

UDC: 618.11-006:618.5-06

[https://doi.org/10.32345/USMYJ.3\(141\).2023.117-123](https://doi.org/10.32345/USMYJ.3(141).2023.117-123)

Received: April 03, 2022

Accepted: June 16, 2023

## Рідкісні злоякісні пухлини яєчника під час вагітності

Шатохіна Валерія<sup>1</sup>, Шипко Софія<sup>2</sup>, Скурятіна Наталія<sup>3</sup>, Синишина Олена<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини», Київ, Україна

<sup>2</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

<sup>3</sup> Кафедра акушерства і гінекології №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

<sup>4</sup> Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський пологовий будинок №6», Київ, Україна

### Address for correspondence:

Shatokhina Valeriia

E-mail: [vshatokhina99@gmail.com](mailto:vshatokhina99@gmail.com)

*Анотація:* в статті описано клінічний випадок злоякісного новоутворення яєчника, вперше виявленого під час ургентного звернення вагітної з ознаками дистресу плода у III триместрі вагітності. Актуальність даної проблеми полягає в можливості ранньої діагностики пухлин додатків під час рутинних ультразвукових скринінгів, відсутності остаточних рекомендацій з ведення таких пацієнток та обмежений спектр методів лікування під час вагітності. Метою дослідження було продемонструвати клінічний випадок перебігу вагітності при пізно виявленому злоякісному новоутворенні яєчників. Вагітна 39 років в терміні 35 тижнів та 4 дні звернулась в жіночу консультацію міського пологового будинку зі скаргами на зменшення кількості та зміну характеру рухів плода протягом останніх 24 годин. Після оцінки стану плода (картіотокографія, ультразвукове дослідження) жінка госпіталізована з діагнозом: Вагітність III, 35 тижнів і 4 дні. Головне передлежання. Дистрес плода в антенатальному періоді. Затримка росту плода I стадія. Гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії. Багатокамерна кіста правого яєчника. Виконано ургентний кесарів розтин. Клінічний діагноз: Пологи III, одноплідні, передчасні. Розродження шляхом кесарського розтину. Медична допомога матері при затримці росту плода I ступеня, дистрес плода в антенатальному періоді. Кистома правого яєчника. Правостороння аднесектомія. Резекція сальника. Гестаційна гіпертензія. На 5 день пацієнтка виписана в задовільному стані з рекомендацією подальшого обстеження в онкологічній лікарні. Результат патогістологічного дослідження правого яєчника: морфологічна картина, з урахуванням результатів імуногістохімічного дослідження, на користь недиференційованої карциноми; при повторному перегляді – гранульозноклітинна пухлина яєчника дорослого типу. Пацієнтка планово госпіталізована у міський онкологічний центр для оперативного лікування та дообстеження. Клінічний діагноз: VI ovarii gr I, гранульозноклітинна пухлина дорослого типу, T1NxMx. Стан після хірургічного лікування: нижньосередина лапаротомія. Пангістеректомія, оментектомія. Семплінг здухвинних лімфовузлів праворуч. Санація та дренажування черевної порожнини. Клінічна група II. Результати даної статті мають важливе практичне значення для акушер-гінекологів, загальних хірургів та лікарів-сонологів в питанні диференційної діагностики непрямих ознак

злюкисних новоутворень під час вагітності, в необхідності огляду усіх органів малого тазу при виконанні рутинних ультразвукових скринінгів вагітних та у встановленні причинно-наслідкових зв'язків при діагностиці акушерських ускладнень.

**Ключові слова:** вагітність, гранульозноклітинна пухлина яєчників дорослого типу, дистрес плода, кесарів розтин, новоутворення яєчників.

### Вступ

Злюкисні пухлини яєчників є однією з основних причин смерті жінок з групи неоплазій жіночих статевих органів у країнах, що розвиваються (Arora et al., 2022) і є п'ятою за частотою причиною смерті від онкологічних захворювань жінок у світі загалом (PDQ Adult Treatment Editorial Board, 2023). За даними American Cancer Society, фактори ризику розвитку даної патології доволі поширені: старший вік жінки (від 40 років), надлишкова маса тіла, тютюнопаління, а також наявність у сімейному анамнезі раку яєчників, раку молочної залози або колоректального раку (American Cancer Society, 2023). Лише 3-6% з діагностованих новоутворень яєчників під час вагітності є злюкисними (Michalczyk & Symbaluk-Płoska, 2021), але представляють дилему у веденні з огляду безпеки для матері та плода.

