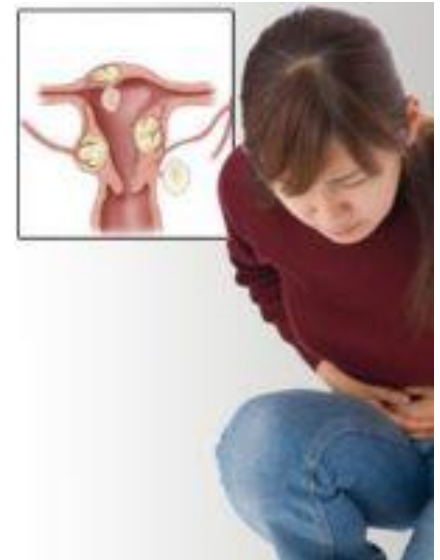
Иногда первые признаки ее обнаруживаются не в области первичного очага, а в области метастазов.

Быстрый рост опухоли с образованием очагов распада и всасывание продуктов распада приводит к повышению СОЭ (40-50 мм/ч). При дисгерминоме, даже в запущенных стадиях, асцита не бывает.

Диагноз дисгерминомы яичников

Диагноз обычно нетруден. Плотная, бугристая, малоподвижная, относительно больших размеров опухоль в малом тазу у молодой женщины или подростка, отсутствие асцита, повышенная СОЭ и приступообразная боль в животе всегда вызывает подозрение на дисгерминому.

Первичная аменорея или скудные с частыми задержками менструации. Довольно рано развиваются явления раннего полового созревания, иногда проявляется маскулинизация, которые обращают на себя внимание прежде, чем успевают развиться локальные симптомы.



Подобные опухоли клинически нередко проявляются в форме псевдогермафродитизма и лежат в его основе гораздо чаще, чем это предполагалось ранее. Дисгерминомы — это гормонально неактивные опухоли и 10% из них являются двусторонними. По данным некоторых исследований, лактатдегидрогеназа является онкомаркером этих опухолей.



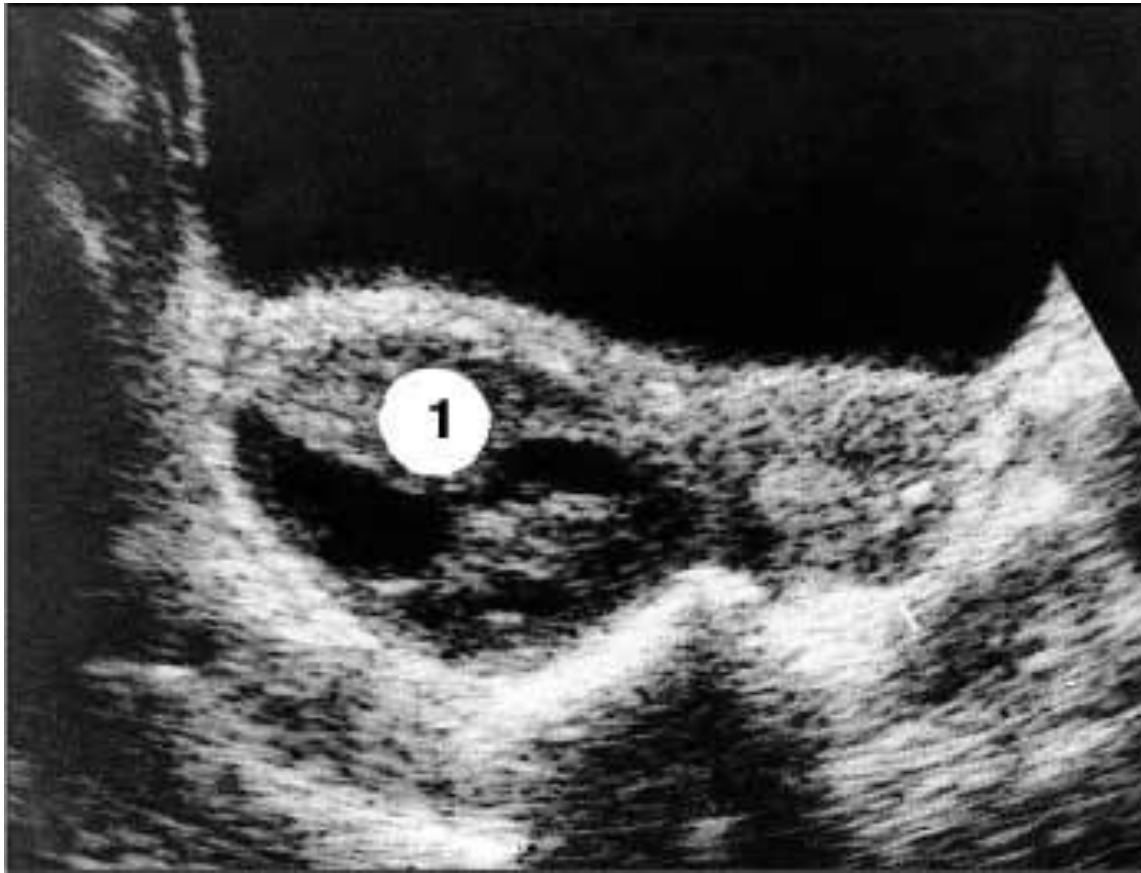
Большую помощь оказывает УЗИ с ЦДК. На эхограммах опухоль имеет эхопозитивное средней эхогенности, часто дольчатое строение. Внутри новообразования нередко участки дегенеративных изменений, контуры неровные, форма неправильная.

