

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА

Рак эндометрия



Выполнил: Хабибуллаев Ш

Проверила: Есенкулова С

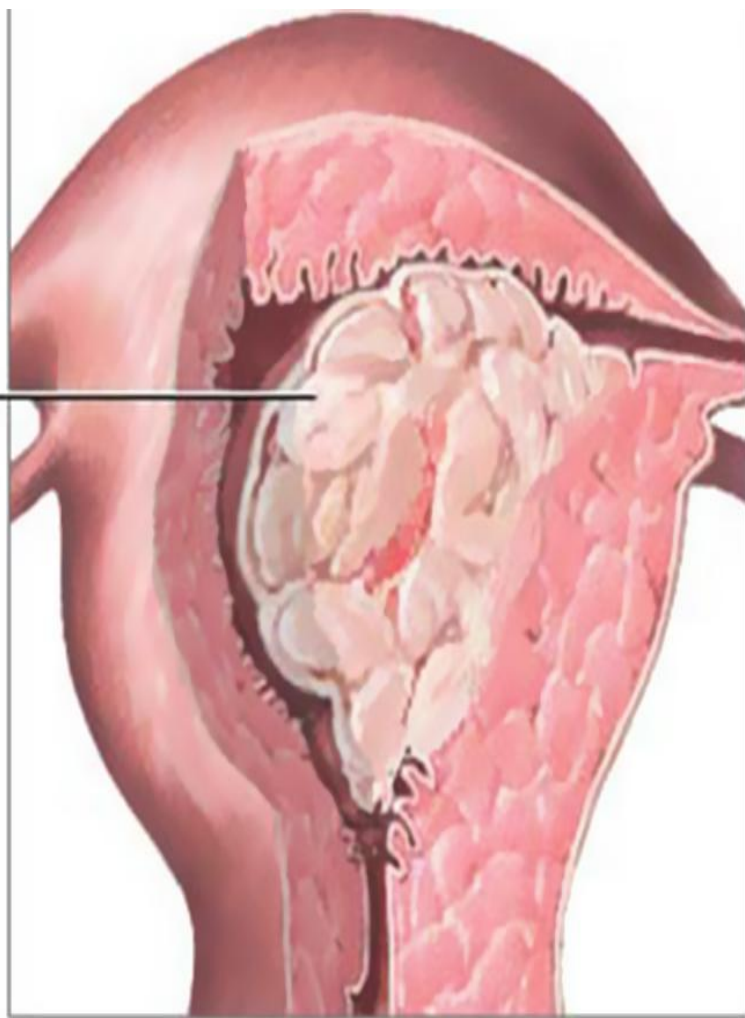
Курс: IV

Группа: 008-01

План.

1. Этиология
2. Патогенез
3. Морфология

Рак матки



- **Рак тела матки (Рак эндометрия)** – злокачественное поражение эндометрия, выстилающего полость матки.

Рак эндометрия

- **Рак эндометрия** составляет 9% всех раковых опухолей у женщин. Занимает 7 место среди причин смерти от злокачественных новообразований у женщин. Преобладающий возраст -50-60 лет.
- **Генетические аспекты:** Злокачественные опухоли эндометрия отмечают при мутациях гена E-кадгерина, одного из белков межклеточных взаимодействий (см. также Приложение 2. Наследственные болезни: каптированные фенотипы}.

Этиология

- **Рак тела матки** относят к гормональнозависимым опухолям, так как эндометрий, являясь «тканью-мишенью» для половых гормонов, чрезвычайно чувствителен к действию эстрогенов. Последние, вызывая в норме пролиферативные изменения эндометрия, при отсутствии физиологического влияния прогестерона приводят к развитию в нём гиперпластических процессов. Однако причина возникновения предрака и рака тела матки на этом фоне остаётся до настоящего времени не совсем ясной.

- Ановуляция и ановуляторные маточные кровотечения в пременопаузе,
- поздняя менопауза (после 50 лет), эстрогенный тип кольпоцитологической реакции в постменопаузе,
- миома матки и генитальный эндометриоз,
- синдром склероклеточных яичников,
- гиперпластический процесс эндометрия и гормонально-зависимые опухоли в анамнезе,
- прием эстрогенов в постменопаузе,
- отягощенная наследственность по раку органов репродуктивной системы;
- ожирение, гиперлипидемия, сахарный диабет, гипертоническая болезнь.
- из дополнительных факторов риска следует отметить бесплодие, отсутствие родов, поздние роды и роды крупным плодом (более 4 кг).

Факторы риска



Патогенез

- Превращение в периферической жировой ткани яичникового или надпочечникового андростендиона (андрогенного предшественника эстрогенов) в эстрон (слабый эстроген), который нарушает нормальную циклическую функцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. В результате прекращаются овуляция и последующая секреция прогестерона — мощного антиэстрогенного гормона. Поэтому происходит хроническая, ничем не ослабленная стимуляция эндометрия эстроном, ведущая к гиперплазии (предопухоловое поражение) и раку эндометрия. Несбалансированное поступление экзогенных эстрогенов, поликистоз или опухоли яичника, секретирующие эстрогены, стимулируют эндометрий сходным образом.

Патогенетические варианты

Гормонозависимый рак матки, в патогенезе которого играет роль гиперэстрогения, который встречается у 60-70% больных. Опухоль возникает на фоне гиперпластического процесса эндометрия и стромы яичников, часто сочетается с другими гормонально-зависимыми опухолями (раком молочной железы, феминизирующими опухолями яичников), синдромом Штейна-Левенталя (у 62% больных РЭ выявляются склерокистозные яичники). Опухоль матки у таких больных растет медленно, обладает высокой степенью дифференцировки, чувствительна к прогестагенам. Заболевание протекает менее злокачественно и сравнительно редко сопровождается лимфогенным метастазированием.

