

Трофобластическая болезнь

СУБХАНКУЛОВА А.Ф.

**Кафедра акушерства и гинекологии
№ 2 КГМУ**

**Трофобластическая
болезнь объединяет
различные формы
патологического
состояния трофобласта**

Эпидемиология

В Европе 0,6-1,1:1000 беременностей
в США – 1:1200 беременностей
в Японии – 2:1000 беременностей

в Азии и Латинской
Америке
1:200 беременностей

Патогенез

Патогенез изучен недостаточно, возможную роль играют

- Дефицит белка в пище, что приводит к дефекту генов в хромосомах оплодотворенной яйцеклетки**
- Вирусная трансформация трофобласта**
- Иммунологические факторы (трансплантант)**
- Возраст женщины (молодые или пожилые)**
- Частые беременности и роды**
- Многоплодная беременность**

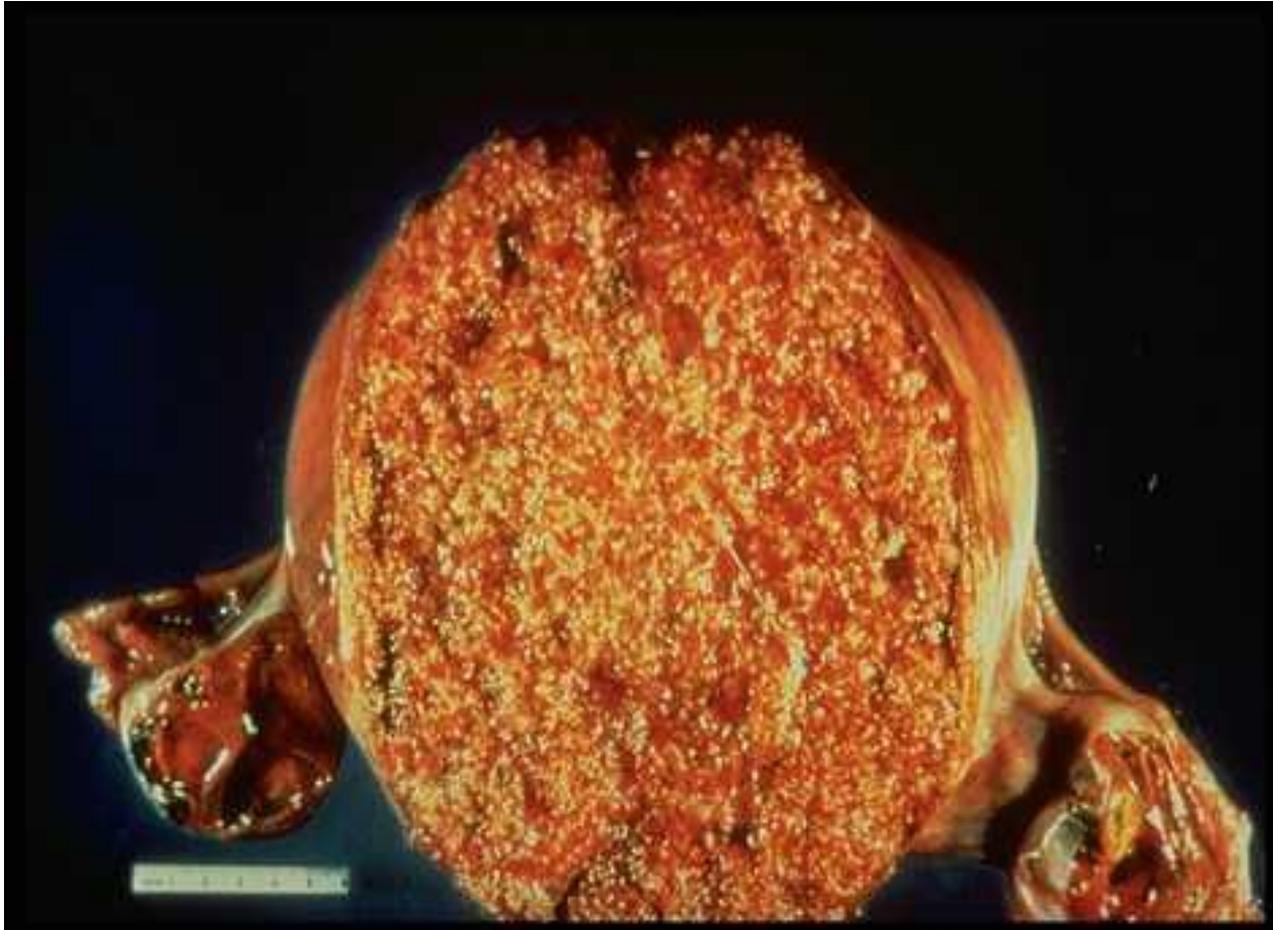
Гистологическая классификация трофобластических неоплазий (2000г.)