При доплерометрическом исследовании определяются множественные участки васкуляризации как по периферии, так и в центральных структурах опухоли: с низким индексом резистентности.

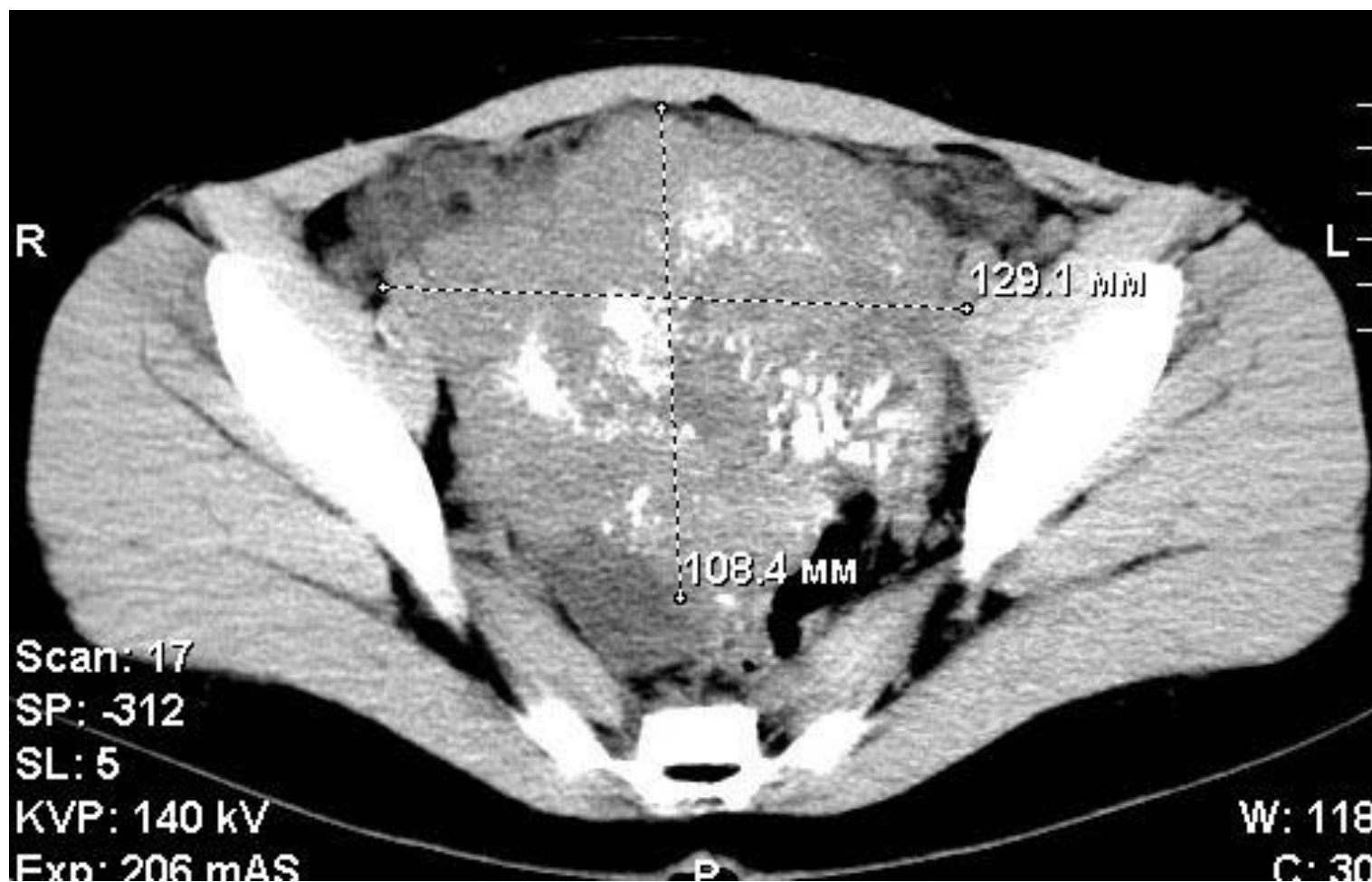
При лабораторном исследовании в некоторых дисгерминомах обнаруживаются анапластические клетки.



Левого
яичника



Дисгерминома-1



Дифференциальный диагноз дисгерминомы яичников

Следует дифференцировать с другими опухолями яичника и фибромиомой матки.

Дифференциальная диагностика с фибромиомой матки.

Фибромиома матки в юношеском и детском возрасте встречается редко. Боль при дисгерминоме относительно сильная (перекрут ножки или разрыв капсулы опухоли). При дисгерминоме наблюдается первичная аменорея или скудные менструации, при фибромиоме обычно - гипер- и полименорея.

