

РАК МАТОЧНЫХ ТРУБ. КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

ВЫПОЛНИЛА

СТУДЕНТКА IV КУРСА

ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

ГРИГОРЯН КАМИЛА АГАРОНОВНА

КРАСНОДАР 2017

Рак маточных труб — это злокачественная опухоль, при которой происходит одностороннее или двустороннее поражение фаллопиевых труб.

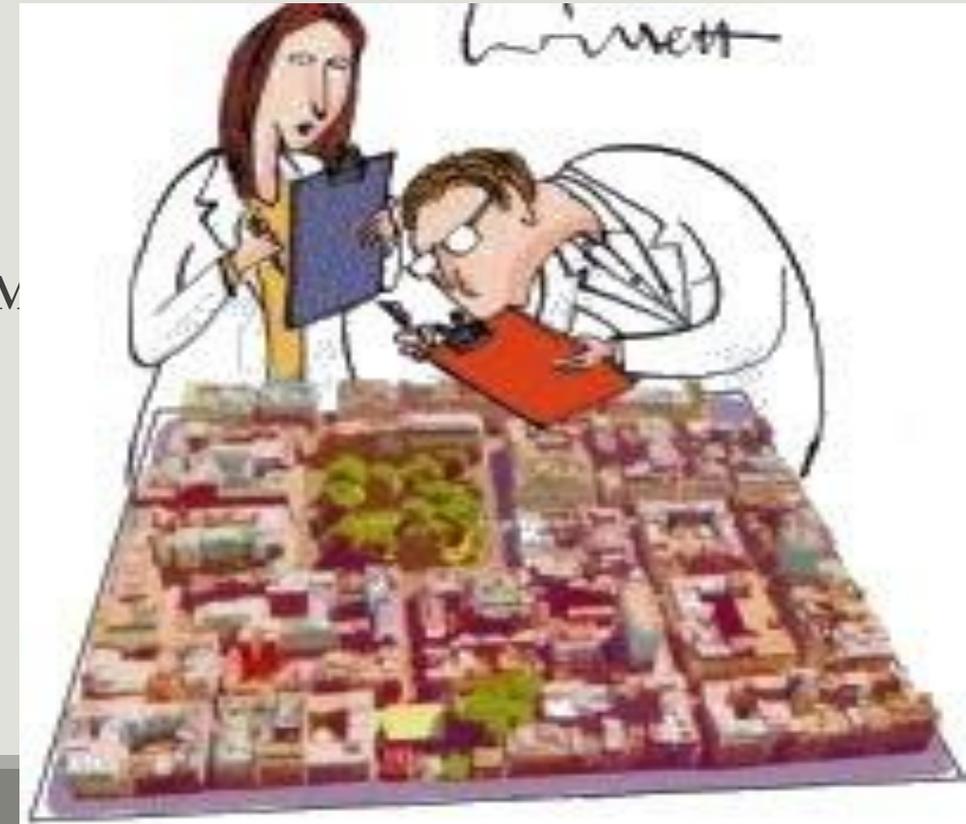


Эпидемиология

Частота среди пациенток с онкогинекологическими заболеваниями варьирует от 0,11 до 1,18%.

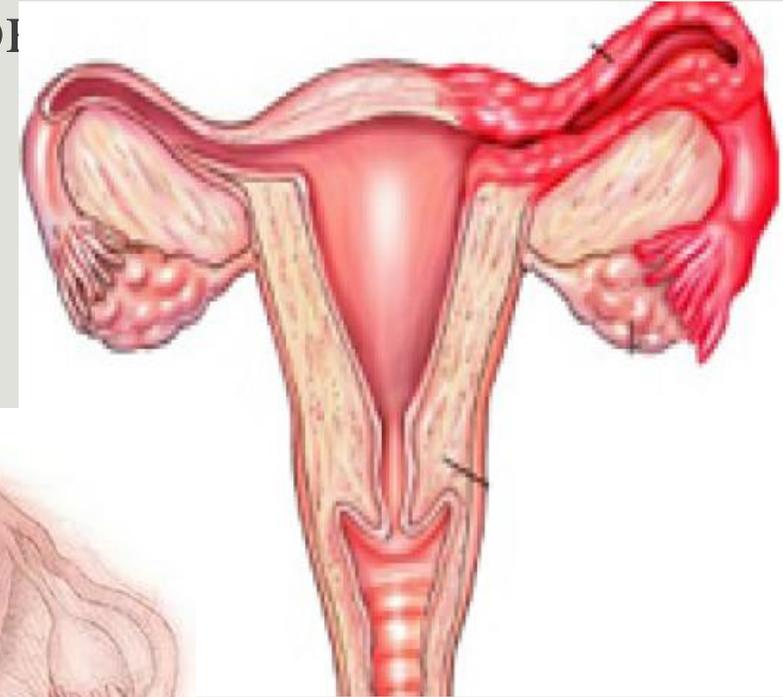
Средний возраст больных составляет 57 лет.

Как правило, процесс бывает односторонним, поражает ампулу фаллопиевой трубы.



Этиология

1. Острые воспалительные заболевания придатков (сальпингиты, аднекситы) в анамнезе
2. Отсутствие родов или бесплодие, связанное с аменореей или ановуляторными циклами.
3. Возраст старше 40 лет
4. Вирусы (герпеса II типа, ВПЧ)



Патогенез

Рак в маточной трубе может возникнуть **первично** (**первичный** рак маточной трубы), но значительно чаще развивается вторично, вследствие распространения раковой опухоли из тела матки, яичника (**вторичный рак** маточной трубы). Встречаются метастазы рака молочной железы и опухолей желудочно-кишечного тракта (метастатический рак маточной трубы).

Считают, что в развитии рака маточных труб обусловлено дисгормональными нарушениями в гипофизарно-овариальной системе.

Рак маточных труб чаще всего локализуется в средней и ампулярной трети трубы.

На ранних стадиях заболевания маточная труба макроскопически может быть не изменена.

При запущенных стадиях она увеличивается в размерах и деформируется, приобретая различную форму.