- 1. Пузырный занос:**
 - а) Полный пузырный занос**
 - б) Частичный пузырный занос**
 - 2. Инвазивный пузырный занос**
 - 3. Хорионкарцинома**
 - 4. Трофобластическая опухоль
плацентарного ложа**
 - 5. Эпителиоидная трофобластическая
опухоль**
-

Патоморфология пузырного заноса

- **Неполная форма ПЗ** характеризуется наличием плода (который, как правило, погибает), отеком и увеличением ворсинок хориона, гиперплазией синцитиотрофобласта.
- **Полная форма ПЗ** характеризуется отсутствием плода, отеком и увеличением плацентарных ворсинок, имеющих вид пузырьков, наполненных жидкостью и гиперплазией обоих слоев

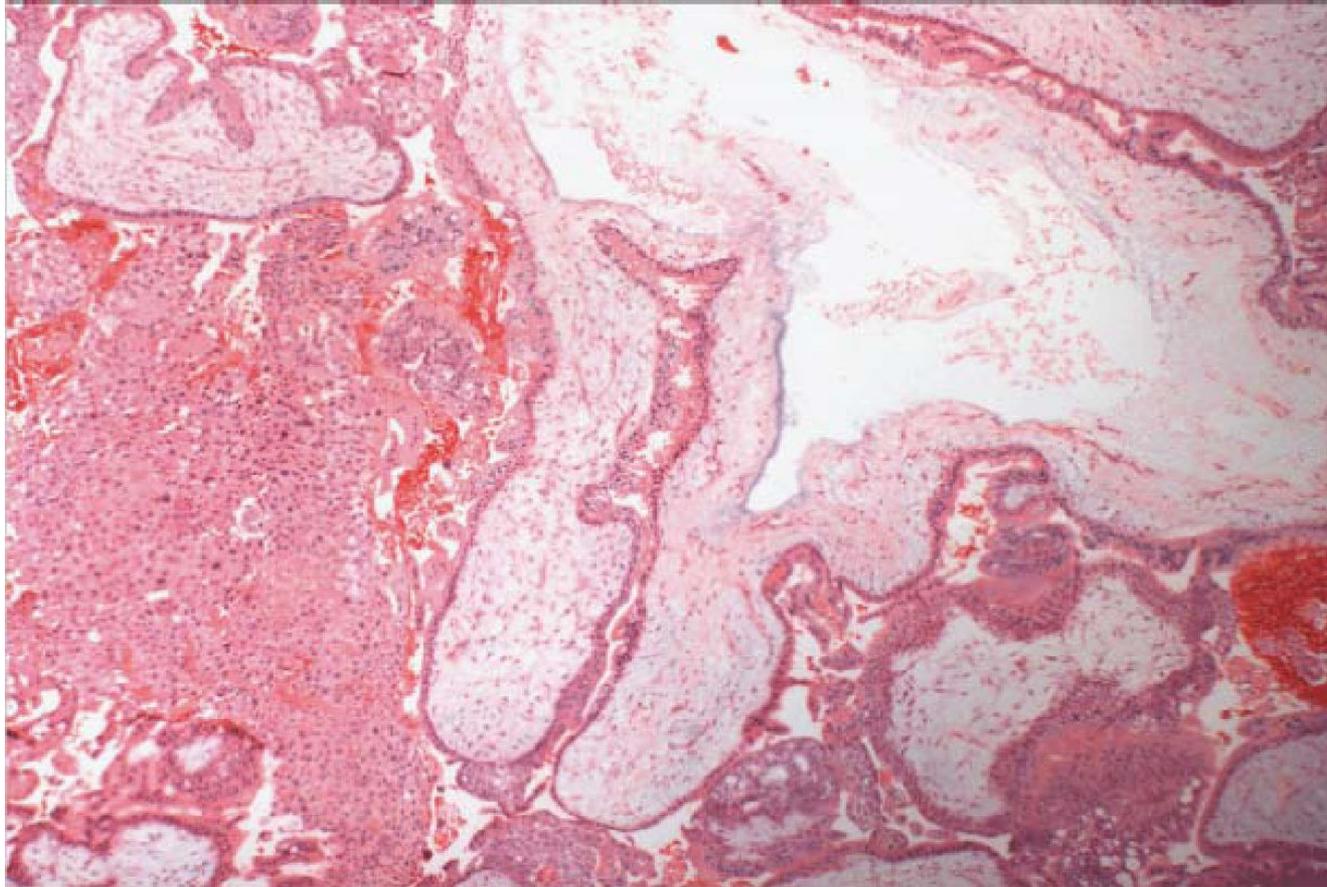
Пузырный занос. Макропрепарат



Неполный пузырный занос



Пузырный занос. Микроскопия



(From **Berkowitz RS, Goldstein OP.** Gestational trophoblastic diseases.)

Клинические проявления

- Неоднократно повторяющиеся малыми порциями кровянистые выделения из половых путей, иногда в них обнаруживаются пузырьки пузырного заноса.
 - Признаки гестоза беременных.
 - Несоответствие величины матки сроку беременности (размеры матки превышают нормальные для данного срока).
-

