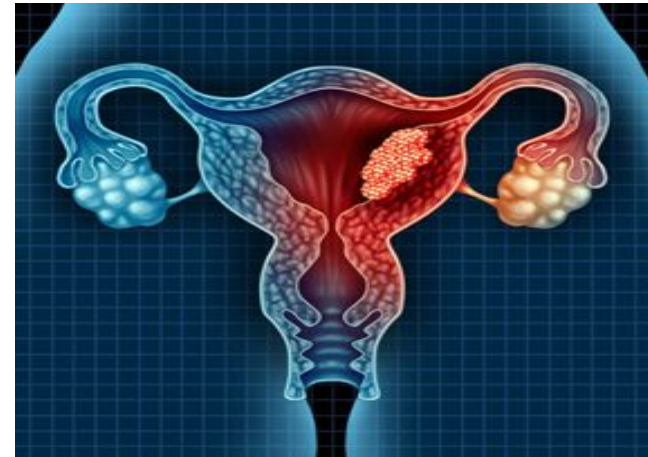




Российский университет
дружбы народов
RUDN University

Российский университет дружбы народов
Медицинский институт
Медицинский факультет
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
(зав. кафедрой – член-корр. РАН, проф. Радзинский В.Е.)

Рак эндометрия (РЭ) (Рак тела матки (РТМ))



Эпидемиология РТМ

Рак тела матки (РТМ) – ведущее онкологическое заболевание женской репродуктивной системы. В структуре всей заболеваемости – 7-8%.

Рак матки —злокачественное новообразование, развивающиеся в стенках матки, метастазирующие по всему организму.

РТМ занимает **5-ю позицию** после рака молочной железы, толстого кишечника, шейки матки, легких, желудка.

В России РТМ занимал 3-е место (7,7%),с 2015 года – второе.

РТМ встречается в возрасте от 50 лет и старше.

Удельный вес РТМ по возрасту: 50–69 лет 70–72%; 50–59 лет 36,4%; 60–69 лет — 37,4%.

Классификация

Код по МКБ-10

**C54. Злокачественное новообразование тела
матки**

Морфологическая классификация эпителиальных опухолей тела матки

(ВОЗ, 2014 г.).

- **Эндометриальная карцинома**
 - **Вариант с плоскоклеточной метаплазией**
 - **Виллогландулярный вариант**
 - **Секреторный вариант**
- **Муцинозная аденокарцинома**
- **Серозная эндометриальная интраэпителиальная карцинома**
- **Серозная карцинома**
- **Нейроэндокринные опухоли**
 - **Высокодифференцированная опухоль**
Карциноидная опухоль
 - **Низкодифференцированная карцинома**
Мелкоклеточная нейроэндокринная карцинома
Крупноклеточная нейроэндокринная карцинома

Морфологическая классификация эпителиальных опухолей тела матки

(ВОЗ, 2014 г.).

- Светлоклеточная карцинома
- Смешанная аденокарцинома
- Переходноклеточный рак
- Недифференцированный рак
- недифференцированная карцинома

Другие

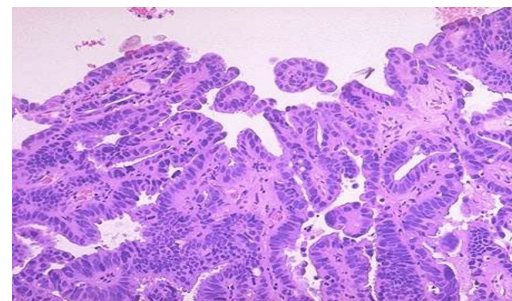
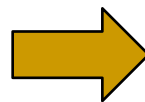
- Смешанные эпителиальные и мезенхимальные

