

# РАК ВЛАГАЛИЦА

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Первичный рак влагалища развивается редко и составляет 1–2% всех злокачественных опухолей женских половых органов. Вторичные (метастатические) опухоли влагалища наблюдают в несколько раз чаще.

Средний возраст больных раком влагалища 62 года. Опухоли влагалища имеют 3 возрастных пика заболеваемости. Первичные опухоли у детей первых 5 лет представлены ботриоидными эмбриональными рабдомиосаркомками, в 14–20 лет – светлоклеточной аденокарциномой с трансплацентарным диэтилстильбэстеровым канцерогенезом (матери этих больных во время беременности получали диэтилстильбэстрол или сходные с ним нестероидные эстрогены). В более старших возрастных группах развивается в основном плоскоклеточный рак. Крайне редко у взрослых выявляют неэпителиальные злокачественные опухоли влагалища – саркомы и меланомы. У 30% пациенток с первичным раком влагалища в анамнезе выявляют преинвазивный или инвазивный рак шейки матки. Риск возникновения рака влагалища после облучения малого таза возрастает в 300 раз.

Предраковое заболевание влагалища – дисплазия. Патогномичной макроскопической картины дисплазии влагалища не существует. Она может быть представлена в виде эритроплакии или развивается на визуально неизменённой слизистой оболочке.

Преинвазивный рак влагалища (VAIN) выявляют в среднем на 10–12 лет раньше инвазивного рака. В более чем 50% случаев он характеризуется мультицентрическим ростом.

Инвазивный рак влагалища имеет экзофитную, эндофитную и смешанную формы роста.

По гистологической структуре в 95% опухоли влагалища представлены плоскоклеточным раком различной степени дифференцировки; аденокарцинома влагалища развивается редко, в основном у молодых женщин. Гистологическая структура первичной аденокарциномы влагалища разнообразна: мезонефроидная светлоклеточная, эндометриоидная аденокарцинома и др., а также диморфный железисто-плоскоклеточный рак.

Метастатические опухоли влагалища чаще всего имеют источником рак шейки матки, рак эндометрия, хориокарциному и саркомы матки, реже — рак яичников и почки.

Преимущественный тип метастазирования лимфогенный. Пути метастазирования определяются локализацией опухоли. При поражении сводов и верхней трети влагалища метастазами поражаются, как и при раке шейки матки, подвздошные и запирательные лимфатические узлы. Опухоли средней трети влагалища дают дополнительные метастазы в аноректальные и сакральные лимфатические узлы. При локализации опухоли в нижней трети поражаются, как и при раке вульвы, пахово-бедренные лимфатические узлы.

Диагностика рака влагалища в клинически выраженных случаях не вызывает затруднений. Диагноз устанавливают на основании результатов гинекологического осмотра. Гистологическая верификация диагноза обязательна. Для уточнения степени распространения опухолевого процесса, а также для исключения его метастатического характера проводят цистоскопию, экскреторную урографию, радиоизотопную ренографию, ректороманоскопию, рентгенографию грудной клетки. УЗИ малого таза и брюшной полости, КТ и МРТ помогают в оценке распространённости опухолевого процесса.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТАДИЯМ (FIGO) И СИСТЕМЕ TNM**

### **Правила классификации**

Классификация применима только для первичного рака. Опухоли, распространяющиеся на влагалищную часть шейки матки и достигающие области наружного отверстия шеечного канала, относятся к раку шейки матки. Опухоли, вовлекающие вульву, классифицируют как опухоли вульвы. Обязательно гистологическое подтверждение диагноза.

### **Регионарные лимфатические узлы**

Регионарными для верхних  $\frac{2}{3}$  влагалища являются тазовые лимфатические узлы, а для нижней трети — пахово-бедренные лимфатические узлы.

### **Клиническая классификация Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO)**

- 0 стадия — преинвазивная карцинома (карцинома *in situ*).
- I стадия — опухоль ограничена влагалищем.