- При 2-м патогенетическом - автономном - варианте опухоль возникает чаще в постменопаузе на фоне атрофии эндометрия, отмечается фиброз стромы яичников. Отсутствие гормональной зависимости влечет за собой нарастание признаков автономности к матке и прогрессии. В этих случаях опухоль низкодифференцированная, склонна к инвазивному росту и лимфогенному метастазированию, мало чувствительна к прогестагенам. Течение заболевания менее благоприятно.

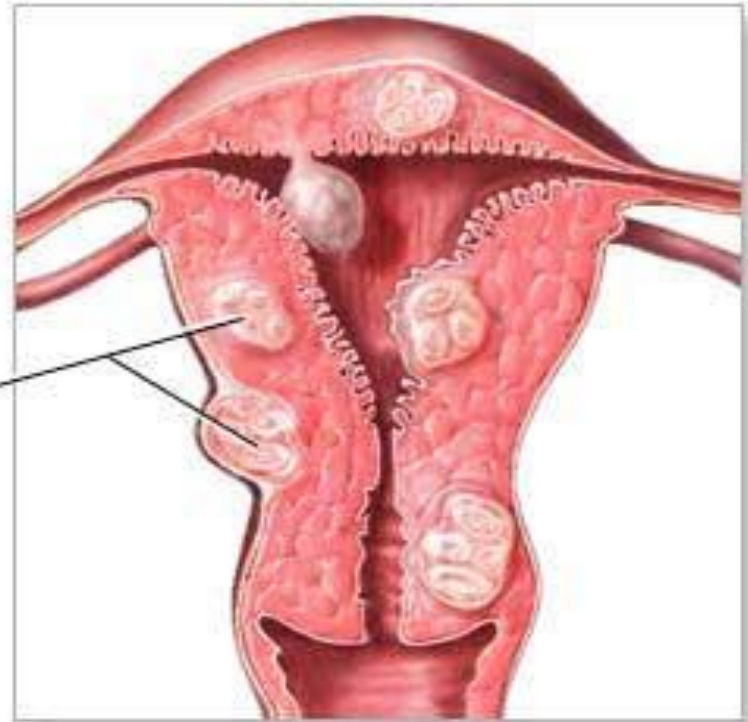
Морфологические варианты

- По гистологическому строению различаются следующие формы опухоли:
- аденокарцинома
- светлоклеточная (мезонефроидная) аденокарцинома
- муцинозная аденокарцинома
- плоскоклеточный рак
- железисто-плоскоклеточный рак
- недифференцированный рак.

Формы роста опухоли:

- Эндофитный
- Экзофитный
- Смешанный

Опухоль матки



Аденокарцинома

●

Аденокарцинома образована эпителиальными клетками эндометрия с формированием железисто-подобных структур. Может возникать в любом участке эндометрия, но преимущественно в углах и дне матки, чаще в постменопаузе. В начальных стадиях заболевания слизистая оболочка тела матки внешне мало отличается от таковой при очаговой или диффузной гиперплазии; при этом аденокарцинома не всегда распространяется в нижележащие отделы функционального и / или базального слоев эндометрия. Однако чаще опухоль имеет вид папиллярных или полипозных разрастаний различного размера. При диффузном поражении опухоль захватывает всю или большую часть слизистой оболочки матки.

Аденокарцинома эндометрия

● **Эндометриоидная аденокарцинома** характеризуется образованием железистых структур, выстланных одним или несколькими слоями цилиндрических эпителиоцитов с признаками клеточной атипии. В опухолевой паренхиме возможно формирование тубулярных и сосочковых структур, а также участков плоскоклеточной метаплазии.

Высокодифференцированную эндометриоидную аденокарциному бывает сложно отличить от атипичной гиперплазии эндометрия. Для дифференциальной диагностики важно оценить состояние стромы. Десмопластическая реакция, очаги некроза в строме или- полное отсутствие стромы между железами свидетельствуют об аденокарциноме, являясь косвенными признаками инвазивного роста опухоли. Кроме того, для такой аденокарциномы весьма характерно наличие в строме пенистых клеток. По мере снижения гистологической дифференцировки опухолевой паренхимы в ней уменьшается доля железистого компонента и увеличивается доля участков солидного строения.

Аденокарцинома

Большинство **форм рака тела матки** относится к аденокарциномам, среди которых различают высоко-, умеренно и низкодифференцированные опухоли. **Высокодифференцированная** аденокарцинома представлена железистыми образованиями, местами сохраняющими тубулярное строение и которые имеют вид лабиринтов. Клетки цилиндрические, малополиморфные, часто гиперхромные, располагаются то однорядно, то многорядно. Число фигур митоза может быть различным. Строма скудная. Умеренно дифференцированная аденокарцинома — наиболее частый вариант опухоли — представлена железисто-папиллярными структурами, иногда с включением мелких солидных участков. Клетки опухоли полиморфны, гиперхромны, встречаются многочисленные фигуры митоза.

Низкодифференцированная аденокарцинома отличается преимущественно солидным строением; клетки ее относительно крупные, ядра полиморфные, крупные. Патологические митозы многочисленны.

В строме некоторых **аденокарцином** обнаруживают крупные пенистые светлые клетки.