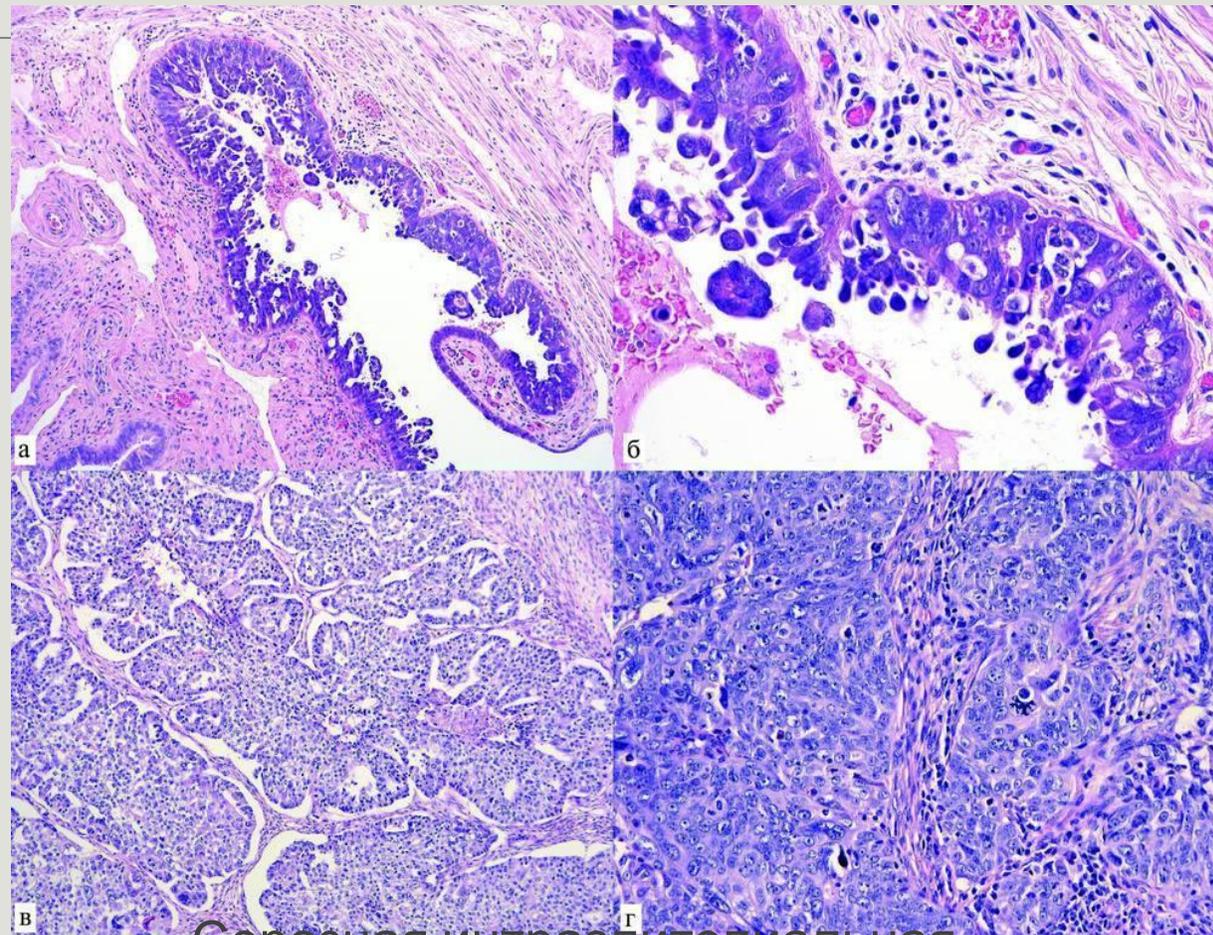
При запаянном отверстии ампулы маточной трубы внешне характерна картина гидрогематопиосальпинкса.

При открытом отверстии ампулы маточной трубы опухолевые массы чаще всего выступают в брюшную полость в виде опухолевых узлов или разрастания бородавчатого вида.

Классификация

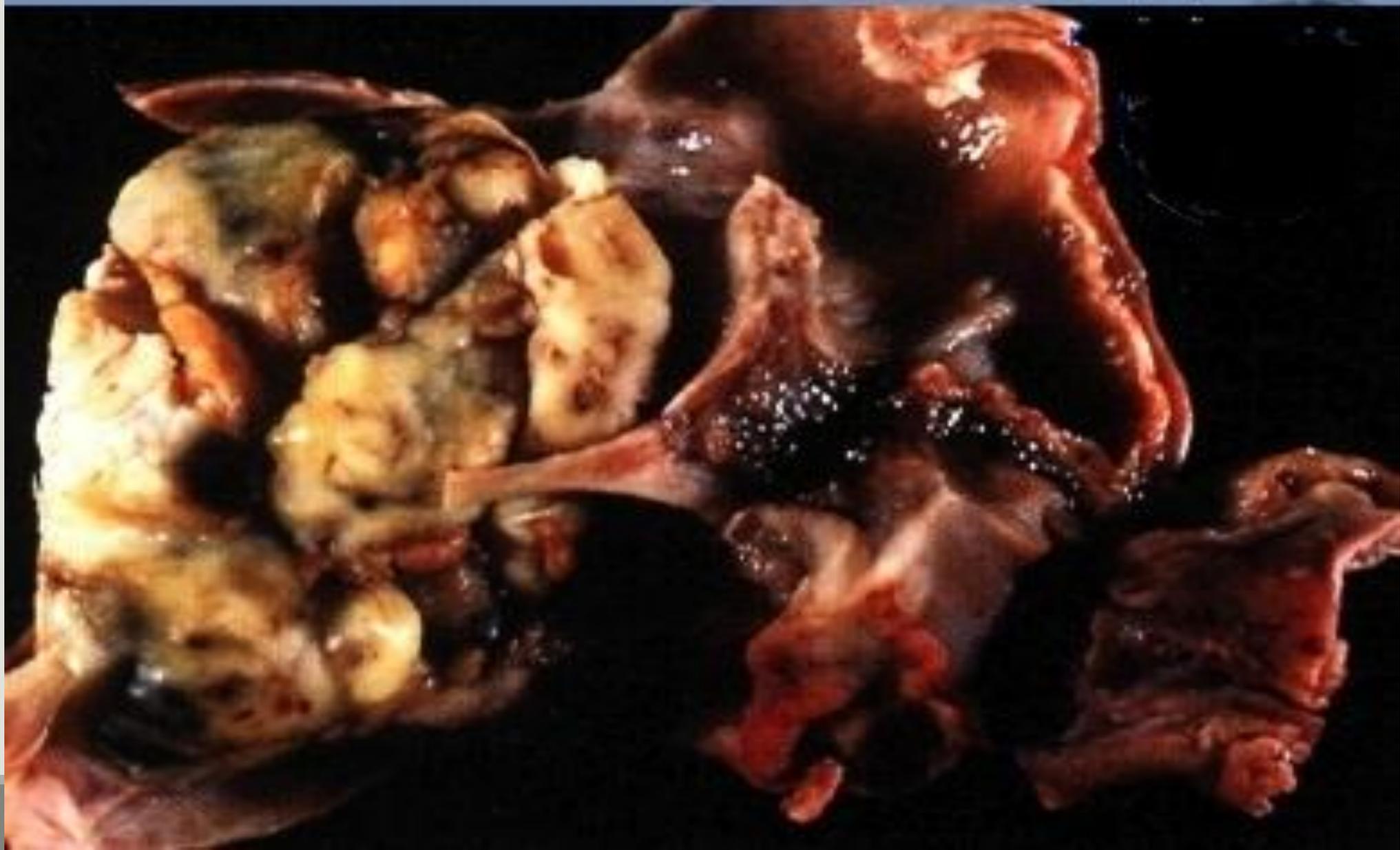
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ:

