

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Medicinos studijų programa

Klinikinės medicinos institutas
Akušerijos ir ginekologijos klinika

Beatričė Kuzminaitė, VI kursas, 16 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Kiaušintakio paribinio tipo serozinis navikas. Klinikinis atvejis ir
mokslinės literatūros apžvalga**

**Borderline Serous Tumor of the Fallopian Tube. Clinical Case Report
and Literature Review**

Darbo vadovas

Doc. Dr. Diana Bužinskienė

Klinikos vadovas

Prof. Dr. Diana Ramašauskaitė

Vilnius, 2025

beatrice.kuzminaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. SANTRUMPOS.....	3
2. SANTRAUKA.....	4
3. SUMMARY.....	5
4. ĮVADAS.....	6
5. LITERATŪROS APŽVALGA	
5.1. METODAI IR LITERATŪROS ŠALTINIŲ ATRANKOS STRATEGIJA.....	7
5.2. KIAUŠINTAKIO PARIBINIO TIPO SEROZINIŲ NAVIKŲ EPIDEMIOLOGIJA.....	8
5.3. ETIOLOGIJA.....	8
5.4. HISTOLOGIJA.....	9
5.5. KIAUŠINTAKIŲ VĖŽIO KLASIFIKACIJA.....	11
5.6. KLINIKA.....	14
5.7. DIAGNOSTIKA.....	14
5.8. GYDYMAS IR STEBĖJIMAS.....	17
5.9. DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA.....	18
6. KLINIKINIS ATVEJIS.....	22
7. IŠVADOS.....	29
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	30
9. PRIEDAI.....	36

SANTRUMPOS

β -HCG – žmogaus beta chorioninis gonadotropinas.

AFP – alfa fetoproteinas.

CA-125 – vėžio antigenas 125.

CA19-9 – vėžio antigenas 19-9.

HE 4 – žmogaus epididymio baltymas 4.

HGSOC – aukšto piktybiškumo kiaušidžių serozinis vėžys.

KT – kompiuterinė tomografija.

MRT – magnetinio rezonanso tomografija.

ROMA indeksas – kiaušidžių piktybinių navikų rizikos algoritmo indeksas.

STIC – serozinė kiaušintakių intraepitelinė karcinoma.

STIL – kiaušintakių intraepitelinis pažeidimas.

p53 – baltymas p53.

SANTRAUKA

Kiaušintakių vėžys yra retas vėžinis susirgimas, sudarantis 1-2% visų ginekologinių vėžinių susirgimų. Skaičiuojama, jog kiaušintakių vėžio dažnis kasmet sudaro apie 0,41 atvejų 100000 gyventojų. Kiaušintakių paribinio tipo navikų dažnis yra dar mažesnis, mokslinėje literatūroje aprašyta tik keletas atvejų. Dėl šio tipo navikų mažo pacienčių susirgimo skaičiaus trūksta išsamių epidemiologinių duomenų. Kiaušintakių navikų etiologija nėra iki galo aiški. Prie susirgimo demografinių rizikos veiksnių galima priskirti pacienčių amžių, kiaušintakių ar kiaušidžių vėžio atvejus šeimoje. Navikai histologiškai panašūs į kiaušidžių paribinio tipo serozinius navikus. Histologinių tyrimų duomenimis stebima, jog vyrauja įvairaus dydžio ir pločio papiliarinės struktūros, kurios sudaro cistas, išklotas pseudodaugiasluoksniu epitelium. Citologiškai, ląstelės yra kubinės arba stulpelinės formos, su blakstienėlėmis. Atipija siekia iki vidutinio lygio – ląstelių padidėjimas, šiurkštus chromatinas, maži branduolėliai, minimalus mitozinis aktyvumas.

Pagal aprašytus klinikinius atvejus literatūroje, kaip dažniausią klinikinį simptomą galima išskirti pilvo skausmą apatinėje pilvo dalyje, dubens skausmą. Paribinio tipo seroziniai kiaušintakių navikai dažniausiai diagnozuojami labai ankstyvoje stadijoje. Pagrindiniai susirgimo diagnostikos metodai – sonoskopija, magnetinio rezonanso tyrimas, tačiau galutinė diagnozė nustatoma histologiniu tyrimu po naviko šalinimo operacijos. Kadangi šio tipo navikai dažniausiai būna vienpusiai, neinvazyvūs, reprodukcinio amžiaus moterims, kurios nori tausoti vaisingumą, pirmo pasirinkimo operacija yra vienpusė salpingektomija, kurios metu pašalinamas pažeistas kiaušintakis. Vyresnėms pacientėms, arba toms, kurios nenori išsaugoti vaisingumo, rekomenduojama bilateralinė salpingoovarektomija su visiška histerektomija – operacija, kurios metu atliekamas abiejų kiaušidžių ir kiaušintakių bei gimdos pašalinimas. Po chirurginio gydymo pacientės stebimos dėl galimų atkryčių. Stebėsenos planas apima periodinius apsilankymus pas gydytoją ginekologą kas 6 mėnesius, pakartotinius vaizdinius tyrimus (sonoskopiją, dubens magnetinio rezonanso - MRT tyrimą), CA-125 vėžio žymens kiekio kraujyje nustatymą, viso kūno (krūtinės, pilvo ir dubens) kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimą kas 12 mėnesių (pagal mažos rizikos navikų stebėjimo rekomendacijas).

Šiame darbe aprašytas reprodukcinio amžiaus pacientės klinikinis atvejis, kuriai ginekologinio tyrimo metu buvo diagnozuotas gimdos priedų cistinis darinys. Planinės operacijos metu dešiniojo kiaušintakio projekcijoje buvo nustatytas 3 cm cistinis darinys,

atlikta operacija – dešiniojo kiaušintakio paratubarinės cistos pašalinimas laparoskopiniu būdu – po operacijos atliktas pašalinto darinio histologinis tyrimas, patologijos diagnozė – paratubarinių audinių serozinis paribinis navikas. Šiuo metu pacientė yra stebima dėl atkryčio galimybės.

RAKTAŽODŽIAI

- Paribinis kiaušintakio navikas
- Serozinis paribinis kiaušintakio navikas
- Kiaušintakio neoplazma
- Kiaušintakio navikas
- Kiaušintakio vėžys

SUMMARY

Fallopian tube cancer is a rare malignancy, accounting for 1-2% of all gynecological malignancies. It is estimated that the incidence of fallopian tube cancer is approximately 0.41 cases per 100,000 population per year. The incidence of borderline tumors of the fallopian tube is even rarer, with only a few cases described in the scientific literature. Due to the rarity of this tumor type, comprehensive epidemiological data remain limited.

The etiology of fallopian tube tumors is not yet fully understood. Demographic risk factors associated with the disease include patient age and a family history of fallopian tube or ovarian cancer. Histologically, these tumors resemble borderline serous ovarian tumors. Architecturally, they exhibit papillary structures of varying sizes and widths, forming cystic spaces lined with a pseudostratified epithelium. Cytologically, the cells are cuboidal or columnar in shape, often ciliated. Atypia is mild to moderate, characterized by cellular enlargement, coarse chromatin, small nucleoli, and minimal mitotic activity.

According to case reports in the literature, the most common presenting symptom is lower abdominal or pelvic pain. Borderline serous tumors of the fallopian tube are typically diagnosed at a very early stage. The primary diagnostic methods include ultrasonography,

magnetic resonance imaging (MRI), and blood tests; however, the definitive diagnosis is established histologically after surgical excision of the tumor.

As these tumors are generally unilateral and non-invasive, the preferred surgical treatment for reproductive-age women desiring fertility preservation is ipsilateral salpingectomy, in which only the affected fallopian tube is removed. In older patients or those who do not wish to preserve fertility, bilateral salpingo-oophorectomy with total hysterectomy is recommended, involving the removal of both fallopian tubes, ovaries, and the uterus. Following surgical treatment, patients require regular follow-up for potential recurrence. The surveillance plan includes periodic gynecological examinations, repeat imaging studies (ultrasonography, MRI), and measurement of the CA-125 tumor marker every six months and whole body (chest, abdomen and pelvis) computed tomography scan every 12 months (according to low-risk tumor follow-up recommendations).

This scientific work presents a case of a reproductive-age female patient who was diagnosed with an ovarian cyst during a gynecological examination. During a surgical operation, a 3 cm cystic lesion was identified in the projection of the right fallopian tube. The patient underwent laparoscopic removal of a paratubal cyst of the right fallopian tube. The final pathological diagnosis confirmed a borderline serous tumor of the paratubal tissue. The patient is currently under clinical surveillance for potential recurrence.

KEY WORDS

- Borderline tumor of the fallopian tube
- Serous borderline tumor of the fallopian tube
- Fallopian tube neoplasm
- Fallopian tube tumor
- Fallopian tube cancer

IVADAS

Ginekologiniai vėžiniai susirgimai yra globalinė sveikatos sistemos problema, ypač aktuali šalyse, kuriose vyrauja žemas ar vidutinis ekonominis lygis, kur švietimas apie

navikų prevencines programas bei dalyvavimas jose yra ganėtinai limituotas. Tokiose valstybėse tiek ankstyvoji navikų diagnostika, tiek gydymo prieinamumas yra riboti, todėl mirtingumo rodikliai yra aukštesni. Ten ginekologiniai vėžiniai susirgimai užima trečią vietą tarp visų su vėžiu susijusių mirčių (1, 2).

Nepaisant to, kad kiaušintakių vėžys yra ganėtinai retas susirgimas, sudarantis tik 1-2% tarp visų ginekologinių vėžinių susirgimų, tačiau jo reikšmė klinikinėje praktikoje vis didėja. Pastaraisiais metais įvairūs tyrimai apibūdina kiaušintakį, kaip pirminę kilmės vietą aukšto piktybiškumo kiaušidžių seroziniam vėžiui ar pilvaplėvės vėžiui. Atsižvelgiant į tai, vis didesnis dėmesys skiriamas ankstyviems kiaušintakių vėžio simptomams bei jo diagnostikai, siekiant pagerinti pacientų išgyvenamumą ir sumažinti agresyvių vėžinių susirgimų paplitimą dėl geriau suprantamos jų kancerogenezės (1).

Histologiškai yra išskiriami keturi pagrindiniai kiaušintakių vėžio tipai – serozinė adenokarcinoma, endometrioidinė karcinoma, lejomiosarkoma bei pereinamųjų ląstelių karcinoma. Dažniausias iš jų – serozinė adenokarcinoma (1).

Dar retesnis susirgimas – paribinio tipo kiaušintakių navikas. Šis navikas diagnozuojamas itin retai, mokslinėje medicinos literatūroje aprašyti tik pavieniai atvejai. Histologiškai diferencijuojama tarp galimos serozinės, mucininės ar endometrioidinės naviko kilmės. Nors histopatologiškai paribiniai kiaušintakių navikai turi daug bendrų morfologinių požymių su kiaušidžių paribiniais navikais (kurie yra gerokai dažnesni), tačiau jų klinikinė raida, gydymas bei prognozė nėra gerai žinomi bei suprantami, todėl šiuo metu dar atliekami tolesni moksliniai tyrimai (3).

Šiame baigiamajame magistro darbe aprašomas reprodukcinio amžiaus pacientės, kuriai buvo diagnozuotas serozinis paribinis kiaušintakio navikas, klinikinis atvejis bei atlikta naujausios mokslinės literatūros apžvalga. Šio darbo tikslas yra išsamiai išnagrinėti ir pristatyti kiaušintakių vėžio bei paribinio kiaušintakių naviko epidemiologinius rodiklius, etiologiją, histologinius ypatumus, klasifikaciją, diagnostikos metodus, dažniausius klinikinius simptomus, gydymo taktikos metodus bei pacienčių stebėjimo / pooperacinės priežiūros principus. Aptariama paribinių kiaušintakių navikų diferencinė diagnostika su kitais ginekologiniais bei ginekologiniais-onkologiniais susirgimais.

