

Рак тела матки

- Заболеваемость 20-23 случая на 100 тыс населения в год
- Смертность 5-7 на 100 тыс

ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

- 1.Ожирение
- 2.Гипертоническая болезнь
- 3.Сахарный диабет
- 4.Длительное применение эстрогенов без прогестинов
- 5.Ановуляции различной природы
- 6.С-м Штейна-Левентала
- 7.Фибромиома матки
- 8.Гиперпластические процессы в эндометрии.

I патогенетический вариант рака эндометрия характеризуется многообразием и глубиной гиперэстрогении в сочетании с нарушением жирового и углеводного обмена.

- **Клинический симптомокомплекс:**
- ановуляторные маточные кровотечения;
- бесплодие;
- позднее наступление менопаузы;
- гиперплазия тека-ткани яичников в сочетании с синдромом Штейна-Левентала;
- гиперпластические процессы эндометрия, окружающего полипы;
- очаги атипичной гиперплазии эндометрия;
- миома матки.

Обменные нарушения при I патогенетическом варианте:

- ожирение,
- гиперлипидемия,
- сахарный диабет.
- I патогенетический вариант встречается у **60-70% больных раком эндометрия.**
- У таких больных чаще встречается **опухоль высокой дифференцировки** и обладает меньшей степенью злокачественности.
- Клиническое течение заболевания у этих больных более благоприятно.

II патогенетический вариант

- Выявляется у 30-40% больных.
- Указанные эндокринно-обменные нарушения выражены нечетко или совсем отсутствуют.
- Характерно сочетание фиброза стромы яичников и атрофии эндометрия, на фоне которой возникают полипы, атипическая гиперплазия и рак.
- У больных этой группы опухоли развиваются на фоне атрофического эндометрия, они как правило малодифференцированы. Клиническое течение заболевания более неблагоприятно.

Патологическая анатомия

- Опухоль, начавшись в эндометрии, инфильтрирует миометрий, может распространяться на шейку матки, придатки, прямую кишку, мочевой пузырь, в параметрии.
- Метастазирует в лимфоузлы таза, иногда - паховые, иногда – в стенку влагалища, гематогенно – в лёгкие

Предраковые заболевания

- Гиперплазия эндометрия, полипоз, аденоматоз
- Клинически они похожи на ранний рак

Клиника рака эндометрия

- Бели
- Кровотечения
- Боли внизу живота или в пояснично-крестцовой области , подвздошно-бедренной, в мочевом пузыре, прямой кишке (в зависимости от прорастания в смежные структуры)

КЛИНИКА

- При сдавлении мочеточников – пиелозэктазия, гидронефроз, уремия
- При распаде опухоли –гнилостные, зловонные выделения. При их задержке – схваткообразные распирающие боли, температура

Диагностика

- Осмотр – бледность(кровотечения), ожирение, форма живота
- Пальпаторно иногда в животе может определяться опухоль, исходящая из таза
- Вагинально и ректально- увеличенная матка с узлами различной консистенции и плотности
- В аспирате цитологически –раковые клетки

Диагностика

- При любом результате цитологии –УЗИ малого таза, (при отсутствии явных признаков опухоли для М-эхо)
- При М-эхо более 4мм – отдельный соскоб или прицельная биопсия при гистероскопии