Дифференциальная диагностика с какой-либо другой опухолью яичника до операции не имеет большого практического значения, так как всякая опухоль яичника подлежит хирургическому удалению.

Важным этапом в диагностике дисгерминомы является лапаротомия.

Лечение дисгерминомы яичников

Должно быть комплексным (хирургическое, лучевая терапия, химио- и гормонотерапия).

Хирургическое лечение

Объем хирургического вмешательства зависит от стадии поражения (**I стадия** — опухоль не выходит за пределы яичника, **II стадия** — опухоль переходит на органы малого таза, **III стадия** — поражение органов за пределами малого таза, **IV стадия** — поражение печени и легких).

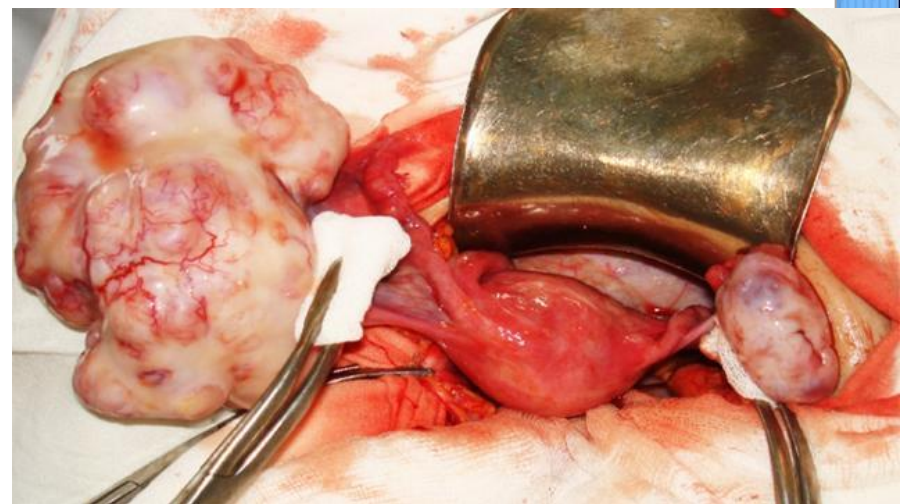


При поражении одного яичника (**I стадия**) показано одно-или двустороннее удаление гонад и обязательное исследование парааортальных лимфатических узлов и сальника. Адьювантная полихимиотерапия.

При **II стадии** заболевания производят экстирпацию или надвлагалищную ампутацию матки с придатками, резекция сальника. Адьювантная полихимиотерапия.

При **III стадии** — объем операции расширяется в зависимости от расположения метастазов и величины опухоли. При технических возможностях выполняется радикальная циторедуктивная операция. При отсутствии технических возможностей производится любой доступный объем операции. Полихимиотерапия в комбинации с иммунотерапией. Облучение малого таза или всей брюшной полости.

Овариэктомия. Некоторые онкологи считают, что дальнейшее лечение не показано. Необходимо внимательное наблюдение за такими больными. Другие рекомендуют послеоперационное облучение противоположной заболеванию стороны. У пациентов с распространением опухоли за пределы яичника необходимо производить экстирпацию матки с придатками и удаление обоих яичников.



Дисгерминома очень чувствительна к облучению. Обычно применяют большие поля облучения, для того чтобы в зону облучения попали значительные опухолевые массивы. Лучевое лечение применяется как для непосредственного воздействия на опухоль и ее метастазы с целью их рассасывания, так и после операции с профилактической целью. Лучевая терапия брюшной полости проводится фракцией 1,5Гр (суммарно 22,5-25Гр), малого таза-2Гр(СОД-40-60Гр) в непрерывном или расщепленном режиме. Облучение проводится с 6 полей . Из химиопрепаратов дисгерминома наиболее чувствительна к **сарколизину** (разовая доза 30-50 мг), на курс лечения 200-250 мг. Препарат вводится внутривенно один раз в неделю. При этом возможна лейко- и тромбоцитопения.



Дети с распространением опухоли за пределы яичника должны подвергаться лучевой терапии так же, как и пациенты с рецидивом опухоли.

В большинстве случаев ко времени установления диагноза злокачественной опухоли поражение относится только к I стадии, однако в трети наблюдений отмечается местное распространение опухоли.

В связи с высокой частотой двустороннего поражения дисгерминомой рекомендуется обследование и биопсия любого подозрительного участка в другом яичнике, если только не предполагается профилактическая **лучевая терапия**.



Сохранение детородной функции возможно у большинства пациенток, если опухолью не поражены матка и противоположный яичник.

Прогноз при дисгермиомах в основном хороший. Выживаемость составляет более 90% при первой стадии, но падает примерно до 35% при третьей стадии с распространением опухоли за пределы яичника. Общая выживаемость, составляющая более 80%, определяется в основном тремя факторами: стадией опухоли, наличием чистой дисгермиомы без других злокачественных компонентов и интактностью капсулы опухоли. В прогностическом плане неблагоприятны метастазы и прорастание за пределы яичника, большие размеры и двусторонняя локализация дисгермиомы.

Спасибо за внимание!!!