- аденокарцинома in situ;
- серозная аденокарцинома;
- муцинозная аденокарцинома;
- эндометриоидная аденокарцинома;
- светлоклеточная аденокарцинома;
- переходно-клеточная карцинома;
- плоскоклеточная карцинома;
- недифференцированная карцинома;
- пограничные опухоли.
- карцинома



Серозная интраэпителиальная

Кистозный рак маточной трубы



TNM	FIGO	Объем поражения
TX		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0		Первичная опухоль не определяется
Tis	0	Преинвазивная карцинома (<i>carcinoma in situ</i>)
T1	I	Опухоль ограничена маточной трубой (трубами)
T1a	IA	Опухоль ограничена одной трубой без прорастания серозной оболочки, асцита нет
T1b	IB	Опухоль ограничена двумя трубами, без прорастания серозной оболочки, асцита нет
T1c	IC	Опухоль ограничена одной или двумя трубами, прорастает серозную оболочку/опухолевые клетки в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости
T2	II	Опухоль вовлекает одну или обе трубы и распространяется на тазовые органы
T2a	IIA	Распространение и/или метастазы в матку и/или яичники
T2b	IIB	Распространение на другие структуры таза
T2c	IIC	Распространение на стенки таза (IIa или IIb) с наличием опухолевых клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости
T3	III	Опухоль поражает одну или обе маточные трубы с имплантацией по брюшине вне таза и/или метастазами в регионарных ЛУ
T3a	IIIA	Микроскопические метастазы по брюшине за пределами таза
T3b	IIIB	Макроскопические метастазы по брюшине до 2 см в наибольшем измерении
T3c и/или N1	IIIC	Метастазы по брюшине более 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных ЛУ
M1	IV	Отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине)
NX		Недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
N0		Нет признаков поражения метастазами регионарных ЛУ
N1		Метастазы в регионарных ЛУ
MX		Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
M0		Нет признаков отдаленных метастазов

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

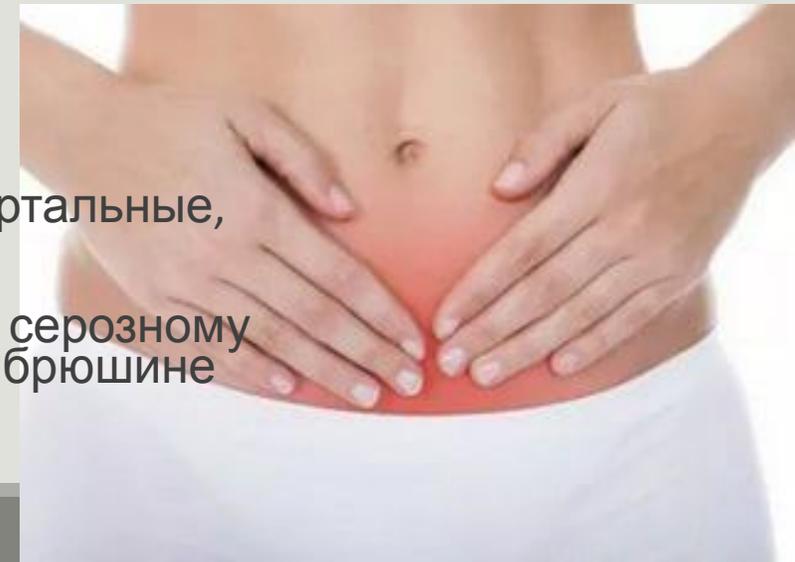
Отсутствие патогномичных симптомов и скрининга объясняет, почему у большинства больных РИТ диагностируют спустя 6- 12мес. После появления первых симптомов.

В отличие от рака яичников, который в основном долго протекает бессимптомно, клиника РМТ ярче и разнообразнее.

Характерные симптомы :

- желтоватые, порой обильные , водянистые выделения из половых путей
- схваткообразные боли внизу живота или в паховых областях
- ациклические кровянистые выделения
- перемежающая водянка маточной трубы
- метастатическое поражение лимфатических узлов (парааортальные, надключичные)

При дальнейшем росте опухоли из-за диссеминации рака по серозному покрову трубы и матки, а также по париетальной и висцеральной брюшине малого таза.



Метастазирование

Имплантационный

Лимфогенный

Гематогенный

Диагностика

1. Гинекологическое исследование
2. УЗИ малого таза и забрюшинного пространства
3. КТ ОБП, малого таза и забрюшинного пространства
4. Цитологическое исследование аспирата из полости матки или мазков из эндоцервикса опухолевые кисты выявляют только в 23% случаев
5. Уровень СА-125 повышен у 85%больных РМТ. Уровень СА-125 коррелирует со стадией РМТ. Является чувствительным методом ранней диагностики.
6. Лапароскопия с биопсией опухоли.

