

ЛІМФОДИСЕКЦІЯ ПРИ РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

<http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2020.55.90-93>

В.С. СВИНЦЬКИЙ

д. мед. н., професор,
науковий керівник відділення
онкогінекології Національного
інституту раку, м. Київ
ORCID: 0000-0001-7722-465X

Н.П. ЦІП

д. мед. н., провідний науковий
співробітник відділення
онкогінекології НІР, м. Київ
ORCID: 0000-0003-4498-7137

С.В. НЕСПРЯДЬКО

к. мед. н., старший науковий
співробітник відділення
онкогінекології НІР, м. Київ
ORCID: 0000-0002-3409-1559

В.І. КОПЕЦЬКИЙ

хірург-онколог відділення
пухлин печінки, підшлункової
залози НІР, м. Київ
ORCID: 0000-0003-3255-5599

М.Ю. ЄГОРОВ

к. мед. н., молодший науковий
співробітник відділення
онкогінекології НІР, м. Київ
ORCID: 0000-0001-9744-8941

О.М. МОВЧАН

аспірант відділення
онкогінекології НІР, м. Київ
ORCID: 0000-0003-0152-3340

О.П. РЕНКАС

аспірант відділення
онкогінекології НІР, м. Київ
ORCID: 0000-0003-2589-404X

О.І. БУБЛІЄВА

аспірант відділення
онкогінекології НІР, м. Київ
ORCID: 0000-0001-7998-6308

Контакти:

Бублієва Ольга Іванівна
Національний інститут раку,
відділення онкогінекології
03022, Київ, Ломоносова 33/43
Тел.: +38 (098) 461 41 38
email: bublieva93@ukr.net

ВСТУП

За даними Національного канцер-реєстру, рак яєчників (РЯ) посідає шосте місце серед основних нозологічних форм злоякісних новоутворень у українців, а також входить у п'ятірку причин смертності від злоякісних новоутворень. Станом на 2017 р. найвищий рівень захворюваності РЯ припадав на жінок віком 65–69 років, а найвищий рівень смертності – на вік 70–74 роки [1]. Відповідно до бази даних онкозахворювань Міжнародного агентства досліджень раку і ВООЗ GLOBOCAN, у 2018 р. було діагностовано 295 414 випадків РЯ – це 3,4% серед усіх випадків злоякісних захворювань у жінок [2].

Стандартним методом лікування РЯ є хірургічний у комбінації з курсами хіміотерапії з використанням таксанів та платини [3]. Доведений вплив повної циторедукції на віддалені результати лікування [4, 5, 23]. Водночас протягом останніх 20 років ведеться науковий спір щодо доцільності виконання лімфодисекції при хірургічному лікуванні розповсюдженого РЯ [6–9].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ

Існує три важливих шляхи лімфовідтоку. Перший – через яєчникові судини по лійко-тазовій зв'язці до парааортальних і паракавальних лімфовузлів. Лімфодренаж у тазові лімфатичні вузли здійснюється через маткові судини, які анастомозують із яєчниковими, в межах широкої зв'язки матки і параметрія, йдучи до зовнішніх клубових лімфатичних вузлів [10, 11, 24].

Згідно з даними Національної онкологічної мережі США (National Comprehensive Cancer Network, NCCN), при лікуванні РЯ видалення клінічно незмінених лімфатичних вузлів є не обов'язковим, але за наявності пухлинних відсівів розмірами до 2 см за межами таза (стадія IIIB) має виконуватись білатеральна тазова і парааортальна лімфодисекція. А при виконанні як інтервальної, так і первинної циторедукції мають бути за можливості видалені тільки підозрілі або збільшені лімфатичні вузли [12].

Видалення макроскопічних пухлинних уражень є єдиним та найважливішим прогностичним фактором у лікуванні розповсюдженого епітеліального РЯ [13, 14, 25].

Відомо, що існує пряма залежність розповсюдження РЯ у лімфатичні вузли відповідно до стадії процесу. В роботі А. Maggioni (2006)

відображені результати, згідно з якими при I–II стадіях РЯ лімфогенне метастазування відмічається в 22% випадків, а при III–IV стадіях – у 70% випадків [15, 26]. Р. Harter (2007) проаналізував історію хвороб пацієнок, яким була виконана системна тазова та парааортальна лімфодисекція під час первинної циторедукції. В результаті метастази в парааортальні лімфовузли були виявлені в 48% випадків, а в тазові – в 41% [16]. За даними М. Fournier (2009), метастази на ранніх стадіях виявляються в 14% випадків, тоді як при розповсюджених стадіях – у 61% [17].

