

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. Кафедрой: д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат на тему: «Рак тела матки и саркомы матки»

Выполнил: врач-ординатор 2 года

Специальность «Онкология» Холматов А.К.

Красноярск, 2023 г.

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Определение.....	4
3. Этиология и патогенез.....	4
4. Кодирование по МКБ10	4
5. Классификации.....	5
6. Диагностика	6
7. Лечение	9
8. Выводы.....	11
9. Список литературы	12

Введение

В 2018 г. было выявлено 26 948 случаев заболевания злокачественными новообразованиями (ЗНО) тела матки. «Грубый» показатель заболеваемости в 2018 г. составил 34,2 на 100 тыс. женского населения. За 20 лет этот показатель вырос на 87,8 %, средний темп прироста составил около 3 % в год. За этот же период вырос на 55,2 % и стандартизованный по мировому стандарту возрастного распределения населения показатель заболеваемости, его уровень в 2018 г. составил 18,8 на 100 тыс. населения при среднегодовом темпе прироста 2,18 %.

В возрастной группе 65–69 лет наблюдается наивысший показатель заболеваемости – 98,1 случая на 100 тыс. женского населения соответствующего возраста. В возрастных группах 50–54 и 55–59 лет ЗНО тела матки занимают 2-е ранговое место в структуре онкологической заболеваемости, 45–49, 60–64 и 65–69 лет – 3-е, 70–74 лет – 4-е, в других возрастных группах – 6-е и ниже.

В 2018 г. от ЗНО тела матки умерли 6897 женщин. В структуре причин онкологической смертности женщин ЗНО тела матки занимают 9-е место (5,0 %).

В динамике за 10 лет «грубый» показатель смертности от ЗНО тела матки вырос на 3,01 % и составил в 2018 г. 8,67 на 100 тыс. женского населения, при этом стандартизованный показатель смертности женщин от ЗНО тела матки снижается, в 2008 г. он составлял 4,39, в 2018 г. – 3,98 на 100 тыс. женского населения; убыль 9,7 %, что свидетельствует об истинном снижении смертности от этой патологии.

Наиболее высокие значения показателя смертности отмечаются в возрастных группах 75 лет и старше – от 30,1 до 37,27 на 100 тыс. женского населения соответствующего возраста

1. Определение

Рак тела матки (РТМ) – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки тела матки (эндометрия).

2. Этиология

Примерно в 5 % случаев РТМ ассоциирован с наследственными синдромами, в частности с синдромом Линча. В качестве факторов риска данной патологии рассматриваются гиперэстрогения, ранние менархе, отсутствие родов в анамнезе, поздняя менопауза, возраст старше 55 лет, применение тамоксифена. **Выделяют 2 патогенетических типа РТМ.**

I тип (более частый). Опухоль развивается в более молодом возрасте, в отличие от пациенток со II патогенетическим вариантом, на фоне длительной гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия. У пациенток с РТМ I патогенетического типа часто наблюдаются ожирение, сахарный диабет и гипертоническая болезнь, возможны эстрогенсекретирующие опухоли яичников или синдром склерокистозных яичников. Опухоли I патогенетического варианта, как правило, высокодифференцированные, имеют более благоприятный прогноз.

II тип. Опухоли эндометрия обычно низкодифференцированные, имеют менее благоприятный прогноз. Опухоли II патогенетического типа возникают в более старшем возрасте, в отсутствие гиперэстрогении, на фоне атрофии эндометрия. Примерно у 80 % пациенток с РТМ диагностируют эндометриальную аденокарциному.

К саркомам матки относятся мезенхимальные, а также смешанные эпителиальные и мезенхимальные опухоли. Группу злокачественных мезенхимальных опухолей составляют лейомиосаркома, эндометриальные стромальные и родственные опухоли. К смешанным эпителиальным и мезенхимальным опухолям относятся аденосаркома и карциносаркома. Генетические и молекулярные исследования продемонстрировали сходство молекулярных профилей карциносаркомы матки и низкодифференцированного РТМ, что свидетельствует об эпителиальном происхождении карциносаркомы.