опухоли

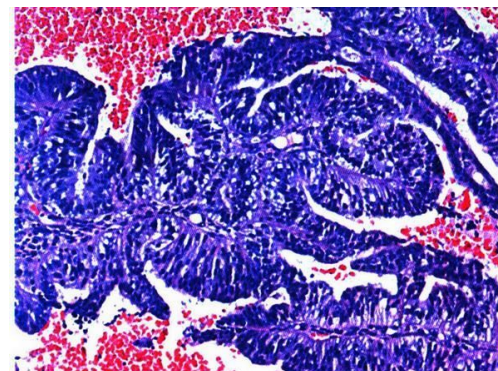
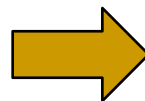
- Аденосаркома
- Карциносаркома

СТЕПЕНЬ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РЭ

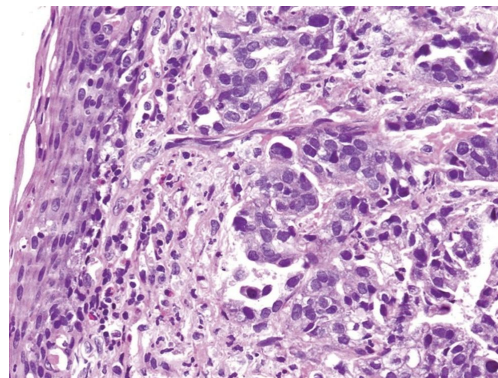
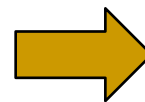
**G1 –высокодифференцированная
аденокарцинома:95% опухоли
представлено железистыми
структурами и 5%-солидными**



**G2 -умереннодифференцированная
аденокарцинома: не менее 50%
железистых участков и 6-50% солидных**



**G3 -солидная, недифференцированная
(низкодифференцированная)
аденокарцинома: более 50% солидные
участки, но есть и железистые**

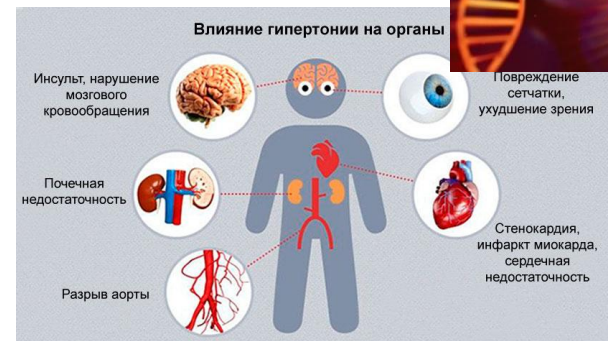
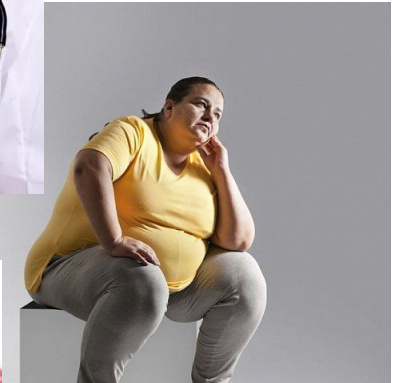


Факторы риска рака эндометрия

- Отсутствие родов (риск возрастает в 2-3 раза).
- Бесплодие и нарушения менструального цикла, на фоне ановуляции.
- Поздняя менопауза (после 52 лет риск рака эндометрия выше в 2,4 раза).
- Миома матки и генитальный эндометриоз.
- Синдром склерокистозных яичников.
- Атипичическая гиперплазия эндометрия (риск возрастает от 8 до 29 раз).
- Гормонально-зависимые опухоли в анамнезе (молочной железы, яичников).

Факторы риска рака эндометрия

- МГТ без прогестагенов
- Отягощенная наследственность по раку органов репродуктивной системы.
- Хронический эндометрит.
- Ожирение.
- Сахарный диабет.
- Гипертоническая болезнь.



Рак тела матки (РТМ)

Первый вариант (гормонозависимый) РТМ встречается в 60-70% случаев и характеризуется хронической гиперэстрогенией с нарушениями жирового и углеводного обмена.

