

РАК МАТКИ И РАК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Презентацию подготовила:
Студентка лечебного ф-та,
5 курса, 15 группы
Король А.И.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПО МКБ:

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



An anatomical illustration of the female reproductive system, including the uterus, fallopian tubes, and ovaries. The illustration is semi-transparent, showing internal structures. There are several reddish, irregular, and textured growths (tumors) depicted on the surface of the uterus and the ovaries, indicating the presence of cancer. The background is a light, neutral color.

РАК ТЕЛА МАТКИ

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

ФАКТОРЫ РИСКА

- Гиперэстрогения
- Раннее менархе
- Отсутствие родов в анамнезе
- Поздняя менопауза
- Возраст старше 55 лет
- Применение Тамоксифена

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТИПЫ

I тип (наиболее частый):

- Опухоль развивается в более молодом возрасте
- На фоне длительной гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия.
- Часто наблюдаются ожирение, сахарный диабет и ГБ, возможны эстрогенсекретирующие опухоли яичников.
- Высокодифференцированные.
- Более благоприятный прогноз.

II тип:

- Низкодифференцированные
- Менее благоприятный прогноз.
- В более старшем возрасте.
- В отсутствие гиперэстрогении, на фоне атрофии эндометрия.

Морфологическая классификация злокачественных опухолей тела

1. Злокачественные эпителиальные опухоли:

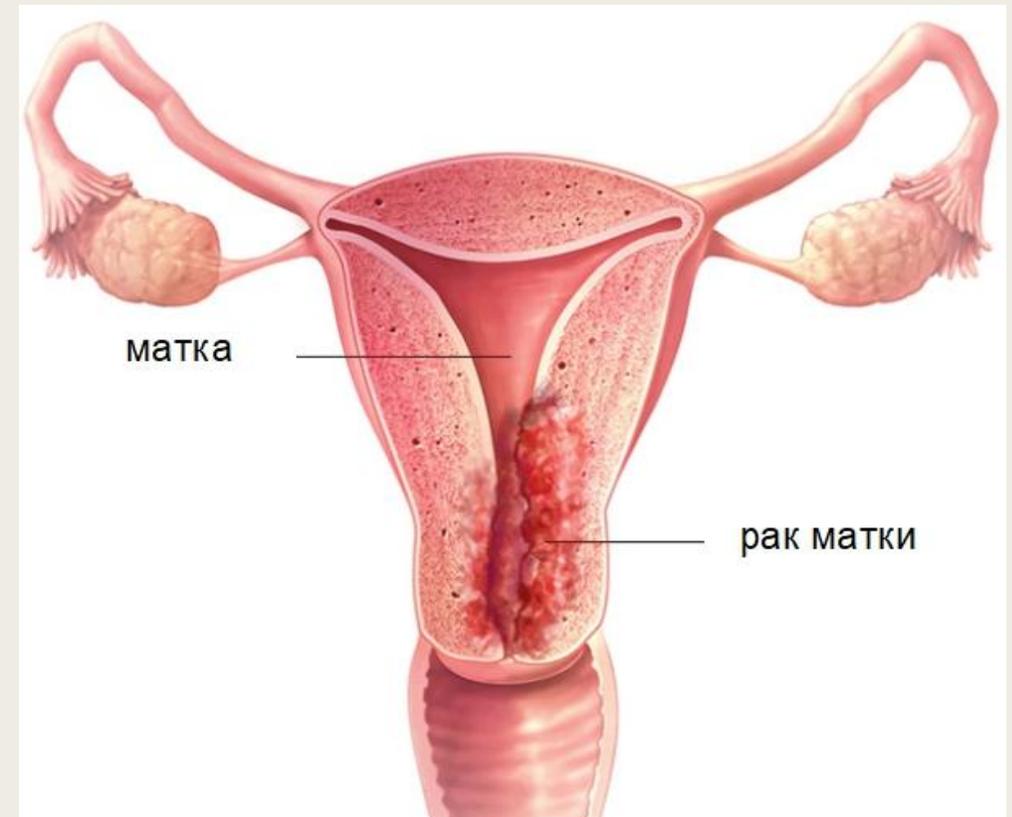
- Эндометриоидная аденокарцинома
- Вариант с плоскоклеточной метаплазией
- Виллогландулярный вариант
- Секреторный вариант
- Муцинозный рак
- Серозный рак
- Светлоклеточный рак
- Смешанная аденокарцинома
- Недифференцированный рак
- Другие

2. Злокачественные смешанные эпителиальные и мезенхимальные опухоли:

- Аденосаркома
- Карциносаркома

Степени дифференцировки аденокарциномы эндометрия:

- G1 – высокодифференцированная
- G2 – умереннодифференцированная
- G3 – низкодифференцированная или недифференцированная.