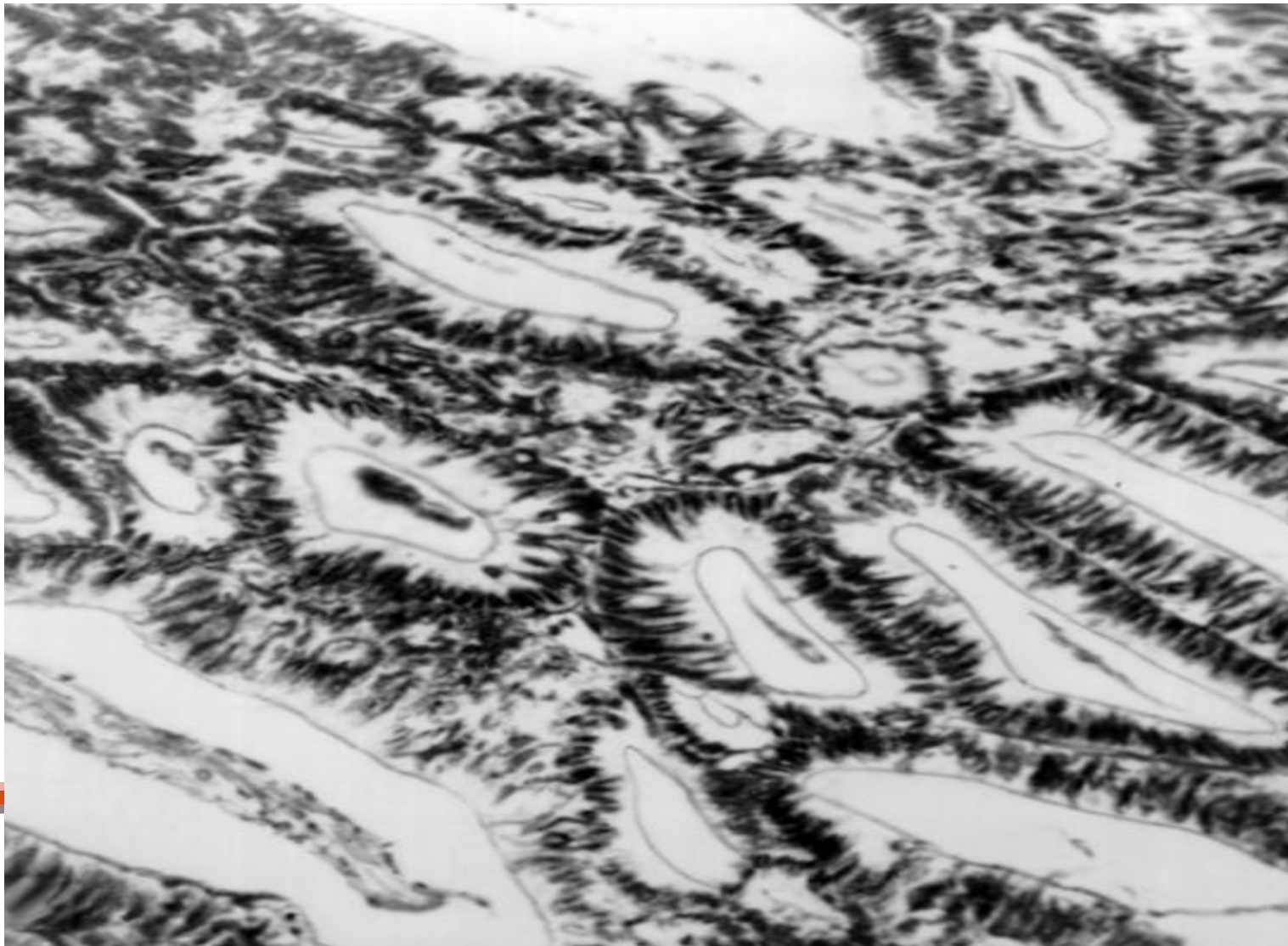
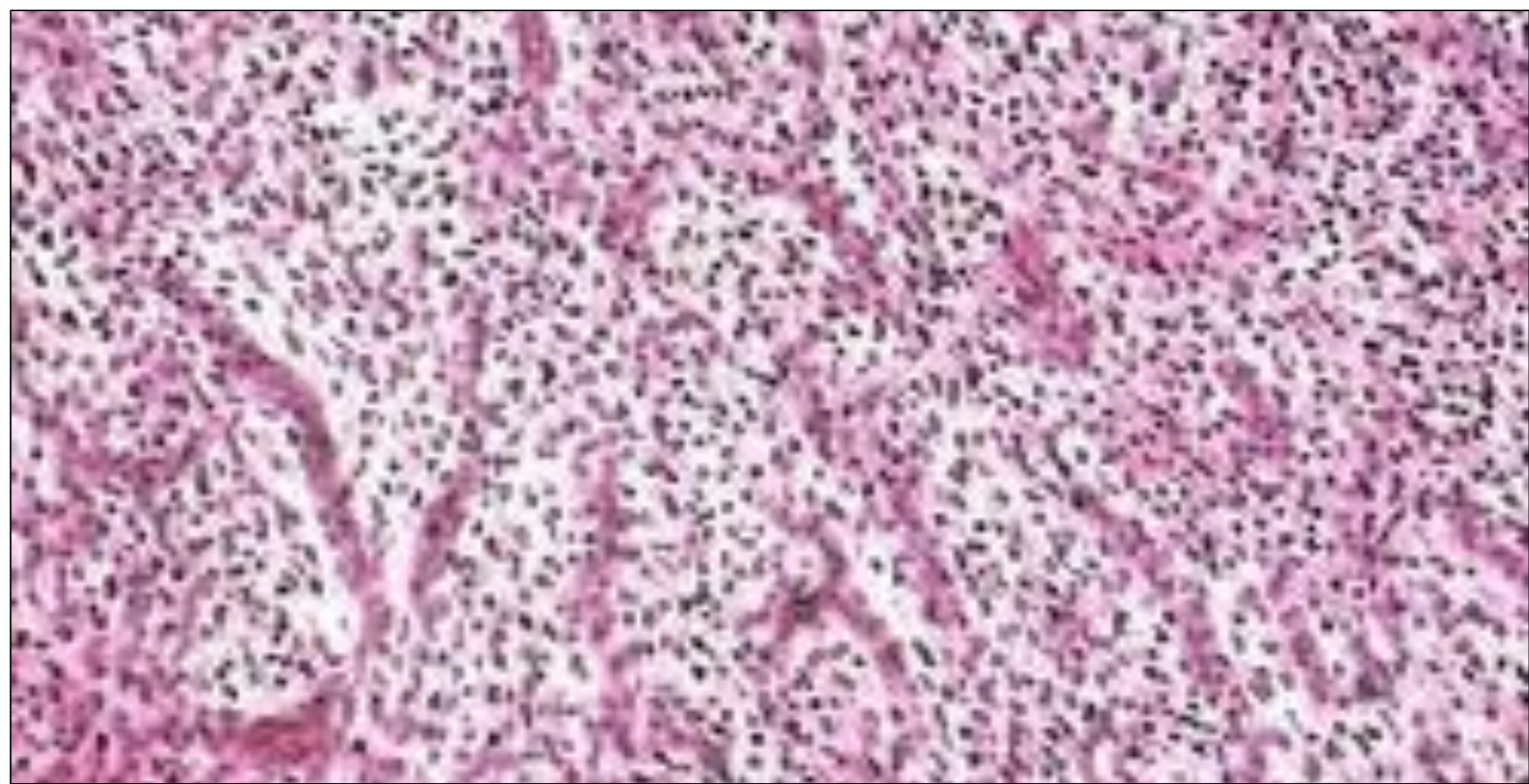
