SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2026, 36 tomas, Nr.7, p. 55-59
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2026.282

PIRMINIS SEROZINIS RIBINIS PILVAPLĖVĖS NAVIKAS, IMITUOJANTIS ENDOMETRIOIDINĘ KIAUŠIDŽIŲ CISTĄ. KLINIKINIS ATVEJIS IR LITERATŪROS APŽVALGA

Dovilė Tylaitė[1], Guoda Žukienė[2], Linas Andreika[2]
[1]Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas,
[2]Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Klinikinės medicinos institutas, Akušerijos ir ginekologijos klinika

Raktažodžiai: serozinis paribinis pilvaplėvės navikas,; endometriozė.

Santrauka

Pirminiai seroziniai ribiniai pilvaplėvės navikai (PSRPN) yra itin reti epitelinės kilmės pilvaplėvės paviršiaus navikai, pasižymintys mažu piktybiškumo potencialu ir palankia klinikine eiga. Dėl nespecifinių simptomų ir vaizdinių tyrimų ribotumo jie dažnai klaidingai diagnozuojami kaip kiaušidžių kilmės navikai ar pilvaplėvės karcinomatozė, o tai gali lemti perteklinį ir ne visada pagrįstą gydymą, ypač reprodukcinio amžiaus moterims. Straipsnyje aprašomas 36 metų moters klinikinis atvejis, kai atliekant laparoskopinę operaciją dėl antrinio nevaisingumo ir įtariamos kiaušidės endometrioidinės cistos, retroperitoniškai nustatytas ir pašalintas 7,9 x 5,2 cm dydžio pilvaplėvės darinys. Histopatologinis tyrimas patvirtino pilvaplėvės endosalpingiozę su seroziniu ribiniu naviku. Atlikus išsamų pooperacinį ištyrimą ir chirurginį stadijavimą, patvirtinta PSRPN diagnozė. Atsižvelgiant į pacientės amžių ir vaisingumo išsaugojimo poreikį, pasirinkta konservatyvi, minimaliai invazinė chirurginė taktika. Pateiktas klinikinis atvejis ir literatūros apžvalga pabrėžia histopatologinės diagnostikos svarbą bei rodo, kad PSRPN dažniausiai pasižymi lėta eiga, mažu recidyvų dažniu ir gera ilgalaike prognoze.

Įvadas

Pirminiai seroziniai ribiniai pilvaplėvės navikai (PSRPN) yra itin reti epitelinės kilmės dariniai, pasižymintys ribotu piktybiškumu ir priskiriami pilvaplėvės paviršiaus navikų (angl. Peritoneal Surface Malignancies, PSM) grupei. Šiems navikams būdingas polinkis plisti pilvaplėvės ertmėje, todėl kyla papildomų diagnostikos ir gydymo iššūkių [1]. PSRPN yra atskiras ir ypač retas šios kategorijos pogrupis. Prieš įsitvirtinant šiam terminui, anksčiau tokiai būklei apibūdinti buvo vartojami keli skirtingi pavadinimai, įskaitant pirminę papilinę pilvaplėvės neoplaziją, atipinę endosalpingiozę ir mažo piktybiškumo serozinę mikropapilomatozę. Naujausias ir šiuo metu tinkamiausias terminas yra pirminis serozinis ribinis pilvaplėvės navikas, tiksliau atspindintis šių navikų ribinį piktybiškumo potencialą ir pirminę kilmę iš pilvaplėvės. Šis terminologinis pakeitimas buvo reikšmingas, nes PSRPN pripažintas savita klinikine ir patologine būkle, kuriai taikomos nuo kiaušidžių ribinių navikų ar piktybinių serozinių karcinomų besiskiriančios diagnostikos ir gydymo strategijos [2]. Manoma, kad šie navikai sudaro mažiau nei 1 proc. visų serozinių navikų, įskaitant kiaušidžių ir pilvaplėvės kilmės neoplazijas [3]. Remiantis turimais duomenimis, PSRPN dažniausiai diagnozuojama ketvirtajame–šeštajame gyvenimo dešimtmetyje, tačiau pasitaiko atvejų ir jaunesnėms bei vyresnėms pacientėms. Aiškios sąsajos su genetiniais sindromais ar paveldimumu nenustatyta, taip pat nepastebėta kiaušidžių karcinomoms būdingų rizikos veiksnių. Todėl manoma, kad šių navikų kilmė gali būti susijusi su lokalizuotomis serozinėmis proliferacijomis pilvaplėvėje [4].

