

ТОТАЛЬНАЯ ВАГИНЭКТОМИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

**А.Р. САТАНОВА¹, Д.Р. КАЙДАРОВА¹, Е.К. КУКУБАСОВ¹, О.О. БЕРТЛЕУОВ¹,
Д.Б. КАЛДЫБЕКОВ¹, Р.О. БОЛАТБЕКОВА¹**

¹АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Стратегия лечения вагинального рецидива гинекологического рака остается сложной клинической проблемой. Хирургическое лечение является эффективной и относительно безопасной стратегией для этих случаев. Вагинэктомия является одним из методов хирургического лечения местного рецидива гинекологического рака. Хотя вагинэктомия считается эффективным методом лечения вагинального рецидива рака шейки матки, рака яичников и рака эндометрия, удалось найти лишь несколько опубликованных сообщений о вагинальной резекции, и в большинстве случаев резекция влагалища проводилась вагинальным и/или открытым доступом. Также было найдено несколько сообщений о лапароскопической резекции влагалища по поводу рецидива при гинекологическом раке.

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность вагинэктомии при рецидивах гинекологического рака на примере клинических случаев вагинэктомии.

Методы: Были изучены данные клинических случаев 7 пациенток после проведения вагинэктомии.

Результаты: Возраст пациенток варьировал от 42 до 62 лет (медиана – 53 года). Продолжительность операции варьировала от 240 до 480 минут (медиана – 317 мин), объем кровопотери составил от 90 до 220 мл (медиана – 140 мл), края резекции во всех случаях были отрицательными. У 2 пациенток был установлен мочеточниковый катетер. Катетер Фолей был удален в среднем через 10 дней (диапазон от 1 до 11 дней). Продолжительность пребывания пациенток в стационаре варьировала от 7 до 14 дней (медиана 7 дней). Интраоперационных осложнений не было. Все пациентки после проведения вагинэктомии живы.

Заключение: Вагинальный рецидив является наиболее частым типом местного рецидива при гинекологическом раке, и нет единого мнения относительно тактики его лечения. Хотя эта статья несколько ограничена по числу пациенток, наши результаты показывают эффективность вагинэктомии при вагинальных рецидивах гинекологического рака.

Ключевые слова: рецидив, вагинэктомия, гинекологический рак, рак шейки матки (РШМ), рак яичников (РЯ), рак эндометрия (РЭ).

Введение: Стратегия лечения вагинального рецидива гинекологического рака остается сложной клинической проблемой. Сообщается, что хирургическое лечение является эффективной и относительно безопасной стратегией для этих случаев.

По данным Papici и др., вагинэктомия может рассматриваться как терапевтический вариант изолированного вагинального рецидива у пациенток, ранее перенесших основное лечение. В исследовании с участием 29 пациенток 5-летняя общая выживаемость и 5-летняя выживаемость без прогрессирования составила 70,5% и 59,4%, соответственно. У семи пациенток развились метастазы со средним временем до рецидива от 13 месяцев; рецидив в малом тазу был выявлен у пяти пациенток, метастазы в легкие были выявлены у двух пациенток [1].

Choi и др. исследовали целесообразность и эффективность лапароскопической верхней вагинэктомии у четырех пациенток после гистерэктомии, у которых поражения были в верхней трети влагалища. Полученные результаты были относительно оптимистичными: все четыре случая после лапароскопической вагинэктомии были без рецидивов. Однако результат не был убедительным из-за малого количества пациенток [2].

Другое исследование было проведено в отношении вагинэктомии лапаротомным доступом у 8 пациенток после гистерэктомии и брахитерапии. У пяти пациенток развился рецидив, в том числе у двух пациенток с местным рецидивом, два пациента с отда-

ленными метастазами и один пациент с местным рецидивом и отдаленными метастазами [3].

Хотя вагинэктомия считается эффективным методом лечения вагинального рецидива рака шейки матки (РШМ), рака яичников (РЯ) и рака эндометрия (РЭ), авторы смогли найти лишь несколько опубликованных сообщений о вагинальной резекции, и в большинстве случаев резекция влагалища проводилась вагинальным и/или открытым доступом. Также было найдено несколько сообщений о лапароскопической резекции влагалища по поводу рецидива при гинекологическом раке [4].

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность вагинэктомии при рецидивах гинекологического рака на примере 7 клинических случаев вагинэктомии.

Методы

Были изучены данные клинических случаев 7 пациенток после проведения вагинэктомии.