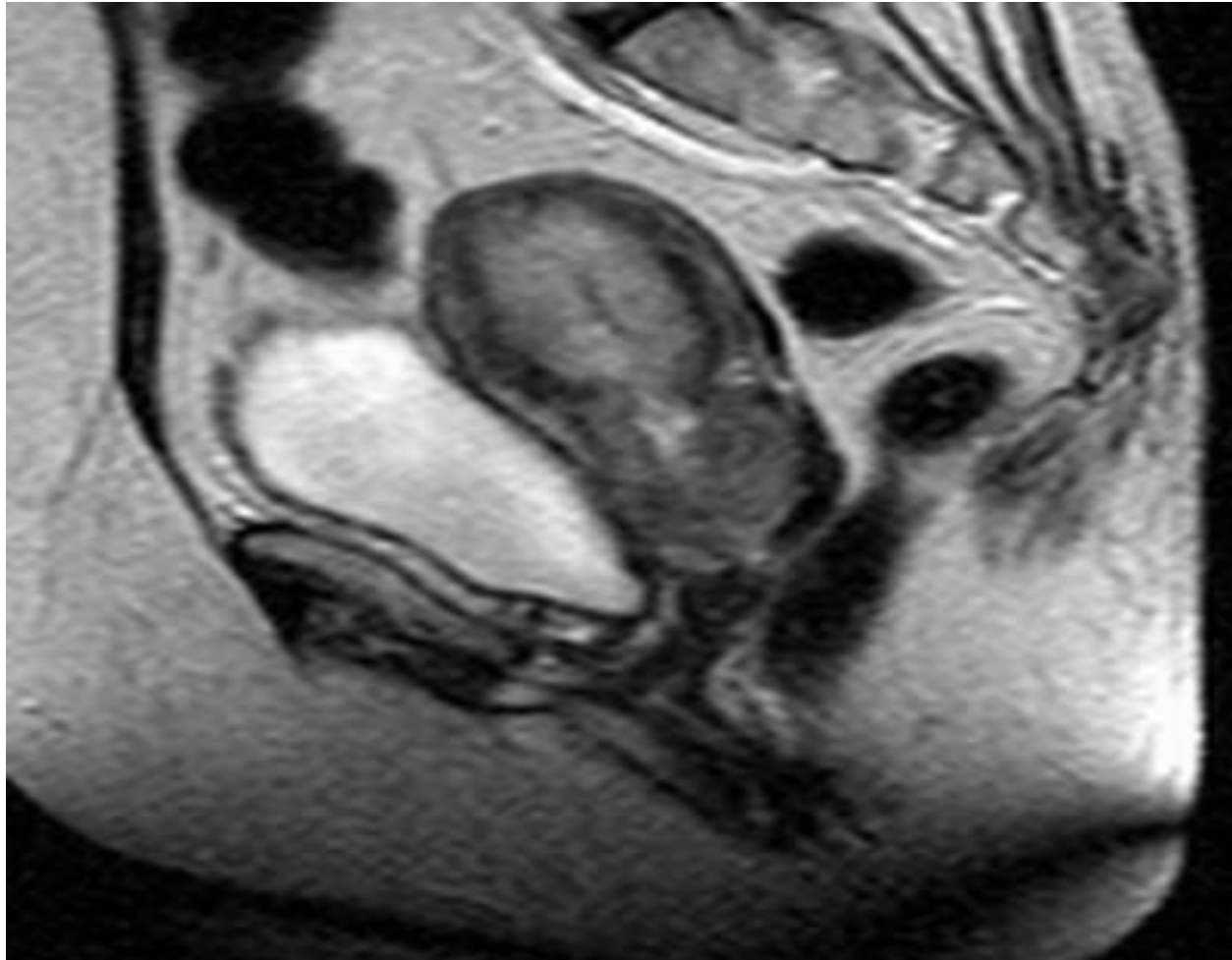
Международная гистологическая классификация (ВОЗ) рака эндометрия:

- 1) аденокарцинома (более 80%);
- 2) светлоклеточная (мезонефроидная) аденокарцинома;
- 3) плоскоклеточный рак;
- 4) железисто-плоскоклеточный рак;
- 5) недифференцированный рак.
- Опухоль может иметь экзофитную, эндофитную и смешанную формы роста.
- .

