

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Заведующая кафедрой оперативной гинекологии ИПО:

д.м.н., доцент Макаренко Т.А.

Реферат

«Рак тела матки»

Выполнила:

ординатор кафедры

оперативной гинекологии ИПО

Сизых Наталья Викторовна.



Красноярск, 2020

Оглавление

1. Термины и определения
2. Краткая информация
3. Диагностика
4. Лечение
5. Реабилитация
6. Профилактика
7. Список используемой литературы.

Термины и определения

Операция II типа — модифицированная расширенная экстирпация матки (подразумевает удаление медиальной половины кардинальных и крестцово-маточных связок и тазовую лимфодиссекцию; мочеточник туннелируется, но не мобилизуется по нижнелатеральной полуокружности) (по классификации M. Piver, 1974)

Операция III типа — расширенная экстирпация матки по Мейгсу (подразумевает удаление кардинальных и крестцово-маточных связок от стенок таза, верхней трети влагалища и тазовую лимфодиссекцию) (по классификации M. Piver, 1974)

Краткая информация

Определение

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

Этиология и патогенез

У большинства пациенток РТМ носит спорадический характер. Только примерно в 5% случаев РТМ ассоциирован с наследственными синдромами, в частности с синдромом Линча[3]. В качестве факторов риска развития данной патологии рассматриваются: гиперэстрогения, ранние менархе, отсутствие родов в анамнезе, поздняя менопауза, возраст старше 55 лет, применение тамоксифена [4, 5].

Выделяют два патогенетических типа РТМ:

I тип (более частый). Опухоль развивается в более молодом возрасте, в отличие от пациенток II патогенетического варианта, на фоне длительной гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия. У больных 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% больных РТМ диагностируют эндометриоидную аденокарциному.

Эпидемиология

РТМ — самая частая злокачественная опухоль женских половых органов в развитых странах и 2-я по частоте после рака шейки матки злокачественная опухоль женских половых органов в мире[1]. В США в 2015 г. зарегистрировано более 54 800 новых случаев заболевания РТМ, и более 10 150 смертей от этого заболевания[2].

В России ежегодно регистрируется более 21 тысячи больных РТМ. В структуре заболеваемости женского населения в России в 2016 г. РТМ занимал 3-е ранговое место (7,7%). По отношению к 2006 г. прирост стандартизованного показателя заболеваемости на 100 000 женского населения составил 23,54%.. Средний возраст заболевших РТМ в России составляет 62,6 года.

В структуре смертности от онкологических заболеваний в России в 2016 году среди женщин РТМ занимает 9 место (4,9%). Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 8,6% [6].

Диагностика

Жалобы и анамнез

Рекомендуется тщательный сбор жалоб и анамнеза у пациентки с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения.

Комментарии: Основным симптомом рака эндометрия являются циклические маточные кровотечения в репродуктивном периоде или кровотечения в постменопаузе. Интенсивность кровотечений не коррелирует с риском рака эндометрия. Иногда рак эндометрия выявляется у женщин без жалоб при цитологическом скрининге рака шейки матки.

Физикальное обследование

Рекомендуется тщательный физикальный осмотр, включающий гинекологическое исследование.

Комментарии: При гинекологическом исследовании визуально осматривается слизистая шейки матки и влагалища с целью выявления возможного перехода опухоли на эктоцервикс или метастазов в стенке влагалища. При бимануальном гинекологическом исследовании оценивается состояние параметриев. При физикальном исследовании обязательно пальпируются паховые, надключичные и подключичные лимфатические узлы с целью выявления возможного их увеличения.

Лабораторная диагностика

Рекомендуется выполнять: развернутые клинический и биохимический анализы крови с показателями функции печени, почек, анализ крови на онкомаркер СА-125, исследование свёртывающей системы крови, общий анализ мочи.

Комментарии: Лабораторные обследования призваны оценить состояние различных органов и систем с целью определения возможности проведения того или иного вида лечения. Повышение уровня СА-125 является косвенным признаком экстрагенитального распространения опухоли.

Инструментальная диагностика

Рекомендуется выполнить аспирационную биопсию эндометрия или отдельное диагностическое выскабливание матки.

Комментарии: Диагноз устанавливают по результатам аспирационной биопсии эндометрия, отдельного диагностического выскабливания матки с гистероскопией или без нее на основании гистологического заключения с обязательным указанием гистологического типа и степени дифференцировки опухоли.

Рекомендуется выполнить ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.

Комментарии: УЗИ - наиболее простой и доступный метод визуализации образований в брюшной полости, забрюшинном пространстве и полости таза. Выполнение этого исследования позволяет оценить распространенность опухолевого процесса в пределах малого таза, оценить состояние регионарных лимфатических узлов и возможное метастатическое поражение других органов брюшной полости и забрюшинного пространства (печени, большого сальника, брюшины, лимфатических узлов выше уровня почечных сосудов и др.)