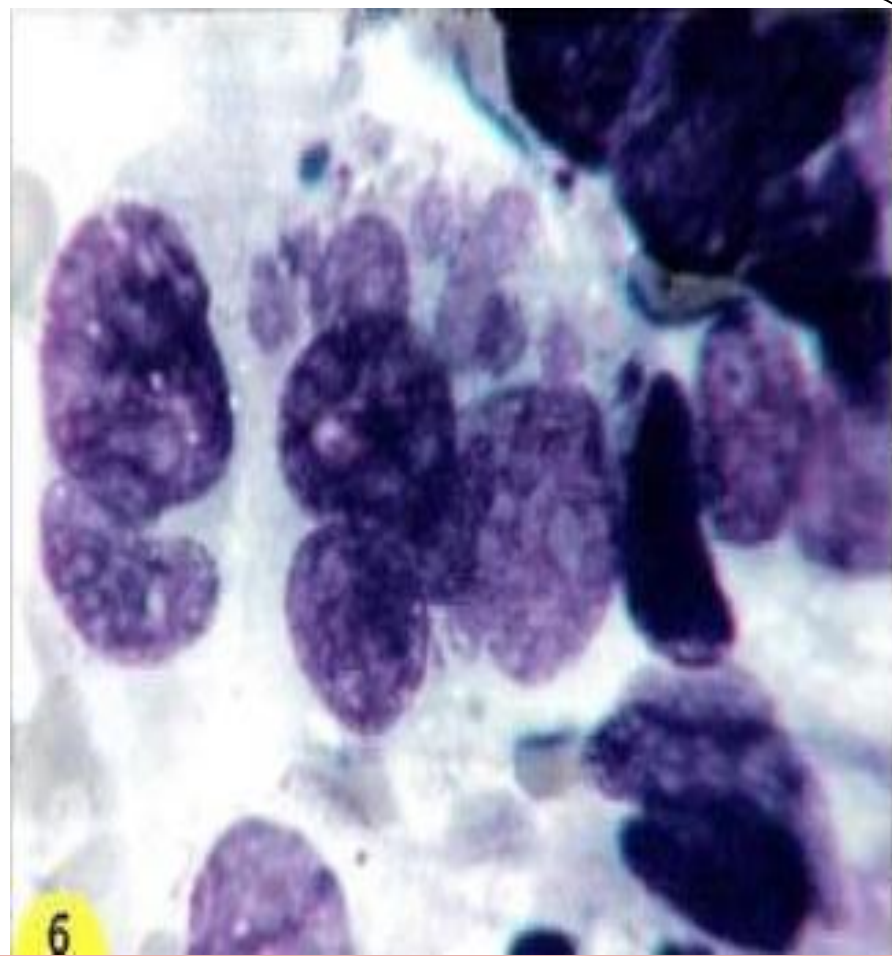
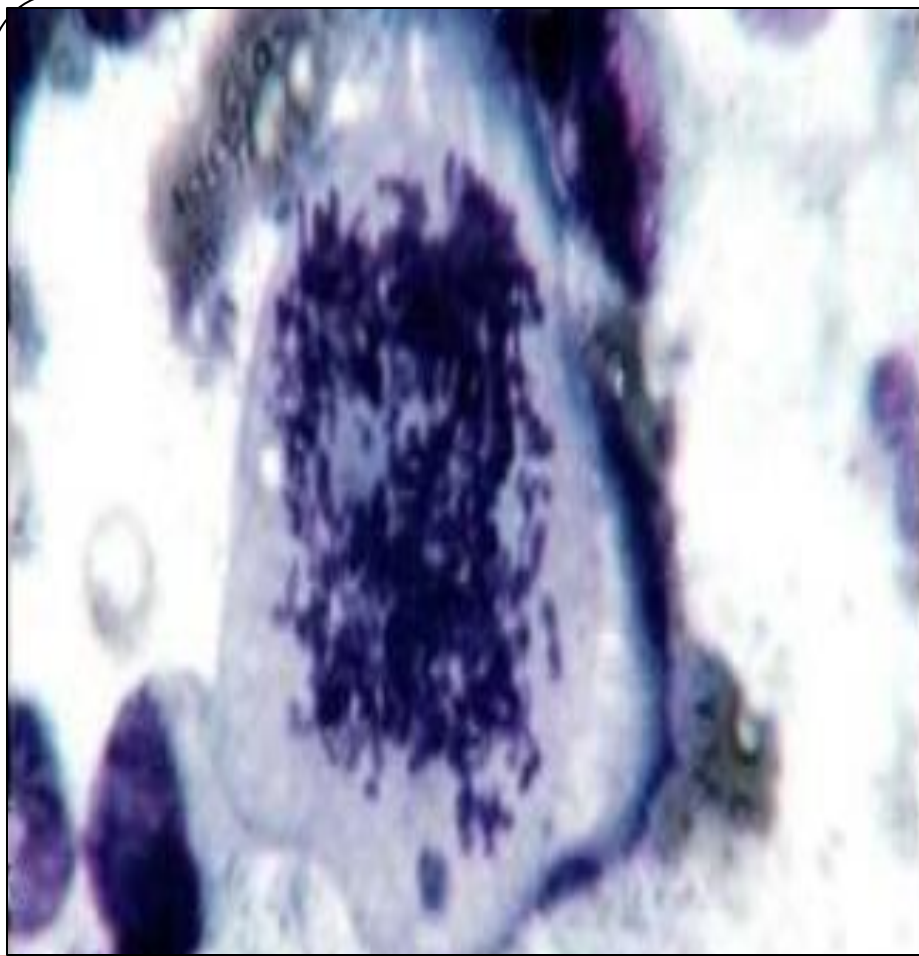