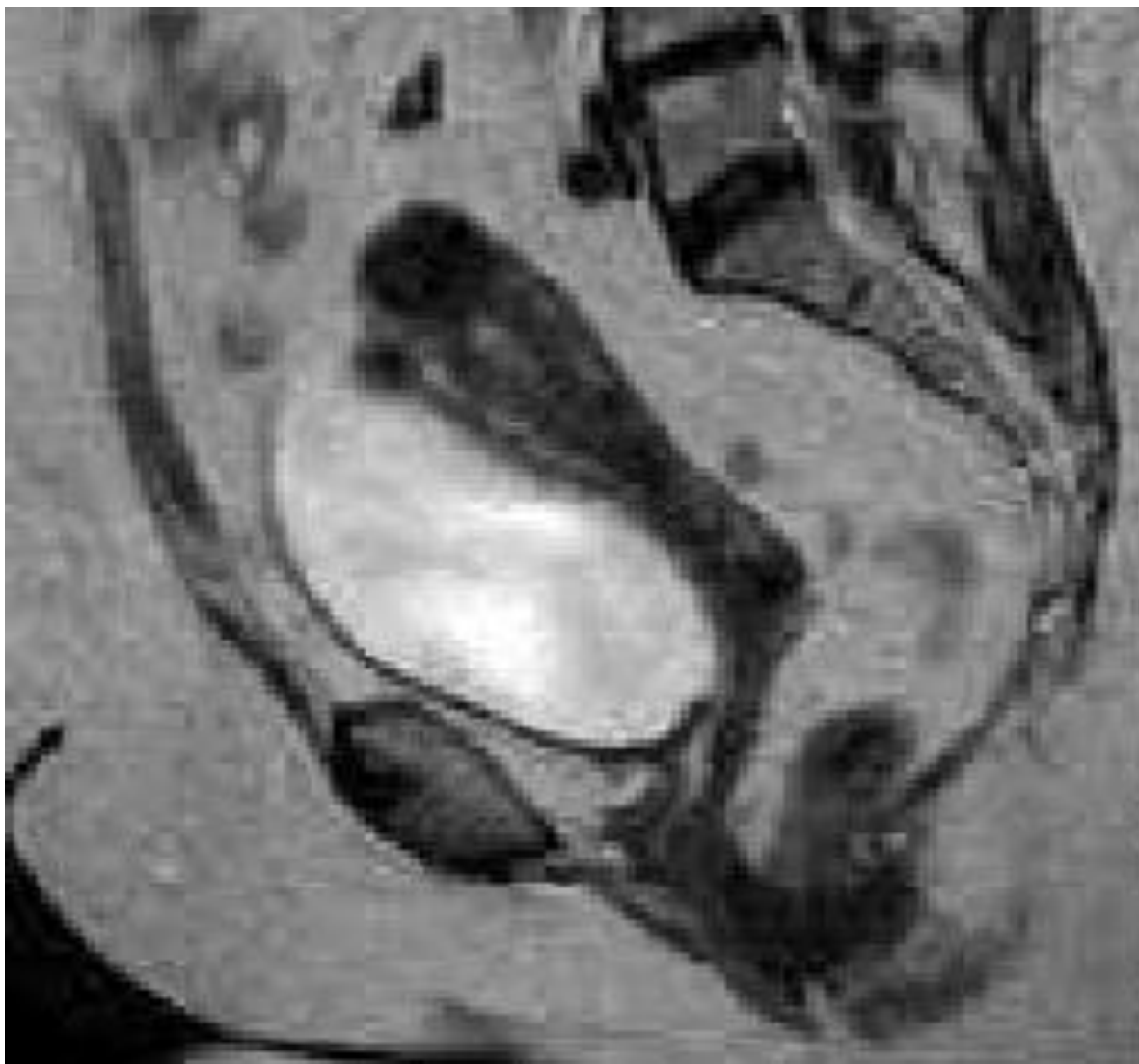
Одним из важных биологических признаков рака эндометрия является его дифференцировка.