### Мета

Продемонструвати клінічний випадок перебігу вагітності при пізно виявленому злюкисному новоутворенні яєчників.

### Опис клінічного випадку

Вагітна А., 39 років, 29.10.2022р. о 15:40 звернулася в жіночу консультацію пологового будинку зі скаргами на зменшення кількості рухів плода протягом останніх 24 годин, які стали в'ялими і ледь відчутними.

З анамнезу встановлено, що шкідливих звичок та хронічних захворювань пацієнтка не мала. Індекс маси тіла становив 19 кг/м<sup>2</sup>. Менструації з 13 років, без особливостей. Остання менструація – 23.02.2022 року. Вказівки наявності гінекологічних захворювань відсутні. Дана вагітність третя. Дві попередні нормальні вагітності закінчилися фізіологічними пологамі в 2004 р. і 2006 р. Взята на облік з приводу даної вагітності в 14 тижнів. Жіночу консультацію відвідувала регулярно. Передбачуваний термін пологів – 30.11.2022 року. За

період спостереження тричі проведено ультразвукове дослідження (УЗД) – в термінах 11, 19, 32-33 та 35 тижнів вагітності. У всіх заключеннях УЗД, крім останнього, відсутні вказівки про стан додатків матки. Перебіг вагітності ускладнився анемією помірного ступеня (отримувала препарати заліза) та гестаційною гіпертензією з набряками. Результати інших клініко-лабораторних досліджень в межах норми.

Дані об'єктивного огляду вагітної на момент огляду в жіночій консультації: загальний стан задовільний: артеріальний тиск 140/100 мм.рт.ст. і 140/95 мм.рт.ст., пульс 76 ударів за хвилину. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, безболісний при пальпації. Висота стояння дна матки 28 см, окружність живота 90 см. Крива гравідограми на момент огляду відповідає 50 перцентилію. Матка в нормальному тонусі. Положення плода поздовжнє, І позиція, передній вид. Передлежить голівка плода, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 ударів за хвилину. Виділення слизові, помірні.

Проведено кардіотокографію з визначенням STV-інтервалу і УЗД плода з доплерометрією. STV – результат 3,7 із спонтанними децелераціями до 80 ударів на хвилину. (Рис.1 (вище)), (Рис.2 (нижче)).

Заклучення УЗД: Вагітність 35 тижнів 4 дні, головне передлежання, І позиція, передній вид. ЗРП стадія І за Gratacos. Підвищення резистентності маткових артерій. Багатокамерна кіста правого яєчника (вперше виявлена). Сумнівний біофізичний профіль плода (БПП – 5 балів).

О 17:05 жінку було госпіталізовано в той же міський пологовий будинок. Попередній діагноз: Вагітність ІІІ, 35 тижнів, 4 дні. Головне передлежання. Дистрес плода в антенатальному періоді. ЗРП І стадія. Гестаційна