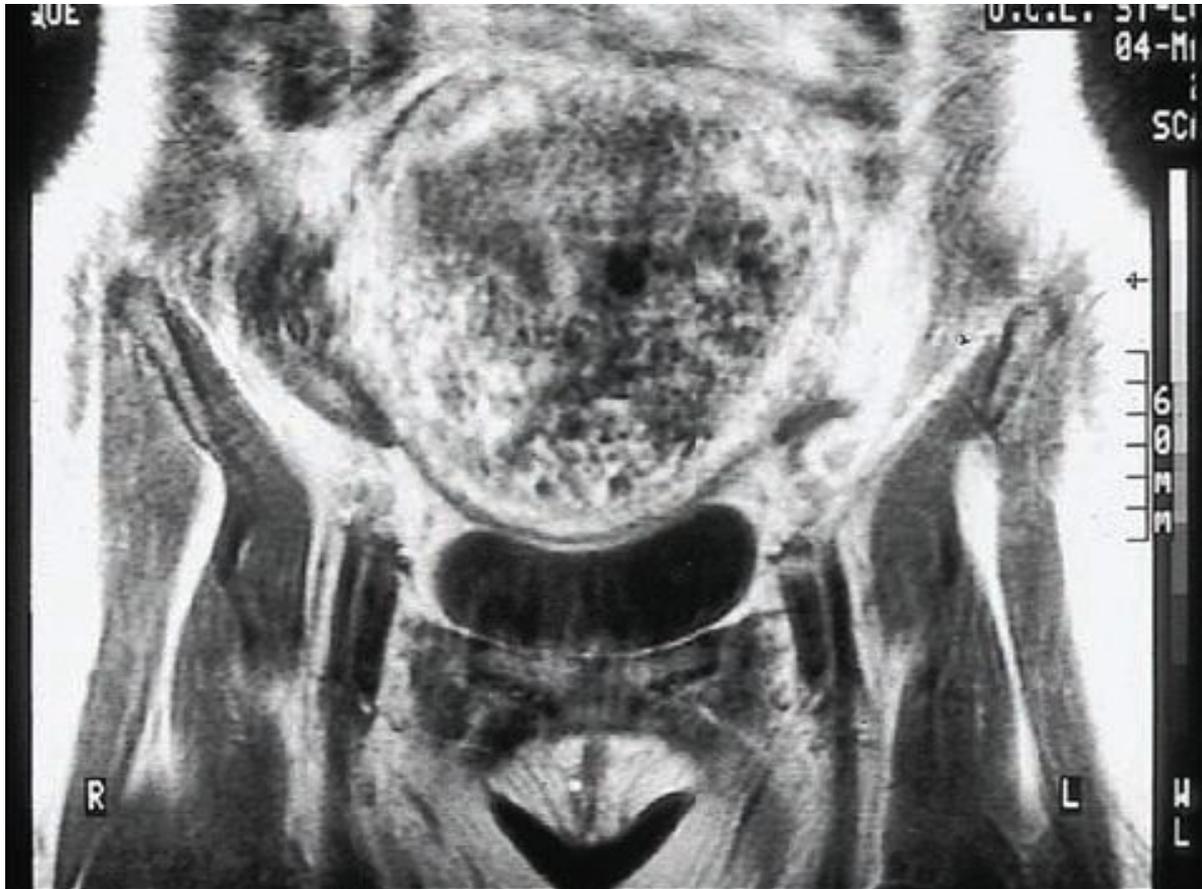
Диагностические признаки

- ❑ **Отсутствие достоверных признаков беременности: плод не определяется при пальпации, ультразвуковом исследовании, отсутствие сердцебиения плода.**
 - ❑ **Возможно определение кистозных изменений хориона (УЗИ).**
 - ❑ **Резкое повышение уровня ХГЧ в моче и крови. Уровень этого гормона в несколько раз выше, чем при нормальной беременности.**
 - ❑ **Нередко развиваются двусторонние кисты яичников (тека-лютеиновые).**
-

УЗИ полости матки



MPT органов малого таза



Тактика при пузырьном заносе

- вакуум-эвакуация пузырьного заноса с контрольным острым кюретажем
- гистологическое исследование материала
- в последующем – *тщательный мониторинг* в течение 1 года
- в течение 2 лет после удаления ПЗ рекомендуется контрацепция гормональными контрацептивами или барьерными методами. Беременность ~~возможна не ранее 2 лет после~~ излечения

Мониторинг после удаления пузырного заноса

- еженедельное исследование сывороточного уровня бета-ХГ до получения 3-х последовательных отрицательных результатов, затем ежемесячно в течение 6 месяцев, далее - 1 раз в 2 месяца в течение следующих 6 месяцев**
 - УЗИ органов малого таза через 2 недели после эвакуации ПЗ, далее - ежемесячно до нормализации уровня ХГ**
-

Мониторинг после удаления пузырного заноса

- рентгенограмма легких после эвакуации ПЗ, далее – через 4 и 8 недель при динамическом снижении ХГ
- обязательное ведение пациенткой менограммы не менее 3 лет после ПЗ

В 15-20% случаев пузырьный занос может переходить в злокачественную форму

Химиотерапия при пузырном заносе

**Химиотерапия после удаления ПЗ
при постоянном снижении
уровня ХГ до нормальной
величины**

не проводится !

**Плато или повышение уровня ХГ в
течение первых 3 недель
является показанием для
обследования на наличие
злокачественных форм!!!**

Трофобластические новообразования

- Инвазивный (деструирующий) пузырный занос
 - Хорионкарцинома
 - Хорионэпителиома (синцитиальный эндометрит)
-

