

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ЯЄЧКА РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

В.П. Стусь¹, М.М. Моїсеєнко¹, В.М. Краснов^{1,2},
К.В. Ніколаєва¹, М.Ю. Поліон¹

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Вступ. Частка пухлин яєчка складає 1–1,5% у структурі загальної онкологічної захворюваності серед чоловіків і 5% від усіх пухлин уrogenітального тракту. За останні 40 років захворюваність тестикулярними пухлинами майже подвоїлася. Найбільші показники захворюваності – в Західній (7,8%) і Північній Європі (6,7%), Австралії (6,5%), Північній Америці (6,5%), найнижчі – в Азії (0,5–1,5%) і Африці (0,2–0,7%) [6]. Згідно зі світовими даними близько 95% пухлин яєчка складають герміногенні пухлини (семіноми і несеміноми); 4% – лімфоми; 1% складають пухлини яєчка з рідкісною гістологічною будовою [3]. За клінічними спостереженнями можна виділити два піки захворюваності. Перший включає чоловіків віком 19–29 років. Другий пік захворюваності у чоловіків віком 60–75 років.

Причини виникнення раку яєчка достовірно невідомі, але виділяють головні чинники ризику: присутність пренеопластичного процесу в яєчку (є типовим морфологічним попередником інвазивних пухлин, у дітей рак яєчка в 90% випадків розвивається на тлі малігнізації ембріональної доброякісної тератоми); спадковість (наявність герміногенної пухлини у кровних родичів значно підвищує ризик розвитку) [3, 5]; крипторхізм (вважають, що поєднання крипторхізму і схильності до пухлин яєчка може бути пов'язане із загальними етіологічними і патогенетичними чинниками, проте не виключається і причинно-наслідковий зв'язок між аномаліями розвитку семенників і подальшим виникненням пухлин) [2]; травми.

Клінічно первинна пухлина яєчка проявляється збільшенням у розмірах або набряком органа, а також появою в ньому пальпованого пухлинного утворення. Ці симптоми зустрічаються у 80–90% пацієнтів [4]. Близько 10% хворих скаржаться на болі, що свідчить про утиск пухлинних мас, кровотечу або інфаркт у тканині пухлини або при супутній гострій епідидиміт. Понад 50% пацієнтів з несеміноюю і 25% з семіноюю мають метастази при звер-

ненні до лікаря, які клінічно проявляються тільки в 10% випадків.

При діагностиці пухлини яєчка слід звернути увагу на лабораторні дослідження, які обов'язково включають визначення трьох показників, що є пухлинними маркерами: рівня α -фетопротеїна, β -хоріонічного гонадотропіну і лактатдегідрогенази [1]. Повторне визначення рівня цих показників використовується для виявлення метастатичної поразки. Біопсію проводять обов'язково за допомогою радикальної пахової орхіектомії, лише в окремих випадках (наприклад, коли людина має тільки одне яєчко), хірург використовує пахову біопсію, видаляючи зразок тканини з яєчка через розріз у паху і потім проводить орхіектомію, тільки якщо гістолог виявляє ракові клітини.

Лікування цієї патології комплексне і включає в себе хірургічне втручання (в більшості випадків – це радикальна пахова орхіектомія, після якої, за бажанням пацієнта, в калитці можна встановити протез яєчка) [7], хіміотерапію (яка в більшості випадків проводиться після хірургічного втручання) та променевою терапію (застосовується як до, так і після хірургічного втручання).

Мета дослідження: проаналізувати захворюваність на рак яєчка госпіталізованих хворих у клініці урології ДЗ «ДМА МОЗ України» на базі КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова».

Матеріали і методи дослідження. Задачами дослідження були: визначення відсотка герміногенних пухлин серед усіх пухлин пацієнтів урологічного відділення № 2 лікарні ім. Мечникова; визначення вікового піку захворюваності; визначення кількості випадків пухлин із проростанням у капсулу яєчка, а також чи є зв'язок між проростанням пухлини і наявністю метастазів.

Результати та їх обговорення. Проаналізовані карти стаціонарних хворих за останні 5 років (2013–2017). Виявлено 23 хворих на рак яєчка. Більша частина (15 випадків) – семіномні пух-

лини, 3 випадки – ембріональної карциноми, 3 – сперматоцидної семіноми, 1 випадок лейоміоми і 1 випадок семіноми на тлі тератоми, а отже – 95% – герміногенні пухлини (рис. 1).

