

Клинический случай гигантской экстрагастроинтестинальной опухоли забрюшинного пространства и обзор литературы

Г. А. Хахимов^{1,2}, Г. Г. Хахимова^{1,2}, Ф. Б. Жуманова¹, Г. П. Орифжонова³, Ш. Ш. Кадыров^{1,2}

¹ Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Республика Узбекистан

² Кафедра онкологии, детской онкологии Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент, Республика Узбекистан

³ Nano Medical Clinic; Ташкент, Узбекистан

РЕЗЮМЕ

Экстрагастроинтестинальные стромальные опухоли (ЭГИСО) – редкие поражения мезенхимальных новообразований, составляющие менее 1 % первичных новообразований пищеварительного тракта. Только в 10 % случаев ЭГИСО могут поражать любой сегмент желудочно-кишечного тракта и возникать в других местах (сальник, брыжейка или забрюшинное пространство, ГИСО, возникающие из поджелудочной железы). На каждый миллион населения приходится около 14 пациентов [1–3]. На сегодняшний день опубликовано более 190 случаев. Мы представляем редкий случай огромной мезентериальной экстрагастроинтестинальной стромальной опухоли, представленной в виде перитонеальной массы у 53-летнего пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстрагастроинтестинальная опухоль, гастроинтестинальная опухоль, PDGFRA мутация, KIT мутация.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical case of a giant extragastrintestinal tumor of the retroperitoneum and review of the literature

G. A. Khakimov^{1,2}, G. G. Khakimova^{1,2}, F. B. Djumanova¹, G. P. Orifjonova³, Sh. Sh. Kadyrov^{1,2}

¹ Tashkent city filial of Republic Specialized Medical-Practical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan

² Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

³ Nano Medical Clinic, Tashkent, Uzbekistan

SUMMARY

Extragastrintestinal stromal tumors (EGIST) are rare lesions in the mesenchymal neoplasm, accounting for less than 1 % of the primary neoplasias of the digestive tract. In only 10 % of the cases EGIST may affect any segment of the gastrointestinal tract and can occur in other locations (omentum, mesentery, or retroperitoneum, GIST arising from the pancreas). The incidence is approximately 14.5 patients per 1 million persons [1–3]. To date, more than 190 cases have been published. We reported a rare case of huge mesenteric extra-gastrointestinal stromal tumor presenting as a peritoneal mass in a 53-year-old patient.

KEYWORDS: extragastrintestinal stromal tumor, gastrointestinal stromal tumor, PDGFRA mutation, KIT mutation.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Введение

Экстрагастроинтестинальные стромальные опухоли – это редкая группа новообразований мягких тканей, которые происходят вне желудочно-кишечного тракта. По своим патоморфологическим, иммуногистохимическим и молекулярно-биологическим характеристикам они схожи с ГИСО. Обычно они имеют неспецифическую клиническую картину, поэтому их трудно диагностировать до операции. Клинически могут имитировать другие внутрибрюшные заболевания или новообразования [4, 5]. Иногда из-за большого размера опухоли и ее усиления контрастом на компьютерной томографии она может имитировать новообразования толстой кишки, такие как аденокарцинома или лимфома [6]. Установка диагноза

затруднительна и может быть поставлена с помощью пункции под контролем КТ и иммуногистохимического анализа биоптата. Выделяют три гистологических типа ЭГИСО: веретенообразный (70 %), эпителиальный (20 %) и смешанно-клеточный (10 %). В 95 % наблюдается соматическая мутация CD 117 (с-KIT), и ее обнаружение при иммуногистохимическом анализе определяет происхождение ГИСО [7]. Miettinen M. и др. при ретроспективном анализе 112 случаев ЭГИСО, возникших из забрюшинного пространства в эпоху до иматиниба (с 1970 по 1996 год), обнаружили, что прогнозы забрюшинных ЭГИСО (n=79) были плохими, а медиана выживаемости составляла всего 14 месяцев [8]. При этом