Особенности трофобластических опухолей

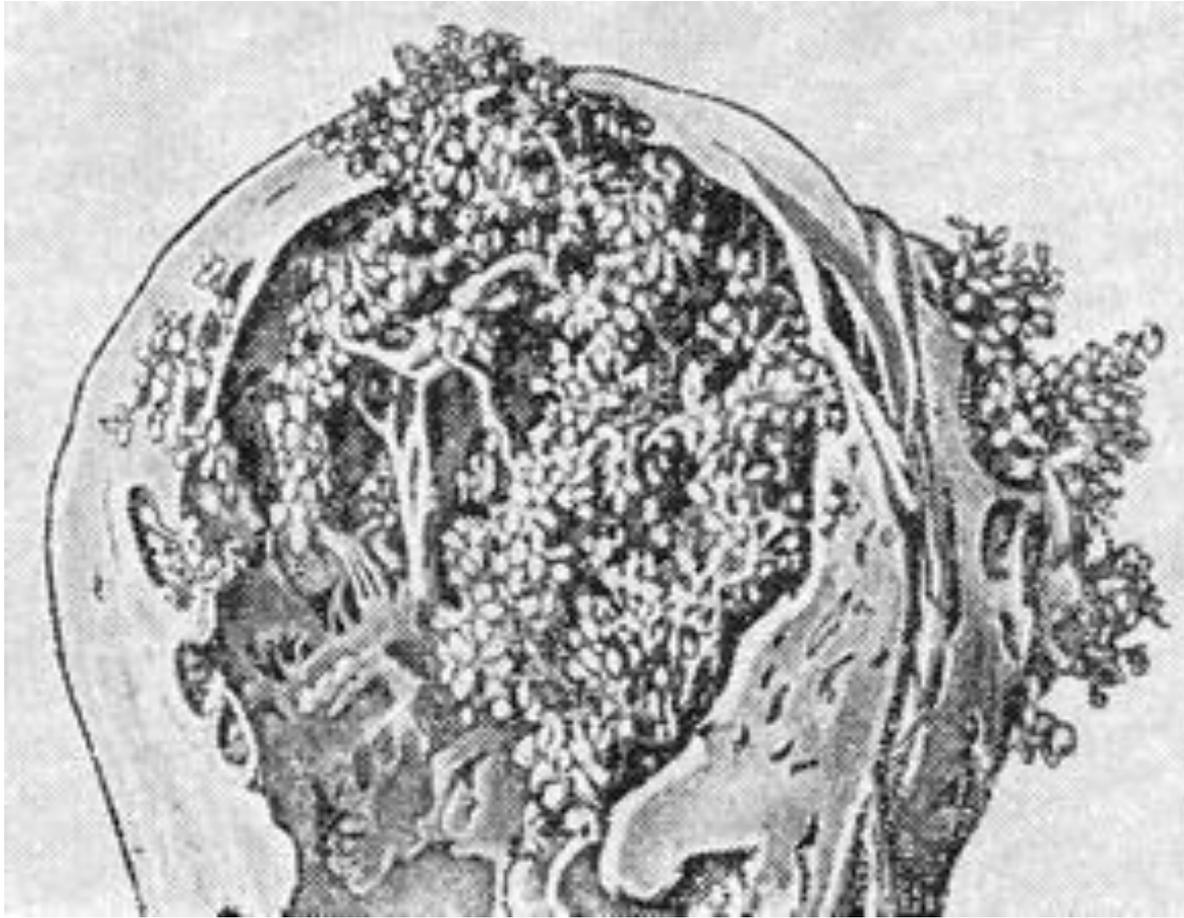
- Трофобластические опухоли (ТО) составляют 1% от всех злокачественных новообразований женских половых органов
- ТО характеризуются высокой злокачественностью, быстрым метастазированием
- Высокая частота излечения с помощью противоопухолевой лекарственной терапии даже при наличии отдаленных метастазов.
- Правильное и своевременное противоопухолевое лечение позволяет в настоящее время достичь высокой (более 90%)

Патоморфология инвазивного ПЗ

- **Инвазивный (деструирующий) пузырный занос характеризуется прорастанием всей толщи миометрия, параметрия и прилежащих тканей аномально пролиферирующим трофобластом. Имеет место глубокая инвазия клеток хориального эпителия стенок сосудов**
-