У всіх випадках проводилася висока орхіфунікулектомія, у 11 випадках було зроблено лімфаденектомію клубових лімфатичних вузлів. Частіше вражається праве яєчко (20 пацієнтів мали пухлину правого яєчка, 3 – лівого). Було визначено, що з 23 пацієнтів у 10 пухлина проросла в капсулу яєчка, тоді як у 13 пацієнтів проростання в капсулу не було виявлено (рис. 2).

Був встановлений зв'язок між проростанням пухлини в капсулу та наявністю метастазів в клубових лімфовузлах, а також віддалених метастазів, оскільки в двох випадках (один – з проростанням пухлини в капсулу, інший – без проростання) була наявність метастазів у клубових лімфовузлах та віддалені метастази (легені), в десяти випадках (7 – з проростанням в капсулу, 3 – без проростання) була наявність метастазів у клубових лімфовузлах, і в 11 випадків (2 – з ростом пухлини в капсулу, 9 – без росту) метастазів взагалі не спостерігалось.

За нашими даними більша частина новоутворень яєчка була діагностована між 30 і

39 роками (8 чоловіків); віком 24–29 – 6 чоловіків, 40–44 – 3 чоловіки і 51–57 – 4 чоловіки і 65–66 років – 2 чоловіки (рис. 3).

Вивчаючи значення пухлинних маркерів при різних пухлинах яєчка можна зробити висновок, що при семіномі ЛДГ збільшується у 7 разів, ХГЧ значно збільшується (у 23 рази), а АФП збільшується у 3 рази; значення пухлинних маркерів ЛДГ та ХГЧ при семіномі на тлі тератоми може збільшуватись у 1,5 рази, а АФП збільшується в 20 разів; при ембріональній карциномі ЛДГ не змінюється, ХГЧ збільшується у 5 разів, а АФП – у 2; при сперматоцидній семіномі та при лейоміомі всі пухлинні маркери в межах норми (рис. 4).

Із 23 хворих крипторхізм був визначений у 4 випадках і всі пацієнти з крипторхізмом хворі на семіному, отже крипторхізм можна віднести до основних факторів ризику розвитку цієї патології; 3 пацієнти с семіною мали в анамнезі випадок травми калитки, а отже це також провідний фактор ризику.

Зв'язку між тяжкістю пухлинного процесу і часом звернення пацієнта до лікаря не було виявлено, оскільки 2 пацієнти, що 2 роки не зверталися до лікаря мали такі результати: в

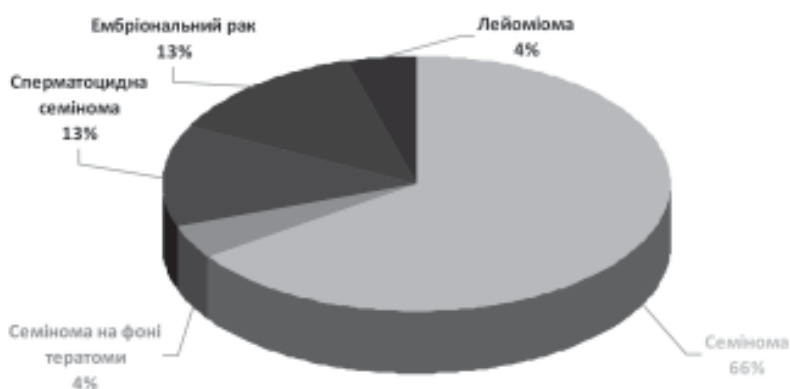


Рис. 1. Розподіл пухлин яєчка за гістологічними критеріями



Рис. 2. Розподіл пацієнтів з проростанням пухлини в капсулу яєчка та без проростання в капсулу