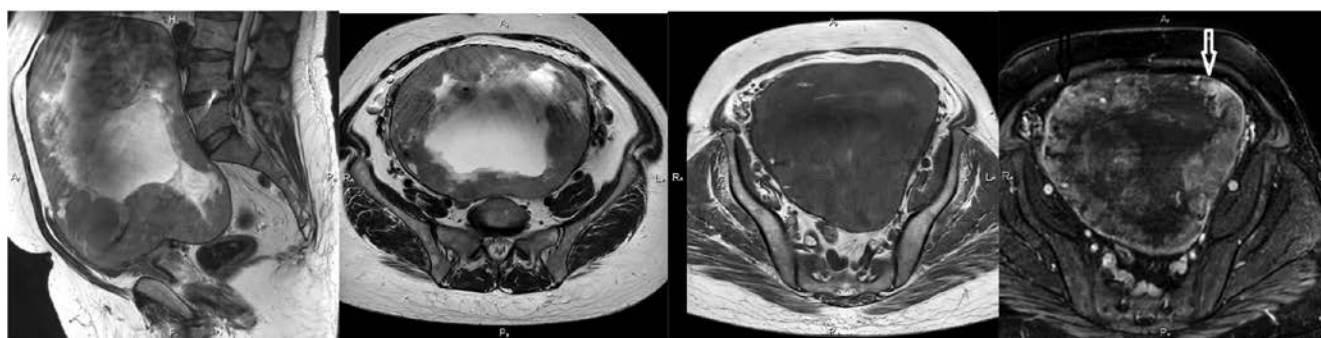


Рисунок 1. МРТ органов брюшной полости, малого таза в Т2 аксиальной (а), Т2 сагитальной (б) проекциях; на нативных (в) и постконтрастных (г) изображениях

некоторые ученые полагают, что биологические характеристики ЭГИСО напоминают характеристики ГИСО, возникающих из дистального отдела пищеварительного тракта [9]. На сегодняшний день опубликованы случаи ЭГИСО, характеризовавшиеся большими размерами (>10 см) или имели высокое количество митозов ($>5/50$ в поле зрения $\times 40$ увеличение) и, таким образом, классифицировались как случаи высокого риска. Более того, из-за их редкой встречаемости крупные исследования ($N > 50$) по экстрагастроинтестинальным стромальным опухолям ограничены, а их гистогенез и клиничко-морфологические особенности, связанные с прогнозом, плохо изучены [10].

Клинический случай

Пациент, 1961 г.р., поступил с жалобами на боль внизу живота, общую слабость с ноября 2023 г. С вышеуказанными жалобами обратился в клинику по месту жительства, где рекомендованы инструментальные методы исследования. КТ органов грудной клетки от 27.11.2023: без вторичных изменений. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием от 27.11.2023. В нижнем этаже брюшной полости срединно определяется объемное образование с относительно ровными четкими контурами, размерами $15,7 \times 19,8 \times 23,5$ см. Образование оттесняет петли кишечника в правой половине и левой половине брюшной полости и тесно прилежит к передней брюшной стенке. Верхний полюс образования в проекции брыжейки тонкого кишечника на уровне VL-3 позвонка. Нижний полюс образования тесно прилежит к передней поверхности мочевого пузыря. Уретерогидронефроз с двух сторон. МРТ органов брюшной полости, малого таза с в/в контрастированием от 29.11.2023: в полости малого таза с распространением в брюшную полость определяется неправильной формы объемное образование с четкими неровными контурами, неоднородной солидной структуры за счет распада в центральных отделах, размерами $15,1 \times 19,5 \times 21,7$ см. При контрастировании отмечается высокая васкуляризация образования с интенсивным накоплением контрастного вещества солидной частью образования (рис. 1). 28.11.2023 выполнена трепан-биопсия из образования. Гистологическое заключение № 2633–23 от 30.11.2023: папиллярная уротелиальная карцинома.



Рисунок 2. Макроскопическое гистологическое строение опухоли: а – объемное образование с капсулой овальной формы размером $22 \times 20 \times 13$ см; б – при разрезе в середине имеется полость без содержимого размером $9 \times 5 \times 8$ см, неравномерной окраски, плотноватой консистенции. Большая часть с некротическим изменением, снаружи имеется семенной проток длиной 5 см