3. Особенности кодирования заболевания

C54 Злокачественное новообразование тела матки:

C54.0 Перешейка матки (нижнего сегмента матки)

C54.1 Эндометрия

C54.2 Миометрия

C54.3 Дна матки

C54.8 Поражение тела матки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C54.9 Тела матки неуточненной локализации

4. Классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 4-е издание, 2013)

Злокачественные эпителиальные опухоли:

- 8380/3 эндометриальная аденокарцинома:
 - 8570/3 вариант с плоскоклеточной метаплазией,
 - 8263/3 villогландулярный вариант,
 - 8382/3 секреторный вариант;
- 8480/3 муцинозный рак;
- 8441/3 серозный рак;
- 8310/3 светлоклеточный рак;
- нейроэндокринные опухоли:
 - низкой степени злокачественности:
 - о 8240/3 карциноид,
 - высокой степени злокачественности:
 - о 8041/3 мелкоклеточный нейроэндокринный рак,
 - о 8013/3 крупноклеточный нейроэндокринный рак;
- 8323/3 смешанная аденокарцинома;
- 8020/3 недифференцированный рак.

Злокачественные смешанные эпителиальные и мезенхимальные опухоли:

- 8933/3 аденосаркома;
- 8980/3 карциносаркома.

Злокачественные мезенхимальные опухоли:

- 8890/3 лейомиосаркома:
 - 8891/3 эпителиоидная лейомиосаркома,

- 8896/3 миксоидная лейомиосаркома;
- 8931/3 эндометриальная стромальная саркома низкой степени злокачественности;
- 8930/3 эндометриальная стромальная саркома высокой степени злокачественности;
- 8805/3 недифференцированная саркома.

Выделяют 3 степени дифференцировки аденокарциномы эндометрия:

G1 – высокодифференцированная

G2 – умеренно-дифференцированная

G3 – низкодифференцированная

5. Клиническая картина

Основным клиническим проявлением ЗНО тела матки являются ациклические маточные кровотечения в репродуктивном периоде или кровотечения в период постменопаузы. Иногда ЗНО тела матки протекают бессимптомно и выявляются у женщин без жалоб, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза. ЗНО тела матки могут сопровождаться длительно текущим анемическим синдромом, а также характеризоваться быстрым ростом миоматозных узлов, увеличением размеров матки.

6. Диагностика

Критерии установления диагноза заболевания или состояния:

- 1) данные анамнеза;
- 2) данные физикального обследования;
- 3) данные патологоанатомического исследования биопсийного и/или операционного материала из полости матки;
- 4) данные методов лучевой диагностики.

1) Жалобы и анамнез

Основным симптомом РТМ являются ациклические маточные кровотечения в репродуктивном периоде или кровотечения в период постменопаузы.

Интенсивность кровотечений не коррелирует с риском РТМ. Иногда РТМ выявляют у женщин без жалоб при УЗИ органов малого таза и последующем обследовании или при цитологическом скрининге рака шейки матки. Необходимо обратить особое внимание на длительно текущий анемический синдром, а также быстрый рост миоматозных узлов.

2) Физикальное обследование

При гинекологическом исследовании визуально осматривается слизистая оболочка шейки матки и влагалища в целях выявления возможного перехода опухоли на эктоцервикс или метастазов в стенке влагалища. При бимануальном гинекологическом исследовании оценивается состояние параметриев.

При физикальном исследовании обязательно пальпируют паховые, надключичные и подключичные лимфатические узлы для исключения их возможного метастатического увеличения.

3) Лабораторная диагностика

Развернутый общий (клинический) и биохимический анализы крови с показателями функции печени, почек, коагулограмма, общий анализ мочи всем пациенткам со ЗНО тела матки и с подозрением на ЗНО тела матки в целях оценки их общего состояния, определения тактики и алгоритма лечения, оценки прогноза заболевания.