У французькому дослідженні 2003 р. Р. Morice проаналізував історію хвороб 276 пацієнок, яким була проведена системна двобічна тазова та парааортальна лімфодисекція. Загальна частота уражених лімфатичних вузлів склала 44% (122 жінки з 276). Частота уражених тазових та парааортальних лімфовузлів склала 30% (82 з 276) і 40% (122 з 276) відповідно. Ураження лімфовузлів відповідно до стадії було наступним: I стадія – 20% (17 жінок із 85), II – 40% (6 із 15) і III – 55% (99 із 176). Це дало дослідникам можливість зробити висновок про необхідність проведення лімфодисекції пацієнткам навіть зі стадією процесу IA [18].

В 2005 р. В. Panici et al. опублікували результати проспективного дослідження, яке включало 427 пацієнок із РЯ III–IV стадій, яким була виконана оптимальна циторедукція. Жінок рандомізували на дві групи залежно від типу хірургічного втручання: I – тазова та парааортальна лімфодисекція і II – резекція макроскопічно уражених лімфатичних вузлів. Безрецидивна виживаність виявилась на 7 місяців більшою в першій групі (29,4 проти 22,4 місяців), чого не можна сказати про загальну виживаність [19].

В 2007 р. J.K. Chan проаналізував роль лімфаденектомії при запущеному епітеліальному РЯ, використовуючи дані програми Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) за 1988–2001 рр., до якої увійшли 13 918 пацієнок із РЯ III–IV стадій. 5-річна виживаність при цьому збільшувалась відповідно до кількості видалених лімфатичних вузлів [20].

В 2010 р. А. du Bois зі співавторами проаналізували результати лікування 3388 пацієнок із IIВ–IV стадіями РЯ, яким була проведена повна (51,3%) та оптимальна (48,7%) циторедукція. В результаті встановлено, що в групі, де була виконана лімфодисекція та досягнута повна циторедукція, 5-річна загальна виживаність

склала 67,4%, а в пацієнок, яким лімфатичні вузли не видалялися – 59,2% [21].

Але кульмінаційну роль в науковій дискусії відіграло дослідження III фази LION (Lymphadenectomy in Ovarian Neoplasms) 2017 р. У нього ввійшли пацієнтки з РЯ ІІВ–ІV стадій, у яких за результатами передопераційного обстеження були відсутні ураження тазових/парааортальних лімфатичних вузлів. Всього в дослідження було включено 627 жінок, яким була проведена первинна макроскопічно повна (99,4%) циторедукція. За даними проведеного аналізу, медіана загальної виживаності склала 65,5 місяців у групі лімфодисекції на противагу 69,2 місяця в групі, де від видалення лімфатичних вузлів відмовились. Важливо, що в дослідження включали тільки тих пацієнок, в яких метастази в лімфатичні вузли не визначались на етапі передопераційної підготовки, а також макроскопічно під час операції. Жінки були рандомізовані тільки за умови досягнення повної макроскопічної циторедукції [22].

Мета дослідження: оцінити доцільність виконання системної лімфодисекції при розповсюдженому РЯ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ретроспективно була проаналізована проспективна база даних пацієнок із розповсюдженим РЯ, пролікованих на базі відділення онкогінекології Національного інституту раку за період від 2016 до 2019 р. У дослідження включали пацієнок із первинним РЯ ІІІС–ІV стадій відповідно до класифікації Міжнародної федерації акушерів та гінекологів (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) з клінічно значущими лімфатичними вузлами, яким була проведена інтервальна або первинна циторедукція з системною лімфодисекцією від рівня ниркових судин до затульної ямки (табл. 1). Критеріями виключення були: системна лімфодисекція в пацієнок із рецидивом у заочеревинні/тазові лімфатичні вузли, а також семплінг лімфатичних вузлів.

Всього було проаналізовано історії хвороб 12 пацієнок із ІІІС–ІV стадіями РЯ, середній вік яких склав 42 роки (від 23 до 61 року).

