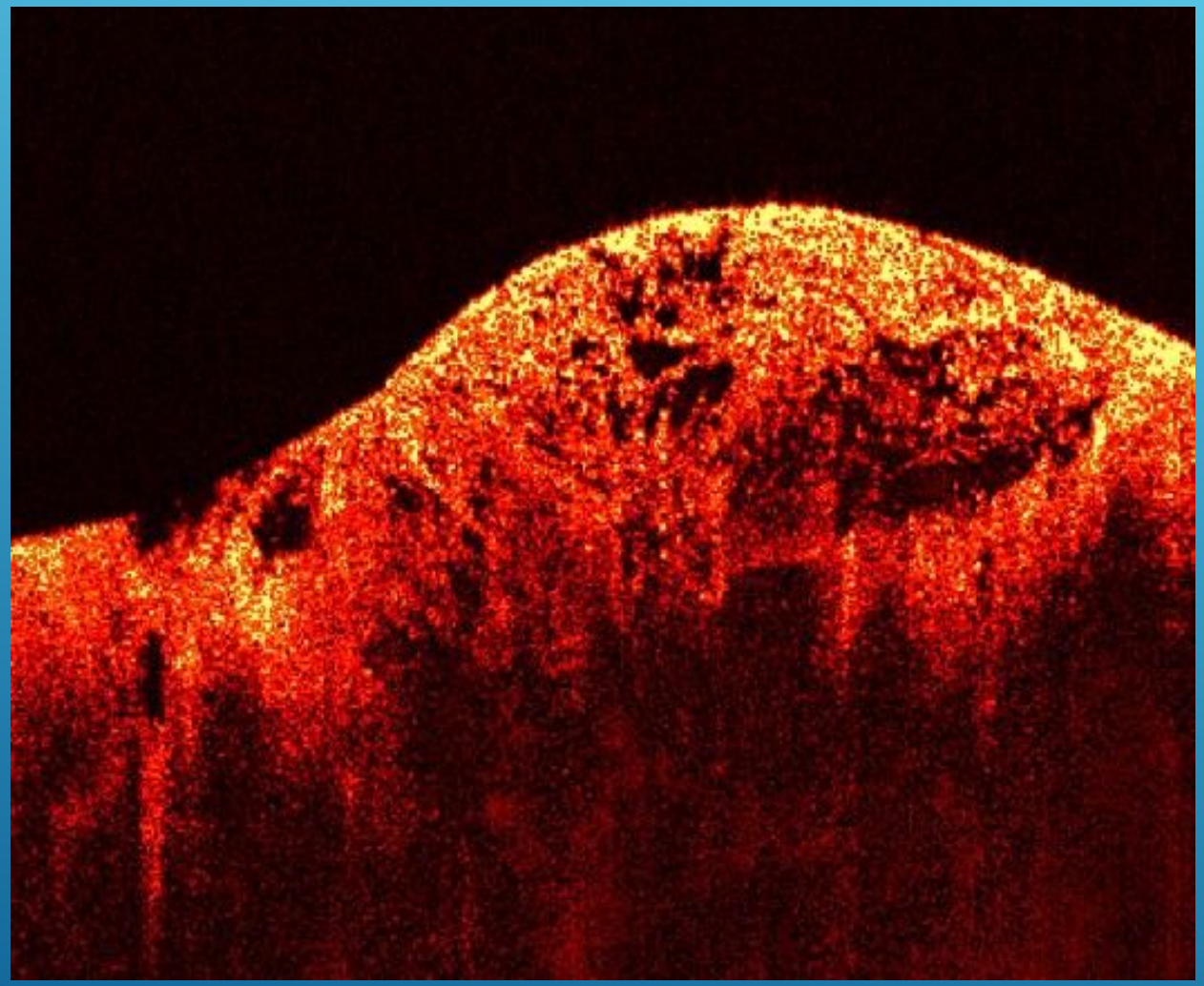
САРКОМА МАТКИ

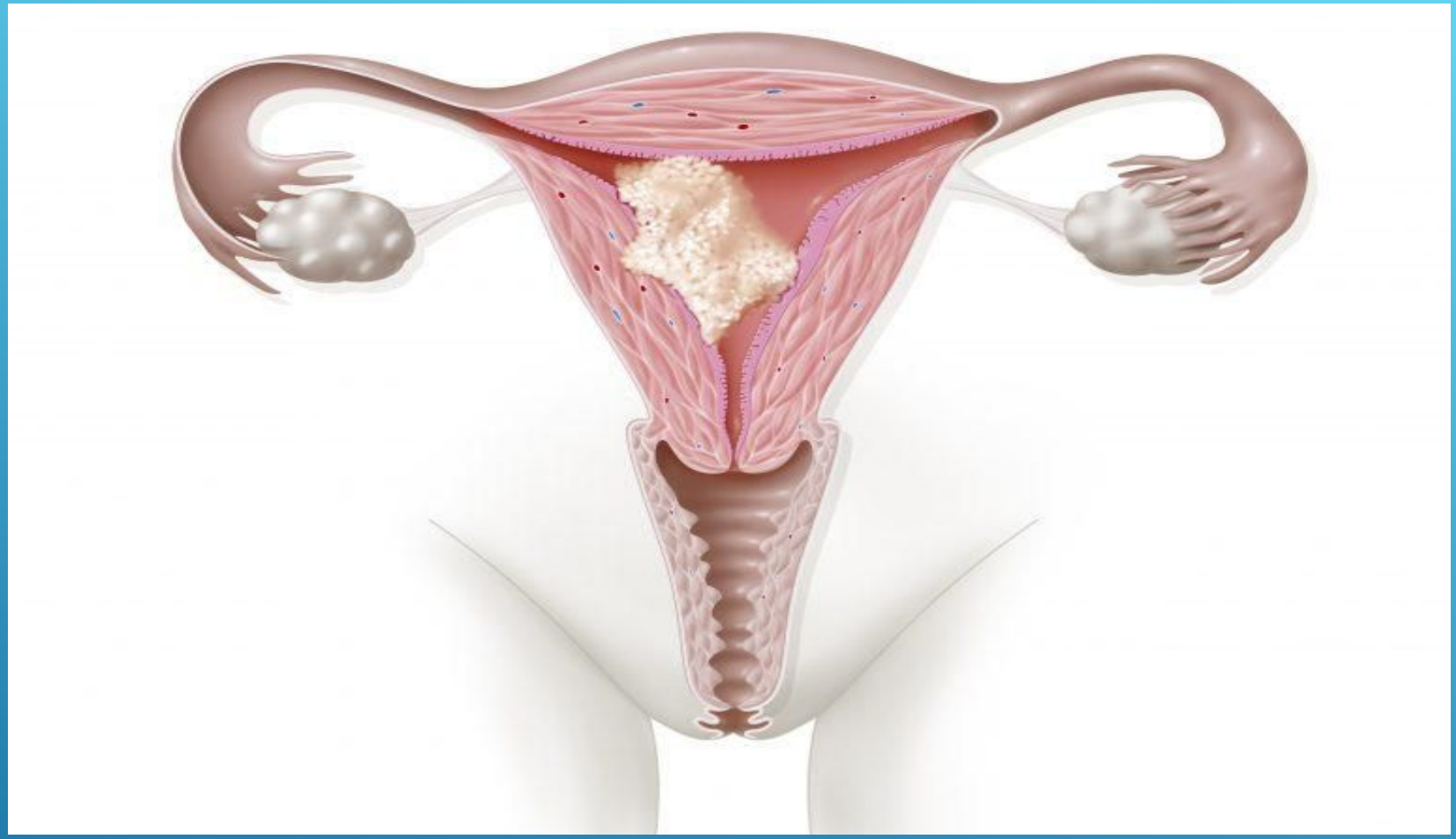
Выполнил студент ЯГМУ Грибов Н.А

САРКОМА: ЭТО ЧТО?

- Саркóма — группа злокачественных опухолей, производные активно делящейся, так называемой «незрелой» соединительной ткани — костной (остеогенная саркома), хрящевой (хондросаркома), мышечной (миосаркома), жировой (липосаркома), стенок кровеносных и лимфатических сосудов. Основное, чем отличается саркома от рака это то, что рак происходит из эпителиальных клеток, выстилающих полости внутренних органов (как, например, рак лёгкого или рак почки) либо из покровного эпителия (кожа, слизистая оболочка полости рта), а саркомы не имеют привязки к каким-либо органам.



ИЗОБРАЖЕНИЕ САРКОМЫ С ПОМОЩЬЮ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ



САРКОМА МАТКИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

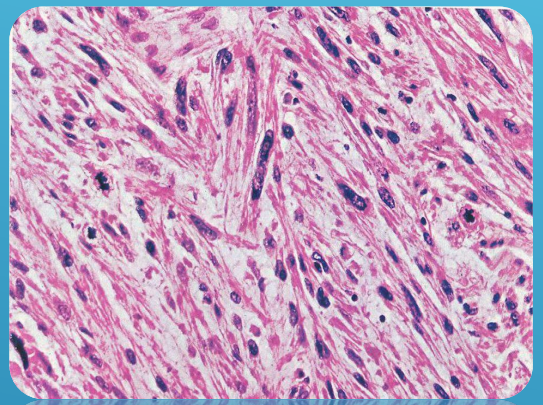
- Это злокачественная опухоль матки, составляющая 3-5% всех злокачественных новообразований этого органа. Встречается данная патология довольно редко. Возраст в котором возникает саркома примерно 43-53 года. Чаще в постменопаузе.