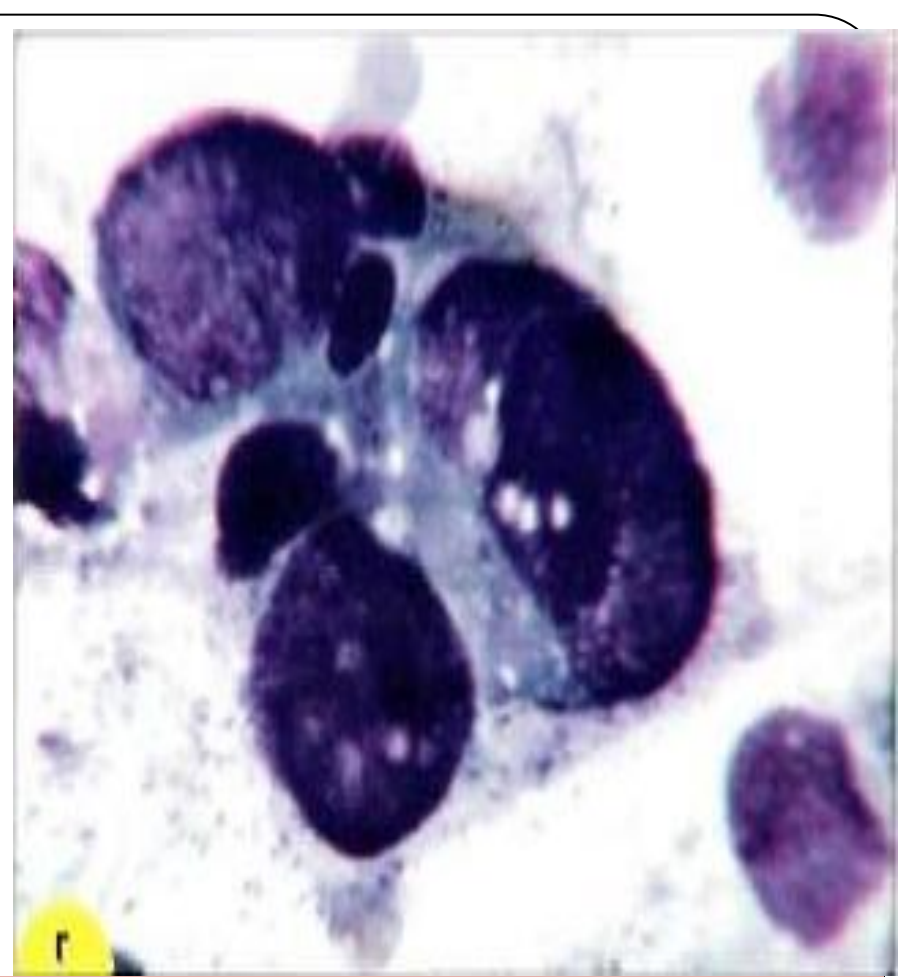
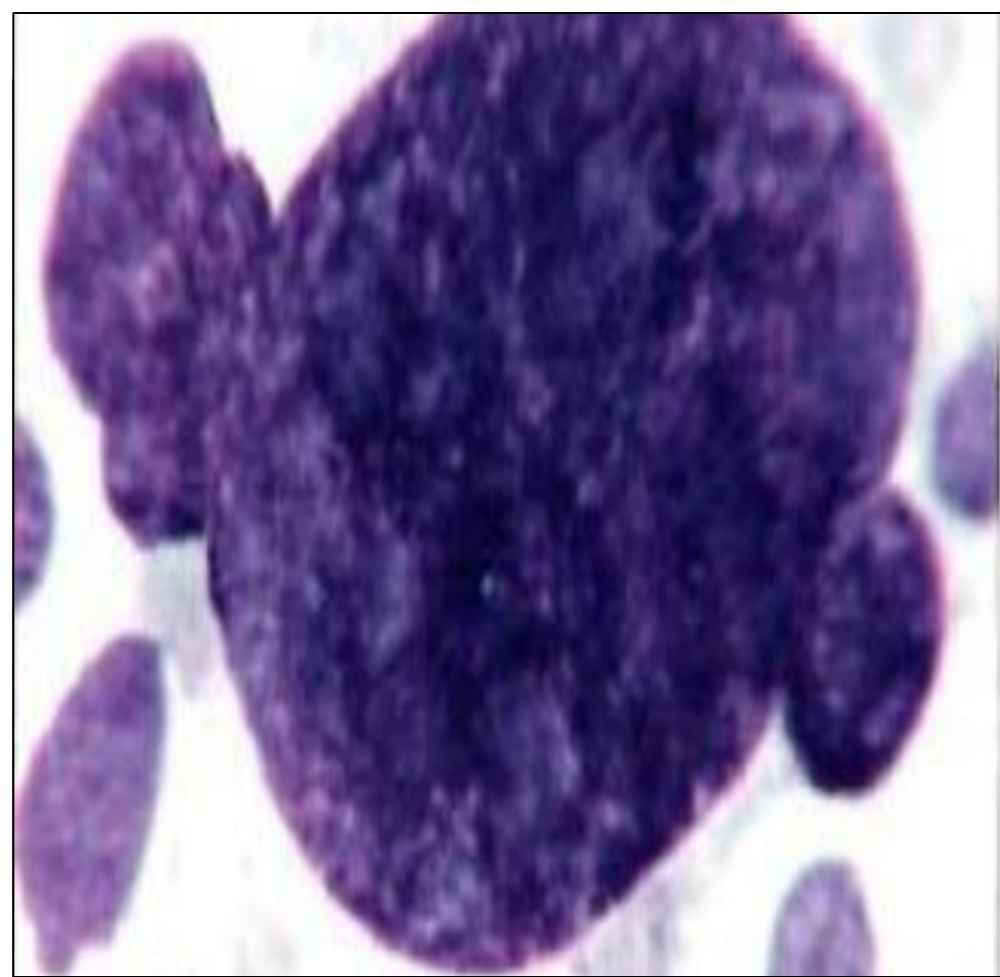
Рис. Микропрепарат рака тела матки: высокодифференцированная аденокарцинома; окраска гематоксилином и эозином; $\times 120$