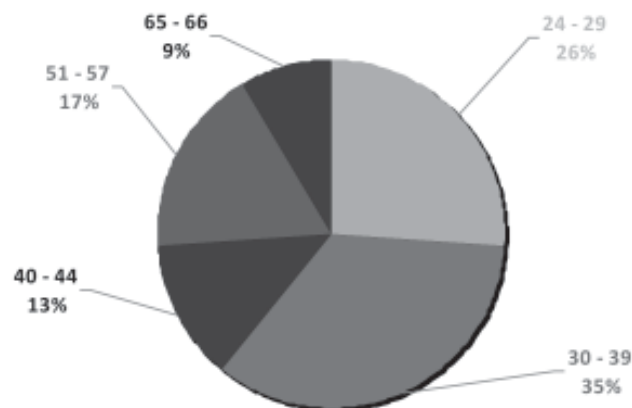


Рис. 3. Розподіл пацієнтів з пухлинами яєчка за віком

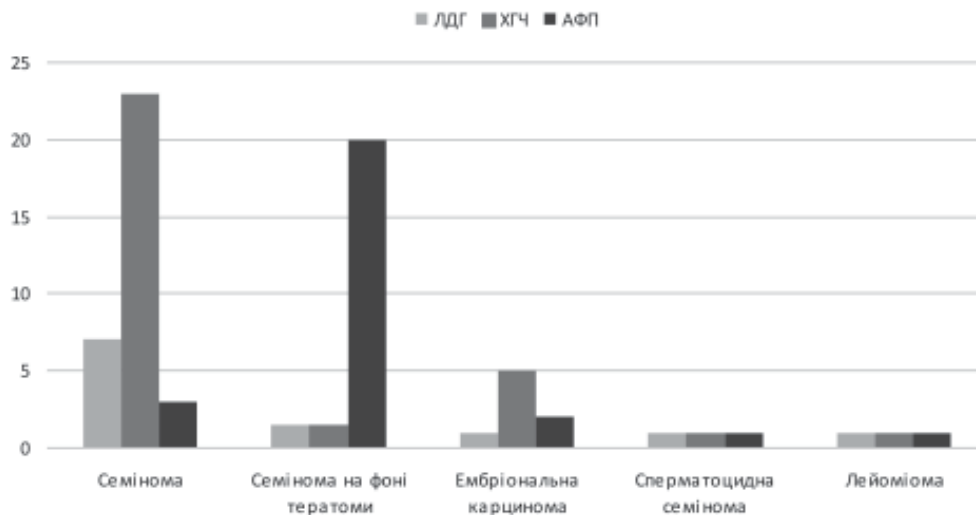


Рис. 4. Рівень пухлинних маркерів при пухлинах яєчка

одного не було ні проростання в капсулу, ні метастазів (мав сперматоцидну сеїному), тоді як в іншого (за гістологією – сеїнома) спостерігався і ріст у капсулу яєчка і метастази в клубові лімфовузли, а також віддалені метастази (легені); 12 пацієнтів, що не зверталися до лікаря близько 6 місяців мали такі результати: 6 пацієнтів не мали ні проростання, ні метастазів (1 випадок ембріональної карциноми, 2 – сперматоцидної сеїноми та 3 випадки сеїноми), а інші 6 мали ріст у капсулу і метастази в клубові лімфовузли (4 випадки сеїноми, 1 – сперматоцидної сеїноми, 1 випадок ембріонального раку).

Висновки

1. Більша частина хворих на рак яєчка мають герміногенні пухлини (сеїноми і несеїноми), що підтверджується і нашим дослідженням (82% – герміногенні пухлини).

2. Віковими піками захворюваності за світовими даними є хворі віком 19–29 років і 60–75 років, тоді як згідно з нашим дослідженням основний пік захворюваності за останні 5 років припадає на 30–40 років.

3. Основними чинниками ризику для розвитку даної патології є присутність пренеопла-

стичного процесу в яєчку (крипторхізм, травми), що також було показано у нашому дослідженні (у 30,4% хворих в анамнезі відмічено наявність крипторхізму та травми).

4. У 43% наших хворих, згідно з результатами гістологічного дослідження виявлено проростання пухлини в капсулу яєчка. Був встановлений зв'язок між проростанням пухлини в капсулу та наявністю метастазів у клубових лімфовузлах, а також віддалених метастазів (у 8 випадках із 10 проростання пухлини в капсулу спостерігалось при сеїномі; в 10 випадках із 12 метастазування відбувалося при сеїномі).

5. Згідно з нашими даними для хворих на сеїному було характерне збільшення рівня ХГЧ (у 23 рази), ЛДГ (у 7 разів) і АФП (у 3 рази), а для сеїноми на тлі тератоми – АФП збільшене у 20 разів, а ЛДГ та ХГЧ – у 1,5 рази.

6. У наших хворих рак яєчка частіше виявлявся в правому яєчку (20 пацієнтів з пухлиною праворуч і 3 – ліворуч).

7. Не було виявлено зв'язку між тяжкістю пухлинного процесу і часом звернення пацієнта до лікаря.