ПАТ.АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

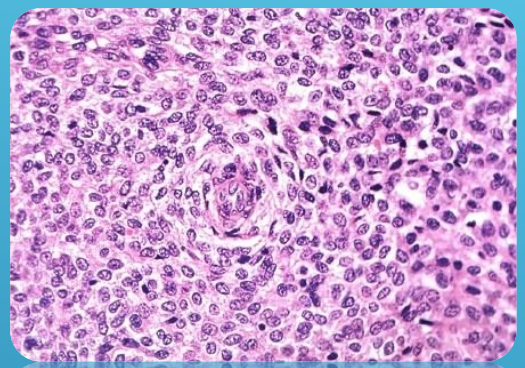
- Опухолевая дисплазия при саркоме чаще возникает в гладких мышцах матки (лейомиосаркома). Саркомы миометрия обычно являются образованиями округлой формы, плохо отграниченными от окружающих тканей. На разрезе саркоматозные узлы белесого, серовато-розоватого цвета с мягкой крошащейся консистенции, иногда могут иметь вид вареного мяса. При некрозах и кровоизлияниях в ткань опухоли саркома матки становится пестрого цвета. Саркомы эндометрия чаще представлены ограниченными (узловатыми, полипозными) разрастаниями, реже – имеют диффузный характер.

- По мере роста саркома матки инфильтрирует миометрий и может достигать периметрия и стенок смежных органов (мочевого пузыря, кишки). При инвазии околоматочной клетчатки может развиться параметрит. Саркома матки склонна к быстрому росту и ранней деструкции. Это сопровождается формированием кистозных полостей. При метастазировании саркомы матки (гематогенном, лимфогенном) отсевы опухолевых клеток чаще определяются в легких (17%), печени (9%), ретроперитонеальных лимфоузлах (8%), яичниках (7%), позвоночнике и костях (5%).

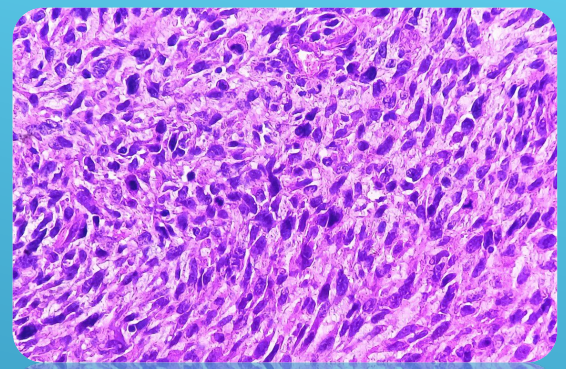
КЛАССИФИКАЦИЯ ПО МОРФОЛОГИИ



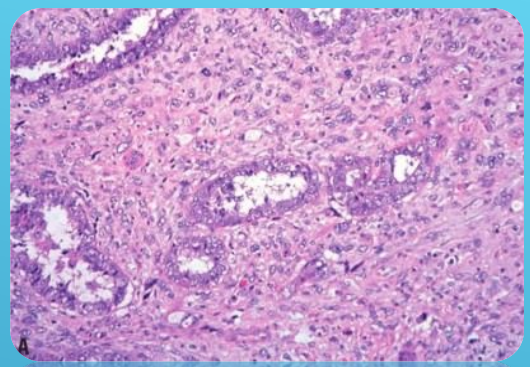
лейомиосаркома



эндометриальная стромальная саркома



смешанная гомологическая мюллеровская саркома (карциносаркома)



смешанная гетерологическая мюллеровская саркома (смешанная мезодермальная саркома)

КЛИНИКО–АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ САРКОМ ТЕЛА МАТКИ

- I стадия – опухоль не выходит за пределы тела матки
- IIа стадия – опухоль в пределах эндометрия или миометрия
- IIб стадия – опухоль поражает тело и шейку матки, но за пределы матки не выходит
- III стадия – опухоль распространяется за пределы матки, однако находится в пределах малого таза
- IIIа стадия – опухоль прорастает параметрий, происходит метастатическое поражение придатков матки
- IIIб стадия – опухоль поражает параметральную клетчатку, возможно метастазирование в лимфатические узлы или во влагалище
- IV стадия – опухоль прорастает в соседние органы, распространяется за пределы малого таза или дает отдаленные метастазы