Параметри	Кількість учасниць	%
Вік, роки:		
23–39	3	25
40–49	4	33
50–61	5	42
Оцінка загального стану за шкалою ECOG*, бали (від 0 до 5):		
0	8	67
1	4	33
Кількість ліжко-днів	14	
Стадія РЯ:		
ІІІС	11	92
ІVВ	1	8
	(надключичний лімфовузол)	

* Шкала ECOG, названа за аббревіатуру її розробників – Eastern Cooperative Oncology Group (Східна кооперативна група дослідження раку), описує рівень функціонального стану пацієнта стосовно його можливості дбати про себе, повсякденної діяльності та фізичної активності. Бал 0 за цією шкалою означає, що стан пацієнта є активним і таким самим, як і до захворювання; бал 1 – пацієнт не може виконувати важку роботу, але спроможний на легку та/або сидячу працю (прим. ред).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній розмір цільових лімфатичних вузлів учасниць дослідження склав 11,5 мм (від 8 до 15 мм). Чотири пацієнтки отримали неоад'ювантну хіміотерапію. В 7 випадках, окрім пангістеректомії та оментектомії і системної лімфодисекції, була виконана тотальна перитонеумектомія, в 6 випадках – стріпінг діафрагми, в 5 випадках – оптимальна циторедукція з резидуальною пухлиною розмірами до 2 мм в ділянці вісцеральної очеревини тонкого кишечника. Повної циторедукції було досягнуто в 7 випадках. Одній пацієнтці було проведено гіпертермічну інтраперитонеальну хіміотерапію. В 1 випадку для досягнення повної циторедукції була виконана низька передня резекція прямої кишки. Лише в 1 пацієнтки не були уражені парааортальні лімфатичні вузли, натомість тазові лімфатичні вузли були уражені тільки у 5 пацієнок.

Одну добу після операції пацієнтки перебували у відділенні інтенсивної терапії та реанімації. Післяопераційних ускладнень не було. Середня кількість днів перебування у відділенні склала 15,5 (від 8 до 23) днів, об'єм крововтрати склав менше 300 мл в 7 випадках (58%) (табл. 2).

Показник	Кількість учасниць	%
Об'єм крововтрати, мл:		
≤ 300	7	58
≥ 300	5	42
Інтервальна циторедуктивна операція	4	33
Первинна циторедуктивна операція	8	67
Гістологічний тип:		
папілярна аденокарцинома	6	50
серозний рак	6	50
Ступінь диференціації:		
G1	-	-
G2	1	8
G3	10	84
Gx	1	8
Резидуальна пухлина:		
CC-0	7	58
CC-1	5	42
Гістологічно верифіковані метастази в лімфатичних вузлах:		
парааортальні	11	92
тазові	5	42

В дослідженні LION (2017) рівень післяопераційних ускладнень був вищим у групі системної лімфодисекції [22]. Частота повторних лапаротомій склала 12,4% в групі лімфодисекцій та 6,5% в групі без них. Смертність упродовж 60 днів у I групі склала 3,1% на противагу 0,9% у другій групі.

Результати нашого дослідження показують можливість виконання повної та оптимальної циторедукції в пацієнок із клінічно значимими лімфатичними вузлами, яка не супроводжується післяопераційними ускладненнями та летальністю, що в свою чергу дозволяє підвищити показники безрецидивної та загальної виживаності.

Всі учасниці нашого дослідження наразі знаходяться під спостереженням з метою подальшого аналізу безрецидивної виживаності (рис. 1, 2 А, Б).