LITERATŪROS APŽVALGA

METODAI IR LITERATŪROS ŠALTINIŲ ATRANKOS STRATEGIJA

Atlikta mokslinės literatūros šaltinių atranka, naudojantis kompiuterinėmis bibliografinėmis medicininėmis duomenų bazėmis: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library. Naudoti raktažodžiai ir jų kombinacijos: „borderline tumor of the fallopian tube“, „serous borderline tumor of the fallopian tube“, „fallopian tube neoplasm“, „tubal tumor“, „fallopian tube cancer“. Atrinktos publikacijos, parašytos anglų arba lietuvių kalba, publikuotos 2014-2024 metais, išskyrus atvejus, kai reikalinga informacija buvo pasiekama tik seniau publikuotuose straipsniuose ar tyrimuose.

Pagal pavadinimus ir pasirinktus kriterijus, atrinktos 166 publikacijos iš PubMed, 12 publikacijų iš Cochrane Library ir 57 publikacijos iš Google Scholar. Pagal santraukas iš visų bibliografinių medicininių duomenų bazių atrinktos 50 publikacijos, kurios naudotos literatūros apžvalgai. Literatūros apžvalga atlikta laikotarpiu nuo 2024 metų spalio 14 dienos iki 2025 metų kovo 29 dienos. Naudota bibliografijos tvarkymo programa „Zotero“.

KIAUŠINTAKIO PARIBINIO TIPO SEROZINIŲ NAVIKŲ EPIDEMIOLOGIJA

Kiaušintakių vėžys yra retas vėžinis susirgimas, sudarantis 1-2% visų ginekologinių vėžinių susirgimų (4). Skaičiuojama, jog kiaušintakių vėžio dažnis kasmet sudaro apie 0,41 atvejų 100000 gyventojų (1). Nustatyta, kad šių susirgimų dažnis didėja. Pavyzdžiui, Šiaurės Amerikoje kiaušintakių vėžio dažnis padidėjo nuo 0,22 atvejų 1000000 gyventojų 1999-2001 metais iki 0,62 atvejų 1000000 gyventojų 2011-2012 metais. Nuo 2001 iki 2014 metų, šių diagnozių padaugėjo 4 kartus (5). Pažymėtina, jog paribinio tipo kiaušintakių navikų dažnis yra dar mažesnis, mokslinėje literatūroje aprašyta tik keletas atvejų (6).

ETIOLOGIJA

Kiaušintakių navikų etiologija nėra iki galo aiški. Prie susirgimo demografinių rizikos veiksnių galima priskirti pacienčių amžių, stebint, jog didžioji dalis susirgimų diagnozuojami 60-66 metų amžiaus moterų grupėje. Dar vienas rizikos veiksnys – kiaušintakių ar kiaušidžių vėžio atvejai šeimoje (7).

Paminėtina, jog paveldimumas siejamas su maždaug 10% vėžio atvejų. Genetinės mutacijos, tokios kaip BRCA-1 ar BRCA-2 geno mutacija, padidina riziką susirgti kiaušidžių, kiaušintakių ar pilvaplėvės navikais 10-50%. Dažniausiai genetinės kilmės susirgimas nustatomas ankstesniame amžiuje, nei sporadiniai atvejai. Pavyzdžiui, BRCA-1 geno mutacijos nešiotojoms kiaušidžių, kiaušintakių ar pilvaplėvės vėžio diagnozė nustatoma apie 40-us gyvenimo metus (8, 9).

Riziką mažinantys veiksniai: kontraceptinių preparatų vartojimas bei didesnis gimdymų ir žindymų skaičius (7).

Pateikta hipotezė, jog kiaušintakiai gali turėti įtakos kiaušidžių karcinomų patogenezei (10).

HISTOLOGIJA

Histologiniai kiaušintakio vėžio tipai pateikiami lentelėje:

Tipas	Apibūdinimas
Serozinė adenokarcinoma	Dažniausias pirminis kiaušintakių vėžys – adenokarcinoma, atsiranda iš epitelio ląstelių, dengiančių kiaušintakius.
Endometrioidinė karcinoma	Vėžys, klasifikuojamas kaip adenofibromatozinis (atsirandantis iš endometrioidinės adenofibromos) arba intracistinis (atsirandantis iš endometrioidinės cistadenomos).
Lejomiosarkoma	Labai retas vėžys, atsirandantis iš lygiųjų kiaušintakio raumenų.
Pereinamųjų ląstelių karcinoma	Labai retas vėžys, atsirandantis iš skersaruožių kiaušintakio raumenų.

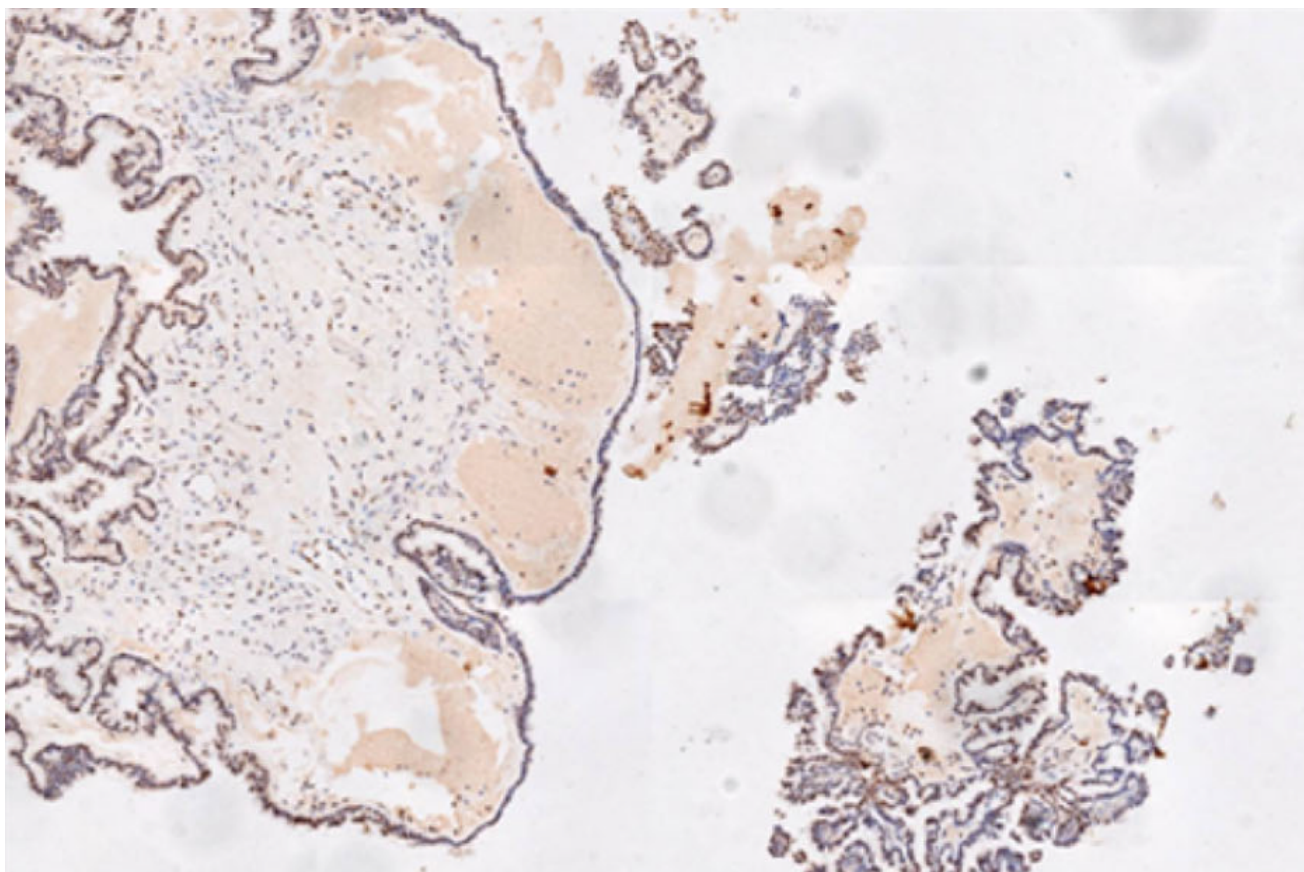
1 lentelė. Kiaušintakio vėžio histologinė klasifikacija (1).

Paribinio tipo seroziniai kiaušintakių navikai, nors ir turi tam tikrų panašumų su kiaušintakio serozine adenokarcinoma, tačiau jų histologinės savybės rodo žemesnį

piktybiškumo lygį. Navikai histologiškai panašūs į kiaušidžių paribinio tipo serozinius navikus.

Histologiškai stebimos įvairaus dydžio ir pločio papiliarinės struktūros, kurios sudaro cistas, išklotas pseudodaugiasluoksniu epitelium. Didžiosios papiliarinės struktūros išsišakoja į mažesnes, kurios baigiasi epitelio ląstelių sankaupomis arba pavienėmis ląstelėmis. Pastebimas „hobnailingo“ arba epitelio kuokštelių susidarymas. Citologiškai, ląstelės yra kubinės arba stulpelinės formos, su blakstienėlėmis. Atipija siekia iki vidutinio lygio – ląstelių padidėjimas, šiurkštus chromatinas, maži branduolėliai, minimalus mitozinis aktyvumas (10, 11).

Imunohistochemiškai stebima židininė p53 ekspresija kartu su difuziškai teigiamais PAX8, WT1, ER, PR (11). P53 yra baltymas, kurio pagrindinės funkcijos yra ląstelės apoptozės indukcija bei proliferacijos reguliacija. Žinoma, jog šio baltymo mutacija yra susijusi su daugelio navikų tipų vystymusi. Pavyzdžiui, kiaušidžių navikų atvejais, p53 imunopozityvumas yra difuzinis ir stipriai išreikštas aukšto piktybiškumo serozinėse karcinomose, o žemo piktybiškumo karcinomose – pasireiškimas izoliuotas, židininis. Kiaušintakio navikų atvejais stebima vidutinė-didelė p53 ekspresija apie 60% vėžinių ląstelių branduoliuose – išskirtinai aukštas pasireiškimas paribinio tipo navikų atveju (12, 13) (1 paveikslas).



1 paveikslas. Imunohistochemiškai matomas p53 pozityvumas branduoliuose (Wild-type dažymo būdas) (x200 didinimas) (14).

KIAUŠINTAKIŲ VĖŽIO KLASIFIKACIJA

Paribinio tipo seroziniai kiaušintakių navikai klasifikuojami taip pat, kaip ir kiaušintakių vėžys.