Латентный период до 6 месяцев III

Инвазивный пузырьный занос

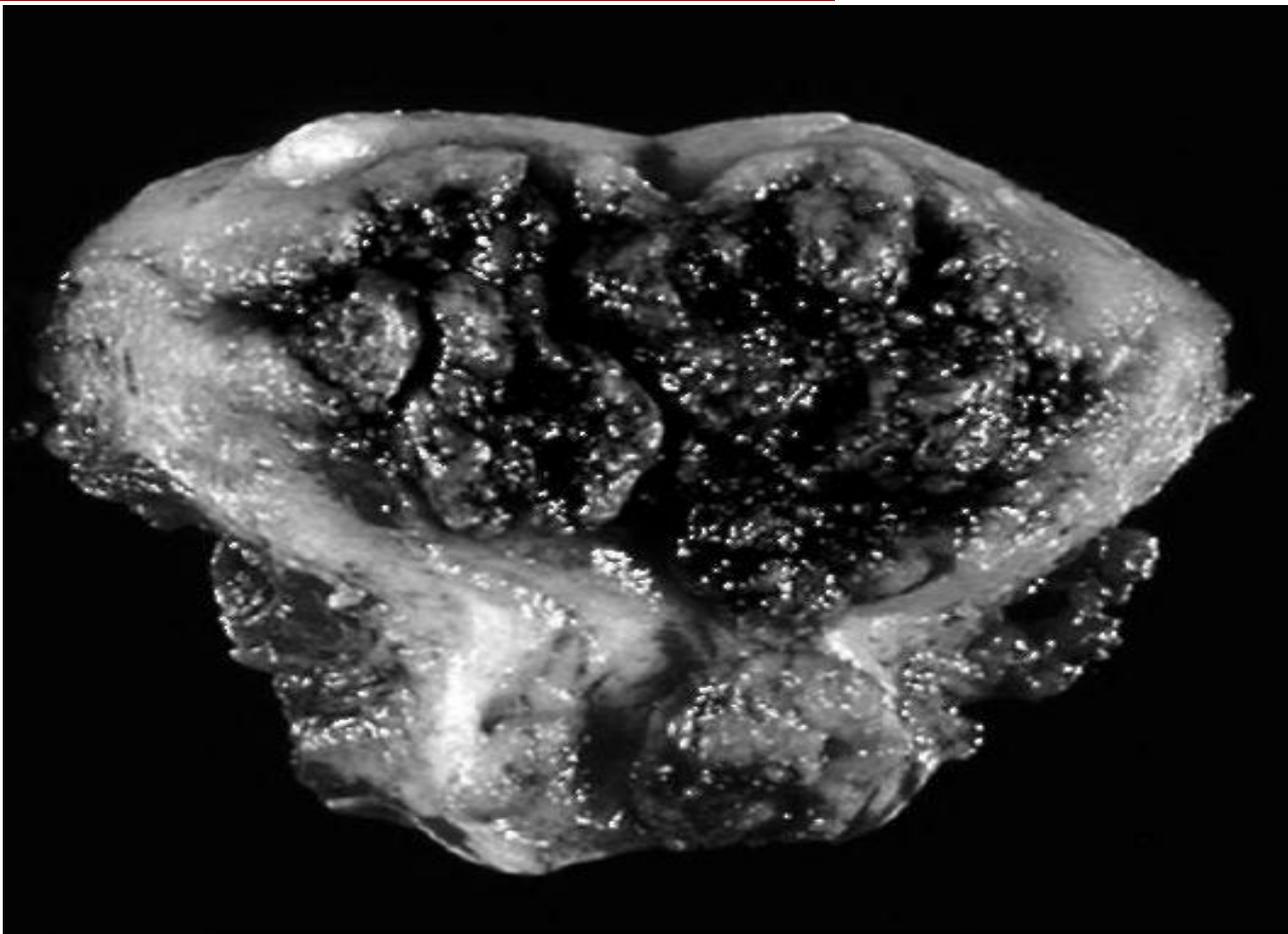


Патоморфология хорионкарциномы

- Хорионкарцинома растет в виде узла в эндометрии в месте имплантации плодного яйца, напоминая по внешнему виду гематому.
- При микроскопии содержит элементы трофобласта. Основное отличие – отсутствие в ней кровеносных сосудов, соединительнотканной стромы; выраженный клеточный полиморфизм.

Латентный период до 9 лет!!!

