

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2024-20-3-95-98>

Рак яичников *in situ*: клинический случай

А.Н. Туромша¹, А.Э. Протасова^{1–3}, Г.А. Раскин^{2, 4}, Е.Д. Кравцова⁴, А.Л. Андреев¹, Л.В. Страх¹, М.Ю. Шеремет¹

¹ООО «АВА-ПЕТЕР»; Россия, 196634 Санкт-Петербург, ул. Ильюшина, 4, корп. 2;

²ФБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; Россия, 199034 Санкт-Петербург, Университетская набережная, 7–9;

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России; Россия, 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2;

⁴ООО «Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем им. Сергея Березина»; Россия, 194354 Санкт-Петербург, ул. Есенина, 2, корп. 3А

Контакты: Алеся Николаевна Туромша turomsha-an@avaclinic.ru

В большинстве случаев рак яичников диагностируется на поздних стадиях, что приводит к неблагоприятному прогнозу. В настоящее время не существует эффективного скрининга рака яичников, поэтому его обнаружение на ранних стадиях является достаточно уникальным случаем.

Ключевые слова: рак яичников, муцинозная аденокарцинома яичников, гистологическое исследование, рак яичников *in situ*

Для цитирования: Туромша А.Н., Протасова А.Э., Раскин Г.А. и др. Рак яичников *in situ*: клинический случай. Опухоли женской репродуктивной системы 2024;20(3):95–8.

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2024-20-3-95-98>

Ovarian cancer *in situ*: a case report

A.N. Turomsha¹, A.E. Protasova^{1–3}, G.A. Raskin^{2, 4}, E.D. Kravtsova⁴, A.L. Andreev¹, L.V. Strakh¹, M. Yu. Sheremet¹

¹AVA-PETER LLC; Build. 2, 4 Ilyushina St., Saint Petersburg 196634, Russia;

²Saint Petersburg State University; 7–9 Universitetskaya Naberezhnaya, Saint Petersburg 199034, Russia;

³V.A. Almazov National Medical Research Centre, Ministry of Health of Russia; 2 Akkuratova St., Saint Petersburg 197341, Russia;

⁴Medical Diagnostic Center, Medical Institute named after Berezin Sergey; Build. 3A, 2 Yesenina St., Saint Petersburg 194354, Russia

Contacts: Alesya Nikolaevna Turomsha turomsha-an@avaclinic.ru

In most cases, ovarian cancer is diagnosed at advanced stages, leading to a poor prognosis. Currently, there is no effective screening for ovarian cancer, so detecting it in the early stages is a fairly successful case.

Keywords: ovarian cancer, mucinous ovarian adenocarcinoma, histological examination, ovarian cancer *in situ*

For citation: Turomsha A.N., Protasova A.E., Raskin G.A. et al. Ovarian cancer *in situ*: a case report. Opukhohli zhenskoy reproduktivnoy sistemy = Tumors of Female Reproductive System 2024;20(3):95–8. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2024-20-3-95-98>

Истинные опухоли яичника — новообразования с пролиферацией клеточных элементов, которые подразделяются на доброкачественные, пограничные, *in situ* и злокачественные. Несмотря на высокую распространенность новообразований придатков матки, менее 20 % таких опухолей имеют признаки злокачественности. В структуре общей онкологической заболеваемости в России рак яичников (РЯ) составляет

чуть более 1 %, а в структуре онкологической заболеваемости женского населения — 4,7 % [1], 5-летняя выживаемость больных РЯ — 46,5 %. У 1 из 70 женщин в течение жизни будет диагностирован РЯ. 45 % случаев РЯ и 65 % смертей от данного заболевания приходятся на женщин старше 65 лет. 75 % случаев впервые выявленного РЯ диагностируются на III–IV стадиях опухолевого процесса [2].

Для РЯ в настоящее время нет методов эффективного скрининга. Выполнение ультразвукового исследования органов малого таза, определение уровней опухолевых маркеров СА-125 и HE4 с подсчетом индекса ROMA не приводят к снижению смертности больных [3].

Чаще РЯ носит спорадический характер и имеет доказанные факторы риска, такие как возраст старше 55 лет, ожирение, этнические факторы, отсутствие родов, отсутствие приема комбинированной оральной контрацепции, первые роды в возрасте старше 30 лет, менархе до 12 лет, поздняя менопауза, менопаузальная гормональная терапия чистыми эстрогенами и др. Однако 15–20 % случаев РЯ ассоциированы с генетическими мутациями. Так, у 40 % пациенток с мутацией гена *BRCА1* и почти у 20 % пациенток с мутацией *BRCА2* РЯ развивается к 70 годам [4]. Синдром Линча ассоциируется с колоректальным и эндометриальным раком, но также несет 10 % риск развития РЯ в течение жизни. К другим менее распространенным генам, связанным с наследственным РЯ, относятся *TP53*, *BRIP1*, *CHEK2* и *RAD51C*, но они в настоящее время не имеют клинической значимости [5].