Аденокарцинома эндометрия	
Степень дифференцировки	%
высокодифференцированная	66,7
умеренно дифференцированная	20,0
солидная (недифференцированная)	9,2

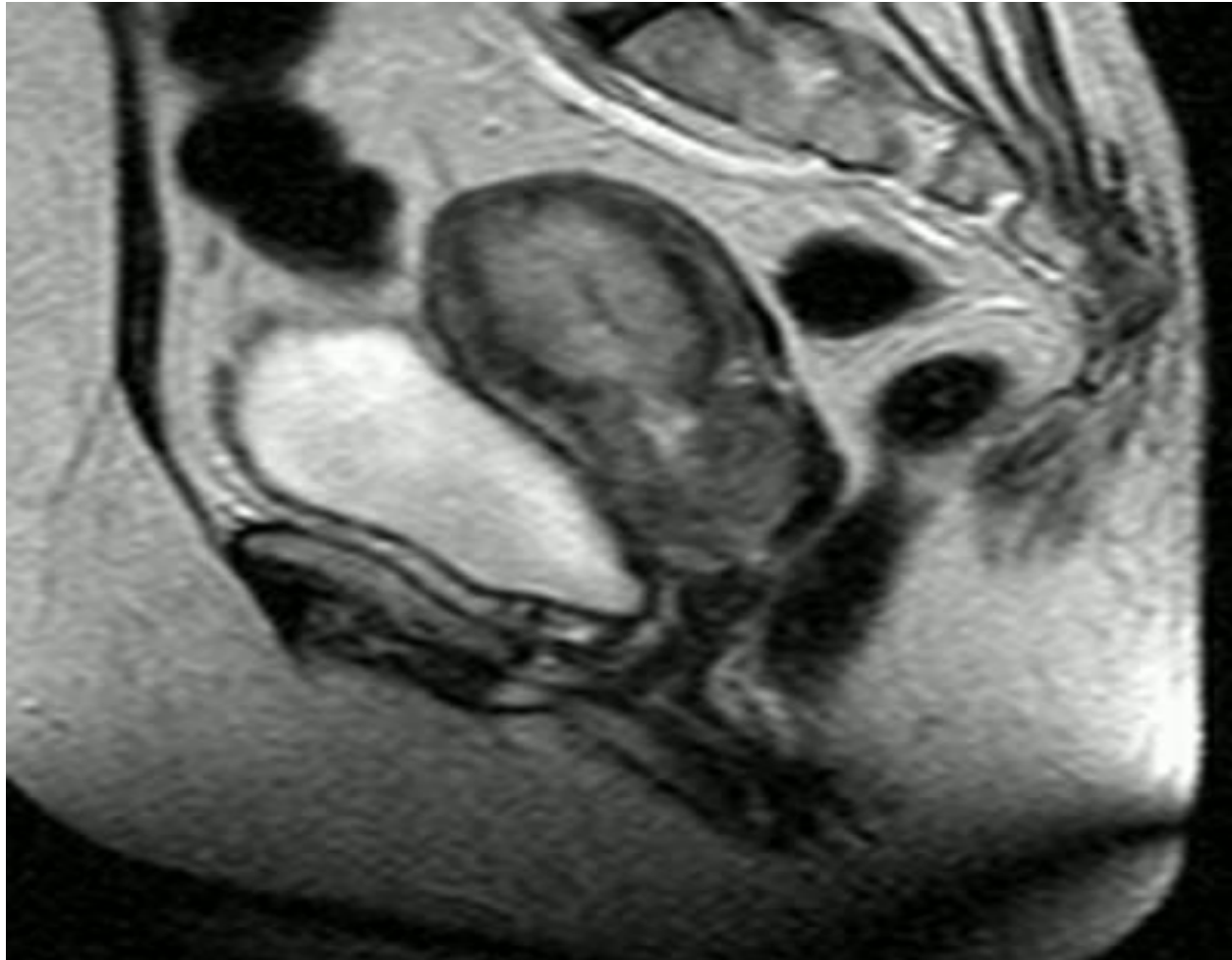
Рак тела и шейки матки



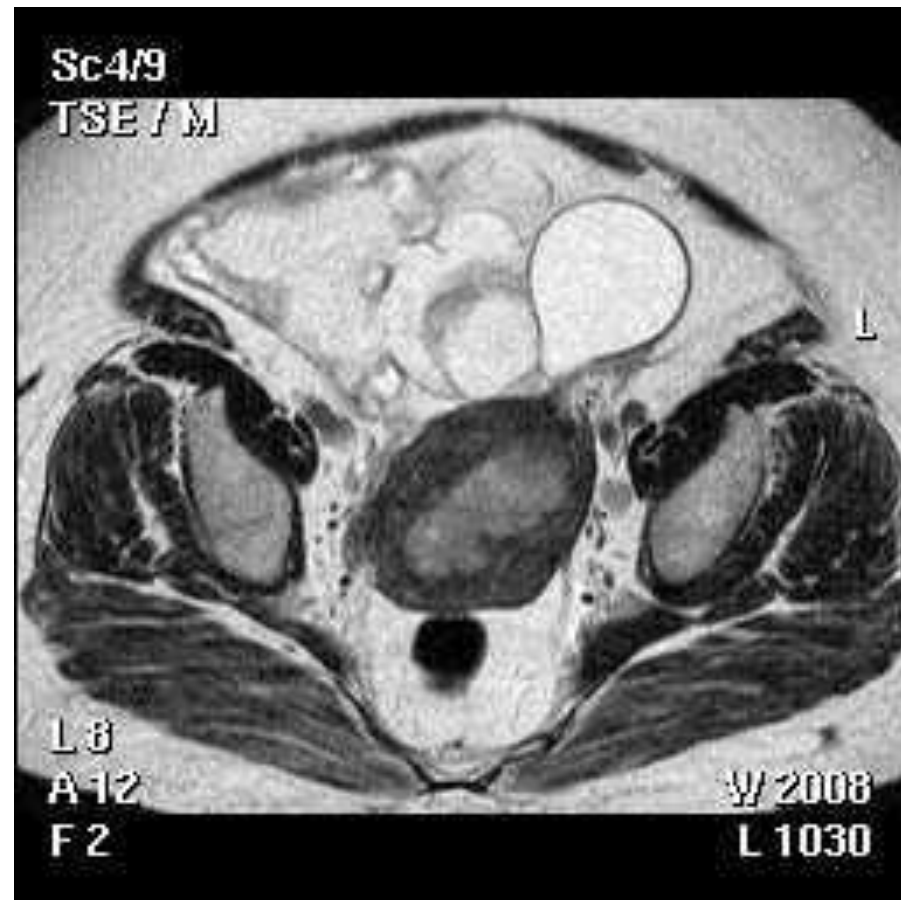
Рак тела матки



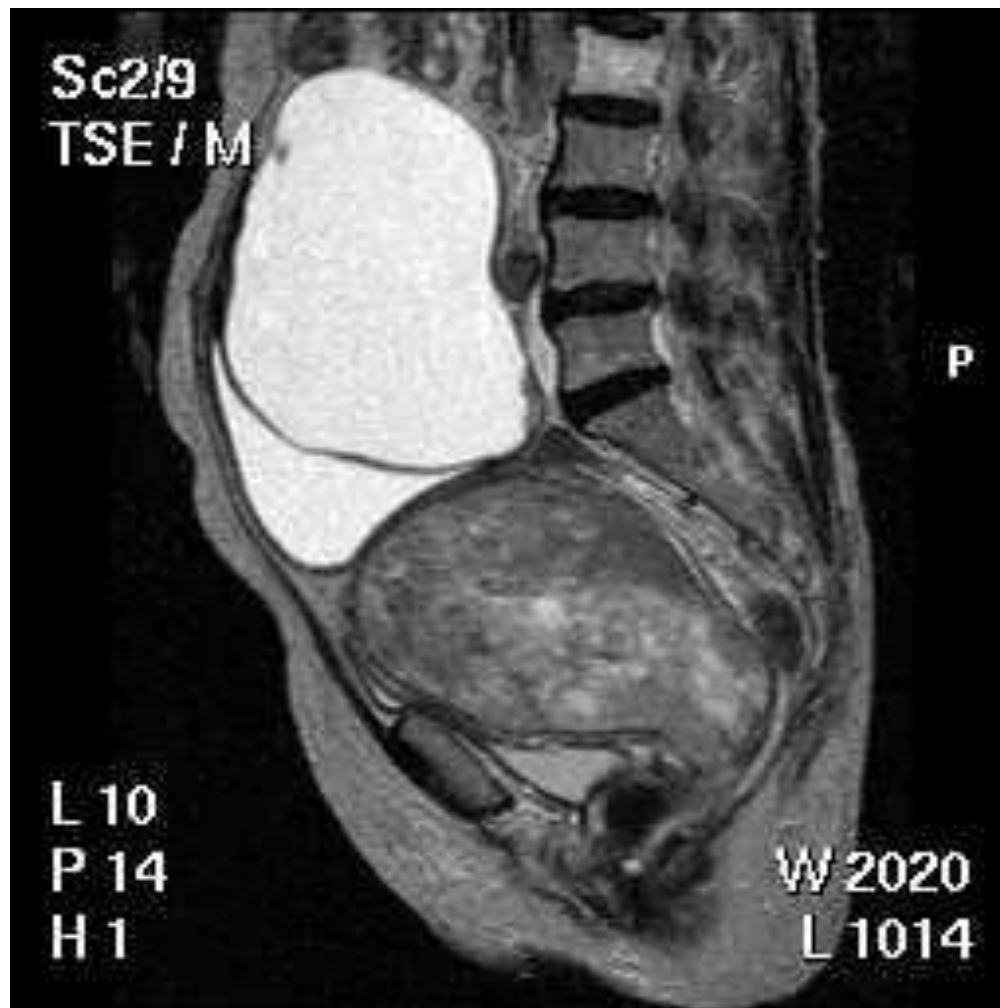