Pirminis navikas (T)		
<i>TNM</i>	<i>FIGO</i>	Apibūdinimas
TX		Pirminis navikas negali būti įvertintas
T0		Nėra pirminio naviko įrodymų
T1	I	Navikas apsiriboja kiaušintakiu (-iais)
T1a	IA	Navikas apribotas viename kiaušintakyje; nėra naviko kiaušintakio paviršiuje; nėra piktybinių ląstelių pilvaplėvės skystyje ar nuoplovose
T1b	IB	Navikas apribotas abiejuose kiaušintakiuose; nėra naviko kiaušintakio paviršiuje; nėra piktybinių ląstelių pilvaplėvės skystyje ar nuoplovose
T1c	IC	Navikas apribotas viename arba abiejose kiaušintakiuose, turintis bet kurį iš šių požymių:
T1c1	IC1	Chirurginis išsilieėjimas
T1c2	IC2	Plyšusi kapsulė iki operacijos arba navikas kiaušintakio paviršiuje
T1c3	IC3	Piktybinės ląstelės pilvaplėvės skystyje ar nuoplovose
T2	II	Navikas apima vieną arba abu kiaušintakius su išplitimu žemiau dubens krašto arba pirminis pilvaplėvės navikas
T2a	IIA	Išplitimas į gimdą ar kiaušides

T2b	IIB	Išplitimas į kitus dubens audinius
T3	III	Navikas apima vieną arba abu kiaušintakius arba yra pirminis pilvaplėvės navikas, su mikroskopiškai patvirtinta pilvaplėvės metastaze už dubens ir (arba) metastazės retroperitoniniuose (dubens ir (arba) paraaortiniuose) limfmazgiuose
T3a	IIIA	Mikroskopinis pilvaplėvės įtraukimas, už dubens ribų (virš dubens krašto), su teigiamais retroperitoniniais limfmazgiais arba be jų
T3b	IIIB	Makroskopinė ≤ 2 cm skersmens pilvaplėvės metastazė ne dubenyje, su teigiamais retroperitoniniais limfmazgiais arba be jų
T3c	IIIC	Makroskopinė > 2 cm skersmens pilvaplėvės metastazė ne dubenyje, su teigiamais retroperitoniniais limfmazgiais arba be jų (apima naviko išplitimą iki kapsulės, bet ne kepenų ar blužnies parenchimą)
Regioniniai limfmazgiai (N)		
<i>TNM</i>	<i>FIGO</i>	Apibūdinimas
NX		Regioniniai limfmazgiai negali būti įvertinti
N0		Nėra regioninių limfmazgių metastazių
N0(i+)		Izoliuotos naviko ląstelės regioniniuose limfmazgiuose ≤ 0.2 mm
N1	IIIA1	Teigiami retroperitoniniai limfmazgiai (histologiškai patvirtinta)
N1a	IIIA2	Metastazės skersmuo ≤ 10 mm
N1b	IIIA3	Metastazės skersmuo > 10 mm
Tolimosios metastazės (M)		

<i>TNM</i>	<i>FIGO</i>	<i>Apibūdinimas</i>
M0		Nėra tolimųjų metastazių
M1	IV	Tolimosios metastazės, įskaitant pleuros skystį su teigiama citologija; kepenų ar blužnies parenchimos metastazes; metastazes į ekstraabdominalinius organus (įskaitant kirkšnies limfmazgius ir limfmazgius už pilvo ertmės ribų); ir žarnyno sienelės įtraukimas
M1a	IVA	Pleuros skystis su teigiama citologija
M1b	IVB	Kepenų ar blužnies parenchimos metastazės; metastazės į ekstraabdominalinius organus (įskaitant kirkšnies limfmazgius ir limfmazgius už pilvo ertmės ribų); ir žarnyno sienelės įtraukimas

2 lentelė. Kiaušintakių vėžio TNM ir FIGO klasifikacija (15).

<i>Stadija</i>	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>M</i>
I	T1	N0	M0
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
IC	T1c	N0	M0
II	T2	N0	M0
IIA	T2a	N0	M0
IIB	T2b	N0	M0
IIIA1	T1/T2	N0	M0
IIIA2	T3a	NX/N0/N1	M0
IIIB	T3b	NX/N0/N1	M0
IIIC	T3c	NX/N0/N1	M0
IV	Bet kuris T	Bet kuris N	M1
IVA	Bet kuris T	Bet kuris N	M1a
IVB	Bet kuris T	Bet kuris N	M1b

3 lentelė. AJCC prognostinės kiaušintakio vėžio grupės (15).

KLINIKA

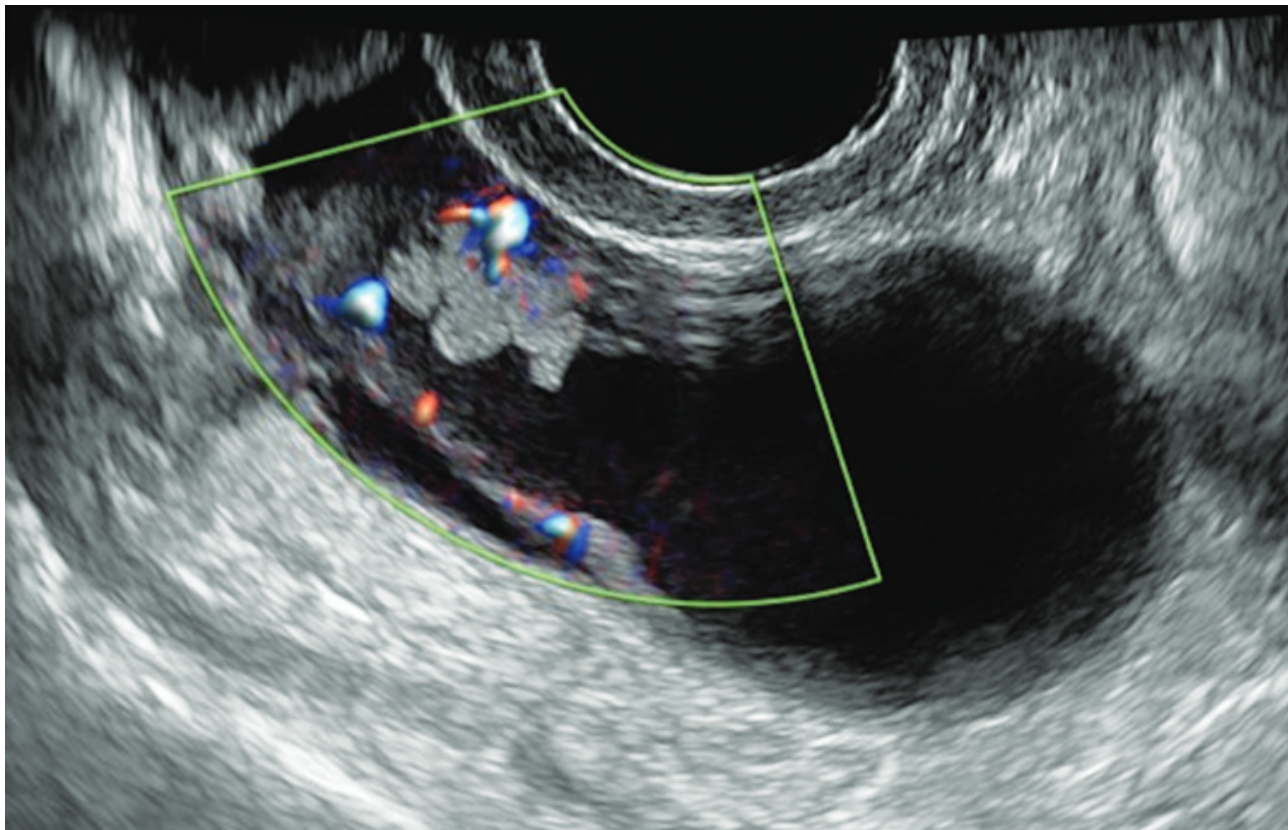
Dėl mažo paplitimo dažnio, paribinio tipo serozinių kiaušintakių navikų klinikiniai simptomai ir eigos ypatumai nėra iki galo aiškūs, o mokslinėje literatūroje pateikiama tik ribota tokių atvejų analizė. Pagal aprašytus klinikinius atvejus literatūroje, kaip dažniausią simptomą galima išskirti pilvo skausmą apatinėje pilvo dalyje ir dubens skausmą. Taip pat nustatomas darinys dubenyje pacientės fizinio ištyrimo metu bei atliekant instrumentinius tyrimus. Tokiu atveju, kaip gretutiniai simptomai nurodomi pilvo pūtimas, tuštinimosi sutrikimas. Tačiau dažniausiai kiaušintakio paribinio tipo navikų atveju pacientės neišsako jokių nusiskundimų, nes šie navikai dažniausiai yra asimptominiai.

Vertinant literatūroje aprašytus atvejus, nustatyta, jog beveik visais atvejais navikas yra vienusis, t.y. nustatytas tik viename kiaušintakyje (rasti tik du atvejai, kur susirgimas nustatytas abiejuose kiaušintakiuose), nustatomi kaip gimdos priedų cistos, kurių skersmuo varijuoja nuo 1 iki 23 centimetrų. Taip pat nustatyta, jog nėra koreliacijos taip naviko dydžio ir klinikinių simptomų – mažesni navikai sukelia diskomfortą, didesni navikai būna randami atsitiktinai, nes iki diagnozės nustatymo jokių simptomų nesukelia (6, 16 – 29).

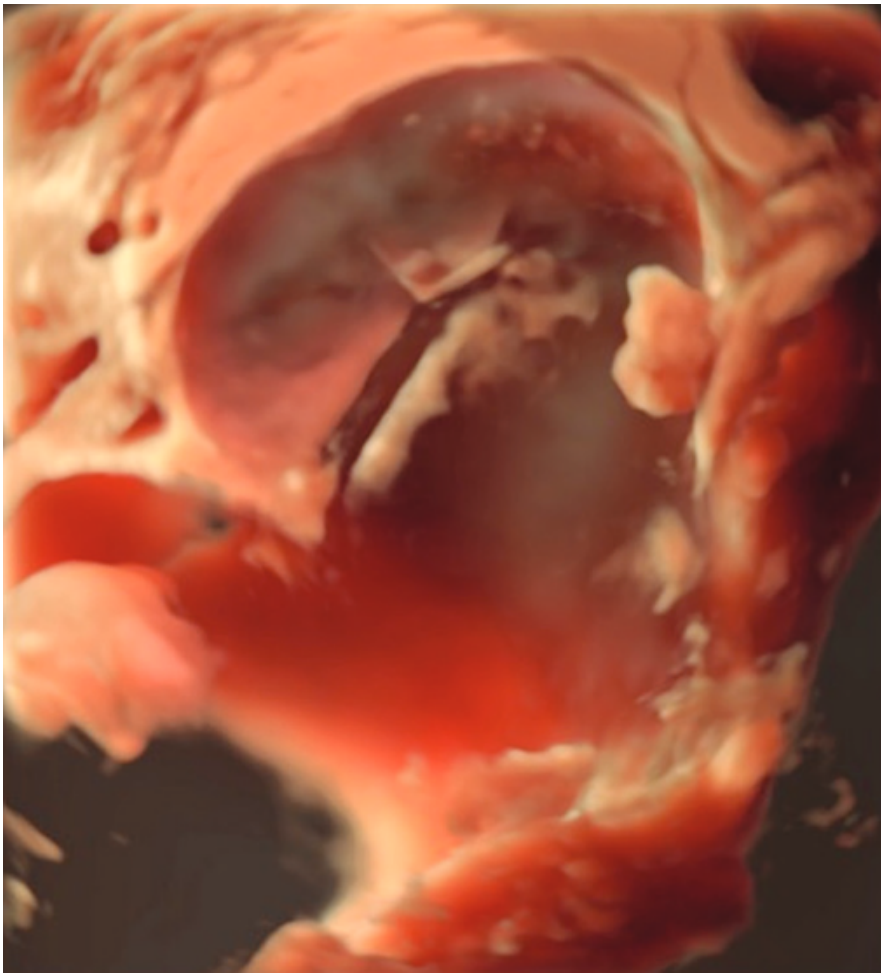
DIAGNOSTIKA

Paribinio tipo seroziniai kiaušintakių navikai dažniausiai diagnozuojami labai ankstyvoje stadijoje (30). Literatūroje aprašomi atvejai, kai susirgimas buvo diagnozuotas dvimatės (2D) ir Doplerio ultrasonoskopijos pagalba, stebint naviką kaip cistinį darinį kiaušintakio viduje (dažniausiai – distaliniame kiaušintakio gale), būdingu žemu echogeniškumu ir sienelėje matomomis papiliarinėmis struktūromis, turinčiomis kraujotaką (13, 18). 2019 m. publikuotame Hata et al. straipsnyje aprašoma trimatės (3D) ir 3D galios Doplerio ultrasonoskopijos metodų taikymo galimybė paribinio tipo serozinių kiaušintakių navikų diagnostikai (31). Naudotas Radiant Flow režimas leido nustatyti naviko kraujotaką (2 paveikslas), o HDlive režimo metu buvo stebimas tipinis hidrosalpingso vaizdas, netaisyklingų formų papiliarinės struktūros (3 paveikslas), HDlive Flow režimu buvo