Рак яичника имеет следующие характеристики: у пациенток на ранних стадиях симптомы либо отсутствуют, либо носят неясный и непостоянный характер; для опухоли характерны агрессивное течение, короткий период удвоения, универсальный характер метастазирования и многообразие гистологических форм [6].

В новой классификации опухолей яичника отдельной группой стоит карцинома *in situ*, или интраэпителиальная неоплазия III степени [7].

Эпителиальный РЯ – наиболее распространенный гистологический тип. К злокачественным эпителиальным опухолям яичников, согласно 5-му изданию классификации Всемирной организации здравоохранения (2020), относятся: серозная карцинома (низкой и высокой степени злокачественности), эндометриоидная карцинома, серомуцинозная карцинома, муцинозная карцинома, светлоклеточная карцинома, злокачественная опухоль Бреннера, недифференцированная карцинома, смешанная эпителиальная карцинома [8].

Муцинозные аденокарциномы – редкий подтип РЯ, составляющий от 6 до 25 % (в среднем 12 %) всех карцином яичников. Примерно 80 % всех первичных муцинозных опухолей яичника диагностируются на I стадии и имеют достаточно благоприятный прогноз. Вероятнее всего, это связано с яркой клинической картиной даже на ранних этапах заболевания [9].

В настоящее время определение стадии РЯ проводится на основании классификаций FIGO (2014) и TNM.

Напомним, что карцинома *in situ* (от лат. *carcinoma in situ* – рак на месте) – это преинвазивный рак – злокачественная опухоль на начальных стадиях развития,

особенностью которой является наличие всех цитологических признаков злокачественной опухоли, но без прорастания в подлежащую ткань.

Большинство опухолей на стадии *in situ* описаны и изучены для шейки матки, молочной железы и желудочно-кишечного тракта.

Клинические признаки РЯ на стадии *in situ* часто отсутствуют.

В доступной литературе встречаются единичные случаи описания РЯ *in situ*. Так, описан случай карциномы яичника *in situ* предполагаемого происхождения из фаллопиевых труб у пациентки 34 лет с синдромом Линча с патогенной мутацией *MLH1* (экзон 3: IVS3+1 g>a) с установленным диагнозом рака сигмовидной кишки после тотальной колэктомии. Через 10 лет при биопсии эндометрия была выявлена атипичная гиперплазия. При трансвагинальном ультразвуковом исследовании и магнитно-резонансной томографии новообразования придатков не были обнаружены, а уровень СА-125 составлял 15 Ед/мл (в норме <35 Ед/мл). Гистологическое исследование выявило признаки серозной карциномы высокой степени злокачественности *in situ* [10].

Рак яичников *in situ* не имеет общепринятых стандартов лечения, поэтому единичные наблюдения пациенток с данной распространенностью заболевания очень важны для клиницистов, определяющих тактику лечения.

Представляем редкое наблюдение муцинозного РЯ *in situ*, клиническая картина которого позволяла предположить более обширное распространение онкологического заболевания.

Клинический случай

Пациентка Б., 59 лет. Анамнез заболевания: в январе 2022 г. стала отмечать резкое увеличение в объемах живота.

Гинекологический анамнез: менопауза с 56 лет. Всего беременностей: 1. Один аборт (в 1998 г.), без видимых осложнений. Гинекологические заболевания отрицает.

Сопутствующие заболевания: атеросклеротическое поражение коронарных сосудов и аорты.

Наследственный анамнез: наследственность не отягощена.

По данным клинко-лабораторного обследования отмечено повышение уровня онкомаркера СА-125 до 62,1 Ед/мл (референсные значения 0–35 Ед/мл).

Пациентке выполнен лапароцентез. Эвакуировано 7 л асцитической жидкости (рис. 1).

Цитологическое исследование: атипичные клетки.

Магнитно-резонансная томография в феврале 2023 г.: в брюшной полости избыточное количество свободной жидкости. На этом фоне определяются верхние отделы многоузлового кистозного новообразования, вероятно овариального генеза (исходит из малого таза),



Рис. 1. Живот пациентки: а – до операции; б – после операции
Fig. 1. The patient's abdomen: а – before surgery; б – after surgery



Рис. 2. Компьютерная томография органов брюшной полости. В брюшной полости определяется гигантское кистозное новообразование
Fig. 2. Computed tomography of the abdominal organs. A giant cystic neoplasm is detected in the abdominal cavity

общим размером $330 \times 226 \times 90$ мм, с наличием множественных перегородок и разрастаний по капсуле, с неоднородным содержимым некоторых кист. Отмечается неравномерное утолщение брюшины без формирования отдельных узлов.

Компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза в июле 2022 г.: определяется гигантское кистозное новообразование $248 \times 328 \times 392$ мм (рис. 2).

По данным клинко-лабораторного обследования отмечено повышение уровня онкомаркера СА-125 до 125,0 Ед/мл.

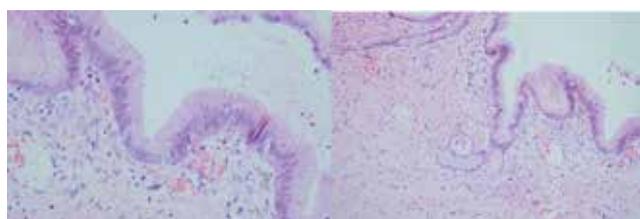


Рис. 3. Микроскопическая картина муцинозного рака яичников
Fig. 3. Microscopic examination of mucinous ovarian cancer

В августе 2022 г. пациентке проведено хирургическое лечение в объеме пангистерэктомии, подвздошно-тазовой лимфодиссекции справа, резекции большого сальника.

Послеоперационное гистологическое исследование: муцинозная карцинома *in situ* правого яичника без признаков dMMR/MSI-H (pMMR) (рис. 3).

Установлен заключительный диагноз: муцинозная карцинома *in situ* правого яичника.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана домой на 4-е сутки. В настоящее время жива, жалоб не предъявляет, признаков рецидива болезни нет.

Данный клинический случай представлен с целью ознакомления коллег и демонстрирует необходимость дальнейшего сбора данных и последующих наблюдений РЯ *in situ*.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. 239 с. Situation with cancer care in Russia in 2021. Ed. by A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, A.O. Shakhzadova. Moscow: P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute – a branch of the National Medical Research Radiological Center, Ministry of Health of Russia, 2022. 239 p. (In Russ.).
2. National Cancer Institute SEER Program. Cancer Stat Facts: Ovarian Cancer. Available at: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html>.
3. ACOG Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit. *Obstet Gynecol* 2018;132(4):e181–6. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002897
4. Andrews L., Mutch D.G. Hereditary ovarian cancer and risk reduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017;41:31–48. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.10.017
5. Daly M.B., Pal T., Berry M.P. et al. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2021;19(1):77–102. DOI: 10.6004/jnccn.2021.0001
6. González-Martín A., Harter P., Leary A. et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2023;34(10):833–48. DOI: 10.1016/j.annonc.2023.07.011
7. Франк Г.А., Москвина Л.В., Андреева Ю.Ю. Новая классификация опухолей яичника. *Архив патологии* 2015;77(4):40–50. DOI: 10.17116/ptol201577440-50
Frank G.A., Moskvina L.V., Andreeva Yu.Yu. A new classification of ovarian tumors. *Arkhiv Patologii = Pathology Archive* 2015;77(4):40–50. (In Russ.). DOI: 10.17116/ptol201577440-50
8. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female Genital Tumours. 5th edn. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020. Available at: <https://tumourclassification.iarc.who.int>.
9. Babaier A., Ghatage P. Mucinous cancer of the ovary: Overview and current status. *Diagnostics (Basel)* 2020;10(1):52. DOI: 10.3390/diagnostics10010052
10. Inoue K., Tsubamoto H., Hao H. et al. Ovarian carcinoma *in situ* of presumable fallopian tube origin in a patient with Lynch syndrome: A case report. *Gynecol Oncol Case Rep* 2013;5:61–3. DOI: 10.1016/j.gynor.2013.05.002

Вклад авторов

А.Н. Туромша, А.Э. Протасова, Г.А. Раскин, Е.Д. Кравцова, А.Л. Андреев, Л.В. Страх, М.Ю. Шеремет: получение и анализ данных, обзор публикаций по теме статьи, написание статьи.

Authors' contributions

A.N. Turomsha, A.E. Protasova, G.A. Raskin, E.D. Kravtsova, A.L. Andreev, L.V. Strakh, M.Yu. Sheremet: obtaining data for analysis and data analysis, review of publications on the topic of the article, article writing.

ORCID авторов / ORCID of authors

А.Н. Туромша / A.N. Turomsha: <https://orcid.org/0009-0008-4164-2372>

А.Э. Протасова / A.E. Protasova: <https://orcid.org/0000-0001-7930-8048>

Л.В. Страх / L.V. Strakh: <https://orcid.org/0000-0001-5943-1081>

М.Ю. Шеремет / M.Yu. Sheremet: <https://orcid.org/0009-0008-4392-0700>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Funding. The work was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики. Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

Compliance with patient rights and principles of bioethics. The patient signed written informed consent to the publication of her data.

Статья поступила: 25.03.2024. Принята к публикации: 29.04.2024. Опубликовано онлайн: 08.11.2024.

Article submitted: 25.03.2024. Accepted for publication: 29.04.2024. Published online: 08.11.2024.