Рекомендуется выполнить рентгенографию грудной клетки.

Рекомендуется выполнить магниторезонансную томографию (МРТ) малого таза с внутривенным контрастированием.

Комментарии: МРТ информативнее компьютерной томографии (КТ) при оценке глубины инвазии и перехода опухоли на шейку матки и смежные органы; точность определения глубины инвазии с помощью МРТ составляет 71—97% [11, 12].

Рекомендуется выполнить МРТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастированием при подозрении на поражение паренхиматозных органов.

При увеличении размеров и/или изменении структуры лимфатических узлов по данным УЗИ рекомендуется выполнить КТ с контрастированием для оценки состояния лимфатических узлов (исключения их метастатического поражения).

Комментарии: Следует помнить, что на момент операции метастатически измененные лимфатические узлы оказываются увеличенными менее чем у 10% больных РТМ ранних стадий. Уточняющая диагностика метастатического поражения лимфатических узлов необходима для определения объема хирургического вмешательства.

При подозрении на экстрагенитальное распространение опухолевого процесса (метастазы в лимфатических узлах, отдаленные метастазы) рекомендуется выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) или ПЭТ, совмещенную с КТ (ПЭТ-КТ).

Комментарии: Выполнение ПЭТ-КТ позволит выбрать правильную тактику лечения больных РТМ.

Иная диагностика

Рекомендуется проводить гистологическое исследование хирургически удаленного опухолевого препарата.

Комментарии: *в морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры:*

1. *Гистологический тип опухоли;*
2. *Степень дифференцировки опухоли;*
3. *Размеры опухоли;*
4. *Глубина инвазии опухоли;*
5. *Толщина миометрия в месте наибольшей инвазии опухоли;*
6. *Прорастание опухоли серозной оболочки тела матки;*
7. *Опухолевые эмболы в кровеносных и лимфатических сосудах;*
8. *Переход опухоли на шейку матки, врастание в строму шейки матки;*
9. *Выход опухоли в параметрий;*
10. *Переход опухоли на влагалище;*
11. *Общее число удаленных и поражённых тазовых лимфоузлов справа, слева;*
12. *Общее число удаленных и поражённых поясничных лимфоузлов;*
13. *Метастатическое поражение яичников, маточных труб;*
14. *Прорастание опухоли в стенку мочевого пузыря, прямой кишки (при выполнении экзентерации или резекции смежных органов);*
15. *Степень лечебного патоморфоза первичной опухоли и метастазов в лимфоузлах в случае предоперационной терапии*

Рекомендуется цитологическое исследование смывов с брюшины брюшной полости малого таза с целью степени распространенности опухолевого процесса.

Рекомендуется консультация генетика для пациенток моложе 50 лет или с семейным анамнезом РТМ и/или колоректального рака.

Рекомендуется при подготовке к лечению по показаниям проводить дополнительное обследование: электрокардиографию, эхокардиографию, холтеровское мониторирование сердечной деятельности, исследование функции внешнего дыхания, УЗИ сосудов шеи и нижних конечностей, забор мазков с шейки матки и из канала шейки матки, кольпоскопию, цервикогистероскопию, цистоскопию, ректороманоскопию, экскреторную урографию, сцинтиграфию костей скелета, ирригоскопию, колоноскопию, диагностическую лапароскопию, ренографию, консультации специалистов (уролога, терапевта, эндокринолога, невролога и др.).

Комментарии: При наличии соматической патологии и/или для уточнения распространенности опухолевого процесса по показаниям рекомендуется проводить некоторые дополнительные обследования, которые позволят выбрать оптимальную тактику лечения пациентки.

Лечение

Хирургическое лечение

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

Комментарии: При РТМ возможны лапаротомные, лапароскопические, лапароскопически-ассистированные влагалищные, робот-ассистированные вмешательства при условии того, что доступ обеспечивает решение задач, стоящих перед хирургическим этапом лечения, в том числе выполнение тазовой и поясничной лимфодиссекции, если она показана. При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят лучевую терапию (ЛТ) по радикальной программе, при высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциноме возможна гормонотерапия. У молодых больных начальным высокодифференцированным РТМ возможно органосохраняющее лечение, которое следует проводить в учреждениях, имеющих такой опыт.

При РТМ I стадии рекомендуется начинать лечение с хирургического вмешательства.

Комментарии: Предоперационную ЛТ не проводят.

Рекомендуемый объем хирургического вмешательства при РТМ I стадии - экстрафасциальная экстирпация матки с придатками (предварительно интраоперационно получают смывы из брюшной полости для цитологического исследования) и биопсия всех выявленных при ревизии брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства объемных образований.

Комментарии: 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. Сохранение яичников не рекомендуется при мутациях генов BRCA и синдроме Линча.

При серозном РТМ и карциносаркоме, а также при обнаружении во время операции метастазов в яичниках, когда высок риск имплантационного метастазирования, рекомендуется удаление большого сальника.