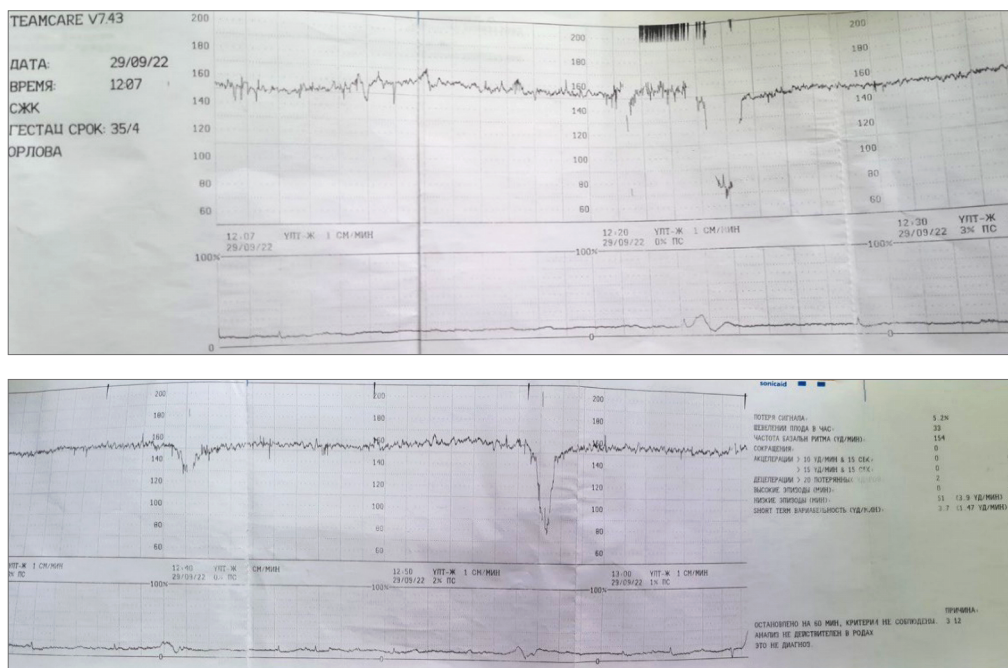


Рис. 1 (зверху) та 2 (знизу). Кардіотокограма з автоматизованою інтерпретацією параметрів стану плода

гіпертензія без значної протеїнурії. Кіста правого яєчника. Враховуючи дані обстеження, було прийнято рішення провести розродження шляхом операції кесарського розтину в ургентному порядку.

29.10.2022 о 17:37 проведено нижньосерединну лапаротомію, розріз на матці – за Гусаковим. Народився живий недоношений хлопчик масою 1780 г, довжина – 43 см, 6-7 балів за шкалою Апгар. Ревізія черевної порожнини: праві додатки представляють собою конгломерат з правого яєчника та розплавленої маткової труби на багатокамерному утворенні сірого кольору, розмірами 10х9х10 см. Зовні капсула утворення блискуча, гладка. Всередині множинні камери, заповнені муциновим вмістом зі згортками крові. Капсула утворення всередині з шорсткою поверхнею. Ліві додатки без особливостей. Апендикс без особливостей. Після вилучення дитини матку було зашито вікрилом подвійними швами.

Обсяг хірургічного втручання: кесарів розтин, правостороння аднексектомія, резекція сальника, взяття біоптату очеревини та відбитки із заднього склепіння та з-під діафрагми. На патогістологічне дослідження відправлено

плаценту, правий яєчник, праву маткову трубу з кістою, сальник та біоптат очеревини.

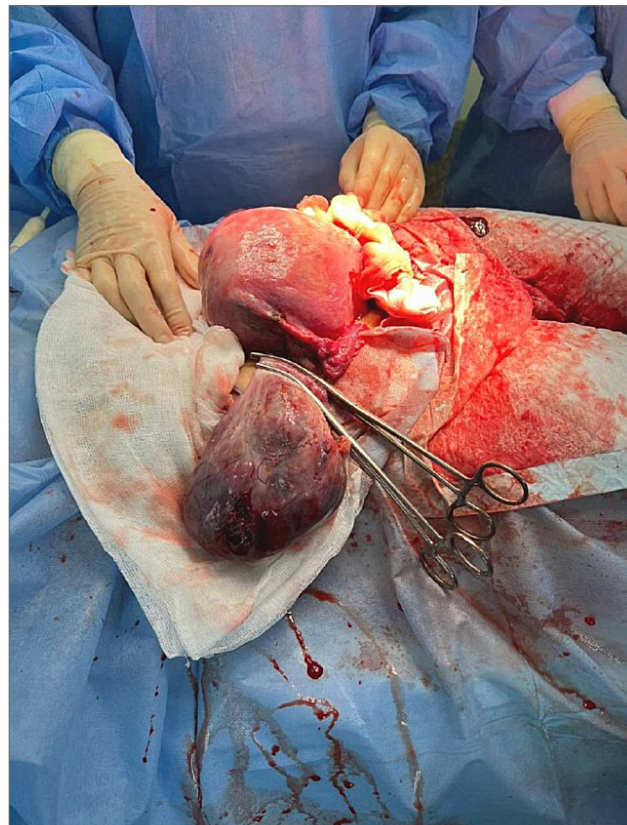


Рис. 3. Новоутворення правого яєчника під час проведення ургентного кесарського розтину



Клінічний діагноз: Пологи III, одноплідні, передчасні. Розродження шляхом кесарського розтину. Медична допомога матері при ЗРП плода I ступеня, дистрес плода в антенатальному періоді. Кістома правого яєчника. Правостороння аднесектомія. Резекція сальника. Гестаційна гіпертензія.