Žinoma, kad daliai pacienčių, sergančių seroziniais kiaušidžių ribiniais navikais, pilvaplėvėje nustatomi implantai. PSRPN nuo šių navikų skiriasi tuo, kad kiaušidės išlieka normalios arba tik minimaliai pažeidžiamas jų paviršius, todėl tokie atvejai, kaip ir mūsų aprašytasis, klasifikuojami kaip pirminis, o ne metastazinis procesas [5].

PSRPN paprastai yra lėtos eigos ir pasižymi labai mažu progresavimo į invazinį naviką potencialu. Nors ši patologija reta, literatūroje neaprašyta su ja tiesiogiai susijusių mirčių, o recidyvai yra pavieniai ir dažniausiai susiję su neradikalia naviko rezekcija [6].

Vienas pagrindinių PSRPN diagnostikos iššūkių yra dažnai klaidinga diagnozė – navikas neretai palaikomas antriniu pilvaplėvės naviku, metastazavusiu iš pirminės kiaušidžių

Adresas susirašinėti: Dovilė Tylaitė, el. p. dovile.tylaite@mf.stud.vu.lt

karcinomos. Tai lemia dažnai besimptomė ligos eiga, o pasireiškę simptomai paprastai būna nespecifiniai, dažniausiai pilvo ar dubens srities skausmas. Dėl diagnostinių neaiškumų neretai taikomas pernelyg agresyvus gydymas, ypač reprodukcinio amžiaus moterims [5].

Daugumos aprašytų atvejų chirurginis gydymas atliktas laparotomijos būdu, o laparoskopija taikyta rečiau [7]. Šiame straipsnyje pristatome reprodukcinio amžiaus moters klinikinį atvejį: dėl antrinio nevaisingumo ir įtariamos kiaušidžių endometrioidinės cistos pacientei atlikta laparoskopija, po kurios patvirtintas pirminis serozinis ribinis pilvaplėvės navikas.

Tyrimo tikslas - aprašyti klinikinį atvejį ir apibendrinti pirminių serozinių ribinių pilvaplėvės navikų klinikines ypatybes, diagnostikos principus ir šiuolaikines chirurginio gydymo strategijas.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Literatūros paieškai pasitelktos MEDLINE (PubMed), Cochrane, Scopus ir ScienceDirect duomenų bazės. Atrinkti recenzuojami straipsniai, apžvalgos ir atvejų serijos, nagrinėjantys PSRPN epidemiologiją, histopatologiją, vaizdinę diagnostiką, chirurginį gydymą ir stebėseną. Klinikinio atvejo aprašymui gautas rašytinis pacientės sutikimas.