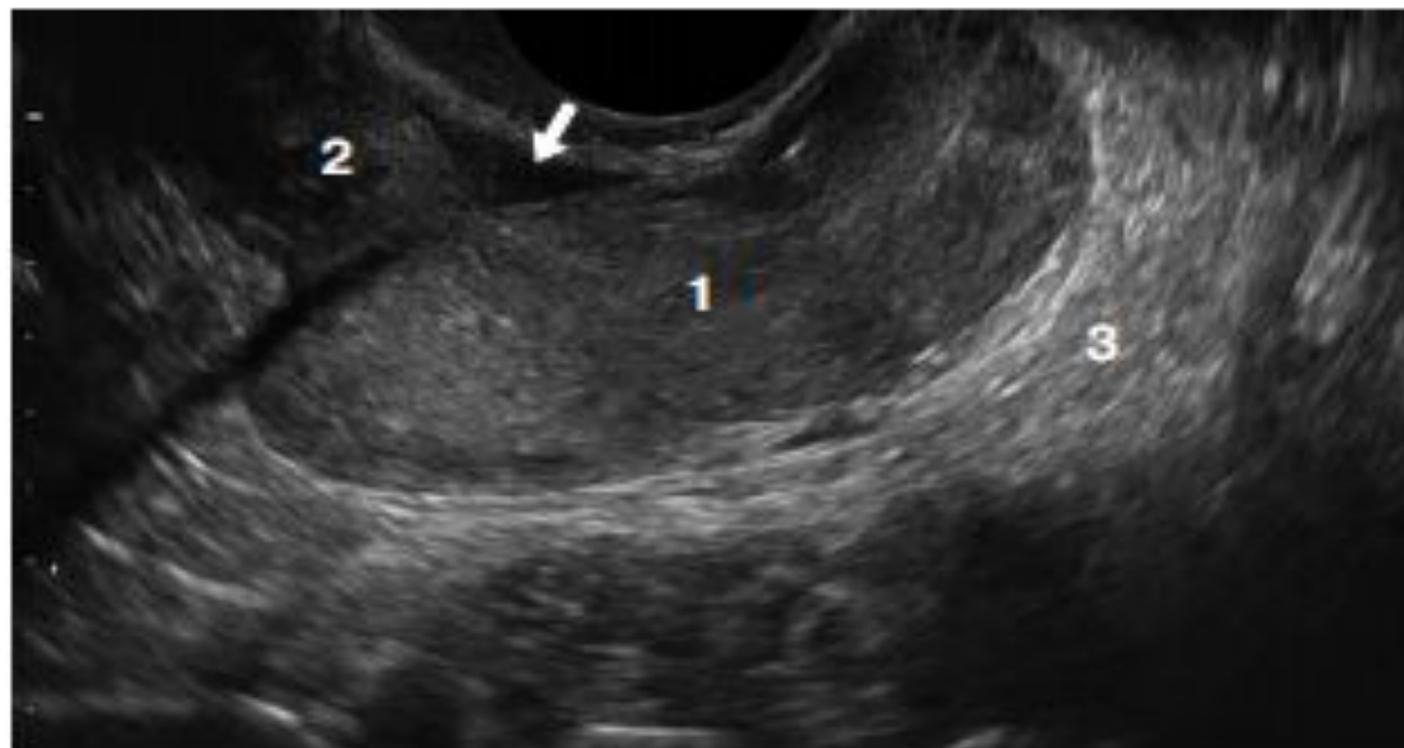


Рис. 1. Ультразвуковое изображение РМТ. Поперечное трансвагинальное сканирование. Преимущественно продолговатая форма опухоли. Контуры опухоли четкие. 1 – опухоль, 2 – маточный угол, 3 – зона дистального псевдоусиления эхосигнала. Стрелкой указано небольшое количество жидкости в малом тазу.

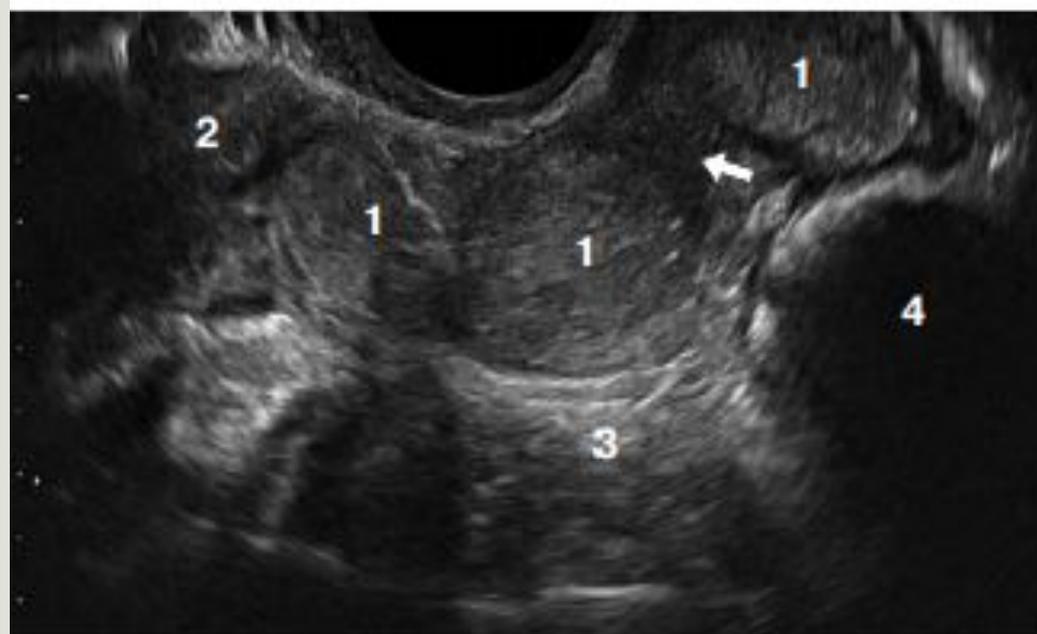


Рис. 2. Ультразвуковое изображение РМТ. Поперечное трансвагинальное сканирование. Преимущественно колбасовидная форма опухоли. Контуры опухоли четкие. 1 – опухоль, 2 – маточный угол, 3 – зона дистального псевдоусиления эхосигнала, 4 – толстый кишечник. Стрелкой указана смешанная эхогенность жидкостного содержимого опухоли (в режиме реального времени жидкостный характер подтверждался признаком флотирования).

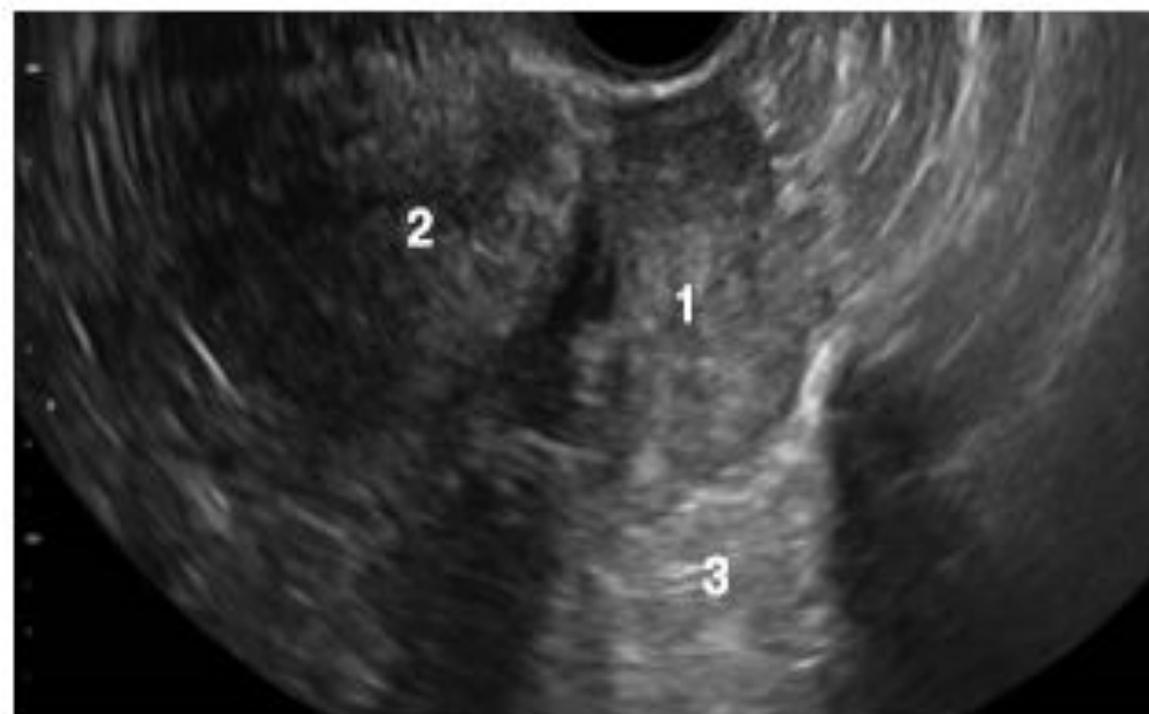


Рис. 3. Ультразвуковое изображение РМТ. Поперечное трансвагинальное сканирование. Опухоль имеет неправильную округлую форму. Контуры опухоли нечеткие. 1 – опухоль, 2 – тело матки, 3 – зона дистального псевдоусиления эхосигнала.