Информация о пациентах:

В группу исследования включены 7 пациенток, перенесших тотальную вагинэктомию по поводу изолированного вагинального рецидива РШМ, РЯ или РЭ в АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» (Алматы, Казахстан) в период с июля 2020 г. по декабрь 2021 г.

Клинические данные: Возраст пациенток варьировал от 42 до 62 лет (медиана 53 лет). РШМ стадии Iв1

был диагностирован у 5 пациенток, РЯ стадии 3с – у одной пациентки, РЭ стадии 1а – у одной пациентки. Рецидивы были выявлены в период от 4 до 48 месяцев после первичного лечения. Одной пациентке с диагнозом РШМ была произведена радикальная гистерэктомия и тазовая лимфодиссекция, 2 пациентки с диагнозом РЯ перенесли циторедуктивную операцию. Три пациентки с диагнозом РШМ перенесли химиолучевую терапию (ХЛТ), 1 пациентке с диагнозом РЭ проведен 1 курс полихимиотерапии (ПХТ). Одна пациентка была ранее прооперирована лапароскопическим доступом, 2 пациентки – лапаротомным доступом. Три пациентки получали ХЛТ, 1 пациентка – химиотерапию. Края резекции во всех случаях были отрицательными. Клинические характеристики пациенток представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Клинические характеристики пациенток, перенесших тотальную вагинэктомию

Характеристики пациентов (n=7)	
Возраст	46-62 (ср. 53)
РШМ	5
РЯ	1
РЭ	1
Стадийность процесса:	
- 1а	1
- 1в1	2
- 2в	2
- 3с	1
- 4а	1
Лечение рецидива до вагинэктомии:	
- ПХТ	2
- ХЛТ	2
- ДЛТ	1
- СЛТ	1
- не проводилось	1
Гистологический тип опухоли:	
- плоскоклеточный рак	5
- аденокарцинома	2

Лечение

Показанием для вагинэктомии являлся подтвержденный изолированный вагинальный рецидив, без отдаленных метастазов и тяжелых сопутствующих заболеваний. У каждой из пациенток был диагностирован изолированный вагинальный рецидив РШМ, РЯ и РЭ с распространением до нижней трети влагалища. По каждому случаю был собран подробный анамнез

по поводу лечения первичной опухоли. Одна пациентка с РШМ была направлена в наш институт после предшествующей гистерэктомии, 2 пациентки с РЯ перенесли гистерэктомию в нашей больнице, 3 пациентки с РШМ направлены после предшествующей ХЛТ, 1 пациентка с РЭ после проведенной ПХТ. Гистерэктомия выполнялась как простая экстрафасциальная абдоминальная гистерэктомия (2 пациента) и радикальная гистерэктомия (1 пациент). У двух пациенток гистерэктомия сочеталась с двусторонней сальпингоофорэктомией, у одной – с тазовой лимфодиссекцией. Всем пациенткам проведен гинекологический осмотр с биопсией для подтверждения диагноза и оценки распространения опухолевого процесса. Вагинэктомия проводилась лапароскопическим доступом у двух пациенток и открытым доступом – у пяти пациенток.

Пациентки были полностью информированы о характере операции и возможных интраоперационных и послеоперационных осложнениях.

Общие и хирургические показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Общие и хирургические показатели пациенток, перенесших тотальную вагинэктомию

Длительность операции (медиана, диапазон)	317 мин (240-480 мин)
Объем кровопотери (медиана, диапазон)	140 мл (90-220 мл)
Ранние послеоперационные осложнения	нет
Поздние послеоперационные осложнения	нет
Рецидив после вагинэктомии	нет

Продолжительность операции варьировала от 240 до 480 минут (медиана – 317 мин), объем кровопотери колебался от 90 до 220 мл (медиана – 140 мл), края резекции во всех случаях были отрицательными. Послеоперационный вид после вагинэктомии указан на рисунке 1. У 2 пациенток был установлен мочеточниковый катетер. Катетер Фолея был удален в среднем через 10 дней (диапазон от 1 до 11 дней). Продолжительность пребывания пациенток в стационаре варьировала от 7 до 14 дней (медиана 7 дней). Интраоперационных осложнений не зарегистрировано. Все пациенты после проведения вагинэктомии живы.