- II стадия – опухоль распространяется на паравагинальные ткани, но не до стенок таза.
- III стадия – опухоль распространяется до стенок таза.
- IVA стадия – опухоль захватывает слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и/или распространяется за пределы таза.  
Примечание. Наличие буллёзного отёка недостаточно для классификации опухоли как T4.
- IVB стадия – опухоль любого размера с отдалёнными метастазами.

### **Международная классификация по системе TNM**

#### *T – первичная опухоль*

- TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- T0 – первичная опухоль не определяется.
- Tis – преинвазивная карцинома (карцинома *in situ*).
- T1 – опухоль ограничена влагалищем.
- T2 – опухоль захватывает паравагинальные ткани, но не распространяется до стенок таза.
- T3 – опухоль распространяется до стенок таза.
- T4 – опухоль прорастает слизистую оболочку мочевого пузыря и/или прямой кишки и/или распространяется за пределы таза.  
Примечание. Наличие буллёзного отёка недостаточно для классификации опухоли как T4.

#### *N – регионарные лимфатические узлы*

- NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.
- N1 – метастазы в регионарных лимфатических узлах.

#### *M – отдалённые метастазы*

- MX – недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.
- M0 – нет признаков отдалённых метастазов.
- M1 – имеются отдалённые метастазы.

#### *G – гистопатологическая дифференцировка*

- GX – степень дифференцировки не может быть установлена.
- G1 – высокая степень дифференцировки.
- G2 – средняя степень дифференцировки.
- G3 – низкая степень дифференцировки.
- G4 – недифференцированные опухоли.

## Группировка по стадиям

- Стадия 0 – TisN0M0.
- Стадия I – T1N0M0.
- Стадия II – T2N0M0.
- Стадия III:
  - ◇ T1N1M0;
  - ◇ T2N1M0;
  - ◇ T3N0–1M0.
- Стадия IVA – T4 любая NM0.
- Стадия IVB – любая T любая NM0.

## ЛЕЧЕНИЕ

### Стадия 0

Лечение преинвазивного рака влагалища индивидуально и зависит от протяжённости поражения, локализации, состояния пациентки и медицинских возможностей.

Хирургическое лечение в виде электроэксцизии возможно только при локализованных формах рака. При мультицентрическом росте оперативное вмешательство должно включать гистерэктомию с вагинэктомией, что связано с высоким операционным риском и не соответствует современным принципам лечения преинвазивного рака.

В настоящее время для лечения преинвазивного рака влагалища используют следующие методы.

- Местная химиотерапию с 5-фторурацилом (аппликации). Через 3 мес после эпителизации осуществляют цитологический контроль. При обнаружении опухолевых клеток курс повторяют. В случае неуспеха повторного лечения проводят другие методы лечения.
- Криодеструкция и лазерное разрушение опухоли. Излечение при этих методах достигает 75–85%.
- Фотодинамическая терапия.

Лучевую терапию (внутриполостную гамма-терапию) применяют при неэффективности методов локального воздействия. СОД 60 Гр при НМД (низкая мощность дозы) и 35–40 Гр при ВМД (высокая мощность дозы)<sup>с</sup>.

### Инвазивный рак влагалища

Основной метод лечения инвазивного рака влагалища – лучевая терапия, которая включает дистанционное облучение и внутриполостную и внутритканевую гамма-терапию.

- **Стадия I**, опухоль размером до 1 см, G1–G2. Проводят только внутривлагалищную гамма-терапию СОД 60 Гр при НМД и 35–40 Гр при ВМД (точка нормировки на глубину 1 см от слизистой оболочки).
- **Стадия I**, опухоль размером более 1 см. Сочетанная лучевая терапия. Дистанционное облучение до СОД 40–42 Гр. Внутривлагалищная гамма-терапия до СОД 60 Гр при НМД и 30 Гр при ВМД.
- **Стадия II**. Сочетанная лучевая терапия. Дистанционное облучение до СОД 40–44 Гр. Внутривлагалищная гамма-терапия до СОД 70 Гр при НМД и до 30 Гр при ВМД. При наличии остаточной опухоли проводят внутритканевую гамма-терапию с доведением СОД до 70–80 Гр.
- **Стадия III**. Сочетанная лучевая терапия. Дистанционное облучение до СОД 45–50 Гр. Внутривлагалищная гамма-терапия до СОД 70 Гр при НМД и до 30 Гр при ВМД. Далее на остаточную опухоль СОД доводят до 70–80 Гр<sup>с</sup>.