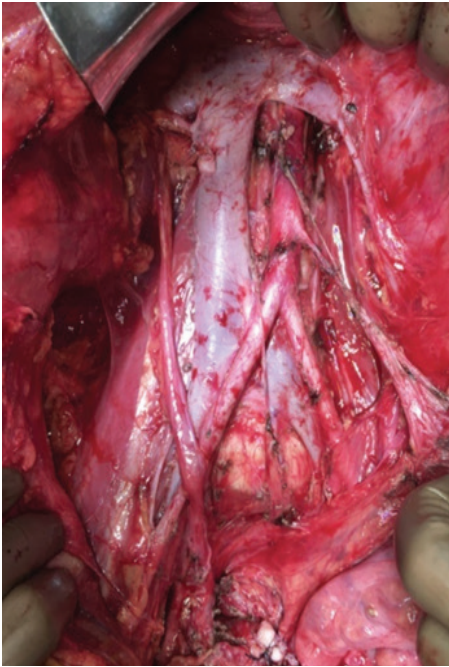


Рисунок 1. Стан після системної парааортальної лімфодисекції



Рисунок 2 А. Карциноматоз очередини купола діафрагми

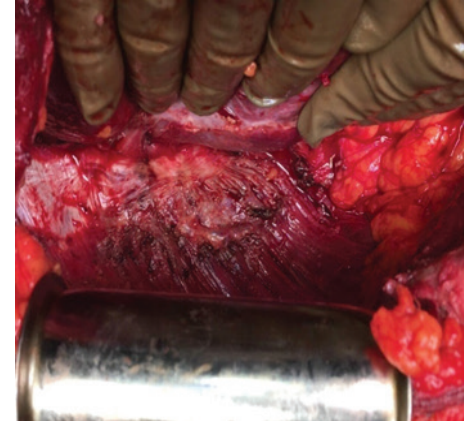


Рисунок 2 Б. Стан після стріпінгу діафрагми

ВИСНОВОК

Таким чином, доцільність виконання системної лімфодисекції при розповсюдженому РЯ досі залишається суперечливою, а впровадження цього методу в рутинну практику є неоднозначним через можливі ускладнення. Проте досягнення повної циторедукції

залишається основним предиктором показника виживаності. Результати нашого дослідження показують можливість безпечного досягнення повної або оптимальної циторедукції в пацієнток із клінічно значимими лімфатичними вузлами, яким проводиться системна лімфодисекція.

ЛІТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Fedorenko, Z., Goulak, L., Gorokh, Y., et al. "Cancer in Ukraine: incidence, mortality, activities of the oncological service." (2020). Available from: [http://www.ncru.inf.ua/publications/].
2. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., et al. "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries." *Cancer J Clin* 68.6 (2018): 394–424.
3. Colombo, N., Sessa, C., du Bois, A., et al. "ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease." *Int J Gynecol Cancer* 29.4 (2019): 1–33. DOI: 10.1136/ijgc-2019-000308
4. Ang, C., Chan, K.K., Bryant, A., et al. "Ultra-radical (extensive) surgery versus standard surgery for the primary cytoreduction of advanced epithelial ovarian cancer." *Cochrane Database Syst Rev* 13 (2011): CD007697.
5. Thrall, M.M., Goff, B.A., Symons, R.G., et al. "Thirty-day mortality after primary cytoreductive surgery for advanced ovarian cancer in the elderly." *Obstet Gynecol* 118 (2011): 537–47.
6. Zhou, J., Zhang, W.W., Zhang, Q.H., et al. "The effect of lymphadenectomy in advanced ovarian cancer according to residual tumor status: A population-based study." *Int J Surg* 52 (2018): 11–5. DOI: 10.1016/j.ijsu.2018.02.006
7. Song, N., Gao, Y., et al. "Therapeutic value of selective lymphadenectomy in interval debulking surgery for stage IIIc and IV epithelial ovarian cancer." *Int J Gynecol Cancer* 29.4 (2019): 761–7. DOI: 10.1136/ijgc-2018-000200
8. Gmyrek, L., Joriska-Gmyrek, J., Żółciak-Siwińska, A., et al. "Therapeutic value of lymphadenectomy in ovarian cancer patients." *Ginekol Pol* 85.10 (2014): 788–91.
9. Gao, J., Yang, X., Zhang, Y., et al. "Systematic lymphadenectomy in the treatment of epithelial ovarian cancer: a meta-analysis of multiple epidemiology studies." *Jpn J Clin Oncol* 45.1 (2015): 49–60. DOI: 10.1093/jco/hyu175