TNM	FIGO	Описание
TX		Невозможно оценить состояние первичной опухоли
T0		Первичная опухоль отсутствует
Tis		Рак insitu
T1a	IA	Опухоль в пределах эндометрия или опухоль с инвазией менее половины толщины миометрия
T1b	IB	Опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
T2	II	Опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
T3a	IIIA	Прорастание серозной оболочки матки, поражение маточных труб или яичников (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T3b	IIIB	Поражение влагалища или параметриев (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T4	IVA	Прорастание слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки
NX		Оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно
N0		Метастазов в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) нет
N1	IIIС	Метастазы в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных)
	IIIС1	Метастазы в тазовых лимфатических узлах
	IIIС2	Метастазы в поясничных лимфатических узлах
M0		Отдаленных метастазов нет
M1	IV	Отдаленные метастазы (в том числе метастазы в паховых лимфатических узлах и лимфатических узлах в пределах брюшной полости, кроме тазовых или поясничных лимфатических узлов; за исключением метастазов во влагалище, в придатках матки и по тазовой брюшине)



Стадии PTM определяют по результатам интраоперационной ревизии и послеоперационного гистологического исследования с помощью классификации TNM.

ЖАЛОБЫ

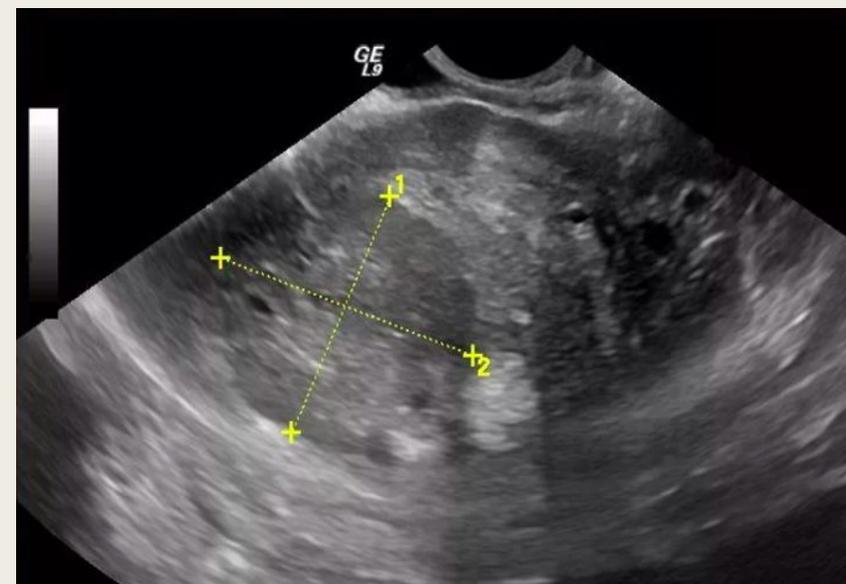
- Ациклические маточные кровотечения в репродуктивном периоде или кровотечения в постменопаузе.
- Иногда рак эндометрия выявляется у женщин без жалоб при цитологическом скрининге рака шейки матки.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При гинекологическом исследовании визуально оценивается слизистая шейки матки и влагалища.

При бимануальном исследовании оценивается состояние параметриев.

При физикальном исследовании пальпируются паховые, надключичные и подключичные лимфатические узлы.



УЗИ: рак эндометрия.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Развернутые клинический и биохимический анализы крови с показателями функции печени, почек.
- Анализ крови на онкомаркер СА-125 (повышение- признак экстрагенитального распространения опухоли).
- Исследование свёртывающей системы крови.
- Общий анализ мочи.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

хирургически удаленного опухолевого препарата.

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

смывов с брюшины, брюшной полости и малого таза с целью степени распространенности опухолевого процесса.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Аспирационная биопсия эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание матки.
- УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.
- Рентгенографию грудной клетки.
- МРТ малого таза, органов грудной клетки, брюшной полости с внутривенным контрастированием.
- КТ с контрастированием для оценки состояния лимфатических узлов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наиболее эффективный метод независимо от стадии.
Как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами.

Вмешательства: лапаротомные, лапароскопические,
лапроскопическиассистированные влагалищные, робот-
ассистированные.

РТМ I стадии - экстрафасциальная экстирпация матки с придатками.

РТМ II стадии - на I этапе экстирпация матки с придатками, тазовой и поясничной лимфаденэктомией и последующим адьювантным лечением.