Список літератури

1. Пасечніков С.П. Урологія – Підручник / За редакцією Пасечнікова С.П. – Вінниця: Нова книга, 2013. – С. 338–342.
2. Возіанов О.Ф. Урологія. Підручник / Возіанов О.Ф., Люлько О.В. – Дніпропетровськ: Дніпро-VAL, 2002. – С. 697–706.
3. Harland S.J., Nicholson P.W. Implications of a hereditary model for testicular cancer. In: Jones W.G., Appleyard I., Harnden P. and Joffe J.K. (eds.). – Germ Cell Tumours IV. John Libbey, London 1998. – P. 17–25.
4. Джонс В.Г. Рак яєчка: клінічеська картина і стадія захворювання // Герміногенные опухоли яєчка: біологія, клініка, діагностика, лічення. – М., 2000. – С. 25–26.

5. Lutke Holzik M.F., Rapley E.A., Hoekstra H.J. et al. Genetic predisposition to testicular germcell tumours // *Lancet Oncol.* – 2004. – Vol.5. – P. 363–371

6. Ferlay J., Shin H., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D. *GLOBOCAN 2008, cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.*

7. Лоран О.Б., Богданов А.Б. и др. Радикальные и органосохраняющие операции при злокачественных новообразованиях яичка // *Анналы хирургии.* – 2014. – № 1. – С. 25–30.

Реферат

Summary

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TESTICULAR TUMORS OF DIFFERENT ORIGIN

В.П. Стусь, Н.Н. Моисеенко,
В.Н. Краснов, К.В. Николаева,
Н.Ю. Полион

V.P. Stus, M.M. Moiseenko,
V.M. Krasnov, K.V. Nikolayeva,
M.Y. Polion

Доля опухолей яичка составляет 1–1,5% в структуре общей онкологической заболеваемости среди мужчин и с каждым годом заболеваемость тестикулярными опухолями увеличивается. Чаще болеют мужчины в возрасте до 30 лет, но по нашим данным за последние 5 лет вековой пик приходится на больных в возрасте 30–40 лет. Основными факторами риска для развития данной патологии, как по мировым данным, так и по нашим данным, являются присутствие пренеопластического процесса, крипторхизм и травмы (в 30,4% больных в анамнезе отмечено наличие крипторхизма и травмы). Согласно нашим данным, для больных семиномой было характерно увеличение уровня ХГЧ в 23 раза, ЛДГ – в 7 раз и АФП – в 3 раза, а для семиномы на фоне тератомы – АФП увеличено в 20 раз, а ЛДГ и ХГЧ – в 1,5 раза. Согласно результатам гистологического исследования у 43% наших больных выявлено прорастание опухоли в капсулу яичка. Была установлена связь между прорастанием опухоли в капсулу и наличием метастазов в подвздошных лимфоузлах, а также отдаленных метастазов (у большинства больных с прорастанием опухоли в капсулу было выявлено наличие метастазов в подвздошных лимфоузлах, тогда как у больных без прорастания в большинстве случаев метастазов не наблюдалось).

Ключевые слова: опухоль яичка, крипторхизм, опухолевые маркеры, исследование, капсула яичка, метастазы.

A stake of tumours of testicle is 1–1,5% of the structure of general oncologic morbidity among men and morbidity of testicular tumours is increasing every year. This pathology is more common in young men at the age of 30 years, but according to our research during 5 years the peak of morbidity is met among the patients in 30–40 years age. The main factors of risk for development of this pathology according to the world information and our research are cryptorchidism and traumas (30,4% of patients have cryptorchidism and traumas in anamnesis). In obedience to our information, it was typical for patients with seminoma that the hCG level increased in 23 times, LDH in 7 times and AFP in 3 times, in accordance, for patients with seminoma and teratoma the increase of AFP in 20 times, LDH and hCG in 1,5 times was common. In accordance to results of histological research it was exposed that for 43% of our patients the germination of tumour in the capsule of testicle. Was identified there was set the connection between the germination of tumour in capsule and presence of metastases in iliac lymphonoduss and remote metastases ass well (the metastases in iliac lymphonoduss were found amound most partients wiyh tumour germination).

Keywords: tumour of testicle, cryptorchidism, tumour markers, research, capsule of testicle, metastases.

Адреса для листування

В.П. Стусь
E-mail: viktor.stus@gmail.com