10. Matsuo, K., Machida, H., Mariani, A., et al. "Adequate pelvic lymphadenectomy and survival of women with early-stage epithelial ovarian cancer." *J Gynecol Oncol* 29.5 (2018): e69. DOI: 10.3802/jgo.2018.29.e69
11. Paño, B., Sebastià, C., Ripoll, E., et al. "Pathways of lymphatic spread in gynecologic malignancies." *RadioGraphics* 35.3 (2015): 916–45. DOI: 10.1148/rq.2015140086
12. NCCN Clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®). Ovarian cancer fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer. Version 3.2019.
13. Kehoe, S., Hook, J., Nankivell, M., et al. "Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial." *Lancet Oncol* 386 (2015): 249–57.
14. Vergote, I., Coens, C., Nankivell, M. "Neoadjuvant chemotherapy versus debulking surgery in advanced tubo-ovarian cancers: pooled analysis of individual patient data from the EORTC 55971 and CHORUS trials." *Lancet Oncol* 19.12 (2018): 1680–7. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30566-7
15. Maggioni, A., et al. "Randomised study of systematic lymphadenectomy in patients with epithelial ovarian cancer macroscopically confined to the pelvis." *Br J Cancer* 95/6 (2006): 699–704.
16. Harter, P., Gnauer, K., Hils, R., et al. "Pattern and clinical predictors of lymph node metastases in epithelial ovarian cancer." *Int J Gynecol Cancer* 17.6 (2007): 1238–44.
17. Fournier, M., Stoeckle, E., Guyon, F., et al. "Lymph node involvement in epithelial ovarian cancer: sites and risk factors in a series of 355 patients." *Int J Gynecol Cancer* 19.8 (2009): 1307–13.
18. Morice, P., Joulie, F., Camatte, S., et al. "Lymph node involvement in epithelial ovarian cancer: analysis of 276 pelvic and paraaortic lymphadenectomies and surgical implications." *Am Coll Surg* 197 (2003): 198–205.
19. Panici, P.B., Maggioni, A., Hacker, N., et al. "Systematic aortic and pelvic lymphadenectomy versus

resection of bulky nodes only in optimally debulked advanced ovarian cancer: a randomized clinical trial." *J Natl Cancer Inst* 97.8 (2005): 560–6. DOI: 10.1093/jnci/dji102

20. Chan, J.K., Urban, R., Hu, J.M., et al. "The potential therapeutic role of lymphoderection in epithelial ovarian cancer: a study of 13 918 patients." *Br J Cancer* 96 (2007): 1817–22.
21. du Bois, A., Reuss, A., Harter, P., et al. "Potential role of lymphadenectomy in advanced ovarian cancer: a combined exploratory analysis of three prospectively randomized phase III multicenter trials." *J Clin Oncol* 28 (2010): 1733–9. DOI: 10.1200/JCO.2009.25.3617
22. Harter, P., Sehouli, J., Lorusso, D., et al. "LION – Lymphadenectomy In Ovarian Neoplasms. A Prospective Randomized Ago Study Group Led Gynecologic Cancer Intergroup Trial." Presented at ASCO Annual Meeting (2017).
23. Fagotti, A., Ferrandina, G., Vizzielli, G., et al. "Phase III randomised clinical trial comparing primary surgery versus neoadjuvant chemotherapy in advanced epithelial ovarian cancer with high tumour load (SCORPION trial): Final analysis of peri-operative outcome." *Eur J Cancer* 59 (2016): 22–33. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.01.017
24. du Bois, A., Reuss, A., Harter, P., et al. "Potential role of lymphadenectomy in advanced ovarian cancer: a combined exploratory analysis of three prospectively randomized phase III multicenter trials." *Oncol* 28 (2010): 1733–9.
25. Greimel, E., Kristensen, G.B., van der Burg, M.E., et al. "Quality of life of advanced ovarian cancer patients in the randomized phase III study comparing primary debulking surgery versus neo-adjuvant chemotherapy." *Gynecol Oncol* 131.2 (2013): 437–44. DOI: 10.1016/j.ygyno.2013.08.014
26. Ercelep, O., Ozcelik, M., Gumus, M. "Association of lymphadenectomy and survival in epithelial ovarian cancer." *Curr Probl Cancer* 43.2 (2019): 151–9. DOI: 10.1016/j.cupr.2018.08.002