Исследование уровня антигена аденогенного рака 125 (СА-125) в крови в целях дифференциальной диагностики новообразований, определения тактики и алгоритма лечения, оценки прогноза заболевания.

4) Инструментальная диагностика

Выполнять УЗИ органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства, регионарных и периферических лимфатических узлов в целях оценки первичной опухоли и распространенности опухолевого процесса, планирования алгоритма лечения.

С подозрением на патологическое состояние эндометрия стоит выполнять аспирационную биопсию тканей матки (эндометрия) или раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием пациенткам со ЗНО тела матки в целях оценки первичной опухоли и

распространенности опухолевого процесса; при отсутствии возможности выполнить МРТ необходимо проведение компьютерной томографии (КТ) органов малого таза с контрастированием.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) или ПЭТ-КТ всего тела пациенткам с подозрением на отдаленное метастазирование при ЗНО тела матки.

В целях морфологической верификации диагноза проводить патологоанатомическое исследование биопсийного и/или операционного материала с отражением в заключении следующих параметров:

- гистологический тип опухоли;
- степень дифференцировки опухоли;
- размер опухоли;
- глубина инвазии опухоли;
- толщина миометрия в месте наибольшей инвазии опухоли;
- прорастание опухолью серозной оболочки матки;
- опухолевые эмболы в кровеносных и лимфатических сосудах;
- переход опухоли на шейку матки, врастание в строму шейки матки;
- выход опухоли в параметрий;
- переход опухоли на влагалище;
- общее число удаленных и пораженных тазовых лимфатических узлов справа, слева;
- общее число удаленных и пораженных поясничных лимфатических узлов;
- метастатическое поражение яичников, маточных труб;
- прорастание опухоли в стенку мочевого пузыря, прямой кишки (при выполнении экзентерации или резекции смежных органов);
- степень лечебного патоморфоза первичной опухоли и метастазов в лимфатических узлах в случае предоперационной терапии.

7. Хирургическое лечение

Таблица 3. Классификация M.S. Piver (1974)

I тип	Экстрафасциальная экстирпация матки Минимальная резекция влагалища, пузырно-маточная связка не иссекается, кардинальная связка пересекается у матки
II тип	Модифицированная расширенная экстирпация матки Подразумевает удаление медиальной трети кардинальных, пузырно-маточных и крестцово-маточных связок, верхней трети влагалища и тазовую лимфаденэктомию. Мочеточники туннелируют, но не мобилизуют по нижнелатеральной полуокружности. Маточные сосуды пересекают на уровне мочеточника
III тип	Расширенная экстирпация матки, или по Вертгейму–Мейгсу Подразумевает полное удаление кардинальных и крестцово-маточных связок от стенок таза, пузырно-маточной связки от стенки мочевого пузыря, верхней трети влагалища и тазовую лимфаденэктомию. Мочеточники мобилизуют полностью до места впадения в мочевой пузырь. Маточные сосуды пересекают у места отхождения от внутренних подвздошных сосудов
IV тип	Расширенная экстирпация матки Включает пересечение верхней пузырной артерии, удаление периуретеральной клетчатки и до 3/4 влагалища
V тип	Комбинированная расширенная экстирпация матки Подразумевает удаление дистальных отделов мочеточников и резекцию мочевого пузыря

Таблица 4. Классификация Querleu–Morrow (2017)