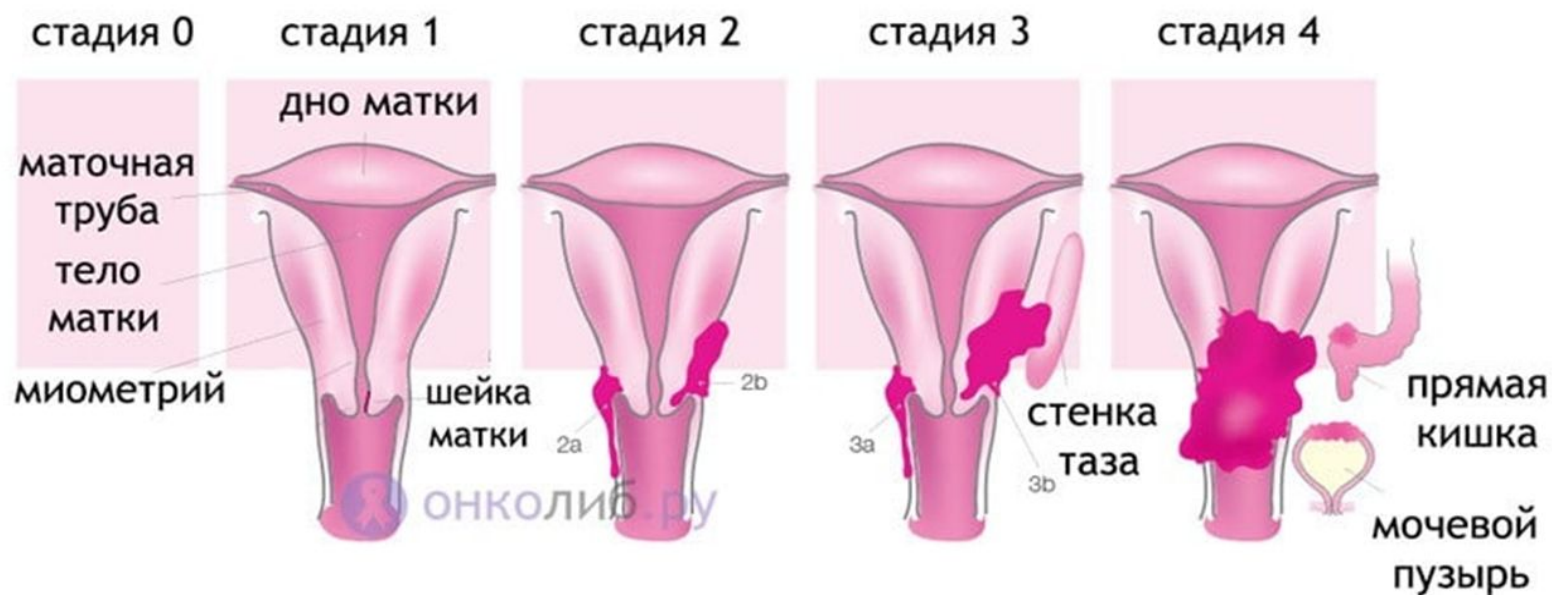
Клинический симптомокомплекс при этом варианте РТМ проявляется в ановуляторных маточных кровотечениях, позднем наступлением менопаузы, сопровождается гиперплазией тека-ткани яичников, гиперпластическими процессами эндометрия на фоне ожирения, сахарного диабета.

Второй вариант РТМ (автономный) наблюдается у 30-40% больных. При этом варианте РТМ развивается на фоне атрофического эндометрия у женщин преимущественно моложе 50 лет в отсутствие нарушений менструальной и репродуктивной функций и сочетается с фиброзом стромы яичников. Эти опухоли сопровождаются агрессивными темпами прогрессии и метастазирования и характеризуются практически полным отсутствием чувствительности к прогестагенам.