ЛІМФОДИСЕКЦІЯ ПРИ РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

В.С. Свінцицький, д. мед. н., професор, науковий керівник відділення онкогінекології НІР, м. Київ
 Н.П. Ціп, д. мед. н., провідний науковий співробітник відділення онкогінекології НІР, м. Київ
 С.В. Неспрядько, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення онкогінекології НІР, м. Київ
 В.І. Копецький, хірург-онколог відділення пухлин печінки, підшлункової залози НІР, м. Київ
 М.Ю. Егоров, к. мед. н., молодший науковий співробітник відділення онкогінекології НІР, м. Київ
 О.М. Мовчан, аспірант відділення онкогінекології НІР, м. Київ
 О.П. Ренкас, аспірант відділення онкогінекології НІР, м. Київ
 О.І. Бублиєва, аспірант відділення онкогінекології НІР, м. Київ

Рак яєчників – найагресивніша патологія серед усіх онкологічних захворювань репродуктивної системи жінки. На сьогодні хірургічний метод та хіміотерапія є основними шляхами в лікуванні цього виду раку. Виконання циторедуктивних операцій беззаперечно залишається основою в хірургічній тактиці лікаря, головною метою якого є видалення всіх макроскопічно уражених ділянок.

Доцільність системного видалення лімфатичних вузлів від рівня ниркових судин до обтураторної ямки донедавна залишалась предметом наукової дискусії. Опубліковане дослідження LION (Lymphadenectomy In Ovarian Neoplasms) показало, що даний етап операції в пацієнток із розповсюдженим раком яєчника ІІВ–ІV стадій не впливає на показники загальної виживаності. В групі виконаних повних циторедуктивних операцій із проведеними системними лімфодиссекціями рівень післяопераційних ускладнень був вищим, ніж у групі порівняння. Але варто зазначити, що аналізувалися лише ті пацієнтки, в яких лімфатичні вузли не були клінічно значущими як на етапі доопераційної діагностики, так і при інтраопераційній оцінці. А якщо лімфатичні вузли є макроскопічно зміненими, виконання лімфаденектомії є доцільним з метою досягнення повної циторедукції.

Мета дослідження: оцінити доцільність виконання системної лімфодиссекції при розповсюдженому раку яєчників.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнток із первинним раком яєчника ІІС–ІV стадій з клінічно значущими лімфатичними вузлами, яким була проведена інтервальна або первинна циторедукція з системною лімфодиссекцією від рівня ниркових судин до затульної ямки.

Результати. У пацієнток із клінічно значущими лімфатичними вузлами із проведеною парааортальною та тазовою лімфодиссекцією від рівня ниркових судин до затульної ямки була досягнута повна та оптимальна циторедукція без післяопераційних ускладнень та летальності.

Висновок. Результати дослідження показують можливість безпечного виконання системної лімфодиссекції, що сприяє досягненню повної або оптимальної циторедукції, яка покращує показники безрецидивної виживаності.

Ключові слова: рак яєчників, системна лімфодиссекція, первинна циторедукція, парааортальні лімфатичні вузли, тазові лімфатичні вузли.

ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

В.С. Свинцицкий, д. мед. н., профессор, научный руководитель отделения онкогинекологии НИР, г. Киев
 Н.П. Цип, д. мед. н., ведущий научный сотрудник отделения онкогинекологии НИР, г. Киев
 С.В. Неспрядько, к. мед. н., старший научный сотрудник отделения онкогинекологии НИР, г. Киев
 В.И. Копецкий, хирург-онколог отделения опухолей печени, поджелудочной железы НИР, г. Киев
 М.Ю. Егоров, к. мед. н., младший научный сотрудник отделения онкогинекологии НИР, г. Киев
 О.М. Мовчан, аспирант отделения онкогинекологии НИР, г. Киев
 Е.П. Ренкас, аспирант отделения онкогинекологии НИР, г. Киев
 О.И. Бублиева, аспирант отделения онкогинекологии НИР, г. Киев

Рак яичников – наиболее агрессивная патология среди всех онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины. На сегодня хирургический метод и химиотерапия остаются основными путями в лечении этого вида рака. Выполнение циторедуктивных операций является беспрекословной основой в хирургической тактике врача, главная цель которой – удаление всех макроскопически пораженных участков.