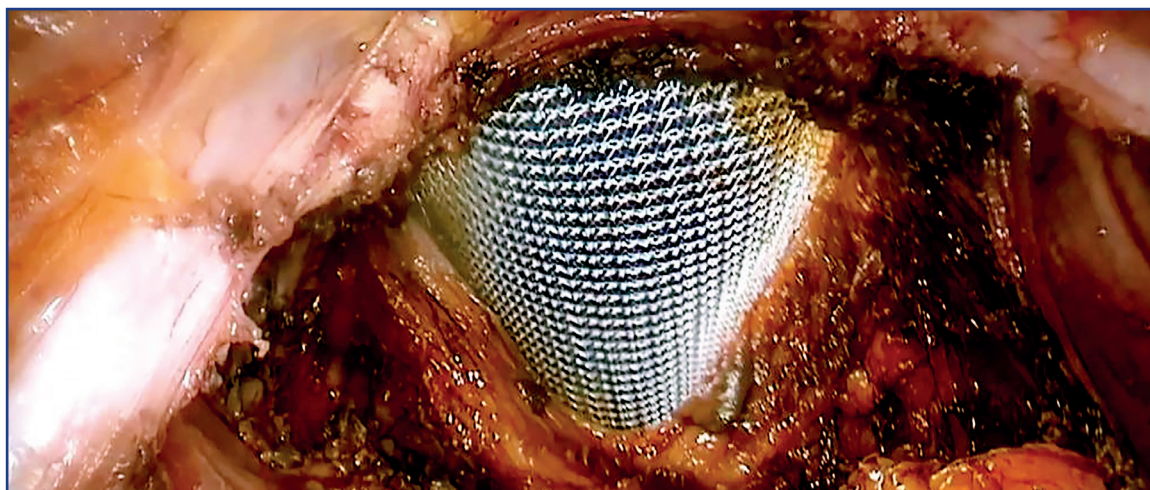


Рисунок 1 – Вид после вагинэктомии изнутри

Результаты: По результатам данного исследования можно судить о безопасности данного вида оперативного вмешательства. Так, продолжительность операции варьировала от 240 до 480 минут (медиана – 317 мин), объем кровопотери составил от 90 до 220 мл (медиана – 140 мл), продолжительность пребывания пациенток в стационаре варьировала от 7 до 14 дней

(медиана 7 дней), интраоперационных осложнений не было, все пациенты после проведения вагинэктомии живы, что является основными критериями безопасности операции.

Временная шкала:

На рисунке 2 представлена временная шкала описанных клинических случаев вагинэктомии.



Рисунок 2 – Временная шкала описанных клинических случаев вагинэктомии

Обсуждение: Почти 60% смертей от гинекологических злокачественных новообразований обусловлены локальным рецидивом [5]. У большинство пациентов с местным рецидивом при гинекологическом раке опухоли не поддаются лучевой терапии (ЛТ) в связи с предыдущими интенсивными режимами ЛТ. ПХТ также оказывается неэффективной в связи с большим распространением опухоли. Пациенты, получающие ЛТ, имеют частые осложнения, такие как цистит, кишечная непроходимость, сексуальные проблемы, что серьезно снижает качество жизни у пациентов с плохим прогнозом, перво-степенной целью исследований по вагинэктомии была оценка осуществимости и частоты осложнений.

В мире не проводилось больших исследований по эффективности и безопасности проведения вагинэктомии по поводу рецидива гинекологического рака.

В исследовании Vizzielli и др. [6], 15 женщинам с рецидивом РШМ была выполнена вагинэктомия, а 30 пациенткам была проведена экзентерация малого таза. Статистических различий между двумя группами по исходным характеристикам не наблюдалось. Процедуры вагинэктомии были успешно выполнены у всех женщин, и ни в одном случае не потребовалась конверсия в экзентерацию. Кроме того, зарегистрирована более высокая частота тяжелых послеоперационных осложнений после экзентерации органов малого таза, таких как ТЭЛА, по сравнению с вагинэктомией (p=0,027). В частности, трем женщинам потребовалась повторная операция в течение 30 послеоперационных дней, а у четырех было отмечено два и более осложнений. В общей сложности 5 из 15 (33,3%) пациенток

умерли от заболевания в группе вагинэктомии и 13 из 30 (43,3%) – в группе экзентерации, при медиане общей выживаемости 39 и 18 месяцев, соответственно (p=0,161).

Заключение: Представленные клинические случаи показывают положительный результат лечения гинекологических рецидивов, а также позволяют делать выводы об эффективности вагинэктомии. Вагинэктомия может быть эффективной при поражениях влагалища после первичной гистерэктомии и ЛТ, однако требуется проведение более обширных исследований и изучение литературных данных для определения эффективности вагинэктомии при вагинальных рецидивах гинекологического рака.