Висновок патологогістологічного дослідження (ПГД) правих додатків: морфологічна картина, з урахуванням результатів імуногістохімічного дослідження (інгібін альфа (R1) – негативна реакція, цитокератин 7 (OV-TL 12/30) – вогнищева позитивна, Ki67 протеїн (VIB-1) – вогнищево 70%), на користь недиференційованої карциноми.

На 5 добу жінка була виписана у задовільному стані під нагляд лікаря жіночої консультації та з рекомендацією подальшого обстеження в онкологічній лікарні.

26.01.2023р. пацієнтка планово госпіталізована в міську онкологічну лікарню. При повторному дослідженні матеріалу, взятого під час операції, заключення ПГД №2: гранульозноклітинна пухлина яєчника дорослого типу (ГКПДТ). 27.01.2023р. пацієнтці була виконана нижньосередина лапаротомія. Пангістеректомія, оментектомія. Семплінг здухвинних лімфовузлів праворуч. Санація та дренажування черевної порожнини.

Повний діагноз: VI ovarii gr I (ГКПДТ), T1NxMx. Стан після операції в жовтні 2022р. Стан після хірургічного лікування від 27.01.2023р. Клінічна група II.

Пацієнтка у задовільному стані виписана додому. Рекомендовано контрольний огляд після отримання заключного ПГД для вирішення питання про подальшу тактику лікування.

### Обговорення

Злоякісні пухлини яєчників є другими за поширеністю злоякісних неоплазій жіночих статевих органів, діагностованим під час вагітності, ускладнюючи 1 з 15 000 до 1 з 32 000 вагітностей. Хоча утворення додатків є одним із найпоширеніших ускладнень під час вагітності з частотою 1-5,3% (Martone et al., 2021), лише 3-6% з них є злоякісними і зазвичай виявляються на ранній стадії. Більшість утворень придатків, протікають безсимптомно і регресують спонтанно (Michalczyk & Symbaluk-Płoska, 2021).

За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від 2020 року, пухлини яєчників поділяються на епітеліальні (майже 90% випадків), зародкові (3%), стромальні і пухлини статевого канатика (2%) (De Leo et al., 2020, WHO, 2020).

За даними першого ПГД в описаному клінічному випадку діагностовано недиференційовану карциному. Дане новоутворення відноситься до епітеліальних пухлин яєчника та належить до II типу раку яєчників за морфологічно-прогностичним поділом. Порівняно з диференційованими карциномами, дані пухлини мають несприятливий прогноз. Якщо взяти за умову відсутність візуалізації пухлини під час УЗД у I та II триместрах і її появу у III триместрі, то швидкий ріст пухлини (за даними літератури, 3,5 та більше см за тиждень (Martone et al., 2021) може свідчити на користь даного діагнозу.

За результатами другого ПГД, у вагітної діагностовано ГКПДТ. Ці пухлини походять із шару гранульозних клітин фолікулів яєчників. Відомо, що ГКПДТ відносяться до гормонально-активних пухлин. За даними літератури, у вагітних жінок частіше зустрічаються гранульозноклітинні пухлини (Michalczyk & Symbaluk-Płoska, 2021), хоча вони спірні і у інших джерелах визначається частота до 10%, що відносить їх більше до рідкісних (Guidi et al., 2021). У даної пацієнтки до та під час вагітності не було зафіксовано аномальних маткових кровотеч, гіперплазії ендометрію та інших симптомів, що могли б свідчити про гіперестрогенемію.

При злоякісному новоутворенні більше 50% мають тенденцію до симптомів і супроводжуються болем, кровотечею, дистоцією, розривом або перекрутом яєчника (Michalczyk & Symbaluk-Płoska, 2021). У пацієнтки даного клінічного випадку злоякісне новоутворення залишалось асимптоматичним, що може бути нетиповим, враховуючи розміри пухлини (10x9x10 см).