Рак тела и шейки матки



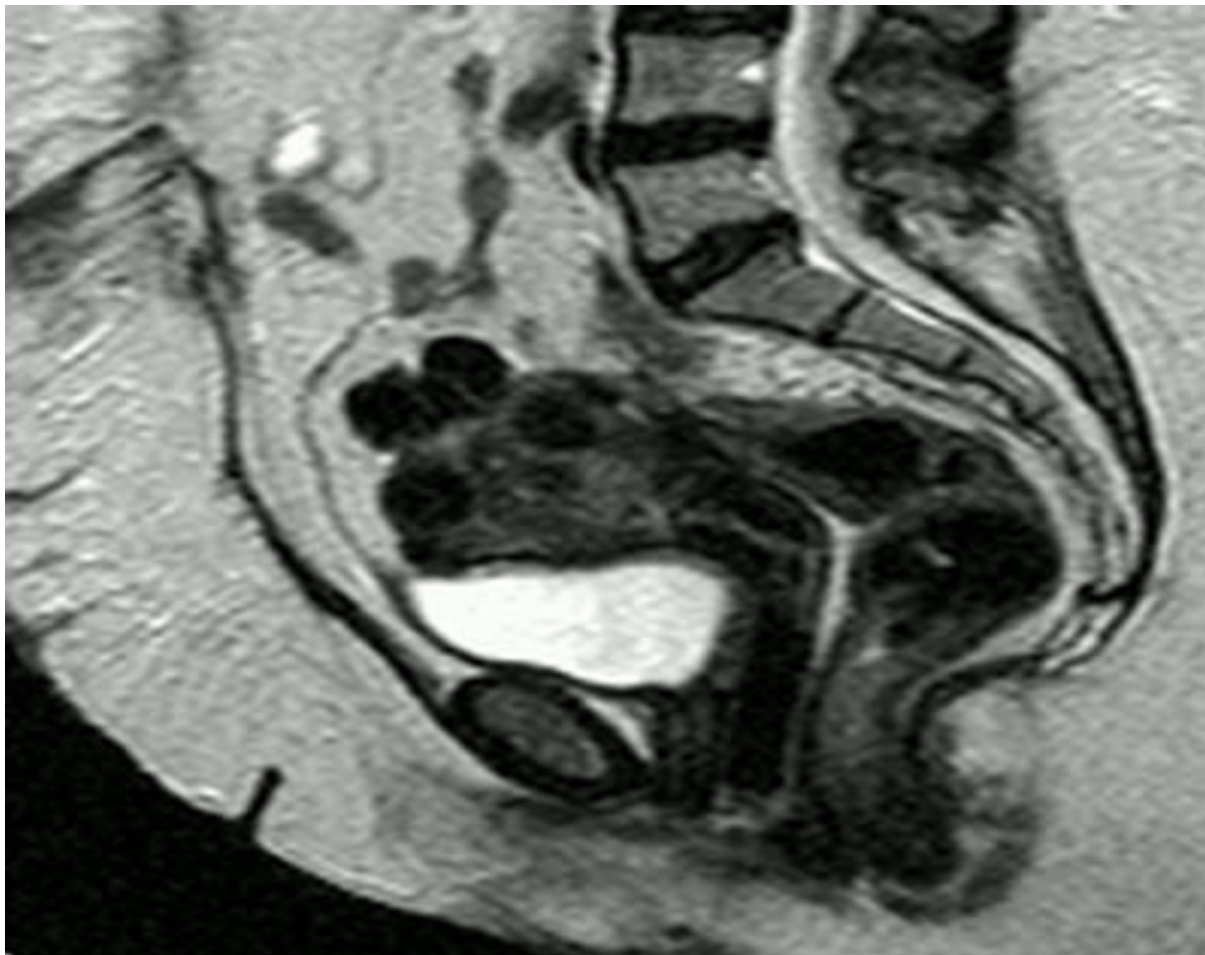
Рак тела матки с метастазом в ЯИЧНИК



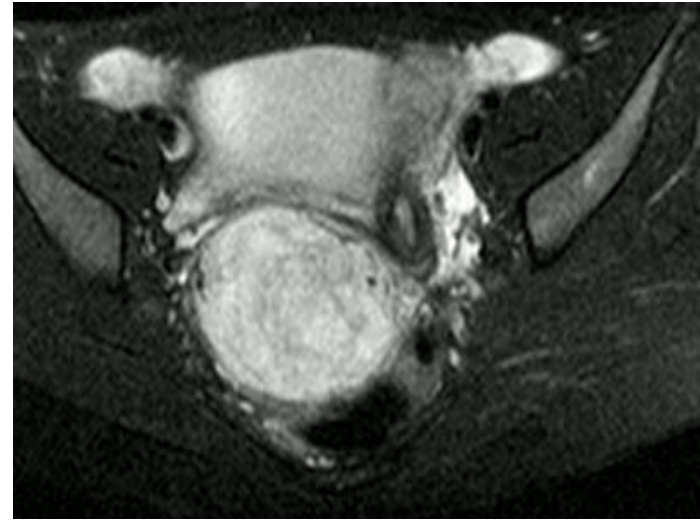
Рак тела матки с метастазом в ЯИЧНИК



МИОМЫ



Лейомиома



Отечественная классификация (1956 г., дополненная в 1985 г.)

- **I стадия:**
- Ia — опухоль ограничена эндометрием;
- Ib — инвазия опухоли до 1 см в миометрий;
- Iv — инвазия опухоли более 1 см, но не доходит до серозной оболочки;
- **II стадия** — опухоль распространяется на шейку матки;
- **III стадия:**
- Ша — рак тела матки с метастазами в регионарных лимфатических узлах, в придатках, во влагалище.
- Шб — рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или обеих сторонах, перешедших на стенку малого таза, но без вовлечения близлежащих органов.
- **IV стадия:**
- IVa — рак тела матки с прорастанием брюшины и с переходом на мочевой пузырь или прямую кишку, или на подпаянные другие отделы кишечника.
- IVб — рак тела матки с отдаленными метастазами (в легких, печени, костях).