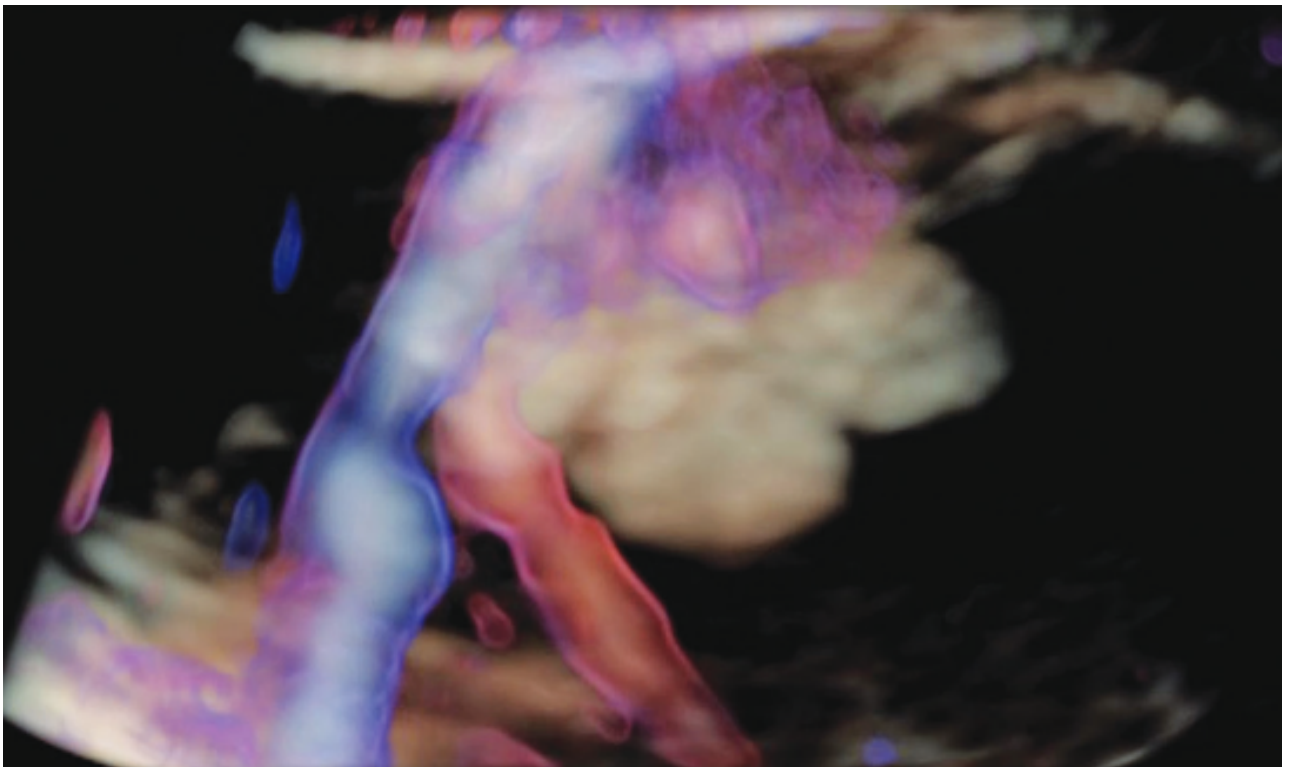
matomos prasiskverbiančios kraujagyslės pamatinėje papiliarinių išaugų dalyje (4 paveikslas).



2 paveikslas. Radiant Flow režimas, kairiojo kiaušintakio paribinio tipo serozinis navikas. Matomos penetruojančios naviko kraujagyslės (31).



3 paveikslas. HDlive režimas, kairiojo kiaušintakio paribinio tipo serozinis navikas. Matomas hidrosalpingsas ir netaisyklingos formos papiliarinės išaugos (31).



4 paveikslas. HDlive Flow režimas, kairiojo kiaušintakio paribinio tipo serozinis navikas. Matomos penetruojančios kraujagyslės pamatinėje papiliarinių išaugų dalyje (31).

Svarbu paminėti, kad kiaušintakių navikai dažnai klaidingai diagnozuojami kaip kiaušidžių navikai. Vengiant klaidingos diagnozės, ultragarsinio tyrimo metu svarbu rasti ir įvertinti kiaušides, nustatčius jas normalaus dydžio ir struktūros, ekskliuduojamas kiaušidžių, kaip pirminės naviko lokalizacijos, variantas. Jeigu navikas didelis, sonoskopija gali būti apsunkinta, kiaušidės negali būti įvertintos. Tokiu atveju naudojamas kitas diagnostikos tyrimo metodas – magnetinio rezonanso tomografija (MRT) (6).

Diagnozės nustatymui atliekami ir kraujo tyrimai, pirmiausia – siekiant įvertinti naviko žymenis, kurie yra įprastai tiriami gimdos priedų patologinių darinių atveju. Dažniausiai tiriamas CA-125 žymuo - didelio molekulinio svorio glikoproteinas (>200 kDa), gaminamas normalių ląstelių, kurios dauginasi iš celominio ar Miulerinio epitelio. CA-125 norma kraujyje yra iki 35 U/mL. Pacientėms, sergančioms įvairiais vėžiniais reprodukcinės sistemos susirgimais, stebimas žymens padidėjimas kraujyje (32). Esant kiaušintakio vėžiui – CA-125 padidėja apie 80% atvejų (33). Esant paribinio tipo navikui, žymuo dažniausiai taip pat yra padidėjęs (34). Kiti žymenys, tokie, kaip AFP, CA19-9 ar β -HCG, naudojami kitų tipų, pavyzdžiui, gemalinių ląstelių navikams ekskliuduoti, o ne paribinio tipo kiaušintakio navikui diagnozuoti (35).

GYDYMAS IR STEBĖJIMAS

Paribinio tipo serozinių kiaušintakių navikų gydymas yra ganėtinai specializuotas, pagrįstas chirurgine operacija, kurios tikslas yra tiek naviko pašalinimas, tiek ligos stadijavimas. Chirurginės operacijos apimtį pasirinkimas priklauso nuo moters amžiaus ir noro išsaugoti vaisingumą.

Kadangi šio tipo navikai dažniausiai būna vienpusiai, neinvazyvūs, reprodukcinio amžiaus moterims, kurios nori tausoti vaisingumą, pirmo pasirinkimo operacija yra vienpusė salpingektomija, kurios metu pašalinamas pažeistas kiaušintakis. Vyresnėms pacientėms, arba toms, kurios nenori išsaugoti vaisingumo, rekomenduojama abipusė salpingoovarektomija su visiška histerektomija – operacija, kurios metu atliekamas abiejų kiaušidžių ir kiaušintakių bei gimdos pašalinimas.

Chirurginių intervencijų metu paimami ir pilvaplėvės nuoplovų mėginiai (citologiniam tyrimui), jeigu reikalinga, atliekamos ir kitų organų, pilvaplėvės, biopsijos.

Dėl navikų ribinio tipo papildoma adjuvantinė terapija (chemoterapija, radioterapija) nėra indikuotina, išskyrus atvejus, kai įtariamas naviko išplitimas.

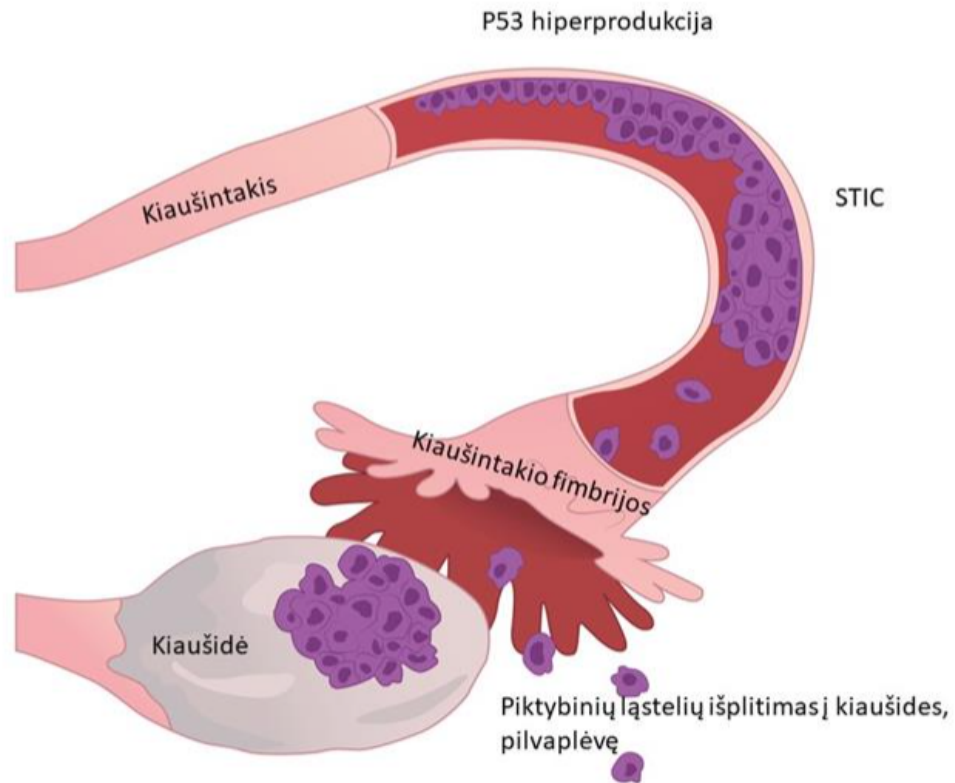
Po chirurginio gydymo pacientės stebimos dėl galimų atkryčių. Kadangi tikėtina ligos atkryčio tikimybė yra nedidelė (iki šiol atkryčių ar ligos plitimo po operacijos aprašyta nėra), pagal mažos rizikos navikų stebėjimo rekomendacijas, stebėsenos planas apima periodinius apsilankymus pas gydytoją ginekologą (vertinant pacientės fizinę būklę, atliekant ginekologinį ištyrimą) pakartotinius vaizdinius tyrimus (dubens sonoskopiją, dubens MRT tyrimą), CA-125 vėžio žymens kiekio kraujyje nustatymą kas 6 mėnesius, viso kūno KT tyrimą kas 12 mėnesių (3, 36 – 38).

DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA

Kiaušidžių navikai

Paribiniai kiaušidžių navikai panašūs į paribinius kiaušintakių navikus histologiškai. Abu seroziniai navikų tipai pasižymi kompleksine struktūra su papiliariniais dariniais, branduolių atipija, ląstelių stratifikacija, mitotiniu aktyvumu. Abiejų navikų ląstelėms nėra būdinga stromos invazija (11, 23, 39).

