

Rak endometrija: kirurški klinični primer

Gregor Vivod

Povzetek

V prispevku je opisan klinični primer 64-letne bolnice s sinhronim endometrioidnim adenokarcinomom endometrija nizkega gradusa in seroznim karcinomom endometrija visokega gradusa, ki sta nastala v dveh ločenih polipih. Bolnica je bila zdravljena na Onkološkem inštitutu Ljubljana. V kliničnem primeru je prikazana multidisciplinarna obravnava, ki je ključna pri zdravljenju zahtevnejših rakavih obolenj. Pri kirurškem zdravljenju so sodelovali ginekologi onkologi, vaskularni in abdominalni kirurg. Prikazano je sodelovanje z izkušenimi radiologi pri oceni malignosti z analizo slikovne diagnostike in natančnem odvzemu vzorcev za verifikacijo bolezni. Opisana je natančna histopatološka analiza izkušenega patologa. Vse bolnice z ginekološkimi rakavimi obolenji morajo biti predstavljene na ginekološko-onkološkem konziliju. Ženske z malignimi ginekološkimi obolenji, zdravljene v terciarnih centrih za ginekološko onkologijo, imajo dokazano boljše preživetje.

Ključne besede: rak telesa maternice, rak endometrija, endometrioidni adenokarcinom, serozni karcinom, limfadenektomija, recidiv

Uvod

V prispevku je opisan klinični primer 64-letne bolnice s sinhronim endometrioidnim adenokarcinomom endometrija nizkega gradusa in seroznim karcinomom endometrija visokega gradusa, ki sta nastala v dveh ločenih polipih. Bolnica je bila zdravljena na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Podpisala je soglasje za objavo kliničnega primera v znanstvene in strokovne namene.

Klinični primer

Zaradi pomenopavzalne krvavitve je bila 64-letna bolnica obravnavana v sekundarni ustanovi. Opravili so ji abrazijo. Histološki izvid je pokazal endometrioidni adenokarcinom endometrija nizkega gradusa, p53 divji tip ekspresije, ER + (100%), PR + (80%), povišana stopnja metilacije MLH1.

Bolnica je bila pregledana s strani ginekološko-onkološkega konzilija v UKC Ljubljana, ki je indiciral kirurško zdravljenje: histerektomijo z obojestransko adnektomijo ter pelvično obojestransko biopsijo varovalnih bezgavk. Za nadaljnjo obravnavo je bila napotena na Onkološki inštitut Ljubljana.

V družinski anamnezi ni bilo rakavih obolenj rodil. Gospa je imela arterijsko hipertenzijo, hipotireozo in hiperlipoproteinemijo. Od prejšnjih kirurških posegov je imela v predelu trebuha opravljeno laparoskopsko prekinitev jajcevodov zaradi sterilizacije. Rodila je dvakrat vaginalno, enkrat je splavila.

Po standardni predoperativni pripravi je bila opravljena totalna laparoskopska histerektomija z obojestransko salpingo-ovariektomijo ter odstranitvijo varovalnih bezgavk pelvično levo in desno. Bolnica je po operaciji dobro okrevala, zapletov ni bilo. Dokončni histološki izvid je pokazal endometrioidni adenokarcinom endometrija nizkega gradusa (gradus 2), ki je vzniknil v endometrijskem polipu. Tumor je bil omejen na polip in je odrival miometrij, ki je bil brez posebnosti. Tumor ni vraščal v parametrije, niti v endocerviks. Limfovaskularne invazije ni bilo. Jajčnika in jajcevoda sta bila brez posebnosti. V področju desnega tubarnega kota sta bila še dva manjša endometrijska polipa. V enem od polipov je bilo 6 mm veliko žarišče seroznega karcinoma visokega gradusa.