РТМ III—IV стадий - лечение начинать с хирургического вмешательства. Позволяет уточнить распространение опухоли и выполнить циторедукцию. Тазовая и поясничная лимфодиссекция.

Неэндометриоидный РТМ - хирургическое лечение с экстирпацией матки и придатков, тазовой и поясничной лимфодиссекцией. Большой сальник удаляют только при серозном РТМ.

У больных моложе 45 лет при высокодифференцированном РТМ с инвазией менее половины толщины миометрия в отсутствие признаков распространения опухоли за пределы матки возможно сохранение яичников и удаление матки с маточными трубами.



ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

- При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению облучают: первичную опухоль; общие, наружные и внутренние подвздошные лимфатические узлы; параметральную область; верхнюю треть влагалища/паравагинальную область; пресакральные лимфатические узлы (в случаях инвазии опухоли в шейку матки).
- ✓ Облучение культи влагалища в послеоперационном периоде.

ДОЗЫ (^{60}Co и ^{192}Ir)

самостоятельное
внутриполостное
облучение:

Разовые дозы составляют 7 Гр x 3 фракции или 6 Гр x 5 фракций.

Сроки послеоперационного облучения культи влагалища зависят от скорости заживления, но не должны превышать 12 недель.

дистанционное
облучение с
последующим
внутриполостным
облучением:

Разовые дозы составляют 5 Гр x 4 фракции.



Паллиативную ЛТ рекомендуется рассматривать с учетом степени распространенности опухолевого процесса и общего состояния больной. Суммарные дозы могут достигать 40-50 Гр.

При рецидиве РТМ в культе влагалища или наличии метастаза во влагалище как единственного проявления заболевания, рекомендовано проведение внутриканальной ЛТ.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- ✓ I стадия РТМ - адъювантная ХТ с дистанционной ЛТ.
- ✓ II стадия G3 с наличием опухолевых эмболов в случае невыполнения лимфодиссекции.
- ✓ III-IV стадии эндометриоидного РТМ.

ПРЕПАРАТЫ

ХИМИОТЕРАПИЯ

- Доксорубицин 50- 60 мг/м² в 1-й день + Цисплатин 50- 75 мг/м² в 1-й день, каждые 3 недели.
- Паклитаксел-175 мг/м² в 1 -й день + Цисплатин 60-75 мг/м² в 1-й день, каждые 3 недели.

ГОРМОНОТЕРАПИЯ

(ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОМ РТМ!!!)

- Медроксипрогестерона ацетат 200— 400 мг/сут внутрь.
- Мегестрола ацетат 160 мг/сут внутрь.
- Тамоксифен 20 мг внутрь 2 раза в сутки.
- Ингибиторы ароматазы(анастразол, летрозол).

ПРОФИЛАКТИКА

- ✓ Физикальное исследование (в том числе гинекологический осмотр).
- ✓ Взятие мазков на цитологическое исследование из культивлагалища.
- ✓ УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
 - ✓ Рентгенография органов грудной клетки ежегодно
- ✓ Определение уровня СА-125 у больных серозным РТМ, РТМ поздних стадий, а также при исходно повышенном уровне СА-125 в сыворотке.
 - ✓ При появлении жалоб углубленное обследование

An anatomical illustration of the female reproductive system, including the uterus, fallopian tubes, and ovaries. A white arrow points to a tumor on the fallopian tube. The illustration is semi-transparent and serves as a background for the text.

РАК МАТОЧНОЙ ТРУБ Ы

злокачественное опухолевое поражение
фаллопиевой **трубы** первичного, вторичного или
метастатического характера.

ФАКТОРЫ РИСКА

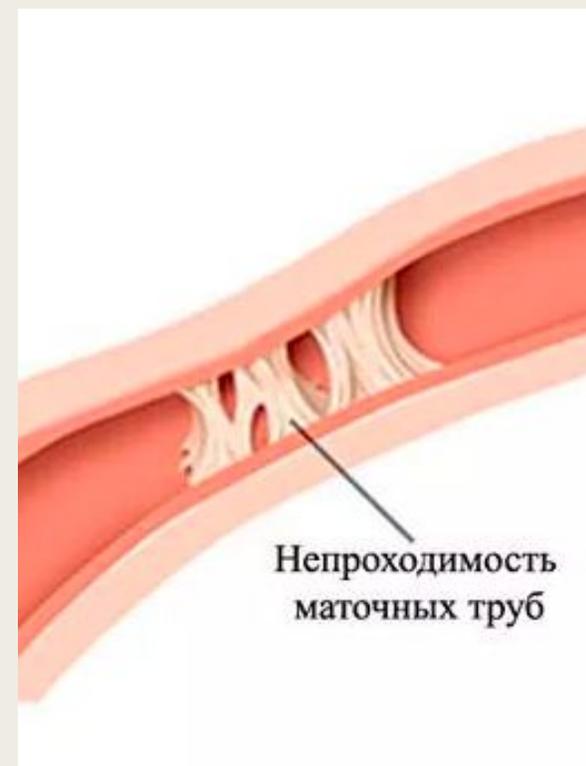
- Воспалительные заболевания придатков.
- Застой содержимого маточной трубы, обусловленный ее непроходимостью.
- Длительный прием Тамоксифена.