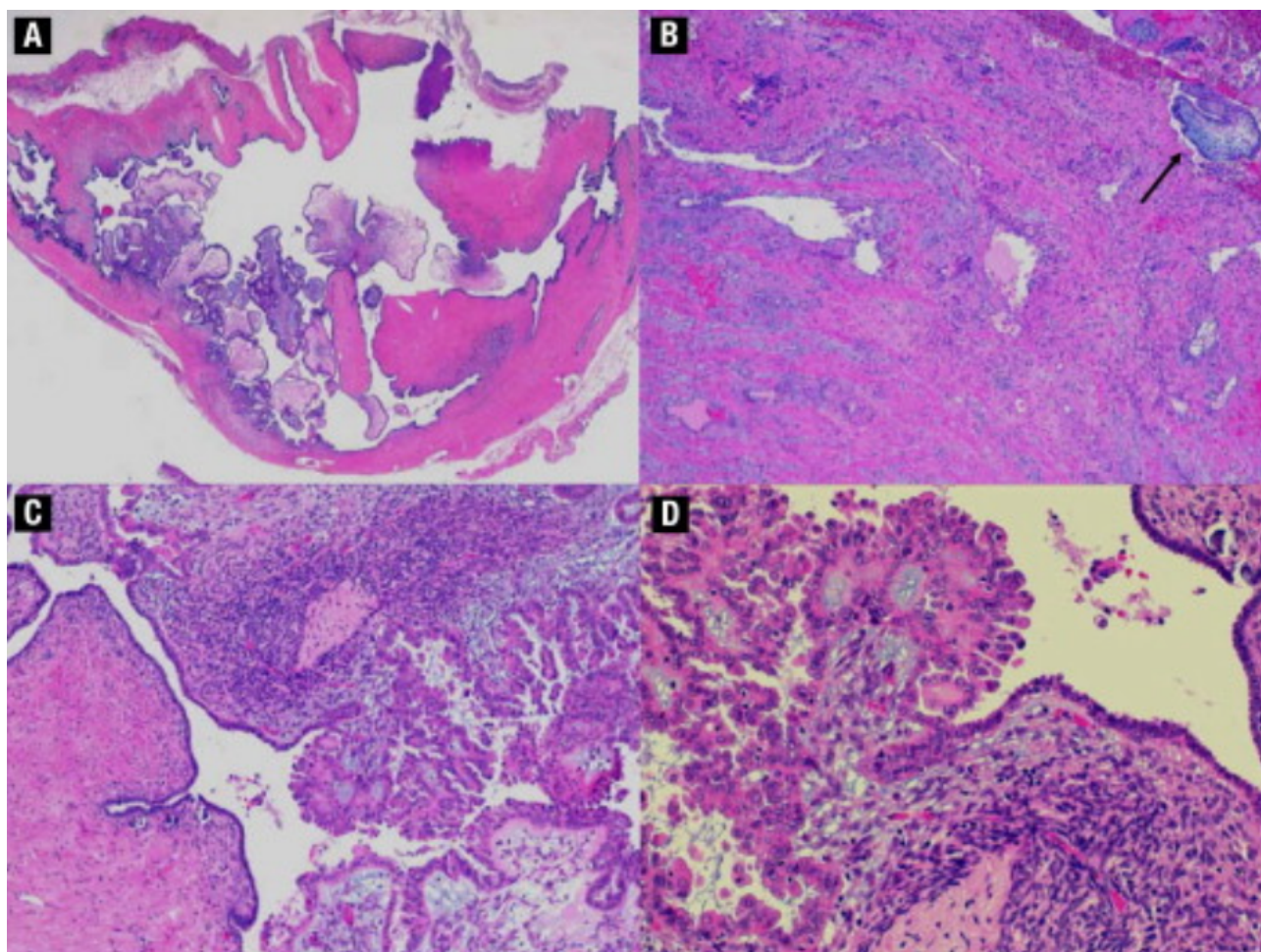
Buvo galvojama, kad pats dažniausias ir didžiausiu pacienčių mirtingumu pasižymintis kiaušidžių vėžio tipas – aukšto piktybiškumo serozinis kiaušidžių vėžys (HGSOC) – atsiranda iš kiaušidžių epitelio ląstelių, tačiau naujausi tyrimai įrodo, jog didelė dalis kiaušidžių vėžio atvejų atsiranda iš kiaušintakių epitelio. Tokie rezultatai gaunami atlikus tyrimus ne tik padidintos rizikos pacienčių grupėje, bet ir bendroje populiacijoje (40). Stebima, jog šio susirgimo patogenezės prekursorius – pakitimai kiaušintakių fimbrijų epitelyje bei sekrecinių ląstelių išvešėjimas. Atsirandantis kiaušintakių intraepitelinis pažeidimas (STIL) progresuoja į serozinę kiaušintakių intraepitelinę karcinomą (STIC). Ilgainiui, per 6-7 metus serozinė intraepitelinė karcinoma vystosi į aukšto piktybiškumo serozinę karcinomą (HGSOC) ir piktybinės ląstelės implantuojasi kiaušidžių bei pilvaplėvės audiniuose (41) (5 paveikslas).



5 paveikslas. Aukšto piktybiškumo kiaušidžių karcinomos patogenezė (41).

Ektopinis nėštumas

2012 m. publikuotame Albareda et al. straipsnyje aprašomas klinikinis atvejis, kai paribinio tipo serozinio kiaušintakio naviko klinikiniai simptomai buvo panašūs į ektopinio nėštumo klinikinius simptomus. Pacientė atvyko į ligoninę dėl stipraus pilvo skausmo, hipovoleminio šoko ir teigiamo nėštumo testo. Sonoskopijos metu buvo diagnozuotas nėštumas dešiniajame kiaušintakyje ir didelio laipsnio hemoperitoniumas. Po skubiai atliktos salpingektomijos operacijos, histologiškai buvo patvirtinta kiaušintakio naviko diagnozė (42) (6 paveikslas).

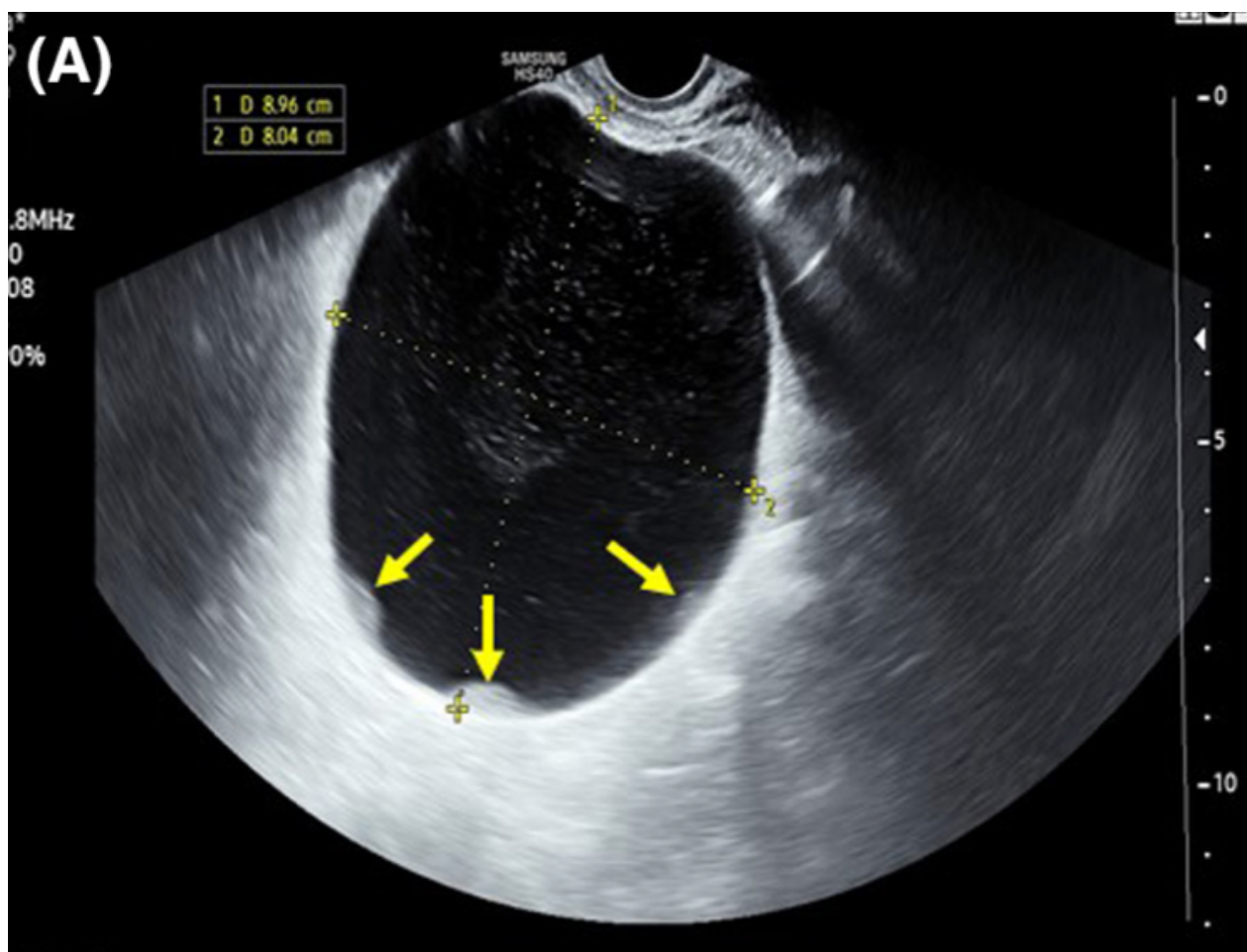


6 paveikslas. A – papiliarinių išaugų proliferacija (hematoksilino ir eozino dažymo būdas, x4 didinimas). B – gimdinio kiaušintakio galo raumeninė sienelė (hematoksilino ir eozino dažymo būdas, x10 didinimas). C – papiliarinės išaugos be stromos infiltracijos (hematoksilino ir eozino dažymo būdas, x10 didinimas). D – papiliarinės išaugos su stratifikuotu epiteliumi ir eozinofiline citoplazmine atipija be stromos infiltracijos (hematoksilino ir eozino dažymo būdas, x20 didinimas) (42).

Paratubarinė cista

Limaiem et al. 2023 m. publikuotame straipsnyje aprašomas 30 metų amžiaus pacientės klinikinis atvejis dėl apie vienus metus laiko truncančio pilvo skausmo. Fizinės apžiūros metu patologinių darinių nenustatyta. Transvaginalinės sonoskopijos metu buvo rasta paratubarinė cista apie 9 cm su papiliarinėmis išaugomis cistos viduje (7 paveikslas). CA-125 kraujyje buvo normos ribose. Po paratubarinės cistektomijos, histologiškai ištyrus cistą, buvo nustatyta, jog cistos sienelės epitelis buvo panašus į kiaušintakio epitelį su nedidelėmis papiliarinėmis išaugomis ir minimalia branduolių atipija (43). Cistos ir paribinio tipo seroziniai kiaušintakių navikai turėtų būti histologiškai diferencijuojami dėl

tos pačios lokalizacijos, panašios anatomijos bei epitelio panašumų (44). Ypač tuo atveju, jeigu cistų sonografiniame vaizde matomos papiliarinės struktūros – reikalinga atmesti navikinį procesą (45).



7 paveikslas. Transvaginalinėje sonoskopijoje matoma paratubarinė cistinis darinys 8,96x8,04 cm su papiliarinėmis išaugomis cistos viduje (geltonos rodyklės) (43).

Pirminė kiaušintakio serozinė karcinoma

Kaip ir paribinio tipo kiaušintakio serozinis navikas, kiaušintakio karcinoma yra labai retas susirgimas. Nustatyta, jog šio susirgimo dažnis yra 0,41 atvejų 100000 gyventojų (46). Dažniausiai susirgimas diagnozuojamas vyresnio amžiaus pacientėms – 6-tame ar 7-tame dešimtmetyje (47), tačiau literatūroje randama retų atvejų, kai karcinoma diagnozuojama dar vaisingo amžiaus moterims (46). Klinikinis simptomų spektras dalinai panašus į paribinio serozinio naviko – pilvo skausmas, atsirandantis dėl kiaušintakio tempimo, darinys pilvo ertmėje. Diferencijuoti padedantis simptomas – kraujavimas iš makšties bei pakitusios, vandeningos išskyros (47, 48).

Galutinė diagnozė nustatoma chirurginiu būdu pašalinant darinį ar atliekant darinio histopatologinį tyrimą (49). Histologiškai navikas panašus į kiaušidės karcinomą, skiriamasis bruožas – makroskopiškai nustatoma, jog navikas vystosi iš endosalpingso, kiaušidės ir endometriumas yra normalios struktūros arba juose nustatomi ženkliai mažesni navikiniai pokyčiai nei kiaušintakiuose (48).

Diferenciacija svarbi dėl skirtingo adjuvantinio gydymo poreikio – po kiaušintakio serozinės karcinomos pašalinimo operacijos dažnai skiriama platinos preparatų terapija (50).

