

Małgorzata Wężowska¹, Krzysztof Kaczmarek¹,
Aleksandra Kudrymska², Andrzej Abucewicz³, Janusz Menkiszak¹

Received: 08.04.2011

Accepted: 07.06.2011

Published: 30.11.2011

Rak gruczołowy szyjki macicy z obustronnymi przerzutami do przydatków

Cervical adenocarcinoma with bilateral adnexal metastases

Рак железы шейки матки с двусторонними метастазами в придатках

¹ Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt PUM w Szczecinie.

Kierownik Kliniki: prof. zw. dr hab. n. med. Izabella Rzepka-Górska

² Zakład Patomorfologii Wydziału Lekarskiego PUM w Szczecinie. Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Wenancjusz Domagała

³ Oddział Ginekologii Szpitala MSWiA w Szczecinie. Zarządzający Oddziałem: dr n. med. Andrzej Abucewicz

Correspondence to: Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt PUM w Szczecinie, ul. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin, tel.: 91 466 13 32, faks: 91 466 13 34

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Rak szyjki macicy to drugi co do częstości, po raku sutka, nowotwór występujący u kobiet na całym świecie. Obserwujemy około 500 000 zachorowań rocznie, w tym 275 000 zgonów rocznie z powodu tej choroby. Nowotwory nabłonkowe stanowią większość raków szyjki macicy. Jedynie 15-35% nowotworów szyjki to rak gruczołowy. Ostatnie dane epidemiologiczne wskazują na stopniowy wzrost zachorowalności na raka gruczołowego przy jednoczesnym spadku zachorowań na raka płaskonabłonkowego szyjki macicy. W pracy przedstawiono przypadek 50-letniej pacjentki, u której zdiagnozowano raka gruczołowego szyjki macicy z przerzutami do obu jajników i jajowodu oraz towarzyszącym wodobrzuszem. Obraz kliniczny i śródoperacyjny sugerował początkowo raka jajnika w stopniu zaawansowania IIIC wg FIGO. Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego postawiono diagnozę raka gruczołowego z przerzutami do przydatków. Przerzuty nowotworowe z narządu płciowego występują najczęściej z raków jajnika lub trzonu macicy. Przerzuty z raka szyjki są spotykane zdecydowanie rzadziej. W piśmiennictwie światowym jest niewiele doniesień na ten temat. Ponadto w dostępnych pracach autorzy podają różne dane liczbowe co do częstości występowania przerzutów do jajników i jajowodów. W niektórych pracach wskazuje się na fakt, że istnieje konieczność wykluczenia odwrotnej sytuacji – przerzutów raka jajnika do szyjki macicy. Dane te świadczą o złożoności zagadnienia – był to powód, dla którego postanowiliśmy opisać przypadek naszej pacjentki.

Słowa kluczowe: rak gruczołowy szyjki macicy, przerzuty nowotworowe do przydatków, powikłania, wodobrzusze, rak jajnika, nowotwory

Summary

Cervical cancer is the second, after breast cancer, most frequent malignancy in the females worldwide. Annually, about 500 000 new cases are diagnosed and about 275 000 women die thereof. Most cases of cervical cancer are epithelial in origin, while only 15-35% are adenomatous. Recent epidemiological data indicate a gradually increasing incidence of adenocarcinoma with concomitant reduction of squamous cell carcinoma. The paper presents a case of a 50-year-old patient diagnosed with a cervical adenocarcinoma with bilateral adnexal metastases and concomitant ascites. Clinical signs and intraoperative findings initially suggested an ovarian cancer at FIGO stage IIIC. Based on histological studies, the final diagnosis of adenocarcinoma with adnexal metastases was made. Tumor metastases from the genitals usually originate from ovarian or endometrial cancer. Metastases from the cervical cancer are much less frequent. There are few publications dealing with this issue in the world literature. Furthermore, available papers provide widely divergent data concerning

the incidence of metastases to the ovaries and oviducts. Some authors highlight the necessity to exclude the reverse situation – metastases of ovarian cancer to the uterine cervix. Such data only confirm complexity of this issue. Therefore we decided to present the following case report.

Key words: cervical adenocarcinoma, adnexal metastases, complications, ascites, ovarian cancer, tumors

Содержание

Рак шейки матки является вторым по частоте, после рака грудной железы, новообразованием появляющимся у женщин во всем мире. Ежегодно отмечается появление около 500 тысяч, в том числе 275 тысяч смерти в связи с этим заболеванием. Новообразования эпителиальные составляют большую часть раков шейки матки. Только 15-35% новообразований шейки это рак железы. Опубликованные в последнее время эпидемиологические данные свидетельствуют о постоянном увеличении заболеваемости раком железы при одновременном уменьшении количества заболеваний раком плоскоэпителиальным шейки матки. В работе представлен случай пациентки в возрасте 50 лет, у которой был обнаружен рак железы матки с метастазами в обеих яичниках и яйцеводе, а также сопутствующая этому брюшная водянка. Клиническая картина до и во время операции сначала подсказывали рак яичника в степени развития IIIc согласно FIGO. После получения результатов гистопатологического исследования был поставлен диагноз рака железы с метастазами в придатках. Метастазы новообразований из полового органа появляются чаще из раков яичника или стержня матки. Метастазы из рака шейки встречаются значительно реже. В мировой литературе существует очень мало сообщений на эту тему. Кроме того в доступных работах авторы приводят различные количественные данные относительно частоты появления метастаз в яичниках и яйцеводах. В некоторых работах указывается факт, что существует необходимость исключения обратного положения – появления метастаз рака яичника в шейке матки. Эти данные свидетельствуют о сложности рассматриваемого вопроса. Это была причина того, почему мы постановили описать случай нашей пациентки.