02.12.2023 больному проведено хирургическое лечение в объеме расширенного иссечения опухоли малого таза, R0. Протокол операции: нижний этаж брюшной полости и малый таз заняты гигантской гипervasкулярной опухолью, исходящей из малого таза. Органы брюшной полости оттеснены и сдавлены вверх. Прямая кишка, нисходящий отдел ободочной кишки, сигмовидная кишка интимно спаяны с опухолью. Процесс признан местно-распространенным и осложненным. Признаков диссеминации опухолевого процесса не выявлено. Макроскопически опухоль напоминает «рыбье мясо». При дальнейшей ревизии установлено, что опухоль интимно спаяна с прямой кишкой без признаков прорастания. Опухоль включает в себя паравезикальную и параректальную клетчатку. Гигантская опухоль размерами 15×20 см мобилизована острым путем и удалена. При этом установлено, что опухоль берет начало с задней стенки мочевого пузыря ближе к шейке. Масса опухоли около 5 кг. Выполнено тотальное иссечение тазовой клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами. Брюшная полость дренирована в правой подвздошной области. Гистологическое исследование № 148804 от 08.12.2023: веретенноклеточная саркома (рис. 2, 3).

Иммуногистохимическое исследование № 148804 от 22.01.2024: ICD-O: 8936/3 – гастроинтестинальная опухоль. PDGFRA мутация: экзон 18 – положительный (рис. 4).

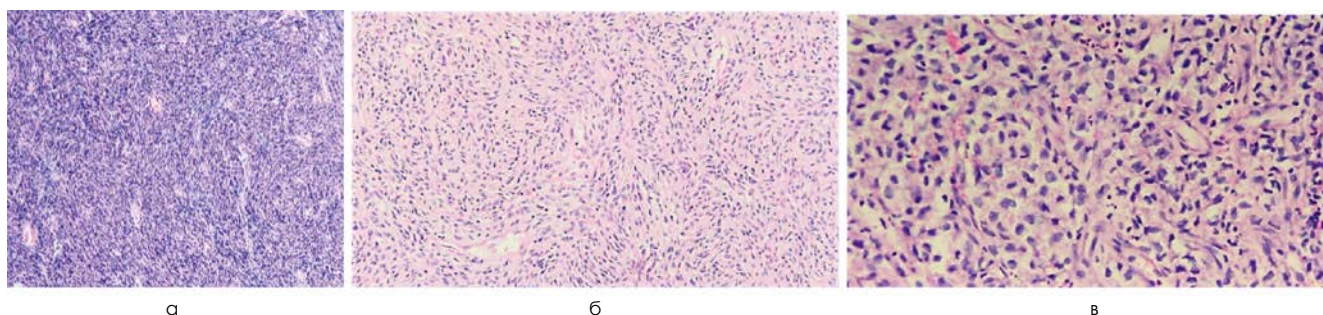


Рисунок 3. Микроскопическое гистологическое строение опухоли с окрашенным гематоксилин-эозином: а – солидная веретенноклеточная карцинома, образующая короткие пучки ($\times 10$ увеличение); б – неопластические клетки имеют удлиненные вытянутые ядра и эозинофильную цитоплазму ($\times 40$ увеличение); в – неопластические клетки с умеренным полиморфизмом, образованные в «пучки». Отмечается низкая митотическая активность 2–3/10 ($\times 40$ увеличение)

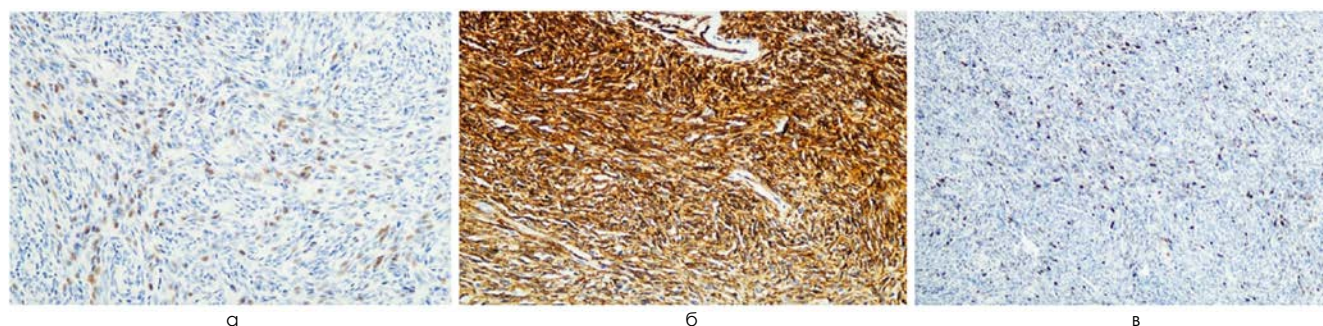


Рисунок 4. Иммуногистохимическое исследование с использованием окраски DOG-1 (SP31), $\times 20$ увеличение (а), окраски CD34 (QBEnd/10), $\times 20$ увеличение (б), окраски Ki67 (30–9), $\times 20$ увеличение (в): а – положительная цитоплазматическая экспрессия в неопластических клетках; б – диффузная положительная экспрессия в мембранном компартменте неопластических клеток; в – пролиферативный индекс – 5–6%