Klinikinis atvejis

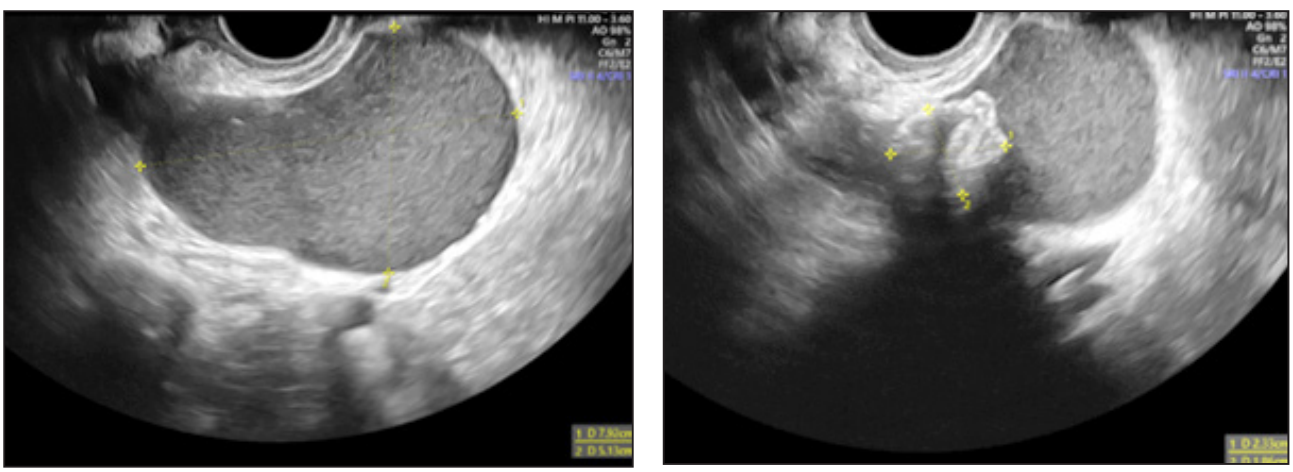
36 metų moteris 2025 m. kovo mėn. buvo hospitalizuota planinei laparoskopinei operacijai dėl kiaušidės cistos, trejus metus trunkančio antrinio nevaisingumo ir pilvo apačios skausmo. Prieš 6 mėnesius ambulatoriškai atlikus transvaginalinį ultragarsinį tyrimą, dešinės kiaušidės projekcijoje nustatytas 7,9 x 5,2 cm dydžio darinys su tirštu turiniu ir echopzityviu intarpu. Jis buvo įvertintas kaip dešinės kiaušidės endometrioidinė cista (1 pav.). Kiaušidžių vėžio žymens CA 125 koncentracija kraujyje buvo normos ribose – 20,6 kU/l.

Laparoskopinės operacijos metu gimda, kiaušidės ir kiaušintakiai buvo be matomų pakitimų. Retroperitoniškai, tarp gimdos ir šlapimo pūslės (*excavatio vesicouterina)*, rastas 5 cm dydžio cistinis darinys, suaugęs su taukine (2 pav.). Ant šlapimo pūslės pilvaplėvės ir priekinės pilvo sienos įtarta karcinomatozė. Paimta pilvo ertmės skysčio citologiniam tyrimui, atidalinta taukinė, perkirpus *lig. teres uteri* dešinėje atvertas paravezikalinis retroperitoninis tarpas. Retroperitoninis navikas išdalintas nepažeidžiant jo vientisumo ir pašalintas iš pilvo ertmės endomaišelyje. Operacijos metu taip pat atliktas kiaušintakių praeinamumo tyrimas su metileno mėliu: dešinysis kiaušintakis buvo praeinamas, kairysis - nepratekamus). Galutinė histologinio tyrimo išvada: pilvaplėvės endosalpingiozė ir serozinis ribinis navikas.

Siekiant diferencijuoti, ar tai pirminis pilvaplėvės navikas, ar antrinis iš kiaušidžių ar kiaušintakių išplitęs navikas / neinvazyvus implantas, po operacijos atlikta viso kūno kompiuterinė tomografija ir dubens magnetinio rezonanso tomografija. Radiologiškai atokaus ligos išplitimo nenustatyta, pirminis navikas kiaušidėse neidentifikuotas.

2025 m. gegužę atliktas chirurginis stadijavimas: laparoskopinė omentektomija ir pilvaplėvės biopsijos. Pašalintas kairysis kiaušintakis, nes buvo nepratekamas. Po operacijos atliktame preparatų histologiniame tyrime naviko nenustatyta. Siekiant išsaugoti pacientės vaisingumą, kiaušidės ir dešinysis kiaušintakis nebuvo pašalinti; pacientė nukreipta į vaisingumo centrą pagalbinio apvaisinimo procedūrai.

Po 6 mėn. pacientė atvyko kontroliniam vizitui. Savijauta gera, nusiskundimų neturi. Ultragarsinio tyrimo metu vidaus organuose pakitimų nestebima, vėžio žymens Ca 125 koncentracija atitiko normą. Rekomenduojama toliau stebėti



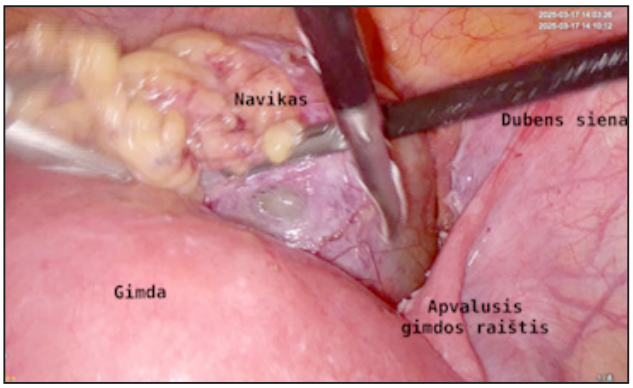
1 pav. Priešoperaciniai darinio vaizdai (transvaginalinė echoskopija)

1 lentelė. PSRPN ir panašių ligų imunohistocheminės ir histologinės savybės.
Adaptuota pagal Vito Iannone ir kt. [2].