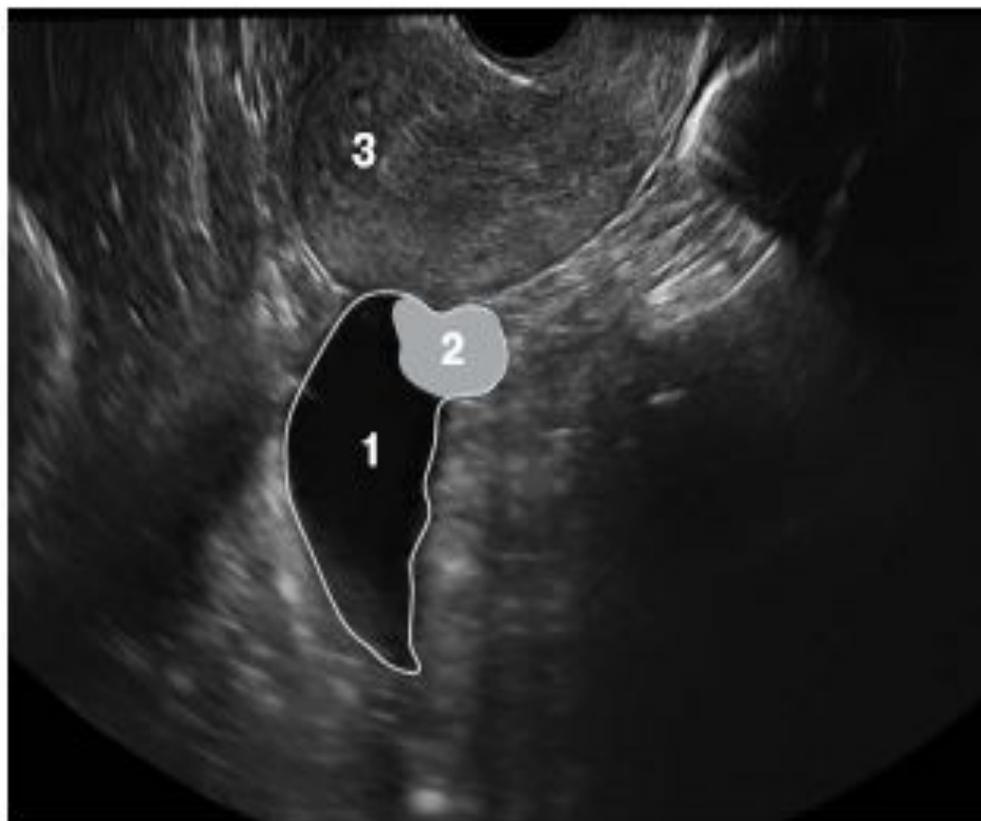
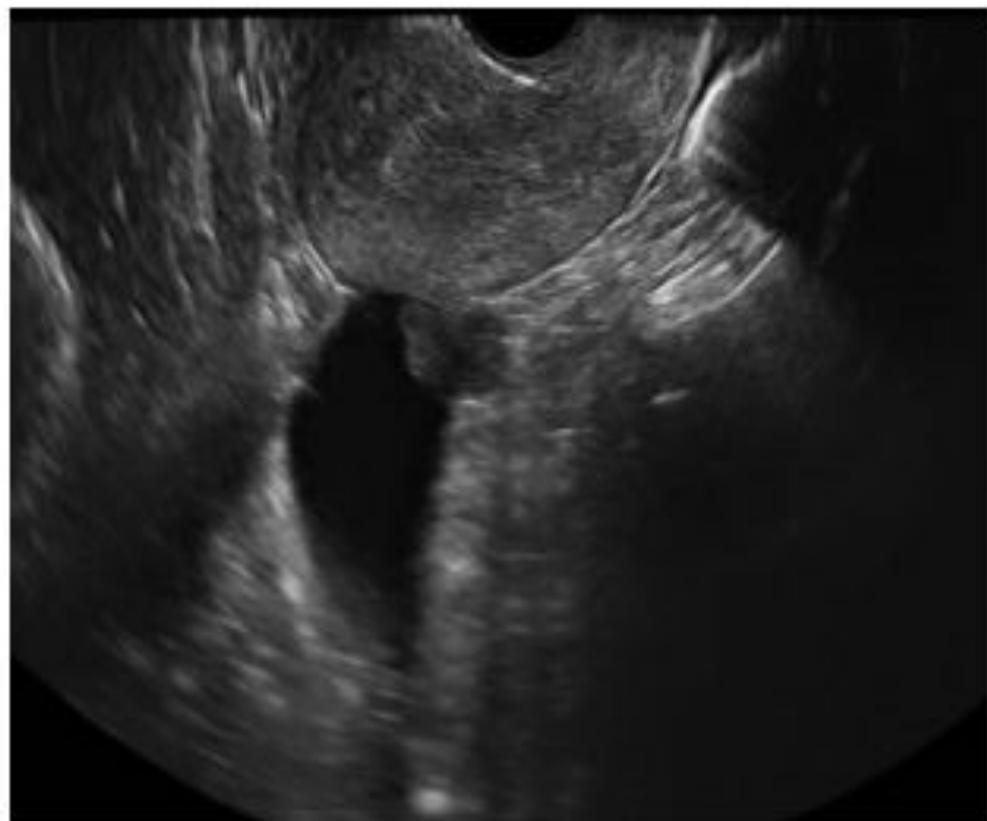


Рис. 5. Трансвагинальное продольное сканирование. 1-й тип эхоструктуры РМТ по М. Ludovisi et al. [2]. Преимущественно эхонегативное образование (1) с относительно небольшим солидным компонентом по типу папиллярного разрастания (2). 3 – тело матки.