Пациент выписывается на 14-е сутки с диагнозом: экстрагастроинтестинальная стромальная опухоль T4N0M0, C48.0. С 28.01.2023 в процессе таргетной терапии – иматиниб.

Обсуждение

Термин «экстрагастроинтестинальная стромальная опухоль» был впервые назван Reith et al. в 2000 году [11]. ЭГИСО состоят из 3 подтипов, из которых забрюшинная ЭГИСО является самой редкой [12, 13]. ЭГИСО чаще всего встречаются в сальнике, брыжейке, забрюшинном пространстве, области таза, брюшной стенке, печени, желчном пузыре, поджелудочной железе, мочевом пузыре, семенном пузырьке, влагалище, предстательной железе [11, 14]. В большинстве случаев речь идет о пациентах, средний возраст которых варьирует от 45,8 до 59 лет, и на момент постановки диагноза размеры ЭГИСО крупнее, чем ГИСО [15]. Как и ГИСО, экстрагастроинтестинальные стромальные опухоли возникают из интерстициальных клеток Кахала, которые могут возникать эктопически в различных внутрибрюшных местах [16, 17]. Другая теория происхождения экстрагастроинтестинальных стромальных опухолей заключается в том, что ЭГИСО является результатом избытка интрамурального роста, приведшего к отслоению мышечного покрова желудочно-кишечного тракта. Соответственно, во время операции необходимо искать любые спайки или очаговые соединения между стромальной опухолью и желудочно-кишечной трубкой [18]. ЭГИСО лучше классифицировать как злокачественные новообразования с низким и высоким риском, частично

в зависимости от размера опухоли и морфологии. Более крупные опухоли диаметром >10 см, а также некротические или язвенные опухоли определяют группу высокого риска [19, 20]. Происхождение ЭГИСО также играет роль. ЭГИСО, происходящие из сальника, опухолевые клетки которого редко являются эпителиальными клетками, обладают сходством с ГИСО желудка и имеют лучший прогноз по сравнению с ЭГИСО, возникающими из других мест. Напротив, было обнаружено, что ЭГИСО, возникающие в брыжейке, имеют морфологию и биологические характеристики, аналогичные таковым у ГИСО тонкого кишечника, но со сравнительно худшим прогнозом [11]. Экстрагастроинтестинальная стромальная опухоль не имеет специфических симптомов или рентгенологических особенностей, и наиболее частым проявлением является дискомфорт или боль в животе. Данные симптомы различаются в зависимости от размера и местоположения опухоли [15, 21]. В некоторых исследованиях рентгенологически ЭГИСО характеризуются как большие массы с солидными и кистозными компонентами, гетерогенное усиление [22, 23]. При гистологических исследованиях опухолевые клетки ГИСО обычно имеют веретенообразную или эпителиоидную форму. Как правило, опухоли известны как четко выраженные образования, исходящие из стенки ЖКТ. Они часто неоднородны, с внутриопухолевыми кровоизлияниями, кистозными изменениями или некрозом [23, 24]. Диагноз ЭГИСО устанавливается с помощью иммуногистохимического исследования. При этом клетки положительны в отношении иммунологических маркеров, таких как CD117, DOG1, CD34, десмин, гладкомышечный актин,