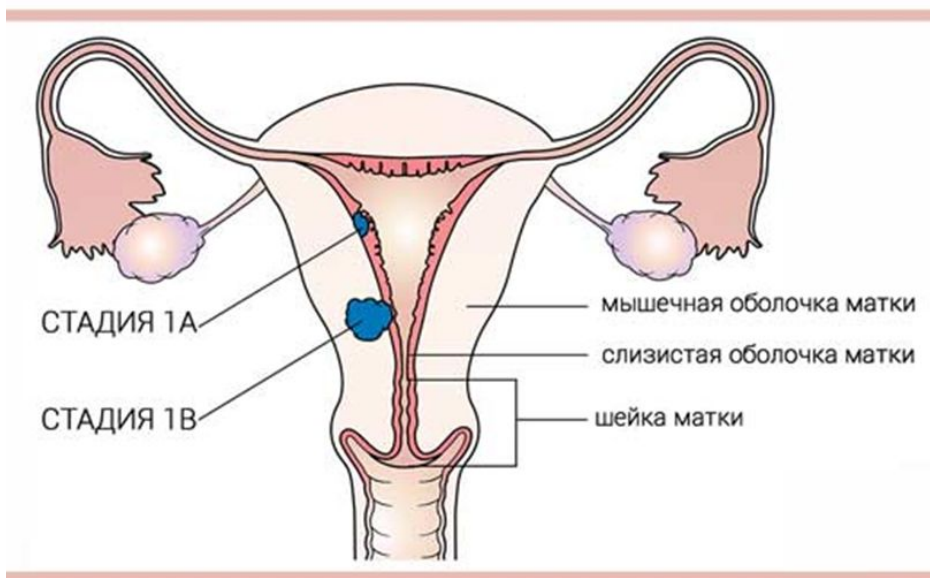
Третий вариант- генетический – мутации в генах MSH2, MLH1, реже PMS1 и PMS2 (семейные формы рака)

Определение стадии заболевания

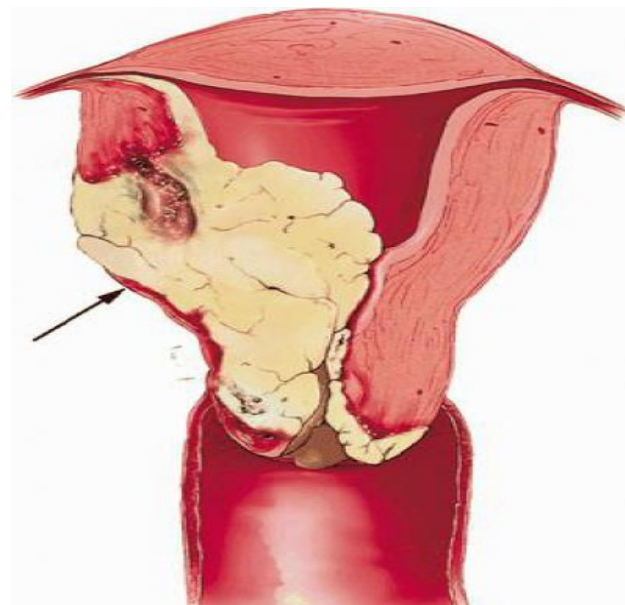
Стадия заболевания определяется на основании системы TNM, согласно: размера образования, метастазов в регионарные лимфатические узлы и метастазов в отдаленные органы
Система TNM соответствует классификации FIGO



Стадии заболевания РТМ



**I st – развитие РТМ
в теле матки (слизистая
и мышечная оболочка)**



**II st распространение
опухоли на шейку
матки**

Определение стадии заболевания



III st PTM-поражение близлежащей клетчатки и распространение опухоли на влагалище



IV st PTM распространение- за пределы малого таза (прорастает в прямую кишку, мочевой пузырь.

PTM по системе TNM (UICC, 7-й пересмотр, 2009 г.)
и классификации FIGO (2009 г.), Нац. Руководство, 2017 г

TNM	FIGO	Описание
TX		Невозможно оценить состояние первичной опухоли
T0		Первичная опухоль отсутствует
Tis		Рак in situ
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 T3b	IIIA IIIB	Прорастание серозной оболочки матки, поражение маточных труб или яичников (непосредственный переход опухоли или метастазы) Поражение влагалища или параметриев (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T4	IVA	Прорастание слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки
NX N0 N1	IIIC IIIC1 IIIC2	Оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно Метастазов в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) нет Метастазы в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) Метастазы в тазовых лимфатических узлах Метастазы в поясничных лимфатических узлах
M0 M1	IVB	Отдаленных метастазов нет 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)