Endosalpingiozė

Endosalpingiozė – tai kiaušintakio epitelio – endosalpingso - ektopija. Laparoskopijos metu, pašalinus kiaušintakį dėl įvairios ginekologinės patologijos, endosalpingiozė nustatoma apie 7% atvejų. Pagrindinis simptomas, kurį nurodo pacientės – pilvo skausmas (dažniausiai lėtinis, ciklinis), kiti būdingi simptomai - dismenorėja, dispareunija, dischezija, nereguliarus kraujavimas iš genitalijų, nevaisingumas (51). Diagnozė nustatoma histologiškai, kai ne kiaušintakyje randamas į kiaušintakio epitelį panašus epitelis („tube-like“) ir trys jo komponentai: blakstienotos ląstelės, neblakstienotos sekretuojančios ląstelės bei peg ląstelės ektopinėje vietoje. Makroskopiškai endosalpingiozės atveju stebimos paprastos cistos arba kompleksinė papiliarinė ląstelių struktūra (52).

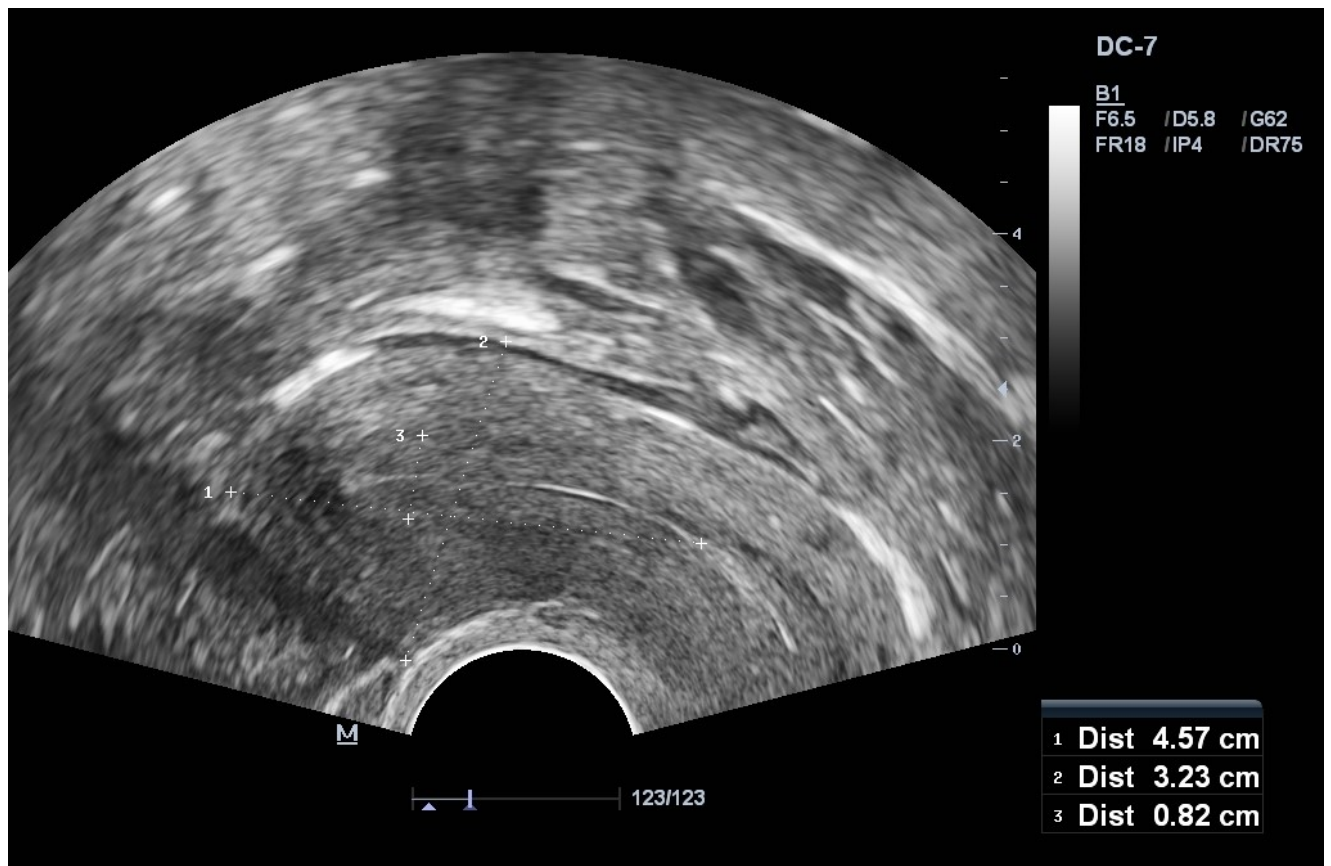
KLINIKINIS ATVEJIS

Trisdešimties metų amžiaus pacientė nukreipta gydytojo ginekologo konsultacijai į VUL Santaros kliniką dėl cistinio darinio kairėje kiaušidėje. Ginekologinių nusiskundimų atvykus neturėjo, kartais jautė maudimą pilvo apatinėje dalyje. Pacientė negimdžiusi, jos menstruacijų ciklas reguliarus. Anamnezėje ginekologinių ligų ar chirurginių intervencijų ir operacijų nebuvo. Lėtinėmis ligomis nesirgusi, piktybinių navikų šeimoje nebuvo nustatyta.

Pacientei atliktas fizinis ištyrimas (tyrimas per makštį, bimanualinis tyrimas) – ginekologinės patologijos nenustatyta. Atlika transvaginalinė echoskopija: gimda *anteversio* padėtyje, 45 mm x 32 mm dydžio, gimdos gleivinė – 8,2 mm, homogeniška. Abi kiaušidės – folikulinės struktūros. Dešinioji – 27 mm x 21 mm dydžio, joje nustatytas cistinis darinys 2,8 cm x 2,1 cm dydžio su 15 mm x 13 mm dydžio echopozityviu intarpu ir su nežymia

darinio kraujotaka. Kairioji kiaušidė – 34 mm x 27 mm dydžio. Laisvo skysčio, papildomų darinių mažajame dubenyje nestebėta (8 – 11 paveikslas). Rekomenduotas operacinis gydymas planine tvarka – laparoskopija, dešinėsios kiaušidės cistektomija.

Pacientei atlikti tyrimai – kiaušidžių vėžio žymenys kraujyje (pateikiami lentelėje (4 lentelė)).



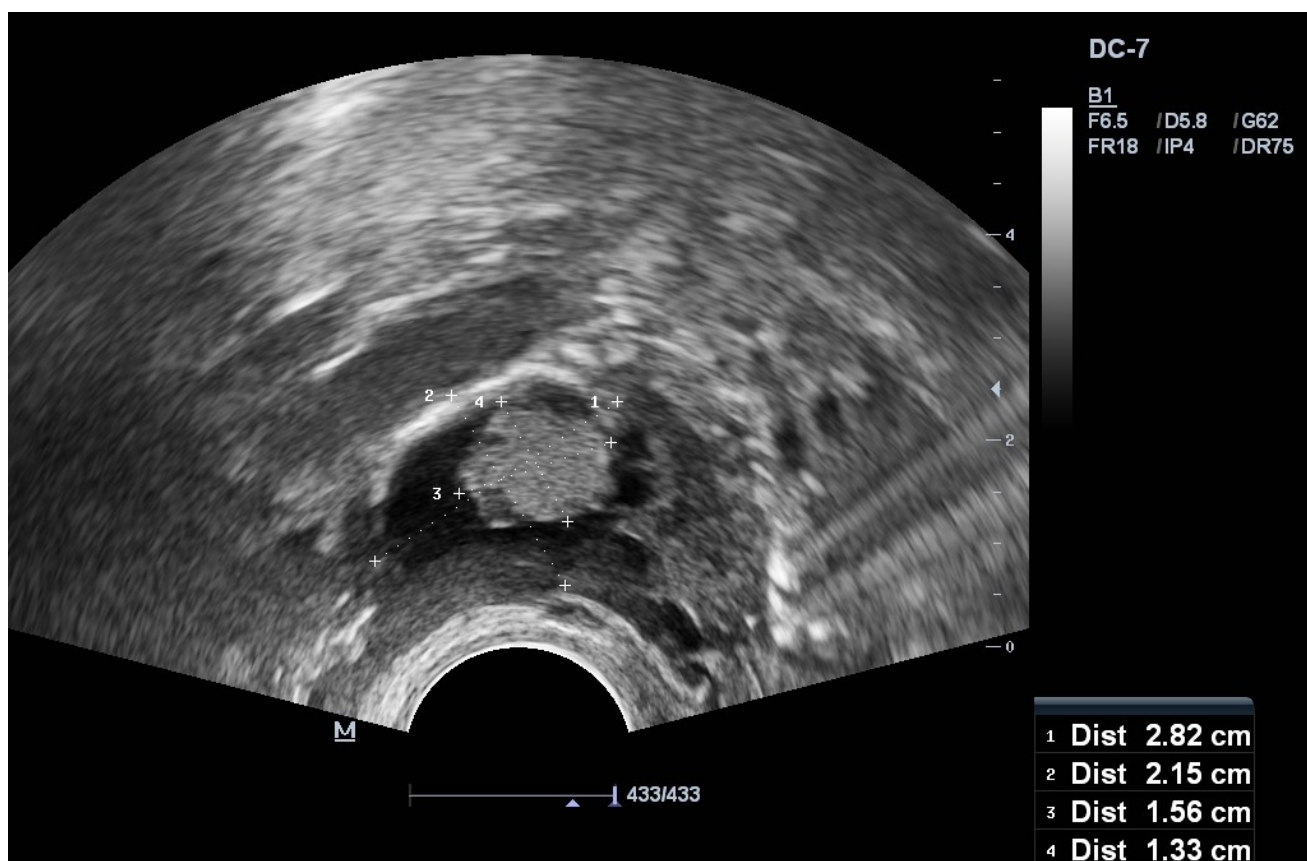
8 paveikslas. Sonografinis vaizdas – gimda *anteversio* padėtyje, 45 mm x 32 mm, gimdos gleivinė – 8,2 mm, homogeniška.



