

УДК 618.16-006.6-07

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ КАРЦИНОМЫ ВУЛЬВЫ

Р.Ш. Шалбаева, М.Р. Кайрбаев

Представлены основной дизайн и протокол лечения нераспространенных или ранних форм рака вульвы. Показана роль мультидисциплинарного подхода.

Ключевые слова: карцинома вульвы; алгоритм; диагностика; лечение.

ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN EARLY STAGE OF VULVAR CANCER

R.Sh. Shalbaeva, M.R. Kairbaev

The paper presents the basic design and treatment protocol in no advanced or early forms of the vulvar cancer. The role of the multidisciplinary approach is showed.

Keywords: vulvar carcinoma; the algorithm; diagnostics; treatment.

Введение. Карцинома вульвы (КВ) относится к редким заболеваниям, составляя около 4 % всех опухолей женских гениталий. Это заболевание женщин пременопаузального возраста. Более 90 % всех злокачественных опухолей вульвы – это плоскоклеточные раки. Меланомы, аденокарциномы, базально-клеточные и веррукозные карциномы, саркомы и другие заболевания представляют оставшиеся 10 %. Большинство плоскоклеточных карцином вульвы возникает в больших половых губах, хотя также могут поражаться малые половые губы, область клитора и промежности [1].

Интраэпителиальная неоплазия вульвы (VIN) III у некоторых больных является преинвазивным состоянием и при выявлении должна быть пролечена поверхностным иссечением, также возможно применение лазерной терапии [2, 3].

Лечение инвазивной КВ должно быть мультидисциплинарным и индивидуализированным, все больные должны направляться в специализированные онкогинекологические отделения [4].

Цель исследования – оптимизация диагностики и лечения рака вульвы.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились пациентки с КВ, находившиеся на лечении в отделении онкогинекологии Казахского НИИ онкологии и радиологии

с 2003 по 2012 г. Всего было пролечено 594 пациентки с КВ I–II стадий. Согласно Международной классификации болезней, КВ был присвоен код – C-51, в том числе большая половая губа (C-51.0); малая половая губа (C-51.1); клитор (C-51.2); поражение вульвы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C-51.8); поражение вульвы неуточненной части (C-51.9).

Результаты исследования. Стадия при РКВ выставляется на основании данных патолого-хирургических находок (таблица 1). Ранние стадии были выявлены у 594 пациенток КВ, удельный вес по стадиям колебался от 54,1 % в 2004 г. до 75,4 % – в 2012 г.

Лечение. Плоскоклеточная карцинома вульвы. Диагноз должен подтверждаться до начала лечения с помощью биопсии под местной анестезией (идеально подходит для биопсии игла Keys, 4 мм). Биопсия должна включать подлежащую строму. Желательно не иссекать все образование во время биопсии, так как это затрудняет дальнейшее планирование радикального удаления образования. Если образование ≤ 2 см в диаметре и глубина стромальной инвазии $\leq 1,0$ мм по данным биопсии, необходимо полное широкое иссечение образования для тщательного определения глубины инвазии в строму.

Таблица 1 – Карцинома вульвы: номенклатура FIGO (2009)

Стадия	Признаки заболевания
Стадия I	Ограничена вульвой
IA	Образование ≤ 2 см в диаметре, ограниченное вульвой, промежностью со стромальной инвазией $\leq 1,0$ мм*, без метастазов в лимфатические узлы
IB	Образование > 2 см в диаметре или со стромальной инвазией $> 1,0$ мм*, ограниченное вульвой или промежностью, без метастазов в лимфатических узлах
Стадия II	Опухоль любого размера с распространением на прилежащие структуры промежности (нижняя 1/3 уретры, нижняя 1/3 влагалища, анус) без метастазов в лимфатические узлы
Стадия III	Опухоль любого размера с или без распространения на прилежащие структуры промежности (нижняя 1/3 уретры, нижняя 1/3 влагалища, анус) с метастазами в пахово-бедренные лимфатические узлы
IIIA	(i) метастаз в 1 л/узле ($\geq 5,0$ мм) или (ii) 1–2 метастатических л/узла ($\leq 5,0$ мм)
IIIB	(i) 2 и более метастатических л/узла ($\geq 5,0$ мм) или (ii) 3 и более метастатических л/узла ($< 5,0$ мм)
IIIC	Метастазы в л/узлы с экстракапсулярным ростом
IV	Опухоль прорастает в другие соседние структуры (верхние 2/3 уретры, верхние 2/3 влагалища) или имеются отдаленные метастазы
IVA	Опухоль поражает одну из следующих структур: - (i) слизистая верхней уретры и/или верхней части влагалища, слизистую прямой кишки, или фиксирована к костям таза, или - (ii) фиксированные или изъязвленные пахово-бедренные л/узлы
IVB	Любые отдаленные метастазы, включая тазовые лимфатические узлы