S 100 [14, 16]. По данным 10-летнего китайского ретроспективного исследования из 55 пациентов с диагнозом ЭГИСО 20 (36,4%) были обнаружены в забрюшинном пространстве, 14 (25,5%) – в брыжейке тонкой кишки, 7 (12,7%) – в брыжейке толстой кишки, 7 (12,7%) – в брюшно-тазовой полости, 3 (5,5%) – в малом сальниковом мешке, 2 (3,6%) – в яичнике, 1 (1,8%) – в капсуле поджелудочной железы и 1 (1,8%) – в мочевом пузыре. Иммуногистохимически 78,2% имели высокую экспрессию CD 117, 70,9% – CD 34, 62,2% – DOG-1, 76,5% случаев были положительными по мутациям 11-го экзона c-KIT и 33,3% для мутаций 9-го экзона c-KIT. Многофакторный анализ показал, что расположение и размер опухоли являются независимыми факторами, влияющими на прогноз. Пациенты с опухолями в забрюшинном пространстве имели значительно худшие показатели общей выживаемости (ОВ) и выживаемости без прогрессирования (ВБП) по сравнению с пациентами из забрюшинного пространства ОР (отношение рисков) 95% ДИ (доверительный интервал) для ОВ и ВБП: 2,546 [1,023–6,337], ($p=0,037$) и 2,475 [0,975–6,273], ($p=0,049$) соответственно). Аналогичные результаты были обнаружены для опухолей размером более 15 см по сравнению с опухолями размером менее 15 см ОР [95% ДИ] – ОВ: 5,350 [2,022–14,156] ($p<0,001$) и ВБП: 3,861 [1,493–9,988] ($p=0,003$) [25]. Таким образом, ЭГИСО, которые расположены в забрюшинном пространстве и имеют размер более 15 см, имели худшую ОВ и ВБП по сравнению с ЭГИСО незабрюшинной локализации и такого же размера. Также комбинация таких маркеров, как c-KIT (CD 117) и DOG1, значительно повышает точность диагностики ЭГИСО. Дифференциальный диагноз обычно широкий и включает лейомиосаркому, липосаркому, фибросаркому, одиночную фиброзную опухоль либо лимфому [13]. Лечение ЭГИСО аналогично лечению ГИСО, которое состоит из радикальной хирургической резекции единым блоком с отрицательными краями [14–16]. Эффективность комбинации с иматинибом в качестве неоадьювантного или адьювантного лечения остается спорной. Однако его рекомендуют для лечения неоперабельных опухолей с коррекцией дозы в зависимости от прогрессирования заболевания [26]. В исследовании Alabed YZ. и др. при генетическом анализе 24 пациентов с ЭГИСО только в 13 случаях были обнаружены мутации 11 экзона c-KIT. Из них только 6 получали адьювантную терапию иматинибом, а количество зарегистрированных рецидивов ($n=2$) и смертей ($n=2$) было одинаковым в обеих группах, принимавших и не принимавших иматиниб. Из 11 случаев, у которых мутации не выявлено, только в 3 проводилась адьювантная терапия иматинибом, а количество зарегистрированных рецидивов составило по одному в обеих группах, и единственная зарегистрированная смерть была в группе без иматиниба. Соответственно, применение иматиниба предполагает увеличение выживаемости больных [27–31]. По данным Kobayashi M. и др. использование ингибиторов тирозинкиназы продлевает медиану выживаемости до 57 месяцев [32]. Прогноз ЭГИСО неблагоприятный в сравнении

с ГИСО, где 5-летняя выживаемость достигает 48,9% [15, 16]. Они имеют низкий митотический индекс 5/50 в полях большого увеличения и менее склонны к метастазированию до 30% случаев [16]. Частота рецидивов достигает 23%. Так, в работе Reith J. D. и др. при анализе 48 пациентов с ЭГИСО более половины умерли от метастатических или рецидивирующих опухолей в среднем в течение 2 лет [11, 26]. Таким образом, экстрагастроинтестинальные стромальные опухоли, будучи редким заболеванием мезенхимального происхождения с неблагоприятным прогнозом, должны быть включены в дифференциальную диагностику забрюшинных образований, что указывает на необходимость дальнейших исследований. Клинические данные, характеристики инструментальных методов исследования и методы лечения данного типа опухоли полностью не выяснены.