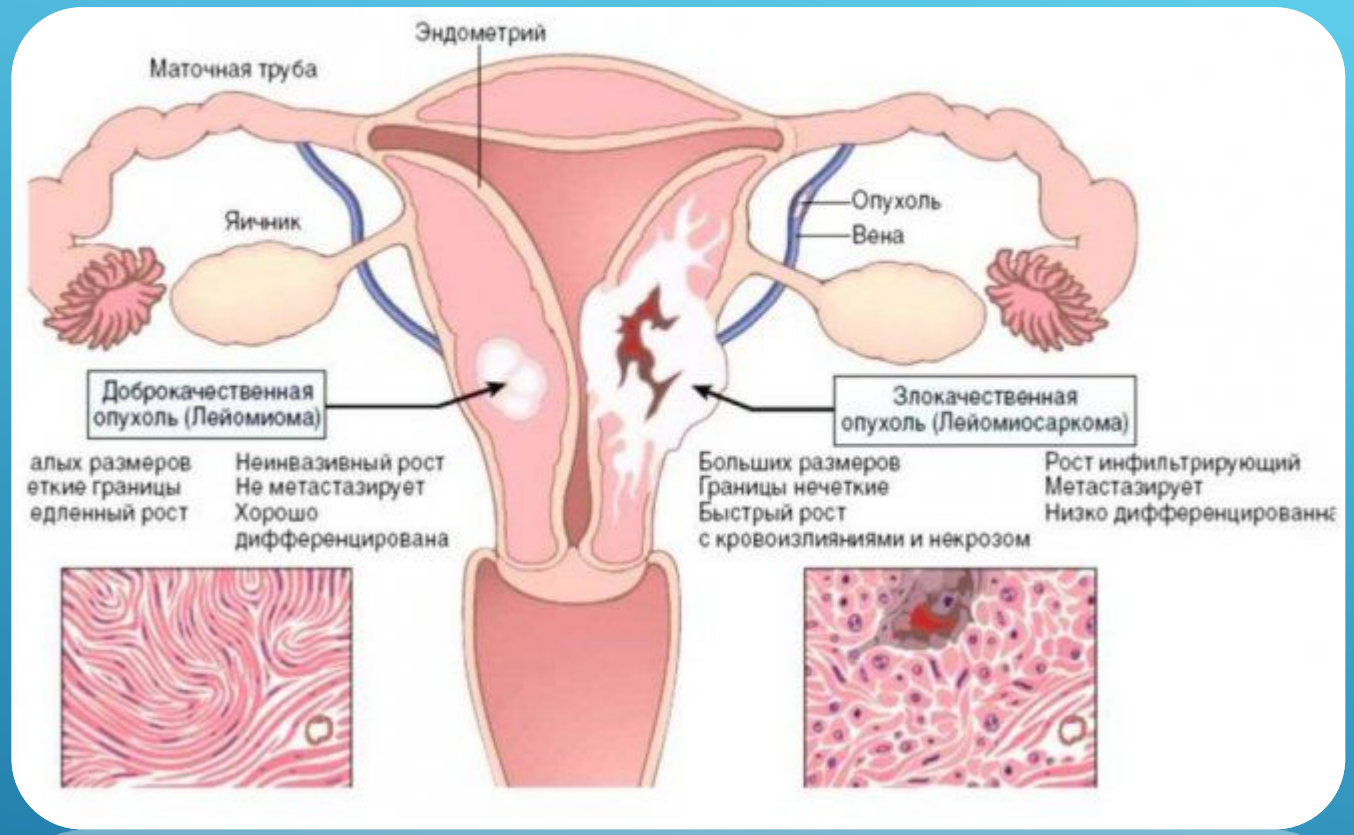
КЛИНИКА

- В ранних стадиях саркома матки является «немой» опухолью, дающей скудную симптоматику. По мере прогрессирования матка быстро увеличивается в размерах и по мере ее роста появляются нарушения менструального цикла (циклические и ациклические кровотечения),боли в малом тазу, обильные водянистые бели, иногда с неприятным гнилостным запахом. При возникновении саркомы матки в миоматозных узлах клинические проявления могут не отличаться от таковых при миоме матки (субмукозной, субсерозной, интерстициальной).

- При инфицировании опухоли и образовании обширных зон некроза появляется лихорадка, развивается анемия и быстро наступает кахексия. От появления первых симптомов до обращения к врачу, к сожалению, обычно проходит несколько месяцев. Важным диагностическим признаком является рост миомы в постменопаузе.