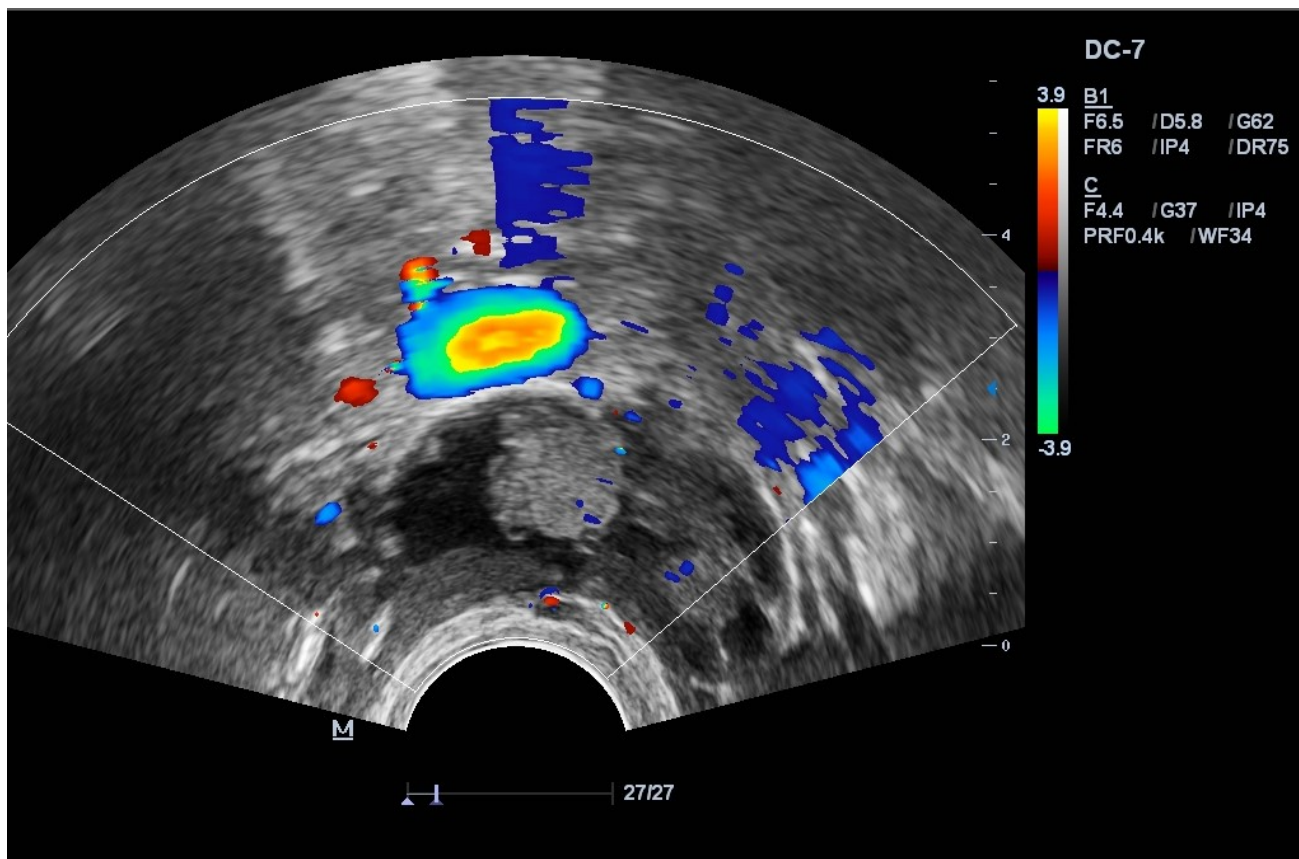
9 paveikslas. Sonografinis vaizdas - kairioji kiaušidė – 34 mm x 27 mm dydžio.



10 paveikslas. Sonografinis vaizdas - dešinioji kiaušidė – 27 mm x 21 mm dydžio.



11 paveikslas. Sonografinis vaizdas – dešinės kiaušidės cistinis darinys 2,8 cm x 2,1 cm dydžio su 15 mm x 13 mm dydžio echopozityviu intarpu.



12 paveikslas. Sonografinis vaizdas – nežymi dešinėsios kiaušidės cistinio darinio kraujotaka.

Tyrimas	Rezultatas	Pamatinių biologinių verčių intervalai ar klinikinių sprendimų vertės
Imunofermentiniai tyrimai		
Vėžio žymuo CA 125 (kU/l)	22,4	<35
HE4 (pmol/l)	30,1	Iki menopauzės <70; po menopauzės <140
ROMA indeksas (premenopauzė) (%)	2,4	>= 7,4% - didelė rizika < 7,4% - maža rizika

4 lentelė. Atlikti imunofermentiniai tyrimai (kiaušidžių vėžio žymenys kraujyje).

Pacientei buvo pasirinkta gimdos priedų cistinio darinio gydymo taktika, atliekant laparoskopinį darinio šalinimą. Operacijos apimtis pasirinkta atsižvelgiant į jauną pacientės amžių. Operacijos metu dešiniojo kiaušintakio projekcijoje buvo nustatytas apie 3 cm dydžio

cistinis darinys, jame stebėtas balkšvas intarpas. Gimdoje, kiaušidėse bei kairiajame kiaušintakyje, taip pat kepenyse, taukinėje, žarnyne patologinių pokyčių nebuvo stebėta. Į pilvo ertmę buvo suleista 50 ml fiziologinio tirpalo, kurio dalis buvo išsiurbta ir išsiųsta citologiniam tyrimui. Bipolinio koagulatoriaus ir žnyplių pagalba buvo enukleuota dešinioji paratubarinė cista. Atlikta kiaušintakio audinių hemostazė. Cistinis darinys pašalintas iš pilvo ertmės endomaišelyje, nepažeidžiant darinio vientisumo (todėl cistinio darinio turinys nepateko į pilvaplėvės ertmę ir neturėjo jokios rizikos navikinio proceso plitimui organizme) ir išsiųstas gydytojo patologo histologiniam ištyrimui.

Po operacijos pacientės būklė buvo gera, pacientė išrašyta į namus ambulatorinei priežiūrai.

Gydytojo patologo makroskopinis cistos aprašymas – plonasienis darinys 2 cm x 2 cm x 1,5 cm, vidiniame paviršiuje papiliarizuotas plotas 1,5 cm x 1,2 cm x 0,8 cm. Mikroskopiškai stebėta fibrozuota cistos sienelė, subepiteliškai ląstelingesnė stroma su stambiomis šakotomis papilinėmis, fokaliai edemiškos stromos, struktūromis, klotomis stulpiniu ar kuboidiniu epitelium. Vidutinio gausumo eozinofiliška citoplazma su vidutinio kalibro, ovoidiniais, saikingai polimorfiškais branduoliais.

Gauta patologijos diagnozė: iš išsiurbto skysčio – mezotelis, iš cistinio darinio - serozinis paribinis paratubarinių audinių navikas pT1a.

Po trijų savičių pacientė atvyko ambulatorinei ginekologo konsultacijai. Jos metu pagal naujausias ESGO (Europos onkoginekologijos draugijos), NCCN (nacionalinio vėžio tinklo), SGO (pasaulinė onkoginekologų draugijos) gimdos priedų navikų gydymo bei stebėjimo rekomendacijas, pacientei buvo rekomenduota radikali operacija, diagnozavus kiaušintakio paribinio tipo serozinį naviką pT1a – laparoskopinė dešinioji salpingoovarektomija arba viso kūno kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimas, norint įvertinti galimą naviko plitimą. Pacientė nuo radikalaus operacinio gydymo – salpingoovarektomijos – atsisakė. Pacientė pageidavo viso kūno kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimo.

Atliktas viso kūno kompiuterinės tomografijos tyrimas. Išvados: gimda ir kiaušidės – be matomų židinių. Šlapimo pūslė dalinai prisipildžiusi, lygiomis sienelėmis. Kiek didesnis dešinysis išorinis klubinis limfmazgis iki 8 mm. Kiti dubens limfmazgiai nepadidėję. Kaulinėse struktūrose destruktinių židinių nematyti. Aortokavaliame tarpe 8 mm limfmazgis. Konstatuota, jog limfmazgiai gali būti padidėję dėl neseniai buvusios operacijos, galimai reaktyvinės kilmės. Rekomenduota juos stebėti dinamikoje – po 6 mėn. atliekant viso kūno KT tyrimą.

Po 6 mėnesių pacientė atvyko gydytojo ginekologo pakartotinai konsultacijai. Transvaginalinės echoskopijos duomenimis, gimda 44 mm x 33 mm dydžio, užpakalinėje sienelėje stebėtas 9,9 mm dydžio subserozinis miomos mazgelis (kliniškai nereikšmingas), endometriumas – 9,9 mm, homogeniškas, kiaušidės – folikulinės struktūros (dešinioji – 3,9 cm x 2,4 cm dydžio, kairioji – 2,1 cm x 2,2 cm), mažajame dubenyje stebėtas nedidelis kiekis laisvo skysčio. Pakartoti vėžio žymenų tyrimai (5 lentelė).

Tyrimas	Rezultatas	Pamatinių biologinių verčių intervalai ar klinikinių sprendimų vertės
Imunofermentiniai tyrimai		
Vėžio žymuo CA 125 (kU/l)	25,7	<35

5 lentelė. Atlikti imunofermentiniai tyrimai.

Atliktas pakartotinis viso kūno KT tyrimas.

Išvados: ligos progresavimo, recidyvo požymių nematyti. Gimdoje pataloginių židinių nematyti, kiaušidžių smulkios funkcinės cistos – be dinamikos. Limfadenopatijos nematyti (aortokavaliniai, išoriniai klubiniai ir ileocekaliniai limfmazgiai iki ~7-8 mm – be dinamikos, be aiškių piktybiškumo požymių).

Dėl atkryčio galimybės, pacientei buvo rekomenduota aktyvaus stebėjimo taktika (pagal mažos rizikos gimdos priedų navikų stebėjimo po operacijos rekomendacijas): gydytojo ginekologo konsultacija atliekant fizinį pacientės ištyrimą (makštinį, bimanualinį tyrimą), dubens ultragarso tyrimą (vertinant gimdą ir gimdos priedus) bei vėžio žymenis kraujyje (CA-125) kas 6 mėnesius bei viso kūno (krūtinės, pilvo ir dubens) kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimą kas 12 mėnesių.

IŠVADOS

1. Kiaušintakio paribinio tipo seroziniai navikai yra labai reta ginekologinė patologija, jie dažniausiai būna vienvusiai, neinvazyvūs, mažos piktybiškumo rizikos.
2. Šie navikai dažnai būna besimptomiai arba jiems būdingi tik nežymūs simptomai, tokie, kaip maudimas pilvo apatinėje dalyje. Dažniausiai jie diagnozuojami atsitiktinai, rutininio ginekologinio patikrinimo metu.
3. Kiaušintakio paribinio tipo serozinių navikų diagnostika yra sudėtinga. Pagrindiniai diagnostikos metodai yra ultragarsinis dubens tyrimas, dubens magnetinio rezonanso (MRT tyrimas), vėžio žymens – CA-125 – tyrimas kraujyje, tačiau galutinė diagnozė nustatoma po atliktos chirurginės operacijos pašalinus naviką ir atlikus darinio histologinį tyrimą.
4. Kiaušintakio paribinio tipo serozinių navikų gydymas yra chirurginis:
 - reprodukcinio amžiaus moterims, kurios nori tausoti vaisingumą, pirmo pasirinkimo operacija yra vienvusė salpingektomija, kurios metu pašalinamas pažeistas kiaušintakis;
 - vyresnėms pacientėms, arba toms, kurios nenori išsaugoti vaisingumo, rekomenduojama abipusė salpingoovarektomija su visiška histerektomija – operacija, kurios metu atliekamas abiejų kiaušidžių ir kiaušintakių bei gimdos pašalinimas.

Po operacijos papildoma – adjuvantinė terapija – nėra indikuotina.
5. Nors atkryčio / ligos progresavimo tikimybė yra nedidelė, tačiau pacientėms rekomenduojama aktyvaus stebėjimo taktika: gydytojo ginekologo konsultacija atliekant fizinį pacientės ištyrimą (makštinį, bimanualinį tyrimą), dubens ultragarso tyrimą (vertinant gimdą ir gimdos priedus) bei vėžio žymenis kraujyje (CA-125) kas 6 mėnesius bei viso kūno (krūtinės, pilvo ir dubens) kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimą kas 12 mėnesių.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Sam A, George J, Mathew B. Less Common Gynecologic Malignancies: An Integrative Review. *Semin Oncol Nurs*. 2019 Apr;35(2):175–81.
2. Iyoke CA. Burden of gynaecological cancers in developing countries. *World J Obstet Gynecol*. 2013;2(1):1.
3. Ashraf Ganjoei T, Talayeh M, Afsharmoghadam N, Norouzi AR, Noei Teymoordash S. Serous Borderline Tumor of the Fallopian Tube: A Case Report and Literature Review. *J Obstet Gynecol Cancer Res*. 2022 Sep 9;7(6):583–6.
4. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(1):12–49.
5. Liao CI, Chow S, Chen L may, Kapp DS, Mann A, Chan JK. Trends in the incidence of serous fallopian tube, ovarian, and peritoneal cancer in the US. *Gynecol Oncol*. 2018 May 1;149(2):318–23.
6. Choi SM, Choi MY, Kang WD, Choi HS, Kim SM. Serous borderline tumor of the fallopian tube. *Obstet Gynecol Sci*. 2014 Jul;57(4):334–7.
7. MD Anderson Cancer Center [Internetinė prieiga]. [cituota 2024 spalio 30 dieną]. Fallopian Tube Cancer. Prieinama iš: <https://www.mdanderson.org/cancer-types/fallopian-tube-cancer.html>
8. Chetrit A, Hirsh-Yechezkel G, Ben-David Y, Lubin F, Friedman E, Sadetzki S. Effect of BRCA1/2 mutations on long-term survival of patients with invasive ovarian cancer: the national Israeli study of ovarian cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2008 Jan 1;26(1):20–5.
9. Risch HA, McLaughlin JR, Cole DEC, Rosen B, Bradley L, Fan I, et al. Population BRCA1 and BRCA2 mutation frequencies and cancer penetrances: a kin-cohort study in Ontario, Canada. *J Natl Cancer Inst*. 2006 Dec 6;98(23):1694–706.
10. Vang R, Shih IM, Kurman RJ. Fallopian tube precursors of ovarian low- and high-grade serous neoplasms. *Histopathology*. 2013 Jan;62(1):44–58.