Список литературы / References

- Yi J. H., Park B. B., Kang J. H. et al., "Retrospective analysis of extra-gastrointestinal stromal tumors. *World Journal of Gastroenterology*. 2005; 21 (6): 1845–1850.
- Cho M. Y., Sohn J. H., Kim J. M., Kim K. M., Park Y. S., Kim W. H. et al. Current trends in the epidemiological and pathological characteristics of gastrointestinal stromal tumors in Korea, 2003–2004. *J. Korean. Med. Sci.* 2010; 25 (6): 853–62. DOI: 10.3346/jkms.2010.25.6.853
- Sasmal P. K., Sharma R., Patra S., Mishra T. S., Mishra P., Rout B. Malignant extra-gastrointestinal stromal tumor of the mesentery. *Surg. J. (N Y)* 2019; 5 (3): e65–8. DOI: 10.1055/s-0039-1693040
- Miettinen M., Lasota J. Gastrointestinal Stromal Tumors. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2013; 42: 399–415.
- Monabati A., Safavi M., Solhjoo F. Extragastrintestinal stromal tumor presenting as omental cyst. *J. Gastrointest. Surg.* 2016; 20: 1275–7.
- An unexpected extra-gastrointestinal stromal tumor (E-GIST) on the jejunal mesentery. Narendra Pandit, Gajendra Prasad Das, Mona Dahal, Laligen Awale. 2018y. <https://academic.oup.com/jsr/article/2018/12/rjy339/5255896>
- Dorfman D. M., Bui M. M., Tubbs R. R. et al. The CD 117 immunohistochemistry tissue microarray survey for quality assurance and interlaboratory comparison – a College of American Pathologists Cell Markers Committee Study. *Archives of pathology & laboratory medicine* 2006; 130 (6): 779–782.
- Miettinen M., Felsiak-Golabek A., Wang Z., Inaguma S., Lasota J. GIST manifesting as a retroperitoneal tumor: clinicopathologic immunohistochemical, and molecular genetic study of 112 cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 2017; 41 (5): 577–585. DOI: 10.1097/PAS.0000000000000807
- Emory TS, Sobin LH, Lukes L, Lee DH, O'Leary TJ. Prognosis of gastrointestinal smooth-muscle (stromal) tumors: dependence on anatomic site. *Am. J. Surg. Pathol.* 1999; 23 (1): 82–87. DOI: 10.1097/00000478-199901000-00009
- Retroperitoneal Extragastrintestinal Stromal Tumors Have a Poor Survival Outcome: A Multicenter Observational Study. Weixian Hu, Chengbin Zheng, Renjie Li, Xingyu Feng, Guoliang Zheng, Zhichao Zheng, Wenjun Xiong, Guosheng Lin, Yongjian Zhou, Wei Wang, Yan Zhao, Yong Li. 2017y. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S278612>
- Reith J. D., Goldblum J. R., Lyles R. H., Weiss S. W. Extragastrintestinal (soft tissue) stromal tumors: an analysis of 48 cases with emphasis on histologic predictors of outcome. *Mod. Pathol.* 2000; 13 (5): 577–85. DOI: 10.1038/modpathol.3880099
- Larola ST, Yadav T, Rastogi A, Sarin S. Malignant retroperitoneal extra-gastrointestinal stromal tumor: a unique entity. *World J. Oncol.* 2016; 7 (2–3): 45–50. DOI: 10.14740/wjon926w
- Costa Almeida C., Caroco TV, Albano M., Carvalho L. Extragastrintestinal stromal tumour (EGIST) presented as a mesenteric and retroperitoneal mass. *BMJ Case Rep.* 2019; 12 (12). DOI: 10.1136/bcr-2019-232481
- Kadel D., Bhujia S., Thapa B. R., Chalise S., Kumar S. S. Curative intent treatment of late presented extragastrintestinal stromal tumor: two identical case reports with literature review. *J. Surg. Case. Rep.* 2021; 2021 (06): rjab220. DOI: 10.1093/jsr/rjab220
- Elagami MM, Khalid A., Kumar V., Singhal M., Grossman M. A. Perirectal extragastrintestinal stromal tumor: an unusual presentation. *Cureus.* 2021; 13 (06): e15529. DOI: 10.7759/cureus.15529
- Uzunoglu H., Tosun Y. Primary extra gastrointestinal stromal tumors of the abdomen. *North. Clin. Istanbul.* 2021; 8 (05): 464–471.
- Nishida T., Hirota S., Taniguchi M. et al. Familial gastrointestinal stromal tumours with germline mutation of the KIT gene. *Nat. Genet.* 1998; 19: 323–4.
- Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors. Reappraisal of histogenesis. *Am. J. Surg. Pathol.* 1983; 7: 507–19.
- Agaimy A., Wunsch P. H. Gastrointestinal stromal tumours: a regular origin in the muscularis propria, but an extremely diverse gross presentation. A review of 200 cases to critically re-evaluate the concept of so-called extra-gastrointestinal stromal tumours. *Langenbecks Arch. Surg.* 2006; 391: 322–9.
- Nayak SR, Nagakishore MG, Satyaprakash S. et al. Multiple and recurrent extra intestinal gastrointestinal stromal tumor (EGIST) in omentum and peritoneum – a case report. *IOSR J. Dent. Med. Sci.* 2013; 8: 67–9.
- Col C., Yilmaz F. A case report of an extraintestinal GIST presenting as a giant abdominopelvic tumor. *Gastrointest. Cancer Res.* 2013; 6: 120–2.
- Zhu J., Yang Z., Tang G., Wang Z. Extragastrintestinal stromal tumors: computed tomography and magnetic resonance imaging findings. *Oncol. Lett.* 2015; 9 (1): 201–8. DOI: 10.3892/ol.2014.2705
- Levy AD, Remotti HE, Thompson WM, Sobin LH, Miettinen M. From the archives of the AFIP. *RadioGraphics* 2003; 23 (2): 283–304. DOI: 10.1148/rgr.232025146