Показания к адъювантной дистанционной ЛТ определяются в первую очередь факторами риска лимфогенного метастазирования РТМ, которые полностью нивелируются при выполнении адекватной лимфаденэктомии. Несмотря на то, что ни одно из опубликованных на сегодняшний день рандомизированных исследований тазовой лимфаденэктомии при РТМ не продемонстрировало повышение выживаемости при ее выполнении, регионарная лимфаденэктомия при РТМ решает следующие задачи: уточнение стадии, повышение выживаемости больных с метастазами в лимфатических

узлах, определение тактики дальнейшего лечения[31, 32]. С точки зрения профилактики регионарного прогрессирования лимфаденэктомию при РТМ ранних стадий можно рассматривать как альтернативу дистанционной ЛТ, более безопасную с точки зрения отдаленных последствий (поздних осложнений, радиоиндуцированных опухолей), что особенно важно у молодых больных. Негативные последствия дистанционной ЛТ при РТМ I стадии продемонстрированы в рандомизированном исследовании и метаанализах.

Единого мнения о тактике послеоперационного лечения больных РТМ, у которых выявлены только опухолевые клетки в смывах из брюшной полости нет.

Лучевое лечение

Лучевое лечение рекомендуется в виде проведения дистанционного и/или внутриместного облучения.

Комментарии: Применяется конформная ЛТ с предварительной топометрией по КТ/МРТ исследованиям. Учитываются все принципы конформной ЛТ при планировании объема облучения на область малого таза и зон регионарного метастазирования с/без включения парааортальной области. ВЛТ включает в себя как облучение матки при отсутствии хирургического этапа лечения, так и облучение культи влагалища в послеоперационном периоде.

В планируемый объем облучения рекомендуется включать непосредственно первичную опухоль (при отсутствии хирургического этапа лечения), общие, наружные и внутренние подвздошные лимфатические узлы, параметральную область, верхняя треть влагалища/паравагинальная область и пресакральные лимфатические узлы (в случаях инвазии опухоли в шейку матки).

Комментарии: Расширенные поля облучения, с учетом клинических показаний, должны включать объем малого таза, область всех групп подвздошных и парааортальных лимфатических узлов. Верхняя граница поля должна достигать уровня L1–L2 позвонков, или с учетом уровня поражения группы парааортальных лимфатических узлов, соответственно, верхняя граница поля может достигать уровня Th12. Суммарная доза достигает 46-50 Гр в режиме фракционирования 2 Гр, 5 раз в неделю.

Послеоперационная конформная ЛТ с использованием технологии IMRT после хирургического этапа лечения является предпочтительной методологией. Отмечены низкие показатели токсичности при высоком локальном контроле.

ВЛТ культи влагалища в послеоперационном периоде рекомендуется планировать на верхние 2/3 влагалища на глубину 0,5 см от слизистой.

Комментарии: В России принято использование радиоактивных источников ^{60}Co и ^{192}Ir . В случаях самостоятельного внутриместного облучения разовые дозы составляют 7 Гр x 3 фракции или 6 Гр x 5 фракций. Сроки проведения послеоперационного облучения культи влагалища зависят от сроков заживления, но не должны превышать 12 недель после операции. В случае проведения дистанционного облучения с последующим внутриместным облучением, разовые дозы составляет 5 Гр x 4 фракции. Возможны схемы фракционирования 4-6 Гр x 2-3 фракции (зависит от школы, принятой в клинике).

Возможно применение ЛТ и ХТ в плане адьювантного лечения при распространенном опухолевом процессе.

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 внутритканевой ЛТ.

Комментарии: Суммарные дозы подводятся с учетом ранее проведенного лечения на планируемый объем опухолевого образования и достигают 30-40 иГр (проводится в высокотехнологических клиниках и при наличии опыта лечения).

Реабилитация

Рекомендуется проводить реабилитацию, ориентируясь на общие принципы реабилитации пациентов после проведенных хирургических вмешательств и/или ХТ и/или ЛТ.

Профилактика

Рекомендуется следующий алгоритм наблюдения за пациентками:

1. физикальное исследование, в том числе гинекологический осмотр и взятие мазков на цитологическое исследование из культы влагалища, УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно;
2. рентгенография органов грудной клетки ежегодно;
3. у больных серозным РТМ, РТМ поздних стадий, а также при исходно повышенном уровне СА-125 в сыворотке — определение уровня СА-125 перед каждым посещением врача;
4. углубленное обследование (КТ/МРТ брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки) показано при появлении жалоб или находок при гинекологическом осмотре или УЗИ [81].

Список используемой литературы

1. Клинические рекомендации "Рак тела матки" (утв. Минздравом России), год утверждения 2018.
2. Журнал StatusPraesens.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 г. (заболеваемость и смертность) // М.: МНИОИ им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2018. – 250 с.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. — М.: Медицина, 1989. — 325 с