Liga	Imunohistocheminiai žymenys	Histologinės savybės
Pirminis serozinis ribinis pilvaplėvės navikas	Ber–EP4, pancitokeratinas, estrogenų ir progesterono hormonų receptoriai	Neinvazinės papilinės struktūros, psammoma kūneliai, lengva atipija
Pirminė pilvaplėvės serozinė karcinoma	WT-1, PAX8, Ber–EP4, Kalretininas	Prastai diferencijuotas, invazinis augimas, didelis mitozinis aktyvumas
Kiaušidžių serozinis ribinis navikas	CA-125, estrogenų ir progesterono hormonų receptoriai, Ber–EP4, WT-1	Panašus į PSRPN, tačiau lokalizuotas kiaušidėse, neinvazinis
Piktybinė pilvaplėvės mezotelioma	Kalretininas, CK5/6, WT-1, D2-40	Difuzinis augimas, sustorėjusi pleura, gausi citoplazma
Endosalpingiozė	Ber-EP4, ER, PR, kalretininas	Gerybiniai intarpai, panašūs į kiaušintakio epitelį

pacientės būklę: kas 6 mėnesius atlikti Ca-125 tyrimą iš kraujo ir vidaus organų echoskopiją.

Klinikiniai ligos ypatumai. Dėl šių navikų retumo ir nespecifinės klinikinės išraiškos, dauguma jų diagnozuojami atsitiktinai – atliekant laparoskopines procedūras dėl kitų indikacijų, pavyzdžiui, nevaisingumo ar diagnostinių laparoskopijų. Literatūroje nurodoma, kad maždaug 32 proc. atvejų yra besimptomiai. Ši aplinkybė leidžia manyti, kad realus PSRPN plitimas gali būti didesnis nei registruojamas [3]. Simptominiai atvejai dažnai pasireiškia lėtiniu dubens ar pilvo skausmu, nevaisingumu, gali imituoti dubens uždegiminę ligą (DUL), kiaušidžių cistas, žarnyno obstrukciją, arba kaip mūsų aprašytu atveju – endometriozę. Navikai dažniausiai pasireiškia kaip difuziniai ar granulių formos pilvaplėvės židiniai, imituojantys pilvaplėvės karcinomatozę [8]. Vaizdiniai tyrimai, nors ir naudingi pilvo ar dubens darinių įvertinimui, ne visada leidžia tiksliai nustatyti PSRPN. Atsižvelgiant į tai, kad PSRPN gali imituoti ir labiau piktybines būkles, tokias kaip pirminė kiaušidžių karcinoma, tiksli histopatologinė diagnozė yra būtina, kad būtų parinkti tinkami gydymo metodai ir išvengta per daug agresyvaus gydymo [2].



2 pav. Navikas operacijos metu

Histopatologija. PSRPN pasižymi specifinėmis histologinėmis ypatybėmis, kurios leidžia šį naviką atskirti nuo kitų pilvaplėvės ir kiaušidžių navikų. Histologiškai PSRPN būdingos neinvazinės epitelio proliferacijos, dažniausiai pasireiškiančios papilinėmis struktūromis, kurias dengia vidutiniškai atipinis serozinis epitelis. Vienas pagrindinių diagnostinių požymių yra psammominių kūnelių buvimas – apvalių, mikroskopinių, koncentriškai laminuotų, kalcifikuotų struktūrų. Imunohistochemiškai PSRPN ekspresuoja epitelio žymenis, tokius kaip Ber–EP4 ir pancitokeratinas, taip pat estrogenų ir progesterono receptorius. Šie žymenys yra svarbūs diferencijuojant PSRPN nuo kitų pilvaplėvės ar kiaušidžių navikų, kurie gali turėti skirtingus imunohistocheminius profilius [3] (1 lentelė).