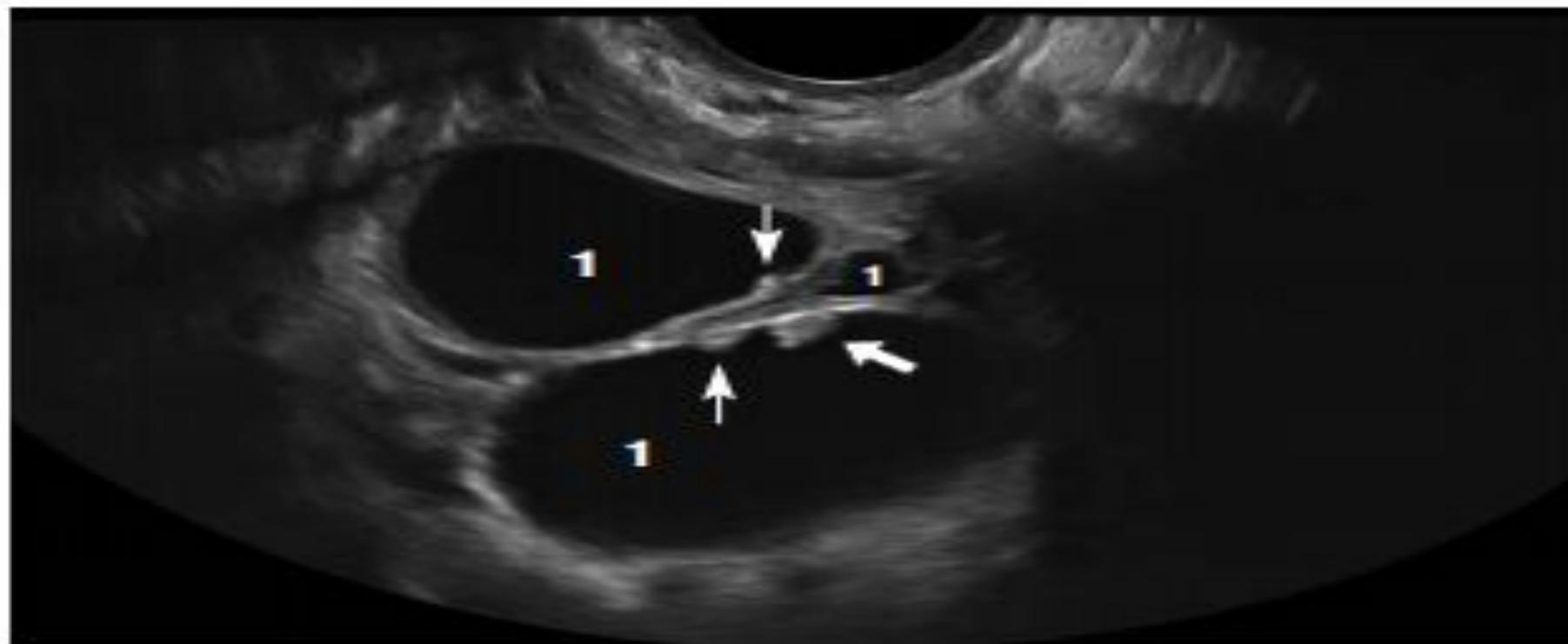


Рис. 8. Поперечное трансвагинальное сканирование. 1-й тип экоструктуры РМТ по М. Ludovisi et al. [2]. Преимущественно эхонегативное образование с очень небольшим солидным компонентом по типу папиллярного разрастания (8 мм) (стрелка). Тонкими стрелками указаны поперечно сканируемые гипертрофированные складки маточной трубы. 1 – просвет дилатированной трубы. Пояснение в тексте.

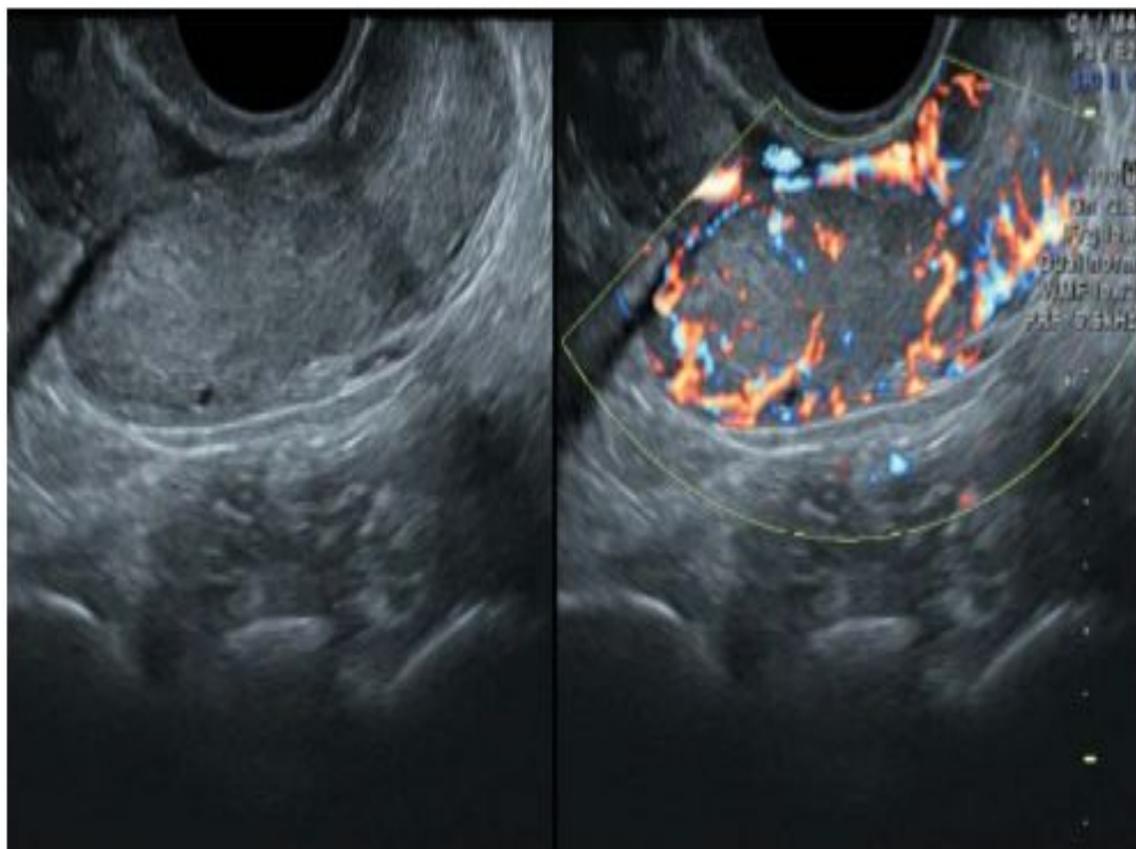


Рис. 11. Поперечное трансвагинальное сканирование. РМТ. Режим направленной энергетической доплерографии. Умеренная интенсивность внутриопухолевого кровотока преимущественно в периферических отделах солидного компонента опухоли.