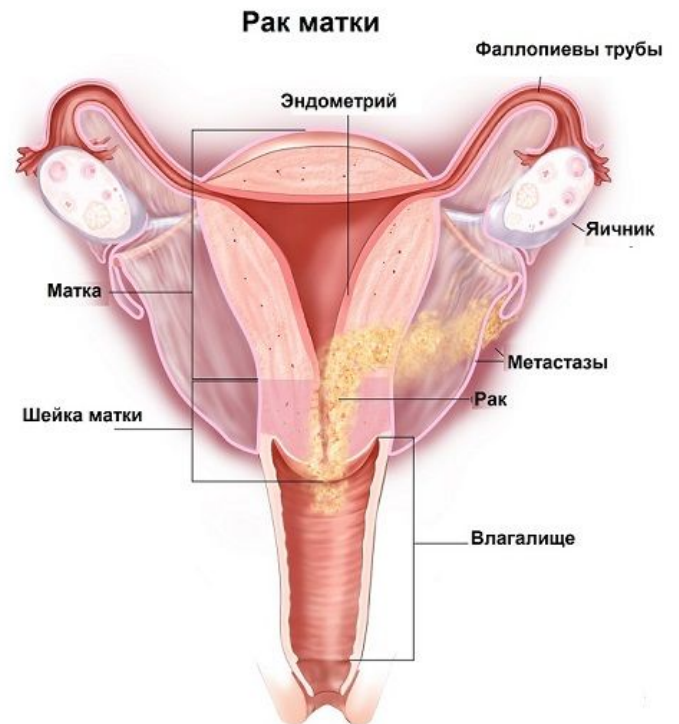
Распространение рака тела матки

Распространение рака тела матки происходит по трем путям:

Лимфогенному

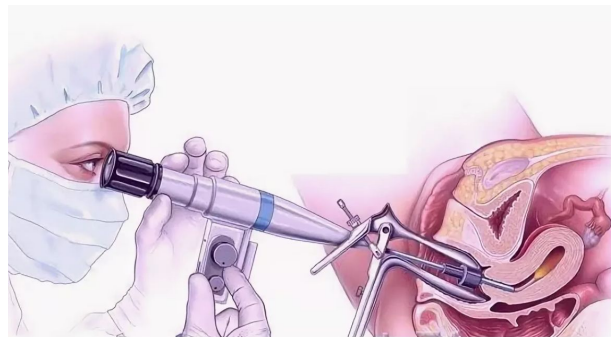
Гематогенному

Имплантационному



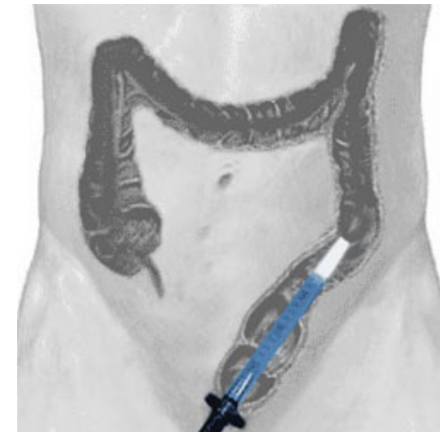
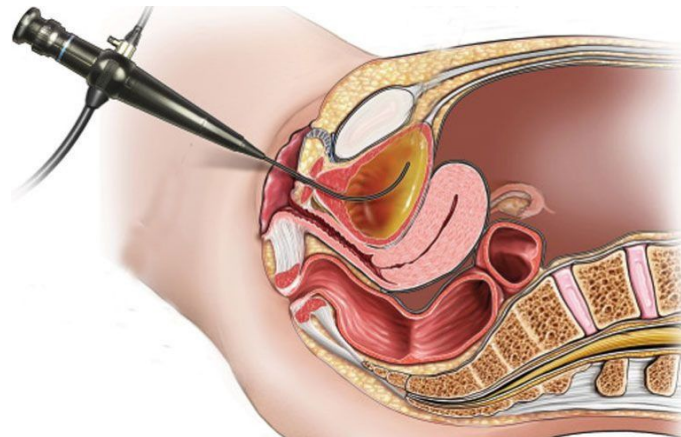
Диагностика рака тела матки