Примечание. * – глубина инвазии определяется измерением опухоли от эпителиально-стромального соединения прилежащего наиболее поверхностного сосочка кожи до наиболее глубокой точки инвазии.

Исследования, рекомендуемые для выработки плана лечения: пап-тест с вульвы и шейки матки при ее наличии.

Кольпоскопия шейки и влагалища, так как плоскоклеточные образования вульвы часто ассоциируются с другими плоскоклеточными интраэпителиальными образованиями.

Компьютерная томография таза и паховых областей помогает выявить увеличенные лимфатические узлы в тазу, особенно при наличии пальпируемых лимфатических узлов в паховой области.

Рутинные исследования крови и рентген органов грудной клетки выполняются на предоперационном этапе.

В лечении КВ стандартной операции не существует. Цель хирургического лечения состоит в полном удалении опухоли с максимальным сохранением органа в том объеме, который обеспечивает контроль над заболеванием. В принятии решения о методах лечения, необходимо подбирать наиболее подходящий метод как для первичного очага, так и для регионарных зон (пахово-бедренных) независимо друг от друга [5].

Ранние стадии заболевания. С целью снижения психосексуальной заболеваемости, связанной

с удалением всей вульвы, необходимо стремиться к максимально консервативным вмешательствам при локализованных опухолях без ущерба для радикальности (рисунок 1). Так, радикальное локальное иссечение в отношении местного рецидива одинаково эффективно по сравнению с радикальной вульвэктомией [2, 4].

Хирургическое удаление опухоли должно обеспечивать как минимум 1 см от опухоли до края резекции в горизонтальном направлении, в глубину необходимо доходить до нижней фасции урогенитальной диафрагмы, которая залегает на одном уровне с широкой фасцией бедра и фасцией, покрывающей лонный симфиз [4]. Если образование близко к уретре, можно резецировать дистальную часть уретры до 1 см без риска возникновения недержания мочи. Любые имеющиеся очаги VIN должны быть иссечены поверхностно для улучшения качества жизни и исключения поверхностной инвазии.

Подводя итог сказанному выше, можно отметить, что лечение карциномы вульвы должно быть строго индивидуализированным и выполняться в зависимости от стадии или степени распространенности опухолевого процесса. Ранними формами