ПАТОГЕН ЕЗ

Опухоль обычно локализуется в ампуле маточной трубы.

По мере роста труба растягивается, возникают некрозы, кровоизлияния, возможны разрывы растянутой стенки маточной трубы.

Нарушается проходимость маточной трубы, возникают перифокальное воспаление и спайки с окружающими органами и



TNM	FIGO	Объем поражения
TX		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0		Первичная опухоль не определяется
Tis	0	Преинвазивная карцинома (<i>carcinoma in situ</i>)
T1	I	Опухоль ограничена маточной трубой (трубами)
T1a	IA	Опухоль ограничена одной трубой без прорастания серозной оболочки, асцита нет
T1b	IB	Опухоль ограничена двумя трубами, без прорастания серозной оболочки, асцита нет
T1c	IC	Опухоль ограничена одной или двумя трубами, прорастает серозную оболочку/опухолевые клетки в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости
T2	II	Опухоль вовлекает одну или обе трубы и распространяется на тазовые органы
T2a	IIA	Распространение и/или метастазы в матку и/или яичники
T2b	IIB	Распространение на другие структуры таза
T2c	IIC	Распространение на стенки таза (IIa или IIb) с наличием опухолевых клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости
T3	III	Опухоль поражает одну или обе маточные трубы с имплантацией по брюшине вне таза и/или метастазами в регионарных ЛУ
T3a	IIIA	Микроскопические метастазы по брюшине за пределами таза
T3b	IIIB	Макроскопические метастазы по брюшине до 2 см в наибольшем измерении
T3c и/или N1	IIIC	Метастазы по брюшине более 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных ЛУ
M1	IV	Отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине)
NX		Недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
N0		Нет признаков поражения метастазами регионарных ЛУ
N1		Метастазы в регионарных ЛУ
MX		Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
M0		Нет признаков отдаленных метастазов

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПО СИСТЕМЕ TNM И FIGO

КЛИНИКА

- Клиническая картина на ранних стадиях заболевания скудная.
- По мере прогрессирования появляются выделения из половых путей (сначала водянистого характера, затем сукровичные, гнойно-кровянистые).
- Боли внизу живота (при нарушении оттока содержимого и растяжении маточной трубы).
- Нарушение общего состояния, повышение температуры тела и признаки интоксикации наблюдаются при далеко зашедшем процессе.



ДИАГНОСТИ

ЖА

- ✓ КТ
- ✓ Лапароскопия
- ✓ Морфологическое изучения выделений из половых путей, при котором выявляются раковые клетки.
- ✓ Цитологическое исследование аспирата из полости матки. Отрицательный результат соскоба из полости матки при наличии раковых клеток в аспирате позволяет исключить рак эндометрия и с большой вероятностью предполагать рак маточных труб.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 0 стадия — экстирпация матки с придатками, иссечение большого сальника.
 - IA, IB стадии — экстирпация матки с придатками, иссечение большого сальника, выборочная тазовая или парааортальная лимфаденэктомия.
 - GC стадия — экстирпация матки с придатками, иссечение большого сальника, выборочная тазовая или парааортальная лимфаденэктомия;
 - II—IV стадии — экстирпация матки с придатками, иссечение большого сальника, выборочная тазовая или парааортальная лимфаденэктомия, при невозможности радикальной операции — циторедуктивная операция (удаление максимально возможного объема опухолевых тканей), возможна лучевая терапия.

ХИМИОТЕРАПИЯ

Паклитаксел в/в в виде 3-часовой инфузии 135—175 мг/м²,
однократно

+ (после завершения курса) Карбоплатин в/в капельно AUC 5—6,
однократно

или Цисплатин в/в капельно 75 мг/м², однократно (повторные курсы
каждые 3—4 недели, всего 6 курсов).

ПРОГНОЗ

Средняя пятилетняя выживаемость пациенток в отсутствие опухолевых клеток в смывах составляет 67%, а при их наличии — 20%

- при I стадии варьирует от 60 до 100%
- при II стадии — от 20 до 60%
- при III стадии — от 7 до 20%
- при IV стадии приближается к нулю.