



DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-163-3-113-115

Метастатическое поражение желудка при распространенном раке яичников (клинический случай)*

Богуш Е. А.¹, Малихова О. А.¹, Беляева Т. В.¹, Кирсанов В. Ю.², Поликарпова С. Б.², Высоцкая И. В.², Пономарев В. Е.²

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Metastatic lesion of the stomach in advanced ovarian cancer (case report)*

E. A. Bogush¹, O. A. Malikhova¹, T. V. Belyaeva¹, V. Yu. Kirsanov², S. B. Polikarpova², I. V. Vysotskaya², V. E. Ponomarev²

¹ N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russia

² I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Для цитирования: Богуш Е. А., Малихова О. А., Беляева Т. В., Кирсанов В. Ю., Поликарпова С. Б., Высоцкая И. В., Пономарев В. Е. Метастатическое поражение желудка при распространенном раке яичников (клинический случай). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;163(3): 113–115. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-163-3-113-115

For citation: Bogush E. A., Malikhova O. A., Belyaeva T. V., Kirsanov V. Yu., Polikarpova S. B., Vysotskaya I. V., Ponomarev V. E. Metastatic lesion of the stomach in advanced ovarian cancer (case report). *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;163(3): 113–115. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-163-3-113-115

Богуш Елена Александровна, к.м.н., старший научный сотрудник хирургического отделения № 2 НИИ клинической онкологии им. Н. Н. Трапезникова

Малихова Ольга Александровна, д.м.н. заведующая эндоскопическим отделением НИИ клинической онкологии им. Н. Н. Трапезникова

Беляева Татьяна Валерьевна, врач эндоскопического отделения НИИ клинической онкологии им. Н. Н. Трапезникова ФГБУ

Кирсанов Владислав Юрьевич, к.м.н., доцент кафедры онкологии лечебного факультета

Поликарпова Светлана Борисовна, д.м.н., профессор кафедры онкологии лечебного факультета

Высоцкая Ирина Викторовна, д.м.н., профессор кафедры онкологии лечебного факультета

Пonomarev Валерий Евгеньевич, аспирант кафедры онкологии лечебного факультета

Elena A. Bogush, Senior Researcher, Surgical Department № 2

Olga A. Malikhova, head of endoscopy department

Tatjana V. Belyaeva, endoscopic doctor

Vladislav Yu. Kirsanov, Associate Professor, Department of Oncology, Faculty of Medicine

Svetlana B. Polikarpova, Professor, Department of Oncology, Faculty of Medicine

Irina V. Vysotskaya, Professor, Department of Oncology, Faculty of Medicine

Valeriy E. Ponomarev, graduate student of the Department of Oncology, Faculty of Medicine

✉ **Corresponding author:**

Беляева Татьяна Валерьевна

Tatjana V. Belyaeva

tanechka.belyaeva.1986@mail.ru

* Иллюстрация к статье – на цветной вклейке в журнал.

* Illustration to the article are on the colored inset of the Journal.

Резюме

Метастатическое поражение желудка — чрезвычайно редкое явление. Известны случаи вторичного поражения желудка при меланоме, раке легкого, молочной железы, опухолях без выявленного первичного очага (2). Опухоли яичников составляют 0,013–1,6% от общего числа вторичных опухолей желудка (1). Одной из характерных особенностей, позволяющих заподозрить метастатическое поражение, является изъязвление слизистой оболочки желудка (3).

Ниже представлен клинический случай метастазирования рака яичников в желудок спустя 13 лет после экстирпации матки с придатками. Вторичное поражение желудка выявлено в ходе эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), биопсии инфильтрированной слизистой оболочки задней стенки тела желудка. Диагноз подтвержден при иммуногистохимическом исследовании биоптата измененной висцеральной брюшины.

Женщина 54 лет обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на увеличение живота, боль в околопупочной области и нижних отделах живота. При ультразвуковом исследовании, в брюшной полости — умеренное количество свободной жидкости. С диагностической целью выполнен лапароцентез, цитологическое исследование осадка жидкости — клетки аденокарциномы. Дальнейшее обследование проходила в хирургическом отделении № 2 (диагностики опухолей) НИИ клинической онкологии ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ.

Summary

Stomach metastases from different types of malignant tumors are extremely rare. Common sources of secondary gastric involvement are breast and lung cancer, neoplasms of unknown primary site, malignant melanoma (2). Ovarian carcinomas average 0,013–1,6% of all gastric metastases (1). Ulceration is one of the important features of metastatic stomach lesions (3).

We herein present the case of ovarian carcinoma metastasis to the stomach 13 years after panhysterectomy. Secondary gastric involvement was diagnosed during esophagogastroduodenoscopy and biopsy of posterior gastric wall infiltrated mucosa. The result was additionally confirmed immunohistochemically while analyzing biopsy specimens of visceral peritoneum.