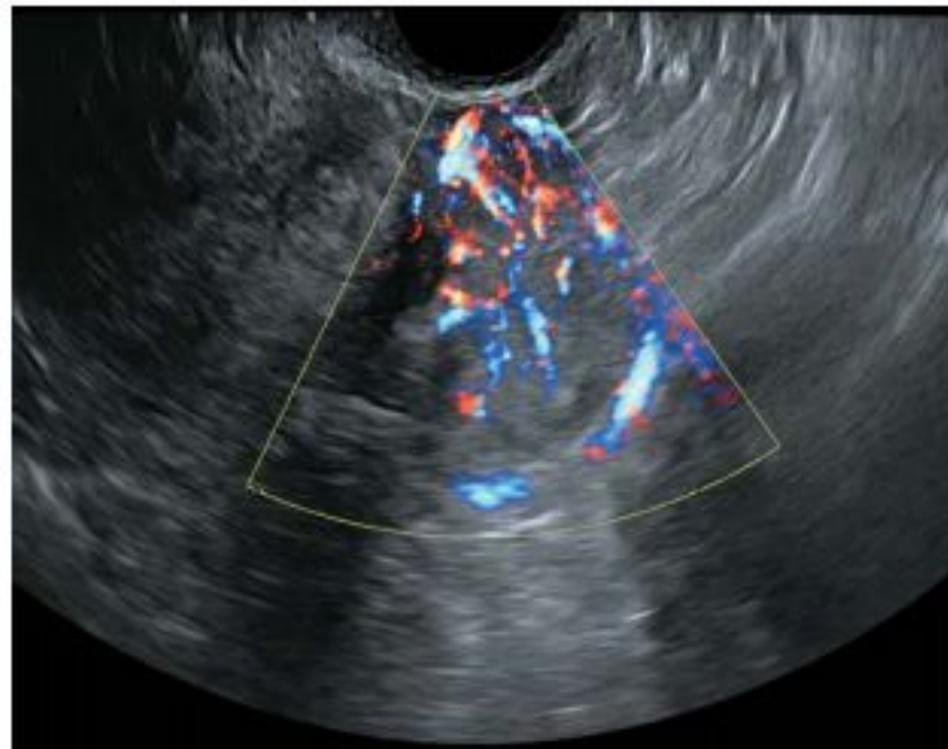


Рис. 12. Поперечное трансвагинальное сканирование. РМТ. Режим направленной энергетической доплерографии. Выраженная интенсивность внутриопухолевого кровотока как в периферических, так и в центральных отделах солидного компонента опухоли.

Клинические случаи

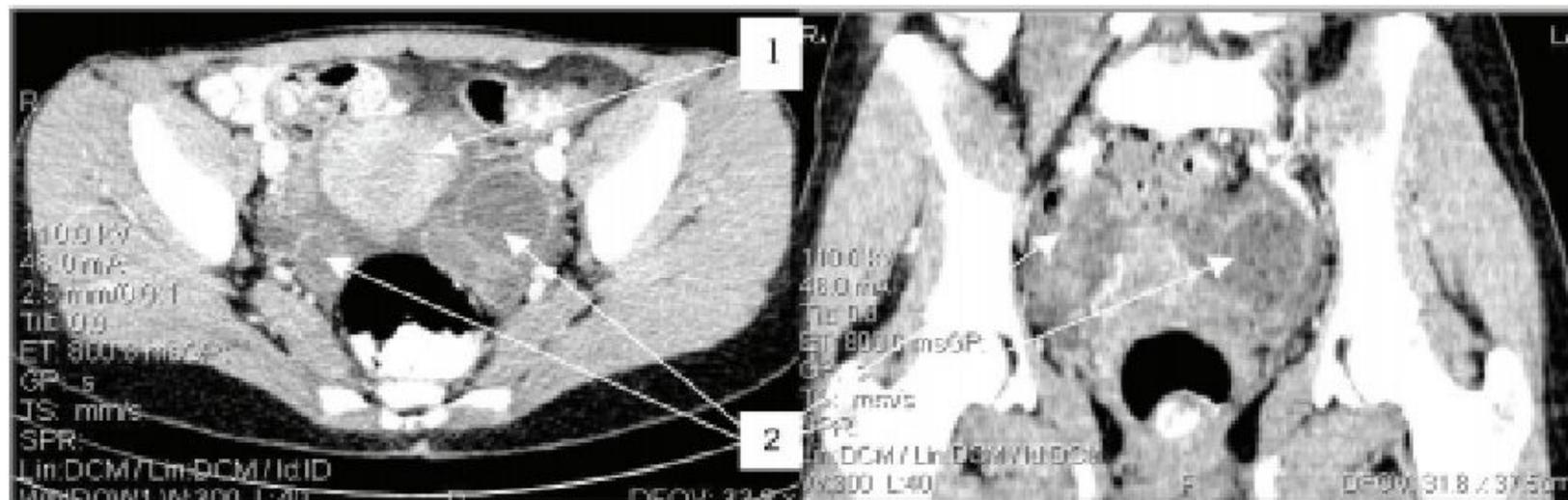


Рис. 1. Спиральная компьютерная томография с внутривенным контрастным усилением: в проекции придатков с обеих сторон и кауди от матки на фоне жидкости визуализируется опухолевое образование преимущественно кистозного строения, с наличием капсулы и небольшого солидного компонента по периферии, состоящее из нескольких узлов, размерами от 10 до 36 мм.

Примечания: 1 – тело матки; 2 – измененные маточные трубы

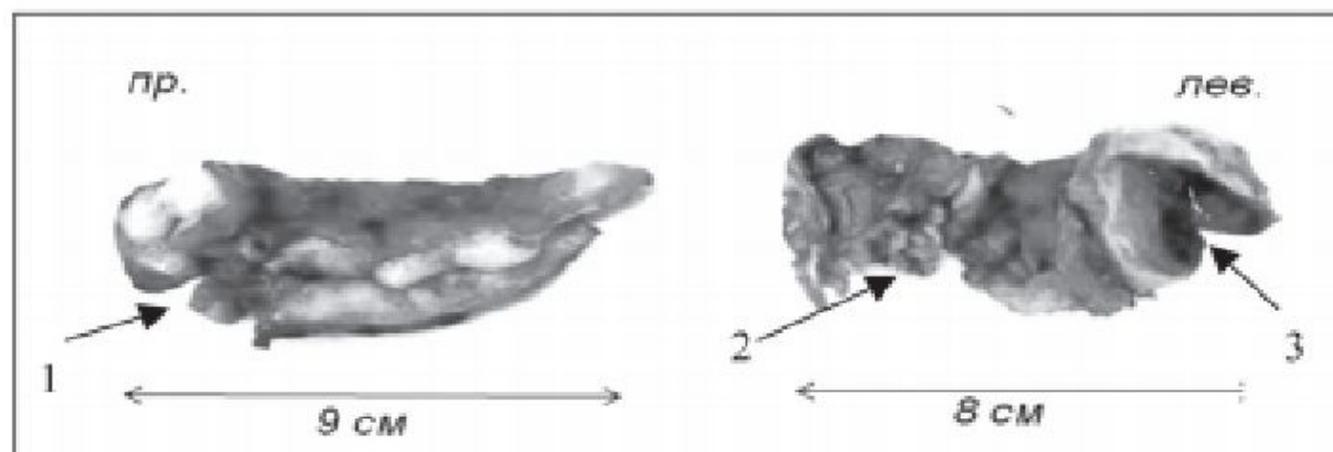
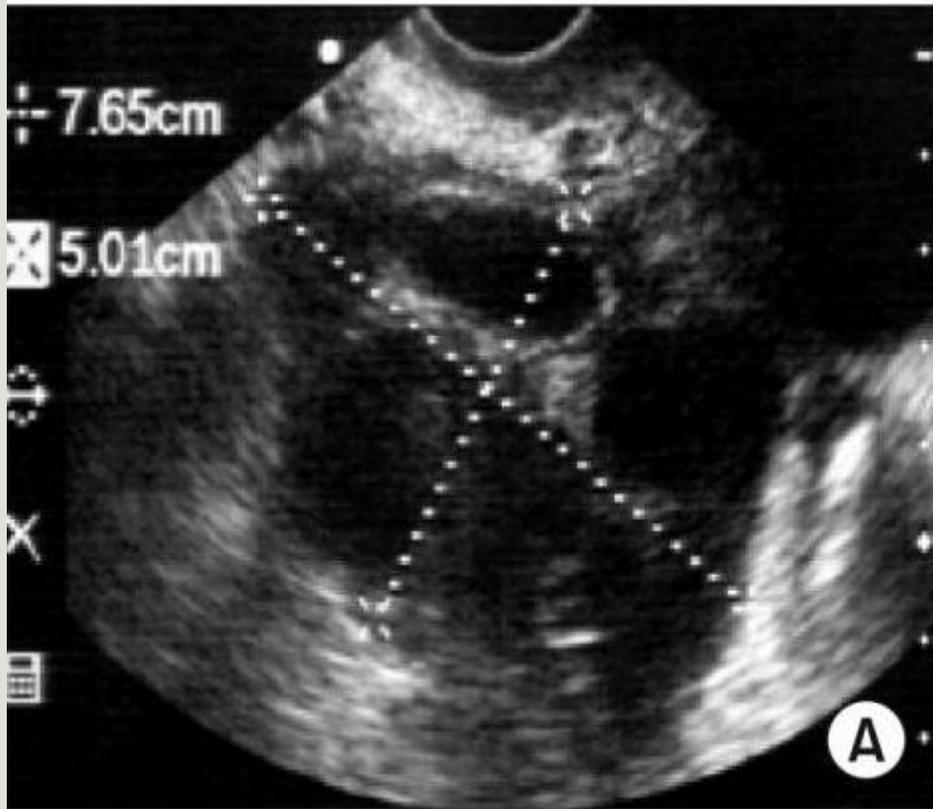