Gydymas. PSRPN gydymo pagrindas yra chirurginė intervencija, kurios apimtis ir pobūdis priklauso nuo pacientės amžiaus, poreikio išsaugoti vaisingumą ir ligos išplitimo laipsnio. Dažniausiai atliekama radikali operacija - totali histerektomija su salpingo-ooforektomija ir taukinės pašalinimu, siekiant visiškai pašalinti matomus naviko židinius (R0 rezekcija). Vis dėlto, atsižvelgiant į palankią ligos prognozę ir mažą recidyvų dažnį, jaunoms moterims gali būti taikomas konservatyvus, vaisingumą išsaugantis chirurginis gydymas, ypač kai navikas nėra išplitęs ir pacientė pageidauja išsaugoti galimybę pastoti. Sisteminės literatūros apžvalgos duomenimis, 32,3 proc. PSRPN atvejų buvo gydyti minimaliai invaziniais, vaisingumą išsaugančiais metodais, o 59,4 proc. atvejų pasirinkta radikali chirurgija. Nepriklausomai nuo operacijos apimties, recidyvų dažnis išlieka mažas, dažniausiai nesiekia 25 proc., o tai patvirtina konservatyvių chirurginių metodų tinkamumą. Net ir po konservatyvaus gydymo ilgalaikė prognozė išlieka palanki, o naviko progresavimas į žemo laipsnio serozinę karcinomą yra retas.

Kadangi PSRPN pasižymi mažu piktybiškumo potencialu, adjuvantinė chemoterapija ar radioterapija paprastai nerekomenduojama. Šis gydymo metodas gali būti svarstomas tik tais atvejais, kai navikas pašalintas neradikaliai arba liga yra išplitusi, tačiau nėra įrodymų, kad tokiais atvejais jis reikšmingai pailgintų išgyvenamumą ar sumažintų recidyvų riziką. Esant teigiamiems estrogenų ar progesterono receptoriams, gali būti veiksmingi GnRH analogai ir papildoma antihormoninė terapija. Ši strategija tiriama hormonų receptoriams teigiamais atvejais, tačiau išlieka eksperimentinė ir nėra laikoma standartine gydymo praktika [3].

Prognozė ir ilgalaikė stebėsena. Atsižvelgiant į galimą, nors ir nedidelę, recidyvo tikimybę, visoms pacientėms rekomenduojama ilgalaikė stebėsena. Ji apima reguliarius dubens ir pilvo organų tyrimus, įskaitant ginekologinį ištyrimą kas 3–6 mėnesius pirmaisiais metais po operacijos, vėliau – kas 6–12 mėnesių, atsižvelgiant į individualią riziką ir chirurginio gydymo būdą. Siekiant anksti nustatyti galimus recidyvus, rekomenduojama atlikti vaizdinius tyrimus: transvaginalinę dubens ir pilvo organų ultragarsinę diagnostiką, kompiuterinę tomografiją arba magnetinio rezonanso tomografiją. Naviko žymenų, tokių kaip Ca–125, stebėjimas taip pat gali būti naudingas, nors jų jautrumas PSRPN atvejais yra ribotas. Bendra PSRPN prognozė išlieka puiki – išgyvenamumas siekia apie 95 proc. [9].

Išvados

1. Pirminiai seroziniai ribiniai pilvaplėvės navikai (PSRPN) yra reta, mažo piktybiškumo neoplazija, išsivystanti iš pilvaplėvės epitelio.

2. Radiologiškai šie navikai dubenyje gali imituoti kiaušidžių cistas, taip pat ir endometrioidines, todėl vienintelis patikimas būdas atskirti PSRPN nuo kitų būklių yra operacinis gydymas ir patologinis ištyrimas.

3. PSRPN diagnozė gali būti patvirtinta tada, kai kiaušidės nepažeistos arba jose nustatomi tik gerybiniai dariniai.

4. Laparoskopinis, vaisingumą išsaugantis šios ligos gydymas turėtų būti laikomas tinkamu gydymo metodu reprodukcinio amžiaus moterims.

5. Atkryčio ar transformacijos į mažo piktybiškumo serozinę karcinomą rizika yra labai maža, todėl pooperacinė chemoterapija ar radioterapija nerekomenduojama.