Целесообразность системного удаления лимфатических узлов от уровня почечных сосудов до обтураторной ямки до недавнего времени была предметом научной дискуссии. Опубликованное исследование LION (Lymphadenectomy In Ovarian Neoplasms) показало, что данный этап операции у пациенток с распространенным раком яичника ІІВ–ІV стадий не влияет на показатели общей выживаемости. В группе выполненных полных циторедуктивных операций с проводимой системной лимфодиссекцией уровень послеоперационных осложнений был выше, чем в группе сравнения. Но стоит отметить, что анализировались только те пациентки, у которых лимфатические узлы были клинически значимы как на этапе предоперационной диагностики, так и при интраоперационной оценке. А если лимфатические узлы макроскопически изменены, выполнение лимфаденектомии целесообразно с целью достижения полной циторедукции.

Цель исследования: оценить целесообразность выполнения системной лимфодиссекции при распространенном раке яичников.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней пациенток с первичным раком яичников ІІС–ІV стадий с клинически значимыми лимфатическими узлами, которым была выполнена интервальная или первичная циторедукция с системной лимфодиссекцией от уровня почечных сосудов до запирательной ямки.

Результаты. У пациенток с клинически значимыми лимфатическими узлами с проведённой системной парааортальной и тазовой лимфодиссекцией от уровня почечных сосудов до запирательной ямки была достигнута полная и оптимальная циторедукция, не сопровождающаяся послеоперационными осложнениями и летальностью.

Вывод. Результаты исследования показывают возможность безопасного выполнения системной лимфодиссекции, что способствует достижению полной или оптимальной циторедукции, которая улучшает показатели безрецидивной выживаемости.

Ключевые слова: рак яичников, системная лимфодиссекция, первичная циторедукция, парааортальные лимфатические узлы, тазовые лимфатические узлы.

LYMPH NODES DISSECTION IN ADVANCED OVARIAN CANCER

V.S. Svintitskiy, MD, professor, scientific head of the Department of Gynecological Oncology, National Cancer Institute, Kyiv
 N.P. Tsip, MD, leading researcher, Department of Gynecological Oncology, National Cancer Institute, Kyiv
 S.V. Nespriyadko, PhD, senior researcher, Department of Gynecological Oncology, National Cancer Institute, Kyiv
 V.I. Kopetskiy, surgical oncologist, Department of Liver and Pancreas Tumors, National Cancer Institute, Kyiv
 M.Y. Yegorov, PhD, junior research fellow, Department of Gynecological Oncology, National Cancer Institute, Kyiv
 O.M. Movchan, graduate student, Department of Gynecological Oncology, National Cancer Institute, Kyiv
 O.P. Renkas, graduate student, Department of Gynecological Oncology, National Cancer Institute, Kyiv
 O.I. Bublikieva, graduate student, Department of Gynecological Oncology, National Cancer Institute, Kyiv

Ovarian cancer becomes the most aggressive disease among all cancer pathology in women's reproductive system. Surgery and chemotherapy are the main options on the way of ovarian cancer treatment. Cytoreductive surgeries are the main way of surgical treatment of patients with advanced ovarian cancer. The goal of this kind of surgeries is resections of all macroscopic implants.

The opportunity of systematic lymph nodes dissection from renal vessels to obturator nerve is the reason of scientific discussion. LION trial (Lymphadenectomy In Ovarian Neoplasms) showed no significant difference in overall survival in two groups of patients with advanced ovarian cancer with ІІВ–ІV stages, who performed systematic lymphadenectomy and who did not. Authors showed higher level of postoperative complications in group with systematic lymph node dissections. But it was analyzed only those patients, who had intraoperative clinically insignificant lymph nodes. However, if the lymph nodes are macroscopically changed, performing a lymphadenectomy is advisable in order to achieve complete cytoreduction.

Purpose of the study: assessment of lymph nodes dissection in patients with advanced ovarian cancer.

Materials and methods. Retrospective analysis of patients with primary ovarian cancer ІІС–ІV stages with clinically significant lymph nodes, which were subjected to interval or primary cytoreduction with systematic lymphodissection from the level of renal vessels to the obturator pit.

Results. Complete and optimal cytoreduction was achieved in patients with systemic para-aortic and pelvic lymphodissection from the level of renal vessels to the obturator pit, which was not accompanied by postoperative complications and fatality.

Conclusion. The study results demonstrates the possibility of safe systemic lymphodissection, which contributes to the achievement of complete or optimal cytoreduction, and improves the rates of disease-free survival.

Keywords: ovarian cancer, systematic lymphadenectomy, primary cytoreduction, para-aortic lymph nodes, pelvic lymph nodes.