Стромальная саркома эндометрия низкой степени



Низкодифференцированная аденокарцинома. Выражен клеточный и ядерный полиморфизм, опухолевые клетки крупных размеров: а - атипичный митоз в опухолевой клетке. Хромосом больше, чем в норме, распределение их при расхождении неравномерное; б - многоядерные опухолевые клетки, содержащие ядра разных размеров и формы, структура хроматина грубая, ядрышки разных размеров;



Низкодифференцированная аденокарцинома. Выражен клеточный и ядерный полиморфизм, опухолевые клетки крупных размеров: в - «голое» атипичное ядро разрушенной опухолевой клетки огромного размера; г - структура типа железки или сосочка округлой формы с эксцентрически расположенными ядрами. Цитоплазма вакуолизирована. Окрашивание по Паппенгейму. $\times 1000$

Гистологические типы

Аденоакантома (аденоканкроид) - железистый рак с образованием участков псевдоплоскоклеточного ороговевающего и неороговевающего рака, по-видимому, является результатом атипичной метаплазии железистого эпителия в процессе малигнизации при воздействии различных гормональных факторов.

Светлоклеточный рак эндотелия

- *Светлоклеточный рак* гистологически характеризуется крупными клетками со светлым широким ободком цитоплазмы. Характерны тубулярные, кистозные, папиллярные, солидные структуры или их сочетание. Цитограммы представлены разрозненными участками и отдельными крупными скоплениями. Ядра округлые, овальные, умеренно гиперхромные, хроматин распределен неравномерно, нежнозернистый. Встречаются про светления в ядрах, множественные и крупные ядрышки. Цитоплазма преимущественно вакуолизированная, границы нечеткие. Часто отмечаются дегенеративные изменения, имеются «голые» ядра разрушенных клеток