При местно-распространённом раке влагалища возможно проведение комбинированного лучевого лечения и химиотерапии с использованием 5-фторурацила и цисплатина<sup>д</sup>.

Показания к хирургическому лечению больных раком влагалища ограничены<sup>с</sup>.

- При локализации опухоли в верхней трети влагалища у лиц молодого и среднего возраста возможно выполнение расширенной экстирпации матки с удалением верхней половины влагалища.
- У молодых женщин перед проведением радикальной лучевой терапии возможны транспозиция яичников и хирургическое стадирование с лимфаденэктомией.
- У больных с IVA стадией, особенно при наличии ректовагинального или везиковагинального свища, возможна экзентерация малого таза с тазовой лимфаденэктомией и предоперационной лучевой терапией.

### Результаты лечения

Эффективность лечения больных раком влагалища прежде всего зависит от первичной распространённости опухолевого процесса.

Пятилетняя выживаемость при I стадии составляет 67–77%, при II – 40–65%, при III – 34–37%, при IV – 0–18,9% (IVA).

### Лечение рецидивов

Лечение рецидивов рака влагалища индивидуально. Оно может включать лучевую и химиотерапию (общую и местную). Метод лечения выбирают в зависимости от локализации рецидива, метода первичного лечения, общего состояния пациентки.

## Дальнейшее ведение

Больной после лечения показано активное наблюдение у онкогинеколога.

- 1-й год — 1 раз в 2 мес.
- 2-й год — 1 раз в 3 мес.
- 3-й и 4-й годы — 1 раз в 6 мес.
- 5-й и последующие годы — 1 раз в год.

При наблюдении необходимы контроль цитологических мазков, исследование регионарных лимфатических узлов.

### Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. — Л. : Медицина, 1989. — С. 164–183.
2. Гранов А.М., Винокуров В.Л. Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии. — СПб., Фолиант, 2002. — С. 160–169.
3. Beller U., Maisonneuve P. et al. Carcinoma of the Vagina // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2003. — Vol. 83, N 1. — P. 27–40.
4. Bintdet J. et al. Primary invasive carcinoma of the vagina. // Obstet. Gynecol. — 1983. — Vol. 62. — P. 346–353.
5. Carcinoma of the vagina. FIGO Annual Report // J. Epidemiol. Biostat. — 2000. — Vol. 24, N 6. — P. 141–152.
6. Chyle V., Zagars G. et al. Radiation alone for carcinoma of the vagina: outcome and prognostic factors // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 1996. — Vol. 35, N 5. — P. 891–905.
7. DiSaia P., Creaseman W. (eds). Clinical Gynecologic Oncology. — St Louis : Mosby, 1997.
8. Hoskins W., Perez C., Young R. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. — 3rd ed. — Philadelphia : Lippincott ; Williams and Wilkins, 2000.
9. Kucera H., Mock U. et al. Radiotherapy alone for invasive vaginal cancer: outcome with intracavitary high dose rate brachytherapy versus conventional low dose rate brachytherapy // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2001. — Vol. 80, N 4. — P. 355–360.
10. Pingley S. et al. Primary carcinoma of the vagina: Tata Memorial Hospital experience // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 2000. — Vol. 46, N 6. — P. 101–108.
11. Stryker J.A. Radiotherapy for vaginal carcinoma: a 23 year review // Br. J. Radiol. — 2000. — Vol. 73. — P. 1200–1205.
12. Tewari K., Cappucini F. et al. Primary invasive carcinoma of the vagina: treatment with interstitial brachytherapy // Cancer. — 2001. — Vol. 91. — P. 758–770.
13. Tjalma W., Monaghan J. et al. The role of surgery in invasive squamous carcinoma of the vagina // Gynecol. Oncol. — 2001. — Vol. 81. — P. 360–365.

Для индивидуального  
использования,  
© «ГЭОТАР-Медиа»