Лечение:

- У большинства больных (72%) раком эндометрия лечение является комплексным, включающим хирургический, лучевой и лекарственный компоненты.
- Хирургический метод является ведущим и, как правило, первым в комбинированном и комплексном лечении. (используется при всех стадиях процесса)

Лечение:

- Обычно выполняемым объемом является простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон.
- Целесообразность лимфаденэктомии дискутируется. Выполнение лимфаденэктомии и необнаружение мтс в лимфоузлах в ранних стадиях позволило бы отказаться от адъювантной лучевой терапии.
- При распространении рака на придатки матки следует произвести еще и резекцию большого сальника, так как при поражении придатков опухоль часто метастазирует в большой сальник. В этих случаях в комплекс послеоперационного лечения следует включить и химиотерапию.

Лечение:

- После простой экстирпации матки в послеоперационном периоде проводится лучевое лечение, заключающееся в дистанционном гамма или тормозном облучении малого таза.
- Оно заметно повышает эффективность лечения.
- При 1а стадии и высокой дифференцированности опухоли возможно облучение только влагалищной трубки

Лечение:

- У больных с повышенным риском метастазирования рака эндометрия во влагалище (поражение нижнего сегмента матки, канала шейки матки, низкой степени дифференцировки опухоли) целесообразно в послеоперационном периоде провести сочетанную лучевую терапию.

Полихимиотерпия распространённых стадий

1. Цисплатин - 75 мг/м^2 в/в капельно в 1-й день.
 2. Доксорубицин - 50 мг/м^2 в/в в 1 -й день. Курсы повторяют каждые 3 недели.
- Паклитаксел (Таксол) - 175 мг/м^2 3-часовая инфузия в 1-й день.
 - Карбоплатин — АУС 4-5 в/в капельно или цисплатин - 75 мг/м^2 в/в капельно с гидратацией. Повторение цикла каждые 3-4 недели.
 - Паклитаксел (Таксол) - 135 мг/м^2 3-часовая инфузия в 1-й день.
 - Доксорубицин — 50 мг/м^2 в/в капельно с гидратацией в 1 -й день \pm Г-КСФ. Повторение цикла каждые 3 недели.

ПХТ

- САР. Цисплатин — 50 мг/м^2 в/в капельно в 1 -й день
- Доксорубицин (Адриамицин) — 50 мг/м^2 в/в в 1-й день.
- Циклофосфамид - 500 мг/м^2 в/в в 1 -й день. Курсы повторяют каждые 4 недели.

- Цисплатин — 80 мг/м^2 в/в капельно в 1 -й день.
Винорельбин - 25 мг/м^2 в/в в 1 -й и 8-й день.
-
- В настоящее время изучается роль адъювантной химиотерапии

ГОРМОНОТЕРАПИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

- Успех терапии коррелирует с содержанием в клетках рецепторов к прогестерону и эстрогенам. При их наличии эффективность 75%. При отсутствии – 7%.
- Препараты:
- Депостат 200мг в\м 1 раз в неделю
- Мегестрол (Мегейс) 160-320мг/сут длительно
- Депо-Провера 500-1500 мг в\м ежедневно 28-30 дней,
- Затем 2 раза в неделю
- 17-ОПК по 500 мг в\м ежедневно 2-3 месяца, затем 2 раза в неделю 3 месяца
- Для преодоления первичной гормональной резистентности назначают антиэстрогены – тамоксифен по 10 мг 4 раза в сутки 3 месяца, затем по 10 мг 2 раза в сутки - ещё 3 месяца.

- У молодых больных до 40 лет в связи с высокой дифференцированностью опухолей, относительно благоприятным течением и ранним распознаванием возможно органосберегающее консервативное лечение прогестинами под контролем гистероскопии.
- Обязательным условием консервативной терапии является установление при иммуногистохимии высокого уровня экспрессии рецепторов к эстрогенам и низкого – маркера СОХ-2

- Назначаются ДЕПОСТАТ, или 17 ОПК, или МЕГЕЙС в течение 6 месяцев.
- В последующем – восстановление цикла (КОК).
- Возможны даже беременности и роды.
Риск рецидива 30%
- Рецидив может быть подвергнут такому же лечению