Ключевые слова: рак железы шейки матки, метастазы новообразований в придатках, осложнения, брюшная водянка, рак яичника, новообразования

WPROWADZENIE

W Europie notuje się 34 000 nowych zachorowań na raka szyjki macicy rocznie, w tym 16 000 zgonów⁽¹⁾. Większość stanowią nowotwory nabłonkowe – około 85-95% raków szyjki, w tym 60-80% to raki płaskonabłonkowe, a 15-35% gruczolowe⁽²⁾.

W 2008 roku w Polsce na raka szyjki macicy zachorowało 3270, natomiast zmarło 1745 kobiet⁽³⁾. Patrząc na współczynnik zachorowalności w Europie, Polska sytuuje się zdecydowanie powyżej średniej. Wyższy współczynnik zachorowalności mają tylko Serbia, Rumunia, Bułgaria i Słowacja⁽⁴⁾.

We wczesnych postaciach zaawansowania rak szyjki macicy nie daje żadnych objawów klinicznych. Z kolei pierwsze objawy związane z rozwojem inwazyjnego raka szyjki nie są swoiste. Chore skarżą się na wodniste, brudnoszare upławy, czasami o przykrym zapachu, podbarwione krwią. Krwawienia z pochwy nasilają się w przypadkach mechanicznego urazu zmniejszonego nowotworowo nabłonka. Niestety, takie objawy zwykle towarzyszą zaawansowanym klinicznie postaciom choroby nowotworowej. Również dolegliwości bólowe miednicy mniejszej wskazują na naciekanie narządów sąsiednich, a co za tym idzie wyższy stopień zaawansowania wg FIGO⁽⁵⁾.

Najczęstszym nowotworem złośliwym szyjki macicy jest rak płaskonabłonkowy. Stanowi on do 80% wszystkich nowotworów nabłonkowych⁽⁶⁾.

W ostatnim czasie zauważono znaczny wzrost liczby przypadków raka gruczolowego. Naciekający rak gruczolowy stanowi

INTRODUCTION

Each year in Europe there are approximately 34 000 new cases of cervical cancer and about 16 000 deaths associated therewith⁽¹⁾. Most of these tumors (85-95%) are epithelial in origin, with squamous cell cancer accounting for 60-80% of them, and the remaining 15-35% being adenomatous tumors⁽²⁾.

According to the Polish National Cancer Registry, in 2008 in Poland 3270 new cases of cervical cancer have been diagnosed and 1745 women died thereof⁽³⁾. Considering the incidence rate, Poland comes in far above mean European values, preceded only by Serbia, Romania, Bulgaria and Slovakia⁽⁴⁾.

At early clinical stages, cervical cancer is entirely asymptomatic, while initial signs associated with invasive cervical cancer are non-specific. Patients complain about watery, grayish vaginal discharge, at times foul-smelling and blood-stained. Vaginal bleedings exacerbate as a result of mechanical injury to tumor-infiltrated epithelium. Unfortunately, such signs are usually associated with far-advanced clinical stages of the disease. Furthermore, pelvic pain indicates invasion of adjacent organs, consistent with higher FIGO clinical stage⁽⁵⁾.

Most common malignancy of the uterine cervix is squamous cell cancer, accounting for up to 80% of all epithelial malignancies⁽⁶⁾.

Recently, a significant increase of incidence of adenomatous cancer has been reported. Invasive adenocarcinoma accounts for 5-25% of primary cervical malignancies⁽⁷⁾. It takes a more

od 5 do 25% pierwotnych nowotworów szyjki macicy⁽⁷⁾. Ma on przebieg bardziej agresywny. Częściej występują tu przerzuty do węzłów chłonnych i przymacic w porównaniu z rakiem płaskonabłonkowym⁽⁸⁾.

Autorzy przedstawiają przypadek raka gruczołowego szyjki macicy z przerzutami do przydatków u 50-letniej pacjentki, która pozostawała bez kontroli ginekologicznej od ponad 10 lat.