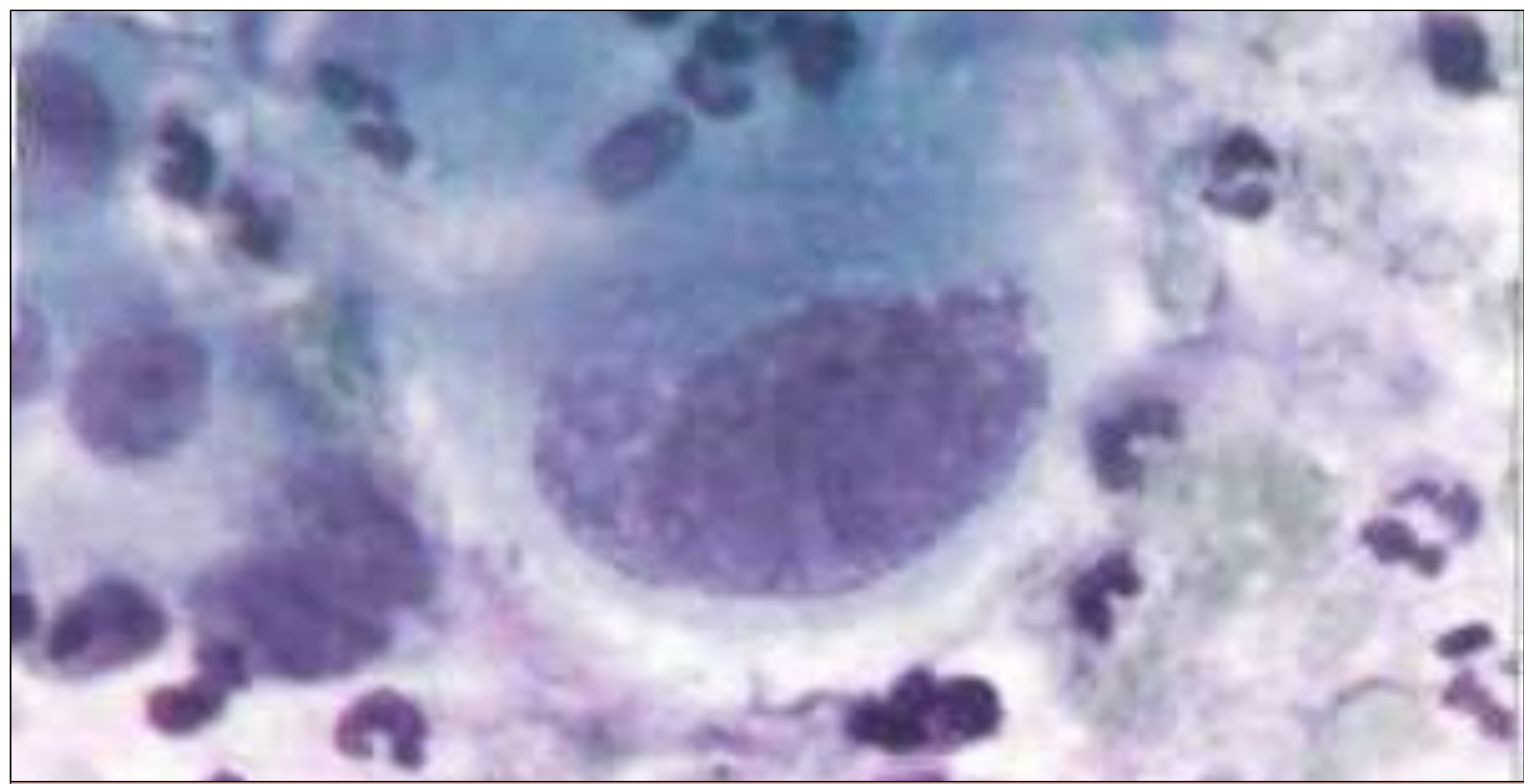
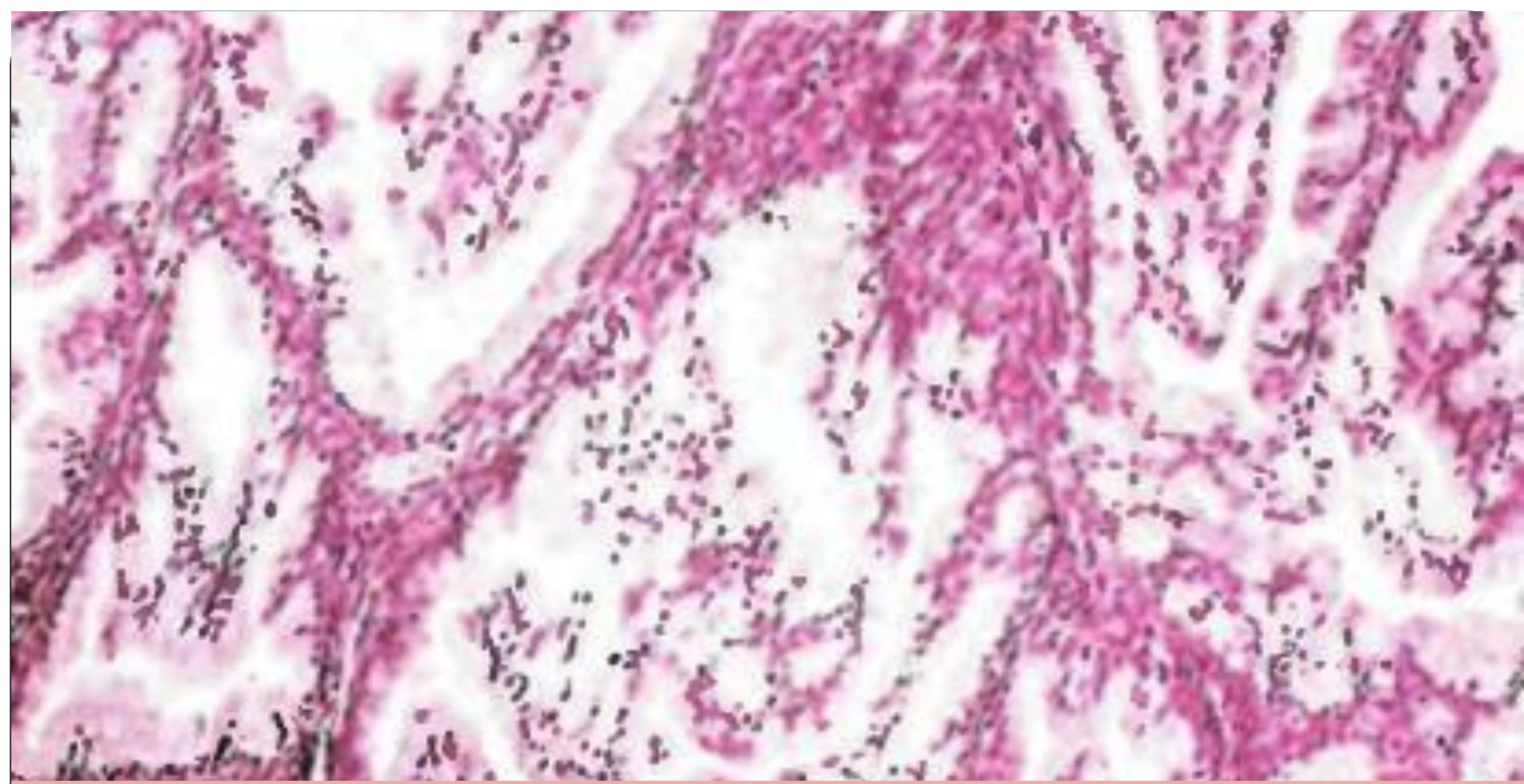


Рис. 144. Светлоклеточный рак. Мазок с опухоли шейки матки. Клетки крупных и гигантских размеров. Ядра округлые, полиморфные. Окрашивание по Романовскому. х600

Муцинозная аденокарцинома

- **Муцинозная аденокарцинома** — та форма рака эндометрия, клетки которой содержат большое количество слизи. Как правило, опухоль высоко дифференцирована. Прогноз при ней такой же, как и при другой аденокарциноме низкой степени злокачественности. Рак с обилием внеклеточной слизи (в просвете желез) не относят к обсуждаемой форме.



Муцинозная аденокарцинома эндометрия

Классификация рака тела матки (TNM и FIGO)

Категори и по системе TNM	Стадии по FIGO	Характеристика
Tx	-	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0	-	Первичная опухоль не определяется
T1	I	Опухоль ограничена телом матки
T1b	IB	Опухоль распространяется не менее, чем на половину толщины миометрия
T1c	IC	Опухоль распространяется более, чем на половину толщины миометрия
T2	II	Опухоль распространяется на шейку матки, но не за пределы матки
T2a	IIA	Вовлечён только эндоцервикс
T2b	II B	Инвазия стромы шейки
T3	III	Местное и/или регионарное распространение опухоли