На неопластичний процес з непрямих ознак може вказувати анемія, що рецидивує під час вагітності з I триместру, а також задишка та тахікардія, на які пацієнтка вказувала під час заповнення анкети вагітної. Анемія є одним із найпоширеніших ускладнень злоякіс-

них новоутворень та їх лікування. Відомо, що від 20% до 60% хворих на рак мають анемію при первинному діагнозі (Anand et al, 2020). Разом з тим, підвищена потреба у залізі та фізіологічна гемодилуція під час вагітності погіршують клінічну картину анемії. На користь саме залізодефіцитної анемії свідчать дані пацієнтки про знижений рівень гемоглобіну та феритину і нормальні рівні вітаміну B12 та фолієвої кислоти у крові.

Серед акушерських ускладнень, що пов'язані зі злоякісними новоутвореннями яєчників слід зазначити перекут і/або розрив яєчника, самовільний викидень, низька вага при народженні та передчасні пологи (Martone et al., 2021). Вперше ЗРП було діагностовано на УЗД у 35 тижнів та 4 дні, де передбачувана маса плода склала 1856 г, що відповідає 0 перцентилю та ЗРП I стадії за Gratacos. За результатами попереднього УЗД плода у 32 тижні та 2 дні передбачувана маса плода склала 1734 г, що відповідає 15 перцентилю, тобто нормальним значенням. Швидкий розвиток ЗРП може бути непрямом ознакою на користь злоякісного новоутворення яєчника.

Діагностика новоутворень яєчників під час вагітності включає УЗД (часто – випадкова знахідка під час скринінгових досліджень I та II триместрів) та за потреби – МРТ. УЗД є найбільш доступним методом, втім він дозволяє лише частково виявити ознаки малігнізації (Martone et al., 2021). У даному випадку, новоутворення яєчника було вперше виявлене лише на останньому УЗД під час вагітності, та описано як «багатокамерна кіста правого яєчника» без приналежності до класифікації International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Це є суттєвим недоліком діагностики, що могло погіршити як перебіг вагітності, так і стан пацієнтки, адже більшість випадків раку яєчників під час вагітності мають сприятливий прогноз завдяки ранній діагностиці на першій стадії захворювання (Botha et al., 2018).

Враховуючи різні результати ПГД і попередні діагнози, тактика ведення пацієнтки може відрізнятись. В літературі немає остаточних рекомендацій щодо лікування новоутворень яєчників під час вагітності. Останні з них зібрані як огляд літератури та клінічних випадків, і

включають наступні покази до оперативного лікування: діаметр новоутворення більше 10 см; пухлини, що зберігаються до II триместру; солідні або змішані кістозні та солідні, що можуть вказувати на малігнізацію. Оптимальним часом для проведення втручання є термін 16-20 тижнів гестації при ранньому виявленні пухлини. Перевага на даному терміні при відсутності технічних обмежень надається лапароскопії з повною резекцією новоутворення. У випадку виявлення новоутворення у III триместрі, що є рідкістю, загальними дискутабельними моментами є збереження вагітності при необхідності оперативного втручання з приводу новоутворення яєчників (Dłuski et al., 2020).

Перевагами тактики ведення даної пацієнтки є задовільна робота жіночої консультації, у якій жінка стояла на обліку з вагітності. Про це свідчить швидке реагування та побудова маршруту пацієнта при ургентних ситуаціях, відповідність призначень до чинних стандартів медичної допомоги з ведення вагітності. Також перевагою випадку є задовільна робота стаціонарних підрозділів пологового будинку, які провели кесарів розтин у терміні, закладені в чинних стандартах медичної допомоги, а також виконали додаткові втручання у повному обсязі як для закладу II рівня надання медичної допомоги.

Недоліками ведення пацієнтки є недостатність візуалізації на УЗД додатків, що не дозволило виявити пухлину на ранніх термінах вагітності; відсутність документів на момент опису клінічного випадку, що підтверджують проходження гінекологічних профілактичних оглядів до вагітності; пізні оперативне втручання на тлі ургентної ситуації; втрата репродуктивної функції. Також до недоліків тактики ведення пацієнти є розбіжності в результатах ПГД, що збільшує час очікування на встановлення клінічного онкологічного діагнозу та призначення лікування злоякісного новоутворення яєчника.