ДИАГНОСТИКА

- При выполнении диагностики саркому матки необходимо дифференцировать от доброкачественной фибромиомы. О саркоме матки характерен быстрый рост фиброматозных узлов; ациклических кровотечениях; выраженная анемия, не соответствующая степени кровопотери; повышение СОЭ и рецидив симптоматики после удаления субмукозных узлов или полипов, а также опухолевые узлы в культе после надвлагалищной ампутации матки.
- При осмотре влагалища цианотичная окраска шейки, ее отек, гипертрофия. С помощью гинекологического исследования (бимануального, ректовагинального) устанавливается локализация саркомы матки, величина и консистенция узлов.
- По данным УЗИ-диагностики обнаруживается узловая трансформация матки, ее неоднородная эхогенность, некротизированные узлы, наличие патологического кровотока. При проведении аспирационной биопсии с цитологическим исследованием мазков-отпечатков удается обнаружить наличие атипических полиморфных клеток. В диагностическом отношении при саркоме матки информативны гистероскопия, гистероцервикография, лапароскопия, лимфография, ангиография.
- Всем пациенткам с саркомой матки производится обследование мочевыводящих путей (экскреторная урография, хромоцистоскопия, ренография), кишечника (ректороманоскопия, ирригоскопия), легких (рентгенография грудной клетки), печени (УЗИ). Саркому матки в ходе диагностики дифференцируют от фибромиомы матки, опухолей яичников, полипов эндометрия, первичных опухолей смежной локализации.

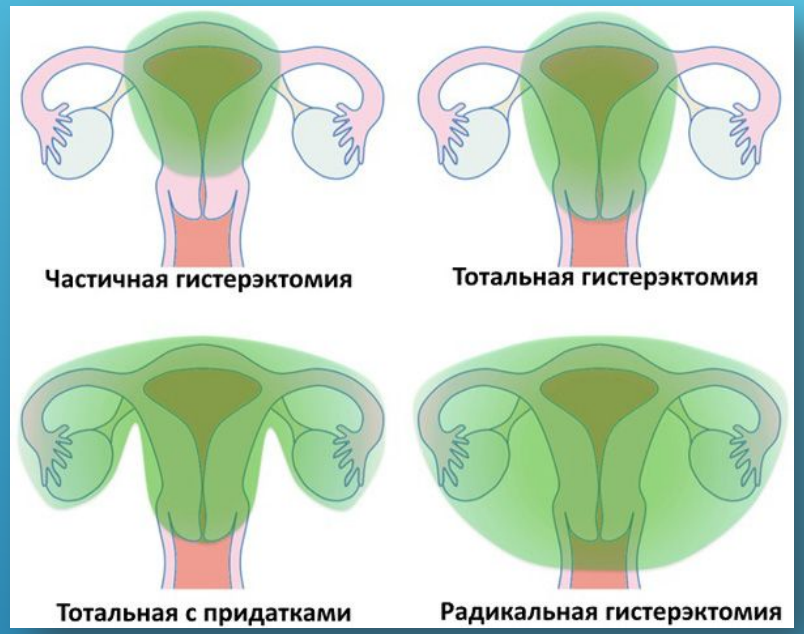


Сравнительная характеристика доброкачкственных и злокачественных опухолей

ЛЕЧЕНИЕ

- Необходимо проведение комбинированного лечения. Радикальное вмешательство при саркоме матки - пангистерэктомия; в запущенных случаях - расширенная гистерэктомия - удаление матки, удаление придатков (аднексэктомия), регионарных лимфоузлов, инфильтратов параметрия и резекция смежных органов.

- Хирургический этап дополняется лучевой терапией, направленной на девитализацию опухолевых клеток. Проводят облучение области малого таза в суммарной дозе 45-50 Грей. Химиотерапия (доксорубицином, фторурацилом, циклофосфамидом, винкристином, дактиномицином) ввиду недостаточной эффективности применяется как паллиативный метод при иноперабельных процессах и рецидивах саркомы матки.


Частичная гистерэктомия
Тотальная гистерэктомия
Тотальная с придатками
Радикальная гистерэктомия

ПРОГНОЗ

- Прогнозирование отдаленных результатов при саркоме матки неутешительно. В среднем пятилетняя выживаемость пациенток с саркомой матки составляет около 40%: при I ст.- 47%, при II ст. - 44%, при III ст. - 40%, при IV ст. - 10%. Относительно благоприятным течением характеризуются саркомы матки, развивающиеся из фиброматозных узлов (при условии отсутствия метастазов), худший прогноз отмечается при саркомах эндометрия.