24. Yu MH, Lee JM, Baek JH, Han JK, Choi B-I. MRI features of gastrointestinal stromal tumors. *Am. J. Roentgenol.* 2014; 203 (5): 980–91. DOI: 10.2214/AJR.13.11667
25. Yi JH, Park BB, Kang JH, et al. Retrospective analysis of extra-gastrointestinal stromal tumors. *World J. Gastroenterol.* 2015; 21 (6): 1845–1850. DOI: 10.3748/wjg.v21.i6.1845
26. Feng H, Hu W, Zheng C. Clinical features of extragastrointestinal stromal tumor compared with gastrointestinal stromal tumor: a retrospective, multicenter, real-world study. *J. Oncol.* 2021; 2021: 1.460131E6. DOI: 10.1155/2021/1460131
27. Alabd YZ. Gastrointestinal stromal tumor of the prostate: staging and evaluation of response to therapy with 18F-FDG PET/CT. *Clin. Nucl. Med.* 2018; 43 (1): 52–54. DOI: 10.1097/RLU.0000000000001906
28. Barros A, Linhares E, Valadao M, et al. Extragastrointestinal stromal tumors (EGIST): a series of case reports. *Hepatogastroenterology.* 2011; 58 (107–108): 865–868.
29. Foster R, Solano S, Mahoney J, Fuller A, Oliva E, Seiden MV. Reclassification of a tubal leiomyosarcoma as an eGIST by molecular evaluation of c-KIT. *Gynecol. Oncol.* 2006; 101 (2): 363–366. DOI: 10.1016/j.ygyno.2005.12.022

30. Li H, Li J, Li X, Kang Y, Wei Q. An unexpected but interesting response to a novel therapy for malignant extragastrointestinal stromal tumor of the mesoileum: a case report and review of the literature. *World J. Surg. Oncol.* 2013; 11 (1): 174. DOI: 10.1186/1477-7819-11-174
31. Muto M, Fujiya M, Okada T, Inoue M, Yabuki H, Kohgo Y. An invasive extragastrointestinal stromal tumor curably resected following imatinib treatment. *J. Gastrointest Liver Dis.* 2013; 22 (3): 329–332.
32. Kobayashi M, Yoshida H, Watanabe R, et al. Ovarian metastasis of gastrointestinal stromal tumor: a case report and review of the literatures. *J. Case. Rep. Obstet. Gynecol. Rep.* 2017; 3: 9–12.