Список использованных источников:

1. Panici B.P., Mancini N., Bellati F., Donato V., Marchetti C., Falco C., Tucci C., Angioli R. Vaginectomy: A minimally invasive treatment for cervical cancer vaginal recurrence // *Int. J. Gynecol. Cancer* – 2009. – Vol. 19. – P. 1625–1631. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181a80a0a>;
2. Choi Y.J., Hur S.Y., Park J.S., Lee K.H. Laparoscopic upper vaginectomy for post-hysterectomy high risk vaginal intraepithelial neoplasia and superficially invasive vaginal carcinoma // *World J. Surg. Oncol.* – 2013. – Vol. 11. – P. 1–5. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-11-126>;
3. Dessole M., Petrillo M., Lucidi A., Naldini A., Rossi M., Laco P., Marnitz S., Sehoul J., Scambia G., Chiantera V. Quality of life in women after pelvic exenteration for gynecological malignancies: a multicentric study // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 2018. – Vol. 28(2). – P. 267-273. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000612>;
4. Bizzarri N., Chiantera V., Ercoli A., Fagotti A., Tortorella L., Conte C., Cappuccio S., Donna M.C., Gallotta V., Sambia G., Vizzielli G. Minimally invasive pelvic exenteration for gynecologic malignancies: a multi-institutional case series and review of the literature // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2019. – Vol. 26(7). – P. 1316-1326. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.12.019>;
5. Ferrandina G., Ercoli A., Fagotti A., Fanfani F., Gallotta V., Margariti A.P., Salerno M.G., Chiantera V., Legge F., Macchia G.,

Morganti A.G., Valentini V., Sambia G. Completion surgery after concomitant chemoradiation in locally advanced cervical cancer: a comprehensive analysis of pattern of postoperative complications // Ann. Surg. Oncol. – 2014. – Vol. 21(5). – P. 1692-1699. <https://doi.org/10.1245/s10434-013-3471-y>.

6. Vizzielli G., Chiantera V., Tinelli G., Fagotti A., Gallotta V., Giorgio A., Alletti S.G., Sambia G. Out-of-the-box pelvic surgery including iliopectus resection for recurrent gynecological malignancies: does that make sense? A single-institution case series. // Eur. J. Surg. Oncol. – 2017. – Vol. 43(4). – P. 710-716. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.10.028>.

ТҰЖЫРЫМ

ҚАЙТАЛАНАТЫН ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ҚАТЕРЛІ ІСІККЕ ЖАЛПЫ ВАГИНЭКТОМИЯ: ЖАҒДАЙЛАР ҚАТАРЫ

А.Р. Сатанова¹, Д.Р. Қайдарова¹, Е.К. Кукубасов¹, О.О. Бертлеуов¹, Д.Б. Қалдыбеков¹, Р.О. Болатбекова¹

¹«Қазақ онкология және радиология ғылыми зерттеу институты» АҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы;

Өзектілігі: Гинекологиялық қатерлі ісіктің вагинальды қайталануын емдеу стратегиясы күрделі клиникалық мәселе болып қала береді. Хирургия бұл жағдайлар үшін тиімді және салыстырмалы түрде қауіпсіз стратегия болып табылады. Вагинэктомия – гинекологиялық ісіктің жергілікті қайталануын хирургиялық емдеу әдістерінің бірі. Вагинэктомия жатыр мойны, аналық без және эндометрий ісіктерінің қынаптық қайталануының тиімді емі болып саналғанымен, вагинальды резекциялар туралы жарияланған бірнеше жариялымдар ғана табылды және көп жағдайда вагинальды резекциялар вагинальды және/немесе ашық қол жетімділік арқылы орындалды. Гинекологиялық қатерлі ісік кезінде аурудың қайталануы кезінде лапароскопиялық вагинальды резекция туралы бірнеше жариялымдар табылды.

Зерттеудің мақсаты – қайталанатын гинекологиялық қатерлі ісік кезінде вагинэктомияның тиімділігін зерттеу.

Әдістері: Вагинэктомиядан кейінгі 7 науқастың клиникалық жағдайларының деректері талданды.

Нәтижелер: Науқастардың жасы 42-ден 62 жасқа дейін (медиана 53 жас). Операция ұзақтығы 240-тан 480 минутқа дейін өзгерді (орташа 317 мин), қан жоғалту көлемі 90-нан 220 мл-ге дейін (орташа 140 мл), резекция шекаралары барлық жағдайларда теріс болды. 2 науқасқа несепарат катетері қойылды. Фолей катетері орташа 10 күннен кейін (диапазон 1-ден 11 күнге дейін) жойылды. Науқастардың ауруханада болу ұзақтығы 7 күннен 14 күнге дейін (медиана 7 күн) болды. Операция кезіндегі асқынулар болған жоқ. Вагинэктомиядан кейінгі барлық науқастар тірі.