In conclusion, although gastric metastases from ovarian carcinoma is exceptionally rare, clinicians should nevertheless be aware that in patient with gastric tumor and a history of ovarian cancer, gastric lesions may be metastases from the ovarian cancer.

Keywords: ovarian cancer, stomach metastasis, immunocytochemistry, immunohistochemistry

Метастатическое поражение желудка – чрезвычайно редкое явление. Известны случаи вторичного поражения желудка при меланоме, раке легкого, молочной железы, опухолях без выявленного первичного очага (2). Опухоли яичников составляют 0,013–1,6% от общего числа вторичных опухолей желудка (1). Одной из характерных особенностей, позволяющих заподозрить метастатическое поражение, является изъязвление слизистой оболочки желудка (3).

Ниже представлен клинический случай метастазирования рака яичников в желудок спустя 13 лет после экстирпации матки с придатками. Вторичное поражение желудка выявлено в ходе эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), биопсии инфильтрированной слизистой оболочки задней стенки тела желудка. Диагноз подтвержден при иммуногистохимическом исследовании биоптата измененной висцеральной брюшины.

Женщина 54 лет обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на увеличение живота, боль в околопупочной области и нижних отделах живота. При ультразвуковом исследовании, в брюшной полости – умеренное количество свободной жидкости. С диагностической целью выполнен лапароцентез, цитологическое исследование осадка жидкости – клетки аденокарциномы. Дальнейшее обследование проходила в хирургическом отделении № 2 (диагностики опухолей) НИИ клинической онкологии ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ.

Из анамнеза известно, что в 2001 году пациентка перенесла экстирпацию матки с придатками – результат осложненного течения III родов: родовое излитие вод, родовозбуждение, родоусиление, разрыв матки, интранатальная гибель плода. Показатели общего, биохимического анализов крови, коагулограмма – в пределах допустимых значений. Опухолевый маркер СА 125–16,82 Е/мл (норма менее 35 Е/мл). При повторном ультразвуковом исследовании, в брюшной полости – умеренное количество свободной жидкости, утолщение большого

сальника, кистозные изменения брюшины. В ходе маммографии, рентгенографии органов грудной клетки, колоноскопии данных о возможной первичной опухоли, а также других метастатических очагов не выявлено. Однако при ЭГДС, на задней стенке верхней трети тела желудка визуализирован ригидный участок с изъязвленным углублением в центре, и преобладанием интрамурального опухолевого компонента. Слизистая оболочка перифокально изъязвлению разрыхлена, с расширенными полями, малоподвижна. Выполнена биопсия из инфильтрированной слизистой задней стенки тела желудка. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности биоптата: клетки аденокарциномы, подозрение на вторичное поражение желудка. Гистологическое исследование биоптата: хронический воспалительный инфильтрат, в лимфатических щелях – раковые эмболы.

Для дифференциации характера поражения желудка – первичного или метастатического – выполнена видеолапароскопия. При ревизии: в брюшной полости – выраженный спаечный процесс, ревизия малого таза и верхнего этажа брюшной полости не представлялась возможной. Большое количество – более 2,0 литров – свободной хилезной жидкости. На висцеральной брюшине – множественные белеватые просовидные очаги, на отдельных участках сливающиеся в конгломераты до 1,5 см. Биопсия одного из очагов. В верхней трети левого латерального канала вскрыто тонкостенное кистозное образование, содержащее около 1,5 литров мутноватой бурой жидкости. Осложнений хирургического вмешательства не было. Иммуногистохимическое исследование осадка хилезной асцитической жидкости и содержимого кистозного образования: в клетках опухоли – резко выраженная экспрессия рецепторов эстрогенов, СА 125, цитокератина 19, заключение: цитологическая и иммуногистохимическая картина соответствует метастатической аденокарциноме яичников.

При гистологическом исследовании операционного материала обнаружены фрагменты

соединительной ткани с разрастаниями низко- дифференцированного аденогенного рака солидно-мелкоальвеолярного строения с формированием сосочковых структур и признаками слизееобразования в части клеток. Диагноз подтвержден иммуногистохимическим методом. В опухолевых клетках определялась экспрессия цитокератина 18, СА 125, кальретицина, р53, рецепторов эстрогенов. Индекс пролиферации опухолевых клеток Ki67–40%. Заключение: с учетом морфологической картины и характера экспрессии

маркеров, в данном случае имеет место серозная аденокарцинома яичников.

Таким образом, благодаря выполнению полного объема диагностических мероприятий, установлен диагноз и подтвержден гистогенез первичной опухоли, удаленной 13 лет назад. Учитывая распространенность процесса, оперативное вмешательство в оптимальном объеме не представлялось возможным. Пациентке предложено лекарственное лечение препаратами платины и таксанами с последующей оценкой эффекта после 3 курсов.

Обсуждение

По данным литературы, метастатическое поражение желудка более всего характерно для рака легкого, меланомы и рака молочной железы. При раке яичников гематогенный путь метастазирования наблюдается у 2–3% пациентов. Чаще всего поражаются легкие, печень, реже – кости и головной мозг (4).

Основной путь метастазирования рака яичников – имплантационный. Опухолевые клетки непосредственно попадают в брюшную полость и поражают висцеральную и париетальную брюшину (6). Следствием карциноматоза брюшины является опухолевый асцит. Дальнейшая диссеминация опухолевого процесса связана с распространением перитонеальной жидкости из малого таза по правому латеральному каналу в правое поддиафрагмальное пространство за счет присасывающей силы грудной клетки (3, 8). Этот механизм способствует вовлечению в опухолевый процесс

капсулы печени, брыжейки и петель тонкой кишки, большого сальника. Инфильтрация серозной и мышечной оболочки кишки чаще приводит к кишечной непроходимости по типу псевдообструкции, которая обусловлена нарушением иннервации и распространения перистальтической волны. Опухолевая инвазия через все слои стенки кишки не характерна (7). Поражение слизистой оболочки и образование язвенного дефекта желудка может свидетельствовать как о гематогенном, так и об имплантационном распространении опухолевых клеток, поскольку данные биопсии не позволяют исключить поражение серозной оболочки.

В литературе описаны случаи тотального метастатического поражения всех слоев стенки желудка при раке яичников. Как и в представленном примере, метастатическая природа опухоли подтверждена в ходе иммуногистохимического исследования (5).

Заключение

Метастазирование рака яичников в желудок – крайне редкое явление, происходит значительно раньше, чем при гинекологических опухолях другой локализации (10). Карцинома яичников, как правило, ограничивается поражением брюшной полости примерно у 85% пациентов (3).

Особенности распространения заболевания непосредственно связаны с особенностями анатомического строения и функции органа. Этот факт необходимо учитывать при выборе тактики обследования пациентов с опухолями без выявленного первичного очага.

Литература | References

1. Akce M, Bihlmeyer S, Catanzaro A. Multiple gastric metastases from ovarian carcinoma diagnosed by endoscopic ultrasound with fine needle aspiration // *Gastrointestinal Medicine Volume 2012* (2012), Article ID610527, 3 pages.
2. Oda, Kondo H, Yamao T, Saito D, Ono H, Gotoda T, Yamagushi H, Yoshida S, Shimoda T. Metastatic tumors to the stomach: analysis of 54 patients diagnosed at endoscopy and 347 autopsy cases // *Endoscopy*. 2011 Jun; 33(6): 507–510.
3. Kang W, Kim C. Primary epithelial ovarian carcinoma with gastric metastasis mimic gastrointestinal stromal tumor // *Cancer Research and Treatment*. 2008; 40(2): 93–96.
4. Obeidat F, Mismar A, Shomaf M, Yousef M, Fram K. Gastric perforation secondary to metastasis from ovarian cancer: case report // *International Journal of Surgery Case Reports* 2013; 4(6): 541–543/
5. Majerus B, Timmermans M. Gastric metastases of adenocarcinoma. A propose of a case // *Chirurgica Belgica*. 1990; 90: 166–171.
6. Taylor R, Phillips W, O'Connor D, Harrison C. Unusual intramural gastric metastasis of recurrent epithelial ovarian carcinoma // *Gynecologic Oncology*, vol.55, no.1, pp. 152–155, 1994.
7. Cormio G, Rossi C, Cazzolla A et al. Distant metastases in ovarian carcinoma // *International Journal of Gynecological Cancer*, vol. 13, no. 2, pp. 125–129, 2003.
8. Харнас С., Левкин В., Мусаев Г. Рак желудка. Учебное пособие // М.: 2006; 84; 19.
Kharnas S., Levkin V., Musaev G. Cancer of the stomach. Textbook. Moscow, 2006, 84, 19
9. Л. В. Халикова. Особенности метастазирования рака яичников. Креативная онкология и хирургия. Электронный научно-практический журнал. (05.06.2013)
Khalikova L. V. The greater omentum in women with ovarian cancer. Creative surgery and oncology. 2013;(4):80–83. (In Russ.) <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2013-0-4-80-83>

К статье

Метастатическое поражение желудка при распространенном раке яичников (стр. 113–115)

To article

Metastatic lesion of the stomach in advanced ovarian cancer
(p. 113–115)