Статья поступила / Received 26.02.24
Получена после рецензирования / Revised 22.05.24
Принята в печать / Accepted 01.06.24

Сведения об авторах

Хакимов Голиб Абдуллаевич, д.м.н., проф., зав. кафедрой детской онкологии², директор¹. E-mail: golib_khakov@mail.ru. ORCID: 0009-0007-8377-960

Хакимова Гулноз Голибовна, к.м.н., доцент кафедры детской онкологии², врач-онколог¹. E-mail: hgg_doc@mail.ru. ORCID: 0000-0002-4970-5429

Жуманова Феруза Баходир кизи, аспирант отделения детской онкологии¹. E-mail: feruza.xoliqova0409@gmail.com

Орифоновна Гульзодакхон Пулатжон кизи, онколог-химиотерапевт³. E-mail: gulzodakhon.orifonova@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4576-3223

Кадыров Шерзод Шакирович, ассистент кафедры детской онкологии², зав. торако-абдоминальным отделением¹. E-mail: sherzod.sh@mail.ru. ORCID: 0009-0003-0953-6645

¹ Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Республика Узбекистан

² Кафедра онкологии, детской онкологии Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент, Республика Узбекистан

³ Nano Medical Clinic; Ташкент, Узбекистан

Автор для переписки: Хакимова Гулноз Голибовна. E-mail: hgg_doc@mail.ru

About authors

Khakimov Golib A., DM Sci (habil.), professor, director¹, head of Dept of Pediatric Oncology². E-mail: golib_khakov@mail.ru. ORCID: 0009-0007-8377-960

Khakimova Gulnoz G., PhD Med, oncologist at Dept of Chemotherapy¹, assistant at Dept of Oncology². E-mail: hgg_doc@mail.ru. ORCID: 0000-0002-4970-5429

Djumanova Feruza Bakhodir kizi, graduate student at Dept of Pediatric Oncology¹. E-mail: feruza.xoliqova0409@gmail.com

Orifonova Gulzodakhon Pulatjon kizi, medical oncologist³. E-mail: gulzodakhon.orifonova@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4576-3223

Kadyrov Sherzod Sh., assistant at Dept of Pediatric Oncology². Head of the thoraco-abdominal department¹. E-mail: sherzod.sh@mail.ru. ORCID: 0009-0003-0953-6645

¹ Tashkent city filial of Republic Specialized Medical-Practical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan

² Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

³ Nano Medical Clinic, Tashkent, Uzbekistan

Corresponding author: Khakimova Gulnoz G. E-mail: hgg_doc@mail.ru.

Для цитирования: Хакимов Г.А., Хакимова Г.Г., Жуманова Ф.Б., Орифоновна Г.П., Кадыров Ш.Ш. Клинический случай гигантской экстрагастроинтестинальной опухоли забрюшинного пространства и обзор литературы. *Медицинский алфавит*. 2024; (17): 38–42. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-17-38-42>

For citation: Khakimov G.A., Khakimova G.G., Djumanova F.B., Orifonova G.P., Kadyrov Sh. Sh. Clinical case of a giant extragastrointestinal tumor of the retroperitoneum and review of the literature. *Medical alphabet*. 2024; (17): 38–42. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-17-38-42>



DOI: 10.33667/2078-5631-2024-17-42-48

Промежуточные результаты проспективного рандомизированного одноцентрового исследования III фазы по сравнению режимов mFOLFIRINOX и mFOLFOX6 в первой линии лечения HER2-негативной аденокарциномы желудка

Д. А. Гаврилова, Н. С. Бесова, Е. С. Обаревич, Г. Г. Макиев, А. Б. Райс, Е. В. Артамонова, И. С. Стилиди, А. А. Трякин

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Учитывая неудовлетворительные результаты лечения диссеминированного рака желудка (ДРЖ), остается актуальным вопрос о поиске новых опций лекарственного лечения. Согласно некоторым литературным данным, применение химиотерапевтического триплета в первой линии улучшает показатели выживаемости пациентов. В промежуточном анализе проспективного рандомизированного исследования III фазы рассматривается сравнение химиотерапевтических режимов mFOLFIRINOX и mFOLFOX6 в первой линии лечения HER2-негативной аденокарциномы желудка. При промежуточном анализе достоверно выявить различия между пациентами, получившими mFOLFIRINOX или mFOLFOX6, в отношении первичной конечной точки мВБП удалось лишь в группе больных с диссеминацией процесса в забрюшинные лимфоузлы. В целом по результатам данной работы можно сделать вывод, что большинство пациентов не нуждается в интенсификации первой линии лечения аденокарциномы желудка в виде проведения химиотерапии в режиме mFOLFIRINOX. Однако окончательные выводы об эффективности тройной комбинации позволят сделать лишь финальные результаты по завершении всего исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак желудка, первая линия химиотерапии, FOLFIRINOX, mFOLFOX6.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.