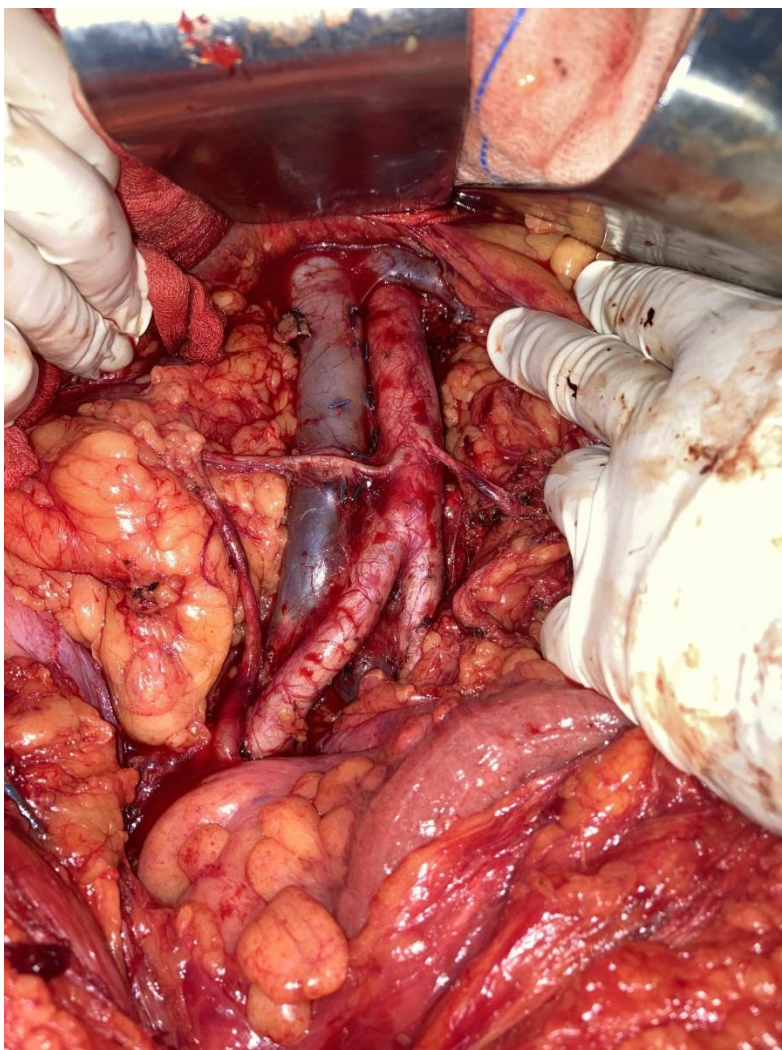
Imunofenotip žarišča seroznega karcinoma visokega gradusa je pokazal pozitiven p16 ter aberantni tip ekspresije p53. POLE gen je bil nemutiran. Varovalni bezgavki sta bili brez tumorske rasti.

Dokumentacija bolnice je bila predstavljena na ginekološko-onkološkem konziliju v UKC Ljubljana, ki je indiciral kirurško staging operacijo s pelvično in paraaortno limfadenektomijo, omentektomijo, biopsijami peritoneja ter izpirkom iz trebušne votline. Bolnica je bila ponovno operirana na Onkološkem inštitutu Ljubljana s popolno odstranitvijo pelvičnih in paraaortnih bezgavk, omentektomijo, biopsijami peritoneja ter izpirkom iz medenice (slika 1). Pooperativni potek je minil brez zapletov. Histološki izvid je pokazal 39 odstranjenih bezgavk brez zasevkov. Omentum in biopsije peritoneja so bili brez tumorske infiltracije. V izpirku iz medenice ni bilo malignih celic.

Ginekološko-onkološki konzilij je indiciral nadaljevanje zdravljenja z dopolnilnim obsevanjem. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana je prejela štiri aplikacije intravaginalne brahiradioterapije s tumorsko dozo 4×5 Gy po HDR tehniki.

Po končanem obsevanju je bolnica hodila na redne kontrole. Sedemindvajset mesecev po končanem zdravljenju je bila na redni kontroli z vaginalnim ultrazvokom v medenici vidna deloma hipoehogena, deloma hiperehogena tumorska formacija velikosti 40×30 mm. Tumorska markerja Ca-125 in HE4 sta bila v mejah normale. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana je opravila CT trebuha, kjer so opisali desno ingvinalno povečane bezgavke mejne širine do 10 mm z zadebeljenim korteksom, potencialno morfološko suspektnega videza. V maščevju male medenice je bila vidna mehkoktivna lobulirana tumorska formacija velikosti 41×33 mm, v tesnem stiku s priležnim sigmoidnim kolonom; vraščanja v sigmoidni kolon niso mogli izključiti. Postavljen je bil sum na lokalni progres osnovne maligne bolezni ali nov malignom. Drugje v trebušni votlini ni bilo videti znakov razsoja malignega obolenja.

Bolnica je nato na Onkološkem inštitutu Ljubljana opravila UZ ingvinalnega predela desno in UZ vodeno verifikacijo spremembe v medenici. Ob UZ ingvinalnega predela desno niso zanesljivo prikazali patološko povečanih ali morfološko suspektnih bezgavk. Vidne so bile bezgavke nesuspektnega videza. Za potrditev benignosti je bil odvzet en vzorec iz bezgavke, ki je bila na CT najbolj suspektnega videza, širine 9 mm. Citološki izvid je pokazal reaktivni limfadenitis, v vzorcu ni bilo malignih celic. Opravljena je bila citološka punkcija tumorske formacije v medenici, pri kateri so bili pridobljeni štirje vzorci. Citološki izvid je pokazal nekrozo brez vitalnih celic.