Literatūra

1. Cortés-Guiral D, Hübner M, Alyami M, Bhatt A, Ceelen W, Glehen O, et al. Primary and metastatic peritoneal surface malignancies. Nat Rev Dis Primer 2021;7(1):91.

https://doi.org/10.1038/s41572-021-00326-6

2. Iannone V, Martinelli C, Maiorano P, Granese R, Chiara Scaparra Caronna AM, Borriello M, et al. Laparoscopic treatment of a rare primary peritoneal serous borderline tumor: Case report and narrative review of the literature. Gynecol Oncol Rep 2025;59:101742.

https://doi.org/10.1016/j.gore.2025.101742

3. Pape J, Samartzis EP, Choschzick M, Fink D, Imesch P. Primary Peritoneal Serous Borderline Tumors as a Therapeutic Challenge: a Systematic Review of the Literature. SN Compr Clin Med 2020;2(3):316-26.

https://doi.org/10.1007/s42399-020-00232-0

4. Georgescu TA, Bohiltea R, Munteanu O, Grigoriu C, Paunica I, Sajin M. A Mini-Review Regarding the Carcinogenesis and Morphology of Serous Tumors of the Ovary, Fallopian Tube and Peritoneum. J Mind Med Sci 2021;8(1):44-52.

https://doi.org/10.22543/7674.81.P4452

5. Masoud R, Hamed H, Abdelrazek HM, Emara M, Abdelsalam RA. A diagnostic challenge of primary serous borderline tumor involving the peritoneum: A case report. Int J Surg Case Rep 2025;133:111527.

https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2025.111527

6. Go HS, Hong HS, Kim JW, Woo JY. CT appearance of primary peritoneal serous borderline tumour: a rare epithelial tumour of the peritoneum. Br J Radiol 2012;85(1009):e022-5.

https://doi.org/10.1259/bjr/26458228

7. Hutton RL, Dalton SR. Primary Peritoneal Serous Borderline Tumors. Arch Pathol Lab Med 2007;131(1):138-44.

https://doi.org/10.5858/2007-131-138-PPSBT

8. Biscotti CV, Hart WR. Peritoneal serous micropapillomatosis of low malignant potential (serous borderline tumors of the peritoneum): A clinicopathologic study of 17 cases. Am J Surg Pathol 1992;16(5):467-75.

https://doi.org/10.1097/00000478-199205000-00005

9. Bell DA, Weinstock MA, Scully RE. Peritoneal implants of ovarian serous borderline tumors. Histologic features and prognosis. Cancer 1988;62(10):2212-22.

https://doi.org/10.1002/1097-0142(19881115)62:10<2212::AID-CNCR2820621024>3.0.CO;2-W

PRIMARY SEROUS BORDERLINE TUMOUR OF THE PERITONEUM MIMICKING AN OVARIAN ENDOMETRIOTIC CYST. A CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

D. Tylaitė, G. Žukienė, L. Andreika

Keywords: serous borderline tumour of the peritoneum; endometriosis.

Summary

Primary serous borderline peritoneal tumors (PSBPTs) are extremely rare epithelial neoplasms of the peritoneal surface, characterized by low malignant potential and a favorable clinical course. Due to nonspecific symptoms and the limited accuracy of imaging studies, they are often misdiagnosed as ovarian tumors or peritoneal carcinomatosis, which may result in excessive and not always justified treatment, particularly in women of reproductive age. This

article presents the clinical case of a 36-year-old woman in whom a 7.9 × 5.2 cm peritoneal mass was identified and excised retroperitoneally during laparoscopic surgery performed for secondary infertility and suspected ovarian endometriotic cyst. Histopathological examination confirmed peritoneal endosalpingiosis with a serous borderline tumor. Comprehensive postoperative evaluation and surgical staging confirmed the diagnosis of a primary serous borderline peritoneal tumor. Considering the patient's age and the desire to preserve fertility, a conservative, minimally invasive surgical approach was chosen. The presented clinical case and literature review highlight the importance of accurate histopathological diagnosis and demonstrate that PSBPTs typically exhibit an indolent course, a low recurrence rate, and a favorable long-term prognosis.

Correspondence to: dovile.tylaite@mf.stud.vu.lt

Gauta 2025-12-30