- ✓ Физикальное обследование (жалобы, анамнез, осмотр, локальный статус)
- ✓ Инструментальные методы (ультразвуковое исследование, аспирационная биопсия, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки)



Диагностика распространенности рака тела матки

- ✓ Экскреторная урография, УЗИ почек, УЗИ брюшной полости
- ✓ Цистоскопия.
- ✓ Ректероманоскопия, Фиброколоноскопия (для исключения прорастания в смежные органы).
- ✓ Радиоизотопная лимфография (для выявления регионарных метастазов).
- ✓ КТ, МРТ брюшной полости
- ✓ Сканирование скелета
- ✓ Онкомаркеры: СА 125, НЕ4, СЕА



Лечение

Хирургическое: (простая экстирпация матки с придатками; расширенная экстирпация матки с придатками с подвздошной лимфаденэктомией – операция Вертгейма)

Комбинированное: оперативное лечение и сочетанная лучевая терапия (дистанционная+внутриполостная гамма-терапия).
Лучевая терапия – предоперационная и послеоперационная.

Гормонотерапия: высокодозные гестагены, антиэстрогены, агонисты ГнРГ. Показана у больных с неблагоприятным течением заболевания. Молодые пациентки, при наличии сопутствующей патологии.

Химиотерапия: доксорубицин, карбоплатин, цисплатин, паклитаксел и др.

NB! Основным видом лечения РТМ является хирургический и комбинированный метод!

Лечение РТМ

По стадиям заболевания

Стадия I (варианты лечения индивидуально)

- Хирургическое
- Комбинированное (хирургическое лечение+лучевая терапия)
- Хирургическое лечение + химиотерапия (редко)
- Хирургическое лечение + лучевая терапия + химиотерапия (редко)-
комплексное

Стадия II-III

- Комбинированное комбинированное
- Хирургическое лечение + химиотерапия (редко)
- Комплексное

NB! На всех стадиях лечения возможно применение гормонотерапии

Стадия IV (крайне вариабельные варианты)

- Химиотерапия
- Лучевая терапия
- Комбинированное
- Комплексное
- Гормонотерапия

Факторы прогноза

- ❖ Гистологическая структура опухоли и степень ее дифференцировки;
- ❖ Глубина инвазии в миометрий;
- ❖ Распространение опухоли на цервикальный канал;
- ❖ Наличие опухолевых клеток в сосудах;
- ❖ Метастазы в яичниках;
- ❖ Содержание рецепторов прогестерона и эстрадиола в ткани опухоли;
- ❖ Выявлении опухолевых клеток при цитологическом исследовании перитонеальной жидкости.

Наблюдение

за больными после лечения РТМ

- Физикальное исследование, в том числе гинекологический осмотр, каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев в течение еще 2 лет.
- Цитологическое исследование мазков их культи влагалища каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев в течение еще 2 лет.
- Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год.
- 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

Профилактика Рака тела матки

**Лечение фоновых (простая гиперплазия эндометрия) и предраковых заболеваний (атипическая гиперплазия эндометрия).
Ежегодные профилактические осмотры женщин и УЗИ органов малого таза.
Поддержание массы тела в нормальных показателях ИМТ.
Контроль состояния эндометрия (аспират из полости матки) у женщин групп повышенного риска.**

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рак тела матки . Клинические рекомендации МЗ РФ, 2017.- 33 с.
2. Нечушкина В. М., Деньгина Н. В., Коломиец Л. А., Кравец О. А., Морхов К. Ю., Новикова Е. Г. и соавт. Практические рекомендации по лечению рака тела матки и сарком матки. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2018 (том 8). С. 190–203.