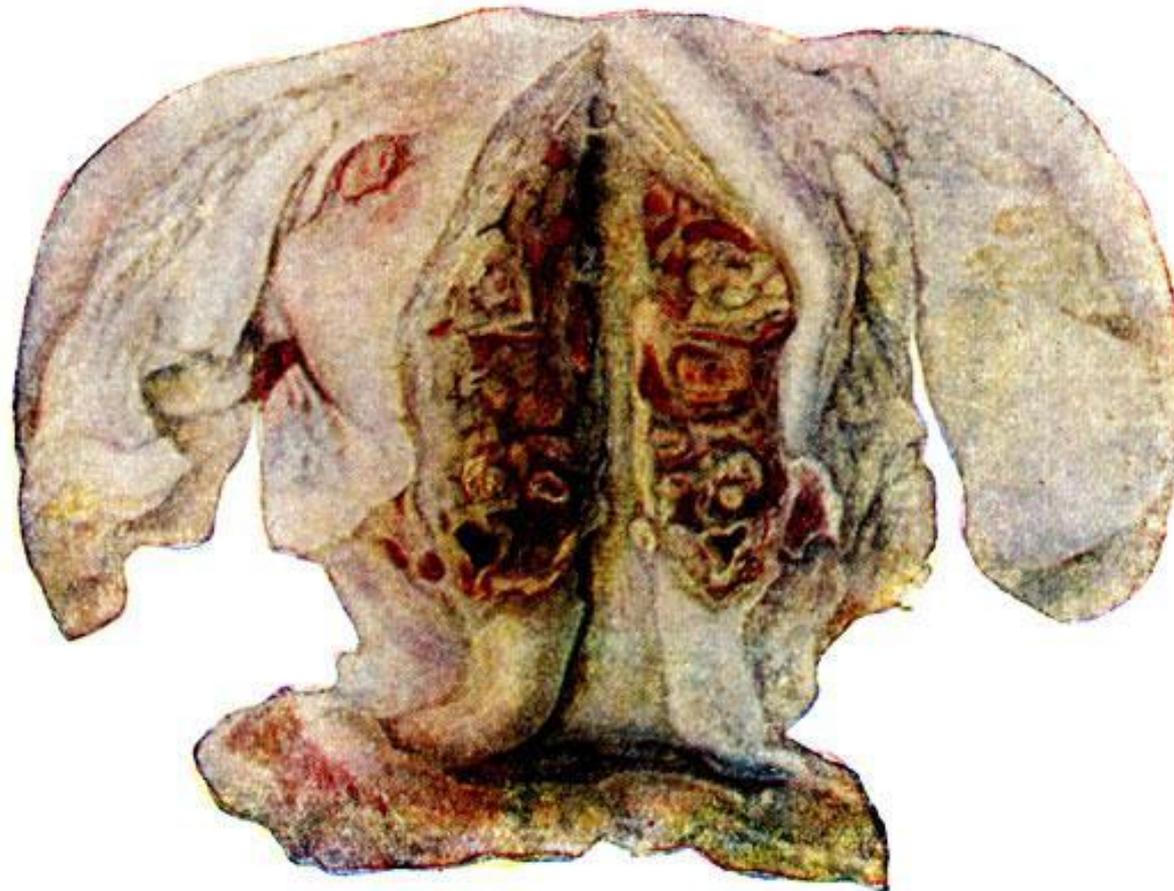
Хорионкарцинома



Патоморфология хорионэпителиомы

- **Хорионэпителиома, первоначально возникнув в эндометрии, в дальнейшем может иметь как эндофитный (в толщу миометрия), так и экзофитный (в направлении полости матки) рост.**
- **Микроскопически ХЭ может состоять из всех видов элементов хориального эпителия с преобладанием того или иного из них (клетки Лангерганса, синцитиальные образования,**

Хорионэпителиома



Классификация трофобластических новообразований

(классификация FIGO и ВОЗ, 2000).

Стадия	Локализация новообразования
I	Болезнь ограничена маткой
II	Новообразование распространяется за пределы матки, но ограничено половыми органами (придатки, широкая связка матки, влагалище)
III	Метастазы в легких в сочетании или без поражения половых органов
IV	Другие метастазы

Жалобы и симптомы

- **Нарушения менструального цикла после перенесенной беременности (маточное кровотечение, возможно внутрибрюшное)**
 - **Боли внизу живота и в пояснице (угрожающий разрыв или разрыв матки)**
 - **Метастазы (легкие!, влагалище, печень, почки, головной мозг)**
-

Диагностика

- определение сывороточного уровня ХГЧ (концентрация > 100 тыс МЕ/л, повышение после 12 нед), АФП
- ультразвуковая компьютерная томография (УЗКТ)
- рентгеновская компьютерная томография (РКТ)