OPIS PRZYPADKU

Dnia 25 sierpnia 2010 roku 50-letnia pacjentka z widocznym wodobrzuszem, w stanie ogólnym dobrym, zgłosiła się na izbę przyjęć szpitala MSWiA w Szczecinie z powodu bólu brzucha. W wywiadzie: pacjentka zamężna, wykształcenie średnie, wieloródka – rodziła trzykrotnie siłami natury w latach: 1984, 1987 i 2000. Od ostatniego porodu bez kontroli ginekologicznej. Od marca 2010 roku występowały początkowo wodniste, następnie złowonne obfite upławy z dróg rodnych. Poza tym zaobserwowano spadek masy ciała, a od września 2010 roku – uporczywe wymioty. W badaniu przedmiotowym stwierdzono: we wzornikach: w szyjce rodzący się mięśniak o średnicy około 4 cm; w badaniu dwuręcznym zestawionym: szyjka długości 3 cm, rozdęta, ujście zewnętrzne rozwarne na 4 cm, a wewnętrzne na 2 cm, trzon macicy normalnej wielkości, ruchomy, przydatki prawe pogrubiałe o nierównych zarysach, przydatki lewe bez zmian, twór guzowaty w zatoce Douglasa – wymaga dalszej diagnostyki i leczenia na oddziale ginekologiczno-położniczym. Na izbie przyjęć wykonano także badanie USG jamy brzusznej, w którym stwierdzono: „Obecność wolnego płynu w całej jamie brzusznej. Wątroba niejednorodna, w lewym płacie widoczny położony podtorebkowo obszar hiperechogenny o średnicy około 20 mm – naczyniak? Pęcherzyk żółciowy, trzustka, śledziona w USG bez zmian. W rzucie prawych przydatków torbiel o średnicy 37 mm. Pęcherz moczowy gładkościenny”.

W dniu 26 sierpnia 2010 roku pacjentka przyjęta na oddział ginekologiczny szpitala MSWiA, ponownie poddana badaniu, w którym stwierdzono: srom, krocze wieloródki, zatoka Douglasa obniżona, wydaje się, iż trzon macicy jest normalnej wielkości, przy macicy torbielowaty twór bolesny przy palpacji, prawdopodobnie wychodzący z przydatków, przymacicza wolne. Badanie we wzornikach: w kanale rodzący się mięśniak o średnicy 4 cm. Badania biochemiczne wykonane w tym dniu: morfologia: WBC: 9,8 G/l; RBC: 5,08 T/l; HGB: 9,81 mmol/l; HCT: 0,457 l/l; PLT: 272 G/l, markery: CA-125: 167 U/ml; CA-19,9: 93,7 U/ml; CEA: 2,22 ng/ml.

Obraz kliniczny sugerował, że mamy do czynienia z rakiem jajnika z uwagi na obecność guza, wodobrzusze i wzrost markera CA-125.

Następnego dnia pacjentka została poddana operacji, podczas której usunięto macicę z przydatkami, pobrano wycinek z otrzewnej oraz płyn z jamy brzusznej. Obraz śródoperacyjny sugerował rozpoznanie: *Ca ovariorum* IIIC. Materiał pooperacyjny przekazano do badania cytologicznego 26 sierpnia 2010, a do badania histopatologicznego – 30 sierpnia 2010 roku.

Ekspertyza histopatologiczna: do badania histopatologicznego otrzymano rozfragmentowaną macicę z przydatkami od

aggressive clinical course, with more frequent lymphatic and adnexal invasion as compared with squamous cell variety⁽⁸⁾.

The authors present a case of cervical adenocarcinoma with adnexal metastases in a 50-year-old patient, who did present for gynecologic examination for over 10 years.

CASE REPORT

On August 25th, 2010, a 50-year-old female in good general condition but with noticeable ascites presented in the Ministry of the Interior and Administration (MSWiA) hospital in Szczecin because of abdominal pain. Her medical history was rather unremarkable: married, secondary education, three childbirths (1984, 1987 and 2000). No gynecologic control since last childbirth. Since March 2010 noticed initially watery, then foul-smelling vaginal discharge, associated with weight loss. Since September 2010 persistent vomiting. Inspection by vaginal speculum revealed a 4 cm large myoma extruding from the uterine cervix. Bimanual palpation revealed: cervix 3 cm long, distended, open external ostium, 4 cm in diameter, internal ostium 2 cm in diameter, uterine corpus of normal size, mobile, right adnexae enlarged, irregular outline, left adnexae unchanged. Palpable tumor in the Douglas' cavity, requires further diagnosis and treatment at the department of gynecology and obstetrics. Abdominal sonographic study obtained at admission revealed “free liquid filling the entire abdominal cavity, non-homogeneous liver with a subcapsular hyperechogenic area 20 mm large in the left lobe (angioma?). Gall bladder, pancreas, spleen appearing normal at sonographic study. A 37 mm cyst projecting over the right adnexae. Smooth-walled urinary bladder”.

Once admitted to the department of gynecology, on August 26th, 2010, a re-examination revealed: vulva and perineum typical of a multipara, depressed Douglas' cavity, uterine corpus appearing normal, cystic mass adjacent to the uterus, tender to palpation, probably originating in the adnexae, parametrial tissues free on palpation. Inspection using speculum revealed a 4 cm large myoma in the cervical canal. Biochemical studies performed on the same day revealed: peripheral blood count: WBC 9.8 G/L, RBC 5.08 T/L, Hgb 9.81 mmol/L, Hct 0.457 L/L, PLT 272 G/L; tumor markers: CA-125: 167 U/mL, CA-19.9 93.7 U/mL, CEA 2.22 ng/mL.

Clinical symptoms suggested an ovarian cancer based on palpable tumor, ascites and elevated CA-125 level.

On the next day, the patient has been operated on (hysteroadnexectomy with collection of specimens from the peritoneum and peritoneal exudate). Intraoperative findings suggested the diagnosis of stage IIIC ovarian cancer. Surgical specimens were referred for cytological examination on August 26th, 2010 and for histological studies – on August 30th, 2010.

Pathologist's report: received specimens included morcellated uterus with adnexae from a patient diagnosed with an ovarian cancer and uterine myoma. Uterine corpus grossly normal. The separate uterine cervix with isthmus contained a whitish tumor, 2.5 cm large. Histological study of samples from vaginal part of the cervix and cervical tumor revealed an extensive infiltrate of moderately differentiated adenocarcinoma.

pacjentki z rozpoznaniem klinicznym raka jajnika oraz rodzącego się mięśniaka. W trzonie nie stwierdzono istotnych odchyleń od normy. W oddzielnie leżącym fragmencie szyjki macicy z cieśnią stwierdzono białawy guz o średnicy 2,5 cm. Badaniem histologicznym wycinków z części pochwowej szyjki macicy i guza kanału szyjki stwierdzono rozległy naciek średnio zróżnicowanego gruczolakoraka. Cewki rakowe o nieregularnych kształtach (kątowe, wieloboczne) zbudowane były z komórek o obfitej, jasnej cytoplazmie i jądrach komórkowych o średnio nasilonej atypii. Ponadto stwierdza się towarzyszącą desmoplazję (rys. 1).

Na przekroju jednego z jajników stwierdzono gładkościenną torbielowatą przestrzeń, która w badaniu histologicznym odpowiadała torbielakogruczolakowi śluzowemu (rys. 2).

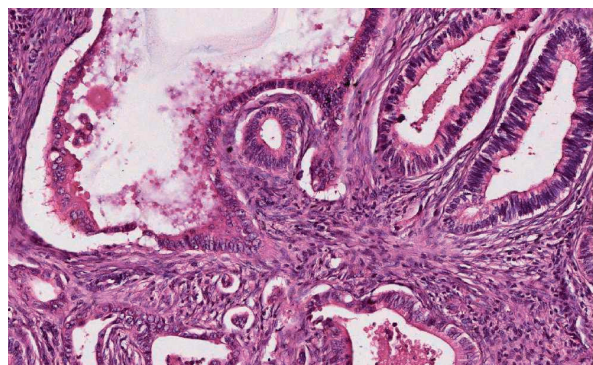
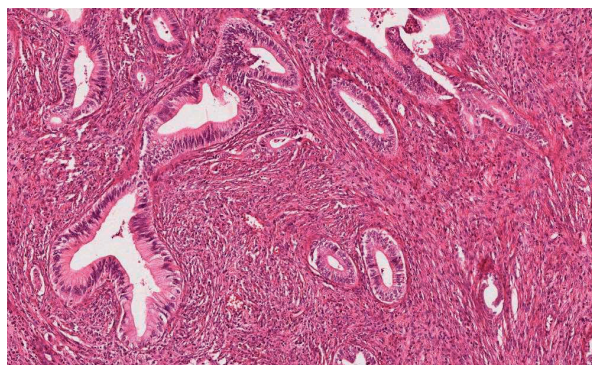
Drugi jajnik na przekroju makroskopowo bez zmian ogniskowych. W badaniu mikroskopowym w obu jajnikach znaleziono drobne ogniska i pojedyncze komórki gruczolakoraka otoczone desmoplastycznym podścieliskiem, morfologicznie identyczne z naciekiem raka w kanale szyjki macicy (rys. 3).

Ponadto drobne ogniska przerzutowe znaleziono na powierzchni jednego z jajowodów.

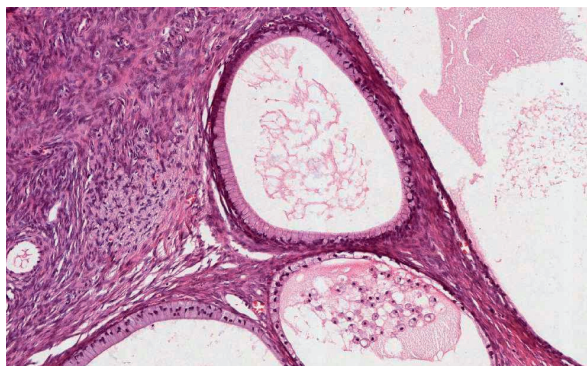
Obraz histologiczny przemawia za rakiem endocerykalnym, który dał przerzuty do obu jajników.

W badaniu cytologicznym płynu z jamy otrzewnej stwierdzono obecność komórek rakowych (27 sierpnia 2010 roku).

W dniu 10 września 2010 roku do Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej SPSK nr 2 w Szczecinie przyjęto pacjentkę z wodobrzuszem celem jego odbarczenia. Po nakłuciu otrzewnej uzyskano 3400 ml bursztynowego płynu.



Rys. 1. Naciek gruczolakoraka w obrębie guza kanału szyjki
Fig. 1. Adenocarcinomatous infiltrate within the cervical canal



Rys. 2. Torbielakogruczolak śluzowy jajnika
Fig. 2. Mucinous cystadenoma of the ovary

Irregular cancerous tubules (angular and polygonal) built of cells with abundant, clear cytoplasm and nuclei of moderate atypia. Pronounced desmoplasia was also visible (fig. 1).

Cross-section of the first ovary revealed a smooth-walled cystic space, consistent with mucinous cystadenoma on microscopic study (fig. 2).

Cross-section of the second ovary revealed grossly normal structure, with no evident focal lesions. Microscopic study of both ovaries revealed minute foci and single cells of adenocarcinoma, surrounded by desmoplastic stroma, morphologically identical with tumor infiltrate in the cervical canal (fig. 3).

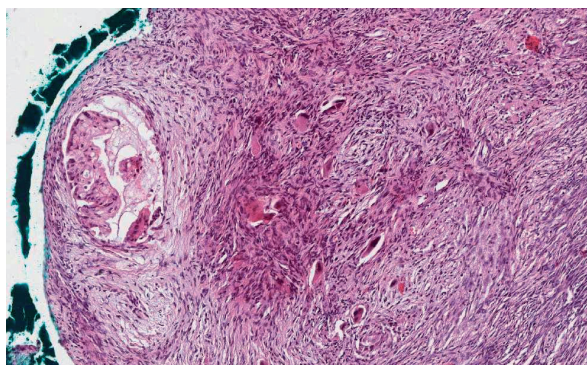
Furthermore, small metastatic foci were found on the surface of one of the oviducts.

Histological appearance is consistent with endocervical cancer, producing metastases to both ovaries.

Cytological study of peritoneal fluid revealed the presence of cancer cells (August 27th, 2010).

On September 10th, 2010, the patient has been admitted to the Department of Surgical Gynecology and Gynecologic Oncology of the Autonomous Public Clinical Hospital No. 2 in Szczecin in order to decompress her large recurrent ascites. Puncture of peritoneal cavity provided 3400 ml of amber-colored liquid. Nevertheless, ascites recurred rapidly and on September 13th, 2010, a repeat peritoneal puncture provided 1300 ml of fluid.

On September 16th, 2010, the patient has been brought by an ambulance to the Emergency Unit of the MSWiA Hospital



Rys. 3. Przerzut gruczolakoraka kanału szyjki
Fig. 3. Metastasis of cervical adenocarcinoma

Wodobrzusze narastało bardzo szybko – 13 września 2010 roku ponownie odbarczono jamę brzuszną, uzyskując 1300 ml.

Dnia 16 września 2010 roku pacjentka została przywieziona na karetką pogotowia na IP chirurgiczną szpitala MSWiA w Szczecinie z powodu wymiotów z podejrzeniem krwawienia z przewodu pokarmowego. W badaniu przedmiotowym: brzuch miękki niebolesny, objawy wodobrzusza – przed kilkoma dniami punkcja jamy brzusznej. Obecnie nie stwierdza się objawów krwawienia z przewodu pokarmowego ani niedrożności. Pacjentka wymaga opieki paliatywnej. Podano kroplówkę z Metoclopramidem i Zofranem z powodu wymiotów treścią zalegającą. W badaniach dodatkowych: WBC: 20,11 G/l, RBC: 5,01 T/l, HGB: 9,37 mmol/l, HCT: 0,413 l/l, PLT: 477 G/l.

Od 17 września 2010 roku pacjentka była objęta opieką poradni paliatywnej. Wdrożono stałe leczenie przeciwwymiotne i przeciwbólowe. Pacjentka otrzymywała: Metoclopramid, Torecan, Atosę, Haloperidol, Tramal, Estazolam. W trakcie leczenia uzyskano chwilową poprawę stanu ogólnego.

Dnia 23 września 2010 roku pacjentka była po raz kolejny przyjęta do Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt PUM celem nakłucia jamy otrzewnowej – uzyskano 1900 ml płynu. W badaniach dodatkowych: WBC: 14,4 G/l, RBC: 4,43 T/l, HGB: 8,09 mmol/l, HCT: 0,370 l/l, PLT: 526 G/l. W trakcie hospitalizacji pacjentkę przedstawiono na Komisji Onkologicznej, która zaleciła pooperacyjną radioterapię.

W dniu 28 września 2010 roku pacjentka ponownie zgłosiła się do Kliniki z masywnymi wymiotami i bólami brzucha. Przyjęta na oddział, gdzie zastosowano płynoterapię, przetoczono osocze świeżo mrożone, podano leki przeciwwymiotne oraz wykonano odbarczenie wodobrzusza (uzyskano 1800 ml płynu). W badaniach dodatkowych: badania biochemiczne: WBC: 10,9 G/l, RBC: 4,75 T/l, HGB: 8,51 mmol/l, HCT: 0,396 l/l, PLT: 560 G/l; Na 124 mmol/l; K 3,19 mmol/l; Cl 77 mmol/l; Urea: 66 mg/dl; Krea: 0,83 mg/dl; RTG jamy brzusznej: na zdjęciach przeglądowych jamy brzusznej wykonanych w pozycji leżącej i stojącej brak danych RTG dla niedrożności i perforacji przewodu pokarmowego.

Powyższe dane dotyczące stanu ogólnego i miejscowego pacjentki uniemożliwiały wdrożenie zaleconego procesu terapeutycznego choroby podstawowej.

Dnia 4 października 2010 roku zaobserwowano znaczne pogorszenie stanu pacjentki oraz narastającą niewydolność krążeniowo-oddechową, w rezultacie której nastąpił zgon chorej.

OMÓWIENIE

W ostatnich latach w piśmiennictwie światowym pojawiło się niewiele prac poświęconych opisywanemu przez nas zagadnieniu. Zjawisko występowania przerzutów raka szyjki macicy do przydatków nie jest częste, a publikacje na ten temat podają bardzo różne dane liczbowe. W badaniu Landoniego i wsp. na dużej grupie badanej (1965 pacjentek) obecność przerzutów obu typów histologicznych raka szyjki macicy stwierdzono jedynie u 0,9% chorych⁽⁹⁾, w badaniach Wu i wsp. w 0,71% przypadków⁽¹⁰⁾.

in Szczecin with severe vomiting suggesting gastrointestinal bleeding. Physical examination revealed: abdomen soft and non-tender to palpation, signs of ascites (punctured a few days ago). No signs of gastrointestinal bleeding or ileus were present. The patient required palliative management and received i.v. fluids with Metoclopramid and Zofran because of vomiting with retained stomach contents. Lab tests revealed: WBC 20.11 G/L, RBC 5.01 T/L, Hgb 9.37 mmol/L, Hct 0.413 L/L and PLT 477 G/L.

Since September 17th, 2010, the patient remained under the care of palliative treatment unit. Continuous antiemetic and analgetic medication was administered. She received Metoclopramid, Torecan, Atossa, Haloperidol, Tramal, Estazolam. In the course of treatment, a transient improvement of her general condition was noticed.

On September 23rd, 2010, the patient was re-admitted to the Department of Surgical Gynecology and Gynecologic Oncology for Adults and Girls of the Pomeranian Medical University for a peritoneal puncture which yielded 1900 ml of fluid. Lab tests revealed: WBC 14.4 G/L, RBC 4.43 T/L, Hgb 8.09 mmol/L, Hct 0.370 L/L, PLT 526 G/L. The case was reviewed by the local Oncologic Committee, which recommended radiotherapy.

On September 28th, 2010, the patient presented again with profuse vomiting and severe abdominal pain. After admission, she received i.v. fluids, fresh-frozen plasma, antiemetic drugs and has had her ascites drained (1800 ml of fluid). Lab tests revealed: WBC 10.9 G/L, RBC 4.75 T/L, Hgb 8.51 mmol/L, Hct 0.396 L/L, PLT 560 G/L, Na 124 mmol/L, K 3.19 mmol/L, Cl 77 mmol/L, BUN 66 mg/dL, Creatinin 0.83 mg/dL. Abdominal scout X-ray study (recumbent and standing) revealed no signs of ileus or perforation.

The patient's general and local condition precluded implementation of recommended therapy of underlying disease.

On October 4th, 2010, significant deterioration of the patient's condition was noticed with progressive circulatory and respiratory failure. On the same day the patient died.

DISCUSSION

Recent years have seen only a few papers dealing with the issues presented here. The phenomenon of adnexal metastases of cervical cancer is rather uncommon and published reports provide very divergent data. In the study by Landoni et al. recruiting a large group of patients (n=1965), metastases of both histological types of cervical cancer were encountered in 0.9% only, while in the material of Wu et al. – in 0.71%⁽¹⁰⁾.

Based on data provided by 597 patients operated on for cervical cancer, Toki et al. noticed adnexal metastases in 0.5% of cases only. All occurred at FIGO stage IIB⁽¹¹⁾.

Some investigators emphasize the need to exclude the opposite option – metastases of ovarian cancer, primary peritoneal cancer or pancreatic cancer to the uterine cervix. The authors conclude that such a situation is extremely rare and correlation of clinical and histological data usually suffices to clarify the issue⁽¹²⁾.

Most authors report much higher incidence of metastases of cervical cancer to the ovaries, emphasizing that they may

Opierając się na danych 597 przypadków pacjentek operowanych z powodu raka szyjki macicy, Toki i wsp. stwierdzili, że przerzuty do jajników stanowiły jedynie 0,5%. Wszystkie wystąpiły dopiero w stopniu zaawansowania IIB wg FIGO⁽¹¹⁾.

Część badaczy podkreśla też konieczność wykluczenia odwrotnej możliwości – przerzutów raka jajnika, pierwotnego raka otrzewnej czy na przykład raka trzustki do szyjki macicy. Autorzy podkreślają, że powyższa sytuacja jest niezmiernie rzadka, a powiązanie danych klinicznych i patomorfologicznych pozwala na jej wykluczenie⁽¹²⁾.

Zdecydowana większość autorów podaje większe liczby przerzutów raka szyjki macicy do jajników, podkreślając, że przerzuty występują już w stopniu zaawansowania IB wg FIGO^(13,14). Opisywane są również przerzuty do jajnika w raku gruczołowym szyjki *in situ*⁽¹⁵⁾.

Rak gruczołowy szyjki macicy daje zdecydowanie częściej przerzuty do jajników niż postać płaskonabłonkowa^(14,16,17). Różnica tych częstości jest istotna statystycznie^(16,17) lub nie⁽¹⁴⁾. Są jednak również badania oparte na dużym materiale (1413 chorych), w których przerzuty raka płaskonabłonkowego stanowią większość przypadków⁽¹⁰⁾.

Niemniej jednak w piśmiennictwie przeważa pogląd, że postać gruczołowa raka szyjki macicy daje dużo większe ryzyko przerzutów do jajników niż postać płaskonabłonkowa i jest to możliwe już w stopniu IB1 wg FIGO⁽¹⁸⁾.

Tabata i wsp. podają, że w przypadku raka gruczołowego szyjki macicy IIB wg FIGO przerzuty do jajników stwierdzono w 7,7% i w 12,5% we wszystkich ocenianych stopniach zaawansowania klinicznego w preparatach operacyjnych i sekcyjnych. Z kolei w preparatach sekcyjnych przerzuty gruczolakoraka szyjki macicy stanowiły 28,6%⁽¹⁶⁾.

Procent przerzutów do jajników rośnie najczęściej wraz ze wzrostem klinicznego zaawansowania – i tak w IB wynosi 2,5%, a w II stopniu już – 19%, w tym aż 11% przypadków dotyczy gruczolakoraków⁽¹⁹⁾.

Podobna zależność liczby przypadków przerzutów od stopnia zaawansowania klinicznego wg FIGO istnieje w raku gruczołowym szyjki macicy: IB – 3,72%, IIA – 5,25%, IIB – 9,85%⁽²⁰⁾.

Inni badacze podają zdecydowanie mniejszą liczbę przerzutów raka gruczołowego szyjki macicy do jajnika. Sutton i wsp. obserwowali tylko 2 przypadki na 121 badanych (1,7%)⁽¹⁴⁾, a Sigleton i Orr – 1,4%⁽²¹⁾.

Zdecydowana większość przerzutów (około 60%) jest obustronna⁽¹⁷⁾, podobnie było w przypadku opisywanej przez nas pacjentki. W publikacjach nie ma jednak zgodności – można znaleźć prace, w których tylko 20% przerzutów jest obustronnych, w badaniu Wu i wsp. wszystkie przerzuty raka gruczołowego były jednostronne⁽¹⁰⁾.

Dane z piśmiennictwa świadczą o złożoności zagadnienia, a opis naszego przypadku dowodzi, jak dużo jeszcze trzeba zrobić w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej w naszym kraju, aby zmienić nawyki prozdrowotne jego mieszkańców.

develop already at FIGO stage IB^(13,14). Ovarian metastases of an *in situ* cervical cancer have been reported⁽¹⁵⁾.

Adenocarcinoma of the uterine cervix metastasizes to the ovaries much often than the squamous cell variety^(14,16,17). The difference in incidence may be statistically significant^(16,17) or not⁽¹⁴⁾. There are also some large-scale studies, where metastases of squamous cell cancer accounted for most of the cases⁽¹⁰⁾.

Nevertheless, most authors agree that the adenomatous form of cervical cancer is associated with a much greater risk of metastases to the ovaries than its squamous cell variant and that it is possible already at FIGO stage IB⁽¹⁸⁾.

Tabata et al. report that in the case of FIGO stage IIB cervical adenocarcinoma, ovarian metastases were found in 7.7% and in 12.5% of all analyzed surgical and post-mortem specimens, respectively. In post-mortem preparations, metastases of cervical adenocarcinoma accounted for 28.6% of the cases⁽¹⁶⁾.

Frequency of metastases to the ovaries increases directly proportional to clinical stage of the disease, whereby at FIGO stage IB it is about 2.5%, at stage II – 19%, where adenocarcinoma cases account for no less than 11%⁽¹⁹⁾.

A similar correlation between risk of metastases and FIGO stage was noticed in cervical adenocarcinoma: IB – 3.72%, IIA – 5.25%, and IIB – 9.85%⁽²⁰⁾.

Other authors report considerably inferior numbers of metastases of cervical adenocarcinoma to the ovary. Sutton et al. documented only 2 such cases among 121 patients studied (1.7%)⁽¹⁴⁾ and Sigleton and Orr – 1.4%⁽²¹⁾.

Most metastases (60%) are bilateral at presentation⁽¹⁷⁾, as was the case in our patient. However, there is no consensus concerning this issue either – some papers report only 20% of bilateral metastases, while in the study by Wu et al., all adenocarcinoma metastases were unilateral⁽¹⁰⁾.

Literature data confirm the complexity of the issue, while our case report shows clearly how much there is still to be done in the area of primary and secondary prevention, so as to change health-oriented attitudes of Polish citizens.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Michalska M.: Epidemiologia raka szyjki macicy. W: Spaczyński M., Kędzia W., Nowak-Markwitz E. (red.): Rak szyjki macicy. Wyd. I, PZWL, Warszawa 2009: 1-15.
2. Jońska-Gmyrek J., Gmyrek L., Lindera B. i wsp.: Rokownicze znaczenie utkania histopatologicznego u chorych na raka szyjki macicy. Ginekol. Pol. 2010; 81: 668-673.
3. Raport na podstawie danych Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa (cytowany 15 lutego 2011 r.). Adres: <http://epid.coi.waw.pl/krn>.
4. Spaczyński M., Karowicz-Bilinska A., Rokita W. i wsp.: Uczestnictwo kobiet w Populacyjnym Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w latach 2007-2009. Ginekol. Pol. 2010; 81: 655-663.
5. Kędzia W.: Obraz kliniczny raka szyjki macicy. W: Markowska J. (red.): Ginekologia onkologiczna. Tom I, Urban & Partner, Wrocław 2006: 521-524.

6. Knapp P.: Obraz kliniczny raka szyjki macicy. W: Markowska J. (red.): Onkologia ginekologiczna. Urban & Partner, Wrocław 2002: 419-424.
7. Bręborowicz J., Bręborowicz D.: Patologia nowotworów szyjki macicy. W: Markowska J. (red.): Ginekologia onkologiczna. Tom I, Urban & Partner, Wrocław 2006: 553-564.
8. Kędzia W.: Czynniki prognostyczne w raku szyjki macicy i stanach przedrakowych. W: Markowska J. (red.): Ginekologia onkologiczna. Tom I, Urban & Partner, Wrocław 2006: 525-579.
9. Landoni F., Zanagnolo V., Lovato-Diaz L. i wsp.: Ovarian metastases in early-stage cervical cancer (IA2-IIA): a multi-center retrospective study of 1965 patients (a Cooperative Task Force study). *Int. J. Gynecol. Cancer* 2007; 17: 623-628.
10. Wu H.S., Yen M.S., Lai C.R. i wsp.: Ovarian metastasis from cervical carcinoma. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1997; 57: 173-178.
11. Toki N., Tsukamoto N., Kaku T. i wsp.: Microscopic ovarian metastasis of the uterine cervical cancer. *Gynecol. Oncol.* 1991; 41: 46-51.
12. McCluggage W.G., Hurrell D.P., Kennedy K.: Metastatic carcinomas in the cervix mimicking primary cervical adenocarcinoma and adenocarcinoma *in situ*: report of a series of cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 2010; 34: 735-741.
13. Parham G., Heppard M.C., DiSaia P.J.: Metastasis from a stage IB cervical adenocarcinoma in a transposed ovary: a case report and review of the literature. *Gynecol. Oncol.* 1994; 55: 469-472.
14. Sutton G.P., Bundy B.N., Delgado G. i wsp.: Ovarian metastases in stage IB carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992; 166: 50-53.
15. Chang M.C., Nevadunsky N.S., Viswanathan A.N. i wsp.: Endocervical adenocarcinoma *in situ* with ovarian metastases: a unique variant with potential for long-term survival. *Int. J. Gynecol. Pathol.* 2010; 29: 88-92.
16. Tabata M., Ichinoe K., Sakuragi N. i wsp.: Incidence of ovarian metastasis in patients with cancer of the uterine cervix. *Gynecol. Oncol.* 1987; 28: 255-261.
17. Ma S., Sun J.: Ovarian metastasis in uterine cervical cancer: analysis of 17 cases. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1996; 31: 305-307.
18. Delotte J., Ferron G., Kuei T.L. i wsp.: Laparoscopic management of an isolated ovarian metastasis on a transposed ovary in a patient treated for stage IB1 adenocarcinoma of the cervix. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2009; 16: 106-108.
19. Natsume N., Aoki Y., Kase H. i wsp.: Ovarian metastasis in stage IB and II cervical adenocarcinoma. *Gynecol. Oncol.* 1999; 74: 255-258.
20. Shimada M., Kigawa J., Nishimura R. i wsp.: Ovarian metastasis in carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol. Oncol.* 2006; 101: 234-237.
21. Singleton H.M., Orr I.W.: Primary surgical treatment of invasive cancer. W: Singleton H.M., Orr I.W. (red.): *Cancer of the Cervix*. IB Lippincott Company, 1995: 134.

III Nowe Trendy w Ginekologii Onkologicznej 20-21 kwietnia 2012 r.

Przewodniczący Komitetu Naukowego:
Prof. dr hab. n. med. Janusz Emerich
Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej
Biuro organizacyjne:
AGORA, ul. Żurawia 10-12/31, 60-860 Poznań
tel./faks: 61 842 74 65
e-mail: biuro@agora-konferencje.pl
www.agora-konferencje.pl

V Aktualności w Ginekologii i Położnictwie 11-12 maja 2012 r.

Ciechocinek – Pałac Targon
Przewodniczący Komitetu Naukowego:
Prof. dr hab. n. med. Ryszard Poręba
Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
Biuro organizacyjne:
AGORA, ul. Żurawia 10-12/31, 60-860 Poznań
tel./faks: 61 842 74 65
e-mail: biuro@agora-konferencje.pl
www.agora-konferencje.pl

Szanowni Prenumeratory!

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów prenumerata czasopisma „**Current Gynecologic Oncology**”

– indeksowanego w Index Copernicus – umożliwia doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego.

Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.