СТАДИЯ IA



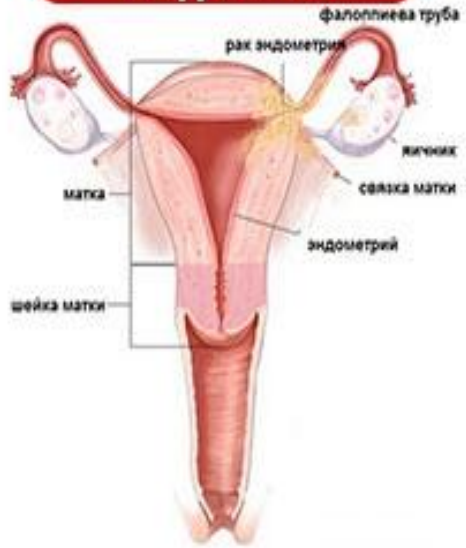
СТАДИЯ IB



СТАДИЯ II



СТАДИЯ IIIA



СТАДИЯ IIIB



МЕТАСТАЗЫ

- Для РТМ характерна ортодоксальность метастазирования: последовательность и этапность поражения регионарных и отдаленных лимфатических коллекторов и присоединение затем гематогенного распространения.
- Лимфогенное метастазирование тесно связано не только с биологическими свойствами опухоли, но и некоторыми особенностями организма. Лимфогенные метастазы чаще встречаются у больных РТМ со 2-м патогенетическим вариантом и более пожилого возраста.
- Большое значение имеет степень дифференцировки опухоли. Для высокодифференцированной аденокарциномы характерно поверхностное прорастание в миометрий, тогда как низкодифференцированные опухоли отличаются глубокой инвазией и высокой потенцией к лимфогенному метастазированию

Лимфатическая диссеминация

- Тазовые и парааортальные лимфатические узлы
- Метастазы во влагалище

Гематогенная диссеминация

- Легкие, печень, головной мозг, влагалище, кости

Прямое распространение на смежные органы

- Миометрий, серозный покров матки, шейка матки, маточные трубы, влагалище

Транстубарный пассаж эксфолиативных клеток

- Внутривнутрибрюшные метастазы
- Асцит



Рис. 12.4. Распространение рака эндометрия

Лечение

- Вариант лечения при раке тела матки определяется стадией онкопроцесса, сопутствующим фоном, патогенетическим вариантом опухоли. При раке тела матки гинекология применяет методы хирургического, лучевого, гормонального, химиотерапевтического лечения.
- Лечение начального рака тела матки может включать проведение абляции эндометрия – деструкции базального слоя и части подлежащего миометрия. В остальных операбельных случаях показана пангистерэктомия или расширенная экстирпация матки с двусторонней сальпингоофорэктомией и лимфаденэктомией.
- При формировании пиометры проводится бужирование цервикального канала расширителями Гегара и эвакуация гноя.
- При инвазии миометрия и распространенности рака тела матки в постоперационном периоде назначается лучевая терапия на область влагалища, малого таза, зоны регионарного метастазирования. В комплексную терапию рака тела матки по показаниям включают химиотерапию цисплатином, доксорубицином, циклофосфамидом. С учетом чувствительности опухоли к гормональной терапии назначаются курсы лечения антиэстрогенами, гестагенами, эстрогенгестагенными средствами.
- При органосохраняющем лечении рака тела матки (абляции эндометрия) в дальнейшем проводится индуцирование овуляторного менструального цикла с помощью комбинированных гормональных препаратов.

Рак тела матки на УЗИ



Рис. 12.5. Эхография. Полиповидная форма рака эндометрия — опухоль, имеющая четкие неровные контуры, за исключением зоны своего основания

Рак эндометрия на МРТ и гистерографии

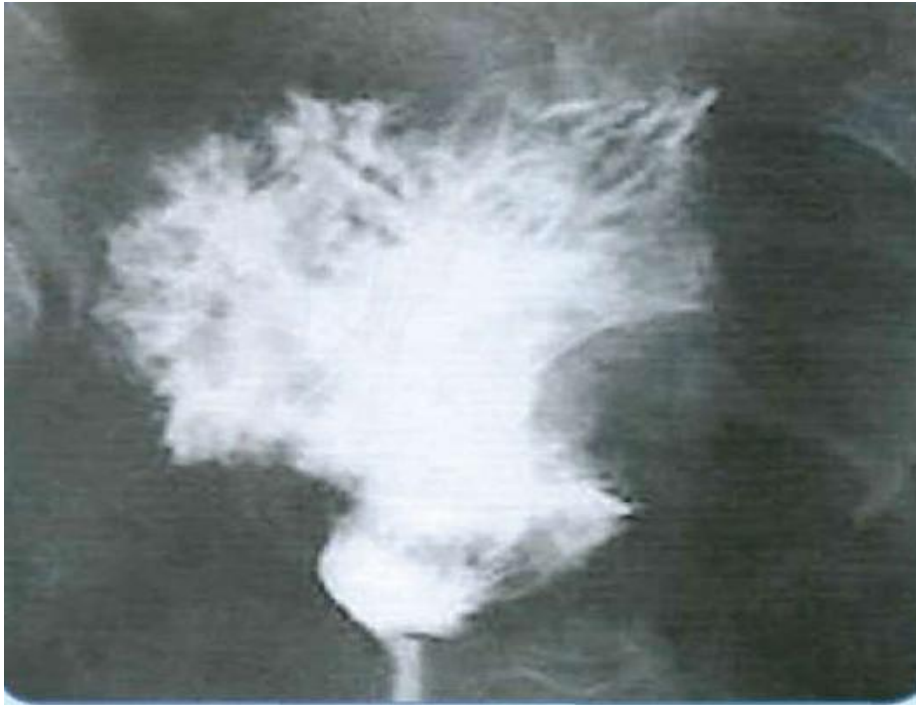


Рис. 12.6. Гистерография. Характерные признаки диффузно-инфильтративного типа роста рака эндометрия



Рис. 12.7. МРТ. Рак эндометрия

Факторами прогноза при РТМ являются:

- - гистологическая структура опухоли и степень ее дифференцировки;
- - глубина инвазии в миометрий;
- - распространение опухоли на цервикальный канал;
- - наличие опухолевых клеток в сосудах;
- - метастазы в яичниках;
- - метастазы в лимфатических узлах;
- - содержание рецепторов прогестерона и эстрадиола в ткани опухоли;
- - выявление опухолевых клеток при цитологическом исследовании перитонеальной жидкости.



Спасибо за внимание