Рис. 2. Макропрепарат: маточная труба справа и придатки слева. Маточные трубы неравномерно утолщены до 2,5 см в диаметре, местами хрящевидной плотности, в зоне сальпингостомии справа солидный компонент с желто-зелеными некротическими наложениями (1), из просвета левой маточной трубы – крошковидные массы (2).

Левый яичник с фибринозно-некротическими изменениями, кистой с признаками кровоизлияния (3)



(A) Трансвагинальная ультрасонография, показывающая многокишечную кисту с неполной перегородкой. (B) Компьютерное томографическое сканирование, показывающее тубоовариальный абсцесс,

Цели лечения:

Устранение опухоли

Предупреждение рецидива опухоли и ее метастазирования



Тактика лечения

На I стадии субтотальная экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника, в последующем - полихимиотерапия

На II – IV стадиях – радикальная операция + лучевая терапия (области таза и парааортальной зоны) + химиотерапия

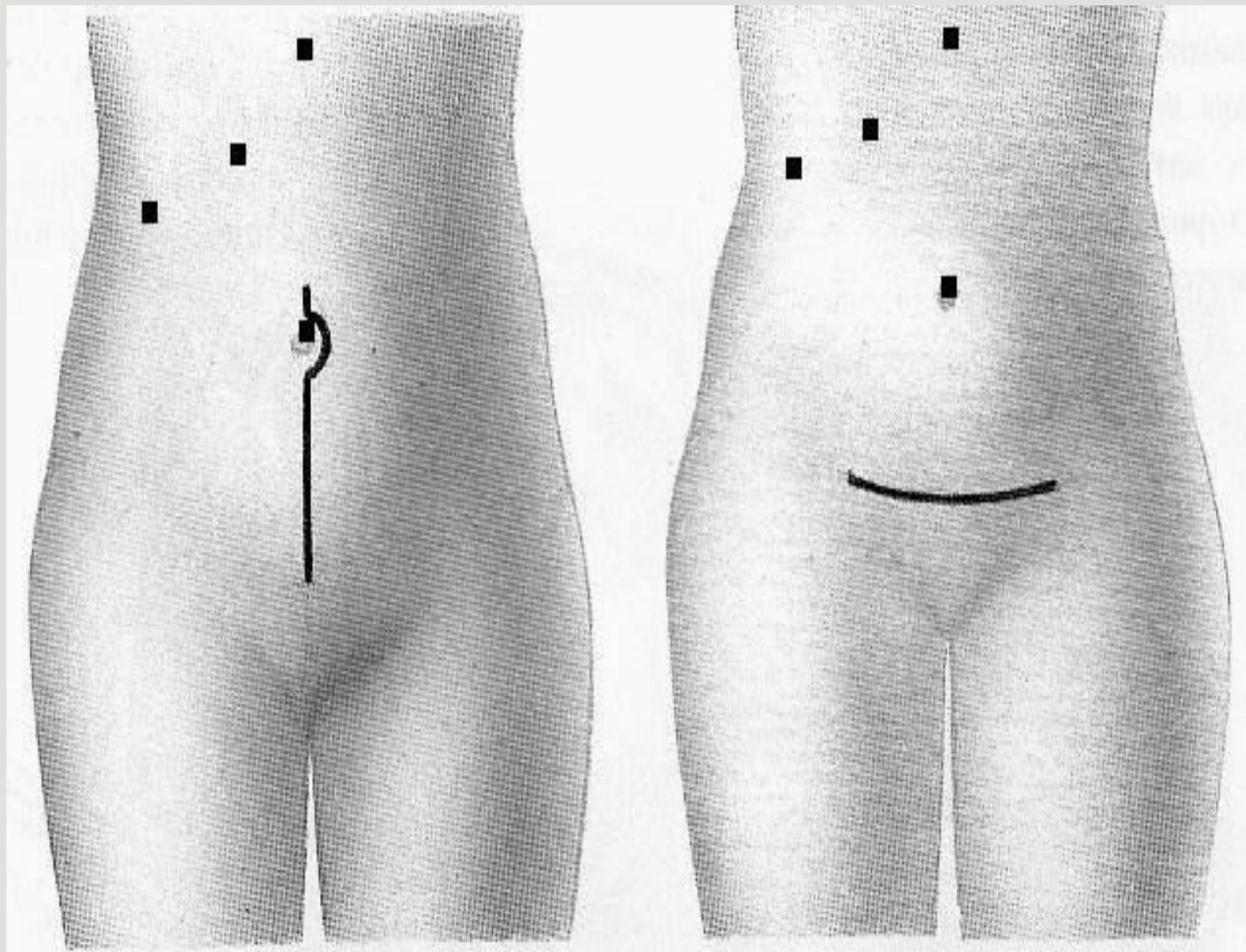


Субтотальная экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника



Этапы:

