

УДК 618.11–006.6–053.2–036–07–089

О.М. Кулик¹, О.О. Калінчук², А.О. Дворакевич², А.І. Карпів¹

Клінічний випадок діагностики та лікування тератобластоми яєчника в дитини

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна²Перше клінічне об'єднання Львова лікарні Святого Миколая, Україна

Paediatric Surgery(Ukraine).2024.1(82):97-99; doi 10.15574/PS.2024.82.97

For citation: Kulyk OM, Kalinchuk OO, Dvorakevych AO, Karpiv AI. (2024). The clinical case of diagnosis and treatment of the ovarian teratoblastoma in a child. Paediatric Surgery (Ukraine). 1(82): 97-99; doi: 10.15574/PS.2024.82.97.**Мета:** показати можливості хірургічного лікування дитини з тератобластою на етапі раннього виявлення.**Клінічний випадок.** Наведено досвід лікування дитини з тератобластою яєчника. Вивчено анамнез захворювання. Дитину обстежено лабораторними (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, альфа-фетопротеїн, онкомаркер яєчників) та інструментальними методами (ультразвукова діагностика внутрішніх органів та органів малої миски, комп'ютерна томографія органів малої миски). Пацієнтку проконсультовано дитячим гінекологом, урологом та онкологом. З урахуванням результатів дослідження призначено оперативне лікування: біопсія пухлиноподібного утвору та яєчників. Оваріальна кістектомія, одностороння операція. У лікуванні взяла участь багатопрофільна команда.

Дитина одужала. Додаткового лікування не потребує. Рекомендовано спостереження дитячого онколога.

Висновки. Описаний клінічний випадок демонструє досвід лікування дитини з тератобластою, яка в такому віці є досить рідкісною патологією, але про котру потрібно пам'ятати. Адекватне доопераційне обстеження формує тактику лікування. Інтраопераційне стадіювання є обов'язковим компонентом (змиви з очеревини, обстеження контрлатерального яєчника, біопсія підозрілих вогнищ очеревини та чепця, ревізія регіональних лімфатичних вузлів). За умови виконання всіх протокольних обстежень і при підтвердженні локального процесу – достатньо лише провести оперативне втручання без ад'ютивної хіміотерапії.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: тератома, тератобластома, дитина, яєчники.

The clinical case of diagnosis and treatment of the ovarian teratoblastoma in a child

О.М. Kulyk¹, О.О. Kalinchuk², А.О. Dvorakevych², А.І. Karpiv¹¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine²Lviv First Clinical Association of the hospital of St Nicholas, Ukraine**Aim:** to demonstrate the possibilities of surgical treatment of the child with teratoblastoma at the early stage of detection.**Clinical case.** The article presents an experience of treatment a child with ovarian teratoblastoma. The anamnesis of the disease was studied. The child has been examined by laboratory (general blood test, biochemical blood test, alpha-fetoprotein, ovarian tumor marker) and instrumental methods (ultrasound diagnostics of internal organs and organs of the lesser pelvis, computer tomography of the organs of lesser pelvis). The patient was consulted by a pediatric gynecologist, urologist and oncologist. Taking into account the results of the study, surgical treatment was prescribed: biopsy of the tumor-like formation and ovaries. Ovarian cystectomy, unilateral operation. A multidisciplinary team was involved in the treatment.

The child recovered. Additional treatment is not required. The observation of the pediatric oncologist is recommended.

Conclusion. The described clinical case demonstrates the experience of treatment a child with teratoblastoma, which is a rare pathology in childhood and that needs to be remembered. Proper preoperative examination forms the tactic of the treatment. Intraoperative staging is a mandatory component (peritoneal lavage, examination of the contralateral ovary, biopsy of suspicious lesions of the peritoneum and the

Clinical case

omentum, revision of the regional lymph nodes). When performing all protocol surveys and confirming the local process only surgical intervention without adjuvant chemotherapy is enough.

The research was carried out in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The informed consent of the child's parents was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: teratoma, teratoblastoma, child, ovaries.

У людському організмі під впливом низки специфічних чинників можуть виникнути різні пухлинні процеси.

Одні пухлини з'являються у зрілому віці, інші виявляються переважно в дітей, а треті починають розвиватися задовго до народження. До останньої групи пухлин належить і тератома, яка буває доброякісною або злоякісною [2,4,5].

Тератоми поділяються на незрілі та зрілі освіти, а відрізняються характером внутрішнього вмісту [1,5].

Незріла тератома або тератобластома – це пухлина, що містить тканини, котрі неможливо диференціювати та складається з різних типів тканин, які є похідними різних зародкових листків. Їхня присутність не є характерною для тих органів або анатомічних областей організму, у яких розвивається пухлина.

При тератомі яєчника клінічна симптоматика протягом тривалого часу при невеликих розмірах пухлини може бути відсутньою. При збільшенні в розмірах пухлини можуть відчуватися важкість у нижніх відділах живота, порушення сечовипускання, відходження калу, різкий біль у разі розриву чи перекруту кісти [3,4].

Мета: показати можливості хірургічного лікування дитини з тератобластомою на етапі раннього виявлення.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Клінічний випадок

Дівчинка Х., 2013 року народження (10 років), скерована на обстеження та лікування в Комунальне некомерційне підприємство «Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова» з діагнозом «Пухлиноподібний утвір малого тазу великих розмірів. З анамнезу відомо, що близько 2 тижнів тому лікувалася від гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ). Пацієнтка зауважила збільшення розмірів живота в нижніх відділах. Відтоді субфебрильна температура утримувалася. Інших скарг у дівчинки не було. За даними ультразвукової діа-

гностики (УЗД) – однокамерна кіста з солідним компонентом великих розмірів (O-RADS-5 високий рівень малігнізації).

Об'єктивно. Загальний стан хворої середньої важкості, свідомість ясна. Живіт асиметричної форми, м'який, бере участь в акті дихання, не болючий при пальпації. Гіпогастрій асиметричний, збільшений через пухлиноподібний утвір порожнини малого тазу. Зі сторони інших органів та систем патології не виявлено. Діагноз під час госпіталізації: D39.1 – Яєчника зліва.

Призначено додаткові методи обстеження та консультації суміжних спеціалістів (дитячого гінеколога, онколога, уролога).

У загальному аналізі крові відзначається незначний лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитоз ($401 \times 10^{12}/\text{л}$), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 21 мм на 1 годину, незначний зсув лейкоцитарної формули вліво. Альфа-фетопротеїн (АФП) – 6,07 МО/мл ($N=5,5$ МО/мл). Онкомаркер яєчників (СА – 125) – 49,93 ОД/мл ($N \leq 35$ ОД/мл). Загальний аналіз сечі та показники біохімічного аналізу крові без патологічних змін.

Проконсультована дитячим гінекологом. Висновок: D27 – доброякісне утворення яєчника.

Під час проведення комп'ютерної томографії (КТ) органів черевної порожнини та тазу виявлено масивний гетерогенний утвір у проекції малого тазу з множинним кистозним, солідним компонентом із гіперденсивними включеннями, приблизним розміром $106 \times 142 \times 80$ мм. Кистозні включення не накопичують контраст, щільністю до +16 НУ. Масивний солідний компонент із множинними кальцинатами (найбільшим розміром до 30 мм) щільністю +27–+37 НУ, при довенному контрастуванні +65–+75 НУ. Контури матки, яєчників та сечового міхура чітко не прослідковуються. Збільшених лімфовузлів черевної порожнини не виявлено. Пахові лімфовузли білатерально до 4 мм. Простежується виражена деформація передньої стінки черевної порожнини в мезо- та гіпогастральній ділянках. Відзначено наявність ознак двобічного гідронефрозу.

Зі сторони інших органів та систем патологій не виявлено.

Висновок: КТ-ознаки гетерогенного утвору малого тазу з незначною вираженою компресією судин та правого сечоводу. Двобічний гідронефроз.

Призначено оперативне лікування: Біопсія пухлиноподібного утвору та яєчників. Оваріальна кістектомія, одостороння операція.

Проведено нижню серединну лапаротомію. Під час огляду виявлено: солідну кісту лівого яєчника великих розмірів (15×15 см). Правий яєчник звичайних розмірів та забарвлення. Матка розташована в типовому положенні, розміри відповідають віку. Парааортальні та здухвинні лімфатичні вузли не збільшені. Реактивний випіт світло-солом'яного кольору до 100 мл відібрано на цитологічне дослідження. Пасмо сальника відібрано на патогістологічне дослідження. Проведена типова лівобічна аднексектомія. Біопсія контрлатерального яєчника. Контроль гемостазу. Рану пошарово зашито. Накладено асептичну пов'язку.

Загальний вигляд видаленої пухлини представлено на рис.

Результати патогістологічного дослідження. Незріла тератома (ICD-O 9080/3) лівого яєчника High grade, щонайменше pT1c2LVIO.

Під час післяопераційного періоду пацієнтка отримувала антибіотикопрофілактику амоксициліном, знеболення, перев'язки. Загальний стан був стабільним. Субфебрильна температура утримувалася ще 3 дні після операції. Дитину виписано в задовільному стані на 4 добу після операційного втручання.

Повторно проконсультована дитячим онкологом, додаткового лікування не призначено.

Через два тижні після операційного лікування проведено контрольну магнітно-резонансну томографію (МРТ). **Висновок МРТ:** Стан після оперативного втручання. Післяопераційні рубцеві зміни з дрібною серою по верхньому контуру тіла матки. Патологічних утворів у порожнині тазу не виявлено.

Обговорення та висновки

Описаний клінічний випадок демонструє досвід лікування дитини з тератобластою.

Відомості про авторів:

Кулик Олена Миколаївна – д.мед.н., проф. каф. дитячої хірургії ЛНМУ ім. Д. Галицького. Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69. <https://orcid.org/0000-0001-7639-6871>.

Калінчук Олександр Олександрович – мед. директор Першого клінічного об'єднання Львова «Лікарня Святого Миколая». Адреса: м. Львів, вул. П. Орлика, 4.
Дворакевич Андрій Орестович – к.мед.н., керівник Центру хірургії, заст. мед. директора з хірургічної роботи Першого клінічного об'єднання Львова «Лікарня Святого Миколая». Адреса: м. Львів, вул. П. Орлика, 4. <https://orcid.org/0000-0003-1509-8525>.

Карпів Андрій Ігорович – лікар судово-медичний експерт. Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 61.

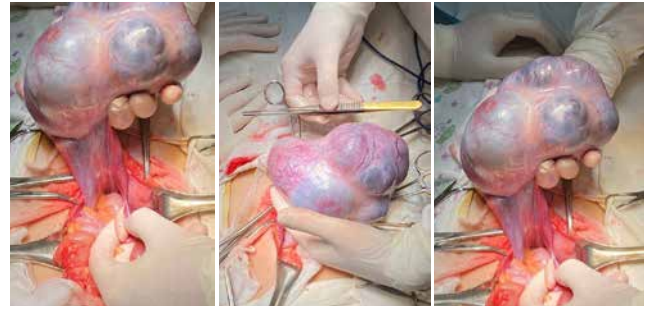


Рис. Загальний вигляд видаленої пухлини

Тератобластома в дитячому віці є досить рідкісною патологією, однак про неї потрібно пам'ятати. У нашому випадку спостерігався надзвичайно швидкий ріст пухлини в десятирічній дитини, який, на нашу думку, був спровокований ГРВІ, що перенесла дівчинка.

Адекватне доопераційне обстеження формує тактику лікування.

Інтраопераційне стадіювання є обов'язковим компонентом (змиви з очеревини, обстеження контрлатерального яєчника, біопсія підозрілих вогнищ очеревини та чепця, ревізія регіональних лімфатичних вузлів).

За умови виконання всіх протокольних обстежень і при підтвердженні локального процесу – достатньо лише провести оперативне втручання без ад'ютивної хімотерапії. Повторні консультації дитячого онколога рекомендовані кожні 6 місяців.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Corton MM, Leveno KJ, Bloom SL, Hoffman BL. (2014). Williams Obstetrics 24/E. EBOOK. McGraw Hill Professional. Chapter 16. ISBN 9780071798945.
2. Falcone T, Hurd WW. (2007). Clinical Reproductive Medicine and Surgery. Elsevier Health Sciences: 749. ISBN 0323033091.
3. Hart I, Newton RW. (2012). Endocrinology. Springer Science & Business Media: 157. ISBN 9789401092982.
4. Parashchuk YuS. (2002). Reproduktyvne zdorovia ditei-pidlitkiv. Navchalnyi posibnyk. Kharkiv: 109. [Паращук ЮС. (2002). Репродуктивне здоров'я дітей-підлітків. Навчальний посібник. Харків: 109].
5. Peiro JL, Sbragia L, Scorletti F, Lim FY, Shaaban A. (2016, Jul). Management of fetal teratomas. *Pediatr Surg Int.* 32 (7): 635647. doi: 10.1007/s0038301638923.