Вивчення даної проблеми є перспективною, враховуючи прогностичне збільшення випадків новоутворень яєчників, сприятливий прогноз для жінок при виявленні на ранніх стадіях під час проходження УЗД вагітних та відсутність остаточних рекомендацій з ведення таких вагітних.

**Висновки**

Таким чином, опис даного клінічного випадку з систематизацією літературних джерел та підходів до вирішення проблеми ведення пацієнток зі злякисними новоутвореннями під час вагітності демонструє актуальність даної теми через можливість раннього виявлення патології за допомогою УЗД вагітних та світового досвіду хірургічного лікування пацієнток протягом вагітності. Результати даної статті мають важливе практичне значення для акушер-гінекологів, загальних хірургів та лікарів-сонологів в питанні диференційної діагностики непрямих ознак злякисних новоутворень під час вагітності, в необхідності огляду усіх органів малого тазу під час рутинних ультразвукових скринінгів вагітних та у встановленні причинно-наслідкових зв'язків при діагностиці акушерських ускладнень.

**Фінансування**

Дане дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

**Конфлікт інтересів**

При написанні даної статті у авторів був відсутній конфлікт інтересів у будь-якій формі.

**Згода на публікацію**

У даній статті всі особисті дані пацієнта та дані, що могли б вказувати на його місце перебування, консультування та лікування, приховані. Згода пацієнта на публікацію не отримувалась, враховуючи вищезазначені обставини.

**ORCID ID та внесок авторів**

[0000-0001-5036-9701](https://orcid.org/0000-0001-5036-9701) (A, B, D) Valeriia Shatokhina

[0000-0002-1879-8618](https://orcid.org/0000-0002-1879-8618) (A, B, D) Sofia Shytko

[0000-0003-0050-691X](https://orcid.org/0000-0003-0050-691X) (C, E, F) Nataliia Skuryatina

[0000-0001-7910-4619](https://orcid.org/0000-0001-7910-4619) (B, E, F) Olena Synyshyna

A – Research concept and design, B – Collection and/or assembly of data, C – Data analysis and interpretation, D – Writing the article, E – Critical revision of the article, F – Final approval of article

**ЛІТЕРАТУРА**

- Anand, S., Burkenroad, A., & Glaspy, J. A. (2020). Workup of anemia in cancer. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*, 18(10), 640–646. <https://europepmc.org/article/MED/33201870>
- Arora, T., Mullangi, S., & Lekkala, M. R. (2022). Ovarian Cancer. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Botha, M. H., Rajaram, S., & Karunaratne, K. (2018). Cancer in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 137–142. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12621>
- Dłuski, D., Mierzyński, R., Poniedziałek-Czajkowska, E., & Leszczyńska-Gorzela, B. (2020). Ovarian Cancer and Pregnancy—A Current Problem in Perinatal Medicine: A Comprehensive Review. *Cancers*, 12(12), 3795. <https://doi.org/10.3390/cancers12123795>
- Guidi, S., Berghella, V., Scambia, G., Fagotti, A., Vidiri, A., Restaino, S., Vizzielli, G., et al. (2021). Adult Granulosa Cell Tumor in Pregnancy: A New Case and a Review of the Literature. *Healthcare*, 9(11), 1455. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9111455>
- Kim, H. B., Lee, H. J., Hong, R., & Park, S. G. (2020). Extremely rare case of successful treatment of metastatic ovarian undifferentiated carcinoma with high-dose combination cytotoxic chemotherapy: A case report. *World journal of clinical cases*, 8(19), 4488–4493. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i19.4488>
- Kim, Y. S., & Lee, J. H. (2021). A case report of ovarian granulosa cell tumor in patient with polycystic ovarian syndrome. *Medicine*, 100(50), e28261. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000028261>
- Leo, D. A. (n.d.). What Is New on Ovarian Carcinoma: Integrated Morphologic and Molecular Analysis Following the New 2020 World Health Organization Classification of Female Genital Tumors. MDPI. <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/4/697>
- Martone, S., Troia, L., & Luisi, S. (2021). Adnexal masses during pregnancy: management for a better approach. *Gynecological Surgery*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s10397-021-01084-9>
- Michalczyk, K., & Cymbaluk-Płaska, A. (2021). Approaches to the Diagnosis and Management of Ovarian Cancer in Pregnancy. *Cancer Management and Research*, Volume 13, 2329–2339. <https://doi.org/10.2147/cmar.s290592>
- Ovarian Cancer Risk Factors. (n.d.). <https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
- PDQ Adult Treatment Editorial Board. (2023). Ovarian Epithelial, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. In PDQ Cancer Information Summaries. National Cancer Institute (US).
- Shabnam et al., upd 2021. Granulosa cell tumor-adult. Retrieved from <https://www.pathologyoutlines.com/topic/ovarytumorgctadult.html>