Slika 1. Staging operacija s popolno pelvično in paraaortno limfadenektomijo, omentektomijo, biopsijami peritoneja ter izpirkom iz medenice. Stanje po histerektomiji z obojestransko salpingo-ovariektomijo.



Slika 2. Recidiv endometrioidnega karcinoma endometrija nizkega gradusa v perikoličnem maščevju s preraščanjem v sigmoidni kolon (označeno z rumenim krogom).

Bolnica je zaradi suma na vraščanje tumorske formacije v sigmoidni kolon na Onkološkem inštitutu Ljubljana opravila MR medenice, kjer so opisali, da je tumor velikosti 46×36 mm in deluje kot patološki depozit (slika 2). Tumor je bil v dolgem stiku s priležno potekajočo vijugo sigmoidnega kolona, v katero pa prepričljivo ni vraščal, temveč je nanjo nalegal. Ginekološko-onkološki konzilij je indiciral kirurško odstranitev tumorske formacije v medenici.

Predoperativno so bili bolnici preventivno vstavljeni stenti v sečevoda. Med ponovnim kirurškim posegom na Onkološkem inštitutu Ljubljana so bile prisotne čvrste zarastline tankega črevesa na trebušno steno ter adhezije črevesnih vijug med seboj. Opravljena je bila obsežna adhezioliza. Ob vstopu v medenico je bila prisotna tumorska formacija premera približno 5 cm, čvrsto adherentna na sigmoidni kolon. Prisotne so bile tudi čvrste zarastline ob sigmoidnem kolonu ter v celotni okolici tumorja. Obojestransko je bila opravljena preparacija iliakalnih žil in sečevodov ter preparacija okolice tumorske formacije presakralno ob sigmoidnem kolonu. Tumorska formacija je bila odstranjena en bloc skupaj s približno 15 cm sigmoidnega kolona. Ostanek sigmoidnega kolona je bil povezan s steplersko anastomozo brez formiranja protektivne stome. Pooperativni potek je potekal brez zapletov, bolnica je normalno odvajala blato. Histološki izvid je pokazal v perikoličnem maščevju 5×3 cm velik zasevek

endometrioidnega karcinoma endometrija nizkega gradusa. Tumor je infiltriral perikolično maščevje in debelo črevo do mukoze. Kirurški robovi so bili v zdravem.

Ginekološko-onkološki konzilij je bil mnenja, da je kirurška terapija dokončna. Na prvem rednem kontrolnem pregledu štiri mesece po zadnjem kirurškem posegu ni bilo znakov ponovitve bolezni. Blato je odvajala normalno.

Zaključek

V kliničnem primeru je prikazana multidisciplinarna obravnava bolnice z dvema sinhronima karcinomoma materničnega telesa. Pri operativnih posegih so sodelovali ginekologi onkologi, vaskularni in abdominalni kirurg. Prikazana je pomembnost izkušenj radiologa pri oceni malignosti slikovnih preiskav in natančnem odvzemu vzorcev za verifikacijo bolezni. Ključna je natančna histopatološka analiza izkušenega patologa. Vse bolnice z ginekološkimi rakavimi obolenji morajo biti predstavljene na ginekološko-onkološkem konziliju. Ženske z malignimi ginekološkimi obolenji, zdravljene v terciarnih centrih za ginekološko onkologijo, imajo dokazano boljše preživetje.

Literatura:

1. Concin N, Matias-Guiu X, Cibula D, et al. ESGO-ESTRO-ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025. *Lancet Oncol.* 2025;26(8):e423-e435. doi:10.1016/S1470-2045(25)00167-6
2. Oaknin A, Bosse TJ, Creutzberg CL, et al. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2022;33(9):860–77. doi:10.1016/j.annonc.2022.05.009
3. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2021;31(1):12–39. doi:10.1136/ijgc-2020-002230
4. Šegedin B, Merlo S, Smrkolj Š in drugi. Priporočila za obravnavo bolnic z rakom materničnega telesa. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Združenje za radioterapijo in onkologijo 2018, p. 33–4
5. Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;162(2):383–94. doi:10.1002/ijgo.14923
6. Palmieri E, Mariani A, Coleman R, et al. The new 2023 endometrial cancer FIGO staging system: balancing innovation with complexity. *Int J Gynecol Cancer.* 2025;35(8):101823. doi:10.1016/j.ijgc.2025.101823