Тип радикальной гистерэктомии	Парацервикс или латеральный параметрий	Вентральный параметрий	Дорзальный параметрий
A	Половина расстояния между шейкой матки и мочеточником без мобилизации	Минимальное иссечение	Минимальное иссечение
	мочеточников		
B1	На уровне мочеточников, мочеточник туннелируют и парацервикс резецируют на уровне мочеточников	Частичное иссечение пузырно-маточной связки	Частичное иссечение ректовагинальной связки и крестцово-маточной связки
B2	Аналогично B1 в сочетании с парацервикальной лимфаденэктомией без резекции сосудистых сплетений и нервов	Частичное иссечение пузырно-маточной связки	Частичное иссечение ректовагинальной связки и крестцово-маточной связки
C1	Полная мобилизация мочеточников, резекция параметриев до подвздошных сосудов	Иссечение пузырно-маточной связки у стенки мочевого пузыря (краниальнее мочеточника) с сохранением сплетения нервов мочевого пузыря	У стенки прямой кишки (с сохранением гипогастрального нерва)
C2	Полная мобилизация мочеточников, резекция параметриев на уровне подвздошных сосудов	На уровне мочевого пузыря (сплетение нервов мочевого пузыря не сохраняется)	На уровне крестца (гипогастральный нерв не сохраняется)
D	До стенки таза, включает резекцию внутренних подвздошных сосудов и/или прилегающих к ним фасциальных или мышечных структур	На уровне мочевого пузыря. Не выполняется в случае экзентерации	На уровне крестца. Не выполняется в случае экзентерации

Хирургическое вмешательство как наиболее эффективный метод лечения пациенток с РТМ независимо от стадии как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами.

Лучевое лечение

Пациенткам со ЗНО тела матки групп промежуточно-высокого и высокого риска с учетом стадии, гистологического типа опухоли и объема выполненного хирургического лечения рекомендуется проведение ЛТ:

ДЛТ и/или брахитерапии в сочетании с ХТ в адьювантном режиме или без нее. Пациенткам со ЗНО тела матки группы промежуточного риска прогрессирования заболевания после хирургического вмешательства рекомендуется наблюдение (преимущественно, пациенткам младше 60 лет) или брахитерапия.

Низкий	Эндометриальный РТМ, стадия IA, G ₁₋₂ , нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях
Промежуточный	Эндометриальный РТМ, стадия IB, G ₁₋₂ , нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях
Промежуточно-высокий	Эндометриальный РТМ
	стадия IA, G ₃
	стадия IA и IB, G ₁₋₂ , опухолевые эмболы в лимфатических щелях
Высокий	Эндометриальный РТМ, стадия IB, G ₃
	Эндометриальный РТМ, стадия II–IV
	Неэндометриальный РТМ, любая стадия

Паллиативная ЛТ (брахитерапия, ДЛТ) у ослабленных пациенток с РТМ, оценка их состояния проводится согласно шкале оценки тяжести состояния пациента по версии ВОЗ/ECOG >2баллов и/или по шкале Карновского ≤70 баллов.

При рецидиве РТМ в культе влагалища или наличии метастаза во влагалище как единственного проявления заболевания необходимо проведение брахитерапии и/или ДЛТ с учетом ранее проводимой ЛТ.

Лекарственное лечение

Химиотерапию при наличии показаний после хирургического вмешательства или при выявлении клинических симптомов прогрессирования ЗНО тела матки начинают не позднее чем через 60 дней.

Выводы

Своевременное выявление и лечение предраковых состояний (железистая гиперплазия эндометрия; аденоматозные полипы; нарушение менструального цикла - ановуляторные маточные кровотечения в климактерическом периоде); регулярные гинекологические профосмотры и периодические цитологические исследования мазков, полученных при аспирации содержимого из полости влагалища, а при необходимости-и из полости матки; специальные гинекологические обследования женщин с нарушениями обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, заболевания печени), сопровождающиеся гиперэстрогенией; выявление и лечение больных с феминизирующими опухолями яичника, ведущими к гиперпластическим процессам в эндометрии снижает заболеваемость раком эндометрия.

Список литературы:

- Клинические рекомендации «Рак тела матки и саркомы матки» 2018 г.
- Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. М.: Медицина, 1989.
- Злокачественные новообразования в России в 2018 г. (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019.