Қорытынды: Қынаптық рецидив гинекологиялық қатерлі ісік кезіндегі жергілікті қайталанудың ең көп таралған түрі болып табылады және емдеу тактикасына қатысты консенсус жоқ. Бұл мақала пациенттер саны бойынша біршама шектеулі болса да, біздің нәтижелеріміз қайталанатын вагинальды гинекологиялық қатерлі ісік кезінде вагинэктомияның тиімділігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: рецидив, вагинэктомия, гинекологиялық қатерлі ісік, жатыр мойнының қатерлі ісігі (ЖМКІ), аналық безінің қатерлі ісігі (АБКІ), эндометрийдің қатерлі ісігі (ЭІ).

ABSTRACT

TOTAL VAGINECTOMY FOR RECURRENT GYNECOLOGICAL CANCER: A SERIES OF CLINICAL CASES

A.R. Satanova¹, D.R. Kaidarova¹, E.K. Kukubassov¹, O.O. Bertleuov¹, D.B. Kaldybekov¹, R.O. Bolatbekova¹

¹JSC «Kazakh Institute of Oncology and Radiology,» Almaty, the Republic of Kazakhstan;

Relevance: Treating vaginal recurrence of gynecological cancer remains a complex clinical problem. Surgery is an effective and relatively safe strategy for these cases. Vaginectomy is a method of surgical treatment of gynecological cancer local recurrence. Although vaginectomy is considered an effective treatment for a vaginal recurrence of cervical, ovarian, or endometrial cancers, only a few published reports of vaginal resections have been found. In most cases, vaginal resections were performed by vaginal and/or/or open access. Several reports on laparoscopic vaginal resection for recurrence in gynecological cancer were found.

The aim was to study the effectiveness of vaginectomy in recurrent gynecological cancer.

Methods: Clinical cases of seven patients after vaginectomy were analyzed.

Results: The patients age ranged from 42 to 62 years (median 53 years). The duration of the operation varied from 240 to 480 minutes (median 317 min), the volume of blood loss – from 90 to 220 ml (median 140 ml), and resection margins were negative in all cases. An ureteral catheter was installed in 2 cases. The Foley catheter was removed after 10 days on average (from 1 to 11 days). The patients stayed in the hospital for 7-14 days (median – 7 days). No intraoperative complications were registered. All patients after vaginectomy are alive.

Conclusion: Vaginal recurrence is the most common local recurrence in gynecological cancer; and there is no consensus regarding its treatment tactics. Although this article is somewhat limited in the number of patients, our results show the efficacy of vaginectomy in recurrent vaginal gynecological cancer.

Keywords: relapse, vaginectomy, gynecological cancer, cervical cancer (CC), ovarian cancer (OC), endometrial cancer (EC).

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Данное исследование профинансировано в рамках НТП ВР11065390 (ПЦФ МЗ РК).

Вклад авторов: вклад в концепцию – Кайдарова Д.Р.; научный дизайн – Болатбекова Р.О.; исполнение заявленного научного исследования – Кукубасов Е.К., Бертлеуов О.О.; интерпретация заявленного научного исследования – Сатанова А.Р., Калдыбеков Д.Б.; создание научной статьи – Сатанова А.Р.

Сведения об авторах:

Сатанова Алина Ринатқызы (корреспондирующий автор) – врач-хирург АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, пр-т Абая 91, тел. +77013264533, e-mail: alima.satanova@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7863-9291>;

Кайдарова Дилара Радиқовна – д.м.н., профессор, академик НАН РК, Председатель правления АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +777017116593, e-mail: dilyara.kaidarova@gmail.com, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0969-5983>;

Кукубасов Ерлан Каирлыевич – к.м.н., руководитель Центра онкогинекологии АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +7012261532, e-mail: e.kukubassov@gmail.com, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2034-7776>;

Бертлеуов Орынбасар Оразғалиевич – врач-хирург, АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77016661712, e-mail: dr.bertleuov@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6842-0269>;

Болатбекова Райхан Олмесхановна – PhD, заведующая отделением онкогинекологии, Алматинский онкологический центр, Алматы, Республика Казахстан, тел. +77012221293, e-mail: r.bolatbekova@gmail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4576-5432>;

Калдыбеков Даурен Болатович – врач-хирург, АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +7021020588, e-mail: dauren_bolatuly@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5373-7167>.