11. Chad Hamilton, D.O., Doaa Atwi, M.D., Lewis A. Hassell, M.D. Serous borderline tumor [Internetinė prieiga]. [cituota 2024 lapkričio 5 dieną]. Prieinama iš:
<https://www.pathologyoutlines.com/topic/fallopianserousborderlinetumor.html>
12. Liutkauskienė S. P53 Baltymo raiškos ir kitų veiksnių prognozinės vertės tyrimas, gydant krūties vėžį chemoterapija ir granulocitų kolonijas stimuliuojančiais faktoriais. 2010.
13. Kobayashi H, Kawai M. Tubal Serous Borderline Tumor With Strongly Positive p53 Which Developed in a 50-Year-Old Woman. *J Clin Gynecol Obstet.* 2017;6(1):17–22.
14. Rai S, Arun I, Jindal D, Gangopadhyay S, Tapadia R, Bhaumik J. Serous Borderline Tumour of the Fallopian Tube: A Case Report. *Indian J Gynecol Oncol.* 2019 Jul 22;17(3):61.
15. Fallopian Tube Cancer Staging: TNM and FIGO Staging of Fallopian Tube Cancer. 2023 Nov 30 [cituota 2024 lapkričio 5 dieną]; Prieinama iš:
<https://emedicine.medscape.com/article/2056987-overview?form=fpf>
16. Valerdiz Casasola S, Pardo Mindan J. Cystadenofibroma of fallopian tube. *Appl Pathol.* 1989;7(4):256–9.
17. Alvarado-Cabrero I, Navani SS, Young RH, Scully RE. Tumors of the fimbriated end of the fallopian tube: a clinicopathologic analysis of 20 cases, including nine carcinomas. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol.* 1997 Jul;16(3):189–96.
18. Haratz-Rubinstein N, Fromberg E, Lederman S. Sonographic diagnosis of a serous tumor of low malignant potential of the fallopian tube. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med.* 2004 Jun;23(6):869–72.
19. Case report of an un-usually large hematosalpinx - Sulaman - 2021 - Journal of Obstetrics and Gynaecology Research - Wiley Online Library [Internetinė prieiga]. [cituota 2024 spalio 30 dieną]. Prieinama iš:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.14714>

20. Stephens D, Pillai S, Cham E, Arensman R, Chou P. Serous borderline tumor of the fallopian tube in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *J Pediatr Surg.* 2010 Nov 1;45(11):2244–6.
21. Abreu R, Dick M, Simões Silva T, Mota F, Bettencourt E. Serous borderline tumor of the fallopian tube presented as an adnexal mass. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Feb 1;283(2):349–52.
22. Tanimoto H, Akimoto Y, Honda H, Teramoto M, Teramoto H, Oshita T, et al. Serous borderline tumor of the fallopian tube in an adolescent: case report and review of the literature. *Int Cancer Conf J.* 2014 Oct;3(4):227–31.
23. Zheng W, Wolf S, Kramer EE, Cox KA, Hoda SA. Borderline papillary serous tumour of the fallopian tube. *Am J Surg Pathol.* 1996 Jan;20(1):30–5.
24. Kayaalp E, Heller DS, Majmudar B. Serous tumor of low malignant potential of the fallopian tube. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol.* 2000 Oct;19(4):398–400.
25. Krasevic M, Stankovic T, Petrovic O, Smiljan-Severinski N. Serous borderline tumor of the fallopian tube presented as hematosalpinx: a case report. *BMC Cancer.* 2005 Oct 7;5:129.
26. Villella JA, Pauli SA, Wang J, Intengan M, Lele S. Tumors of low malignant potential arising in the fallopian tube: case reports. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2005;26(3):327–9.
27. Ondic O, Kalis V, Sima R. Borderline papillary serous tumor of the fimbriated end of the fallopian tube with peritoneal implants. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011 Nov;37(11):1702–5.
28. Park JH, Lim MC, Kim SW, Kim SK, Yoo CW, Park SY. A serous borderline tumor of the fallopian tube detected incidentally. *Korean J Obstet Gynecol.* 2009;1045–50.
29. Nandal I, Malik R, Dahiya K. Primary Bilateral Fallopian Tube Carcinoma: A Rarity. *J Obstet Gynecol Cancer Res.* 2023 Nov 11;8(6):633–6.
30. Seamon LG, Holt CN, Suarez A, Richardson DL, Carlson MJ, O'Malley DM. Paratubal borderline serous tumors. *Gynecol Oncol.* 2009 Apr;113(1):83–5.

31. Hata T, Kanenishi K, Yamamoto K, Mori N. HDlive Flow Silhouette with Glass-body Rendering Mode for Diagnosis of Tubal Serous Borderline Tumor. *Donald Sch J Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019 Sep 1;13:153–4.
32. Pourmadadi M, Moammeri A, Shamsabadipour A, Moghaddam YF, Rahdar A, Pandey S. Application of Various Optical and Electrochemical Nanobiosensors for Detecting Cancer Antigen 125 (CA-125): A Review. *Biosensors*. 2023 Jan 6;13(1):99.
33. Korchynska OO, Lemish NY, Stryzhak D, Patskan II. CLINICAL CASE OF FALLOPIAN TUBE CANCER IN PATIENT OF POSTMENOPAUSAL AGE. *Wiad Lek*. 2023 Mar;76(3):678–81.
34. Chaudhry S, Hussain R, Zuberi MM, Zaidi Z. Rare primary fallopian tube carcinoma; a gynaecologist's dilemma. *JPMA J Pak Med Assoc*. 2016 Jan;66(1):107–10.
35. Kawai M, Kano T, Kikkawa F, Morikawa Y, Oguchi H, Nakashima N, et al. Seven tumor markers in benign and malignant germ cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol*. 1992 Jun;45(3):248–53.
36. Salani R, Backes FJ, Fung Kee Fung M, Holschneider CH, Parker LP, Bristow RE, et al. Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Jun;204(6):466–78.
37. Ledermann JA, Matias-Guiu X, Amant F, Concin N, Davidson B, Fotopoulou C, et al. ESGO–ESMO–ESP consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology and early, advanced and recurrent disease. *Ann Oncol*. 2024 Mar;35(3):248–66.
38. Liu J, Berchuck A, Backes FJ, Cohen J, Grisham R, Leath CA, et al. NCCN Guidelines® Insights: Ovarian Cancer/Fallopian Tube Cancer/Primary Peritoneal Cancer, Version 3.2024: Featured Updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2024 Oct;22(8):512–9.
39. Sharma A, Lastra RR. Ovary. Serous tumors. Serous borderline tumor [Internetinė prieiga]. [cituota 2024 lapkričio 11 dieną]. Prieinama iš: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/ovarytumorserousborderline.html>

40. Corzo C, Iniesta MD, Patrono MG, Lu KH, Ramirez PT. Role of Fallopian Tubes in the Development of Ovarian Cancer. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017 Feb;24(2):230–4.
41. Žilovič D. Kiaušidžių vėžio genetiniai žymenys [Internetinė prieiga] [PhD]. [Lithuania]: Vilnius University; 2023 [cituota 2024 lapkričio 13 dieną]. Prieinama iš: https://www.lvb.lt/primo-explore/fulldisplay?docid=ELABAETD176821138&vid=ELABA&search_scope=ELABAETD&tab=default_tab&lang=lt_LT&context=L
42. Albareda J, Rubio MJG, Albi M, Dhimes P. Serous Borderline Tumor of the Fallopian Tube Presenting as an Ectopic Pregnancy: Case Report and Review of the Literature. *Clin Ovarian Gynecol Cancer*. 2012 Jun 1;5(1):40–3.
43. Limaiem F, Halouani A. An uncommon paratubal cyst: Serous borderline tumor. *Clin Case Rep*. 2023 Mar;11(3):e7140.
44. Mehawej J, El Helou N, Wang L, Mhawech-Fauceglia P. Paratubal serous borderline tumor in an 85 years old woman: A case report. *Gynecol Oncol Rep*. 2020 May;32:100559.
45. Savelli L, Ghi T, De Iaco P, Ceccaroni M, Venturoli S, Cacciatore B. Paraovarian/paratubal cysts: comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to establish diagnostic criteria. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006 Sep;28(3):330–4.
46. Chauhan T, Puri SS. High Grade Serous Carcinoma of Fallopian Tube - A Case Report. *Recent Adv Pathol Lab Med*. 2020 Sep 2;Volume 6(3 & 4):1–3.
47. Horng HC, Teng SW, Huang BS, Sun HD, Yen MS, Wang PH, et al. Primary fallopian tube cancer: Domestic data and up-to-date review. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2014 Sep;53(3):287–92.
48. Rexhepi M, Trajkovska E, Ismaili H, Besimi F, Rufati N. Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Case Report and Literature Review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2017 Jun 15;5(3):344–8.
49. Berek JS, Crum C, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynecol Obstet*. 2015 Oct 1;131:S111–22.

50. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian Tube Carcinoma: A Review. *The Oncologist*. 2006 Sep 1;11(8):902–12.
51. Prentice L, Stewart A, Mohiuddin S, Johnson NP. What is endosalpingiosis? *Fertil Steril*. 2012 Oct;98(4):942–7.
52. Ong NCS, Maher PJ, Pyman JM, Readman E, Gordon S. Endosalpingiosis, an unrecognized condition: report and literature review. *Gynecol Surg*. 2004 Mar;1(1):11–4.

PRIEDAI



VIEŠOJI ĮSTAIGA VILNIAUS UNIVERSITETO LIGONINĖ SANTAROS KLINIKOS

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Dekanui prof. D. Jatužiui
mf@mf.vu.lt

2024-10-~~30~~ Nr. SR-~~6931~~
2024-10-24 Nr. GR-9881

beatrice.kuzminaite@mf.stud.vu.lt

DEL MOKSLINIO TYRIMO

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos sutinka, kad Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto VI kurso studentė **Beatričė Kuzminaitė** rengdama mokslinį darbą „Kiaušintakio paribinio tipo serozinis navikas. Klinikinis atvejis ir mokslinės literatūros apžvalga“ būtų naudojami nuasmeninti prašyme pateiktos pacientės duomenys. Už studentei teikiamų duomenų apimtį ir konfidencialumo užtikrinimą atsakinga darbo vadovė D. Bužinskienė.

Konfidencialios informacijos naudojimas turi būti užtikrintas.

Direktorei valdymui

Jolita Jakutienė

M. Skardžiūtė mingaile.skardziute@santa.lt

Santaros klinikų g. 2.
LT-08406 Vilnius

Tel. +370 5 236 5000
Faks. +370 5 236 5111

Interneto svetainė: santa.lt
El.p. info@santa.lt

Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre.
kodas 124364561, PVM mokesčio kodas LT243645610

1 priedas. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų sutikimas klinikinio atvejo duomenų naudojimui.