- магнитно-резонансная томография (МРТ)
- иммуногистохимическое исследование

Показания к химиотерапии

- высокие показатели титра ХГ в течение 4-8 недель после удаления ПЗ (в сыворотке крови более 20 000 МЕ/л, в моче — свыше 30 000 МЕ/л)
- повышение уровня ХГ при 3-кратном определении в течение одного месяца
- гистологическое подтверждение онкопатологии после эвакуации ПЗ или обнаружение метастазов

метотрексат, лейковорин, циклофосфан,
фторурацил,

меркапто-пурин, дактиномицин.

Показания для хирургического лечения

- угрожающее жизни кровотечение из первичной опухоли или метастаза
 - перфорация опухолью стенки матки
 - резистентность первичной опухоли к стандартной химиотерапии I и II линий при отсутствии отдаленных метастазов
 - резистентность метастазов (при отсутствии первичной опухоли) в случае технической возможности ~~одномоментного удаления всех резистентных очагов~~
-

Виды оперативных вмешательств

- органосохраняющая гистеротомия с иссечением опухоли в пределах здоровых тканей у больных репродуктивного возраста
 - резекция пораженного органа с резистентным метастазом в пределах здоровых тканей
(возможно – эндоскопическим путем)
 - субтотальная или тотальная гистерэктомия
-

Пятилетняя выживаемость

I стадия - 97%

II — 86%

IIIa — 53%

IIIb — 42%

IV — 7%

Благодарю за внимание!