W. H. O. Classification WHO Classification of Tumours Editorial Board, Who Classification of Tumours Editorial, & WHO Classification of Tumours Editorial Board. (2020). Female Genital Tumours: Who Classification of Tumours. International Agency for Research on Cancer.

## Rare malignant tumors of the ovary during pregnancy: a clinical case report

Shatokhina Valeriia<sup>1</sup>, Shypko Sofia<sup>2</sup>, Skuryatina Nataliia<sup>3</sup>, Synyshyna Olena<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kyiv City Center of Reproductive and Perinatal Medicine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 of the Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>4</sup>Kyiv city maternity hospital No. 6, Kyiv, Ukraine

### Address for correspondence:

Shatokhina Valeriia

E-mail: [vshatokhina99@gmail.com](mailto:vshatokhina99@gmail.com)

**Abstract:** *this article describes a clinical case of a malignant ovarian neoplasm, which was first detected during an urgent visit of a pregnant woman with signs of fetal distress in the third trimester of pregnancy. The relevance of this problem lies in the possibility of early diagnosis of adnexal tumors during routine ultrasound screenings, the lack of definitive recommendations for the management of such patients and the limited range of treatment methods during pregnancy. The aim of the study is to demonstrate a clinical case of pregnancy with late-detected ovarian malignancy. A 39-year-old pregnant woman at 35 weeks and 4 days' gestation consulted the antenatal clinic of a city maternity hospital with complaints of a decrease in the number and change in the nature of fetal movements over the past 24 hours. After assessment of the fetal condition (cardiotocography, ultrasound), the woman was hospitalized with a diagnosis: Pregnancy III, 35 weeks and 4 days. Fetal distress in the antenatal period. Fetal growth restriction, stage I. Gestational hypertension without significant proteinuria. Multicompartmental cyst of the right ovary. An urgent cesarean section was performed. Clinical diagnosis: premature delivery by cesarean section. Medical care for the mother with fetal growth restriction of the first degree, fetal distress in the antenatal period. Cyst of the right ovary. Right-sided adnexectomy. Omental resection. Gestational hypertension. On the 5th day, the patient was discharged in a satisfactory condition with a recommendation for further examination in an oncology hospital. Pathological examination of the right ovary: morphological picture, taking into account the results of immunohistochemical examination, in favor of undifferentiated carcinoma; on repeated viewing – granular cell tumor of the ovary of adult type. The patient was routinely hospitalized at the city oncology center for surgical treatment and further examination. Clinical diagnosis: Bl ovarii gr I, adult-type granulosa cell tumor, TINx Mx. Condition after surgical treatment: lower midline laparotomy. Pangistectomy, omentectomy. Sampling of the retroperitoneal lymph nodes on the right. Sanitation and drainage of the abdominal cavity. Clinical group II. The results of this article are of great practical importance for obstetricians-gynecologists, general surgeons and ultrasound diagnosticians in the differential diagnosis of indirect signs of malignant tumors during pregnancy, in the need to examine all pelvic organs during routine ultrasound screening of pregnant women and in establishing cause and effect relationships in the diagnosis of obstetric complications.*

**Keywords:** [pregnancy](#), [tumor](#), [fetal distress](#), [cesarean section](#), [ovarian neoplasms](#).



Copyright: © 2022 by the authors; licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.

This article is an **open access** article distributed under the terms

and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)