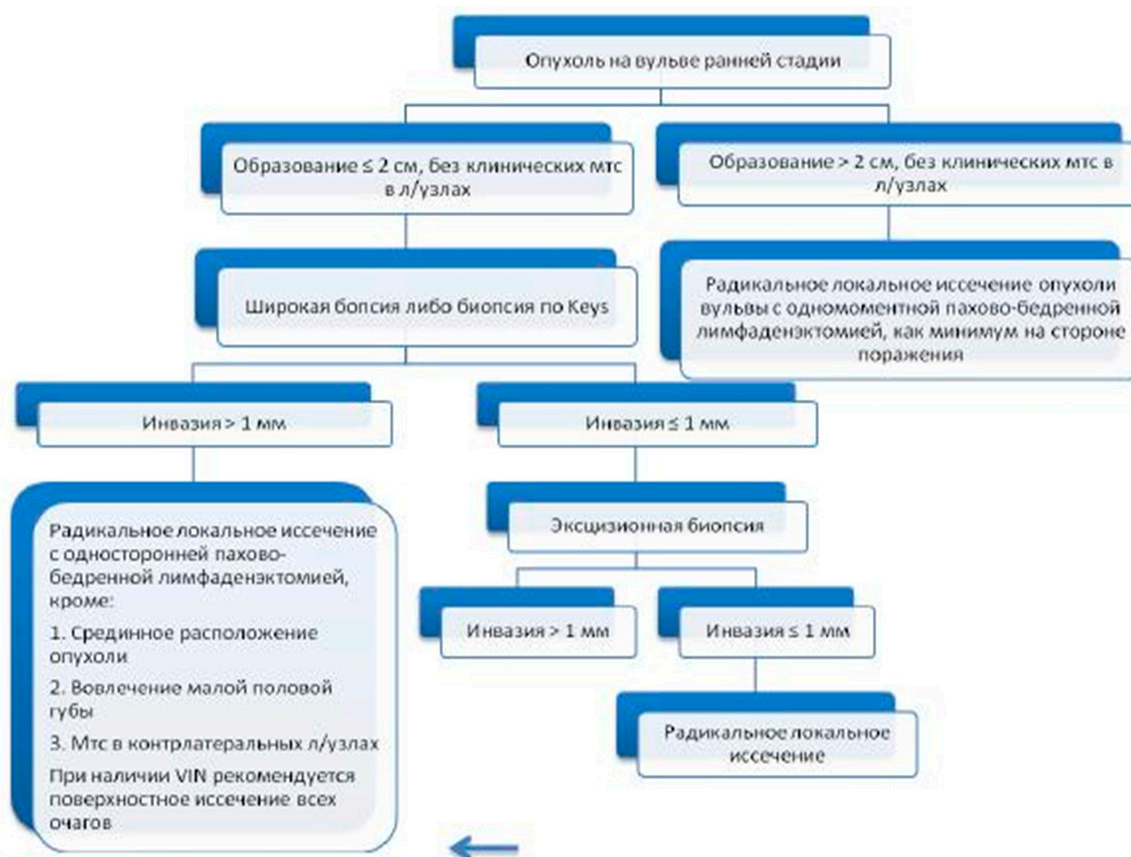


Рисунок 1 – Алгоритм лечения первичной опухоли вульвы ранней стадии

рака вульвы являются опухоли, не распространяющиеся за пределы самого органа и не превышающие 2 см в диаметре. Повсеместно принято, что эти опухоли относятся к визуально определяемым локализациям. За исследуемый период времени доля пациенток с ранними стадиями рака вульвы растет. В зависимости от глубины инвазии объем хирургического вмешательства может меняться, в том числе и необходимость лимфаденэктомии на стороне поражения. В целом, прогноз при ранних формах карциномы вульвы благоприятный.

Литература

1. *Fonseca-Moutinho J.A., Coelho M.C., Silva D.P.* Vulvar squamous cell carcinoma. Prognostic factors for local recurrence after primary en bloc radical vulvectomy and bilateral groin dissection // *J. Reprod. Med.* 2000. V. 45 (8). P. 672–8.
2. *Heaps J.M., Fu Y.S., Montz F.J. et al.* Surgical-pathologic variables predictive of local recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva // *Gynecol. Oncol.* 1990. V. 38 (3). P. 309–14.
3. *Köhler U., Schöne M., Pawlowitsch T.* Results of an individualized surgical therapy of vulvar carcinoma from 1973–1993 // *Zentralbl. Gynekol.* 1997. V. 119. Suppl. 1. P. 8–16.
4. *Chan J.K., Sugiyama V., Pham H. et al.* Margin distance and other clinicopathologic prognostic factors in vulvar carcinoma: a multivariate analysis // *Gynecol. Oncol.* 2007. V. 104 (3). P. 636–41.
5. *Sago N., Nakao Y., Iwasaka T.* Prognostic factors of vulvar cancer // *Gan. To. Kagaku. Ryoho.* 2006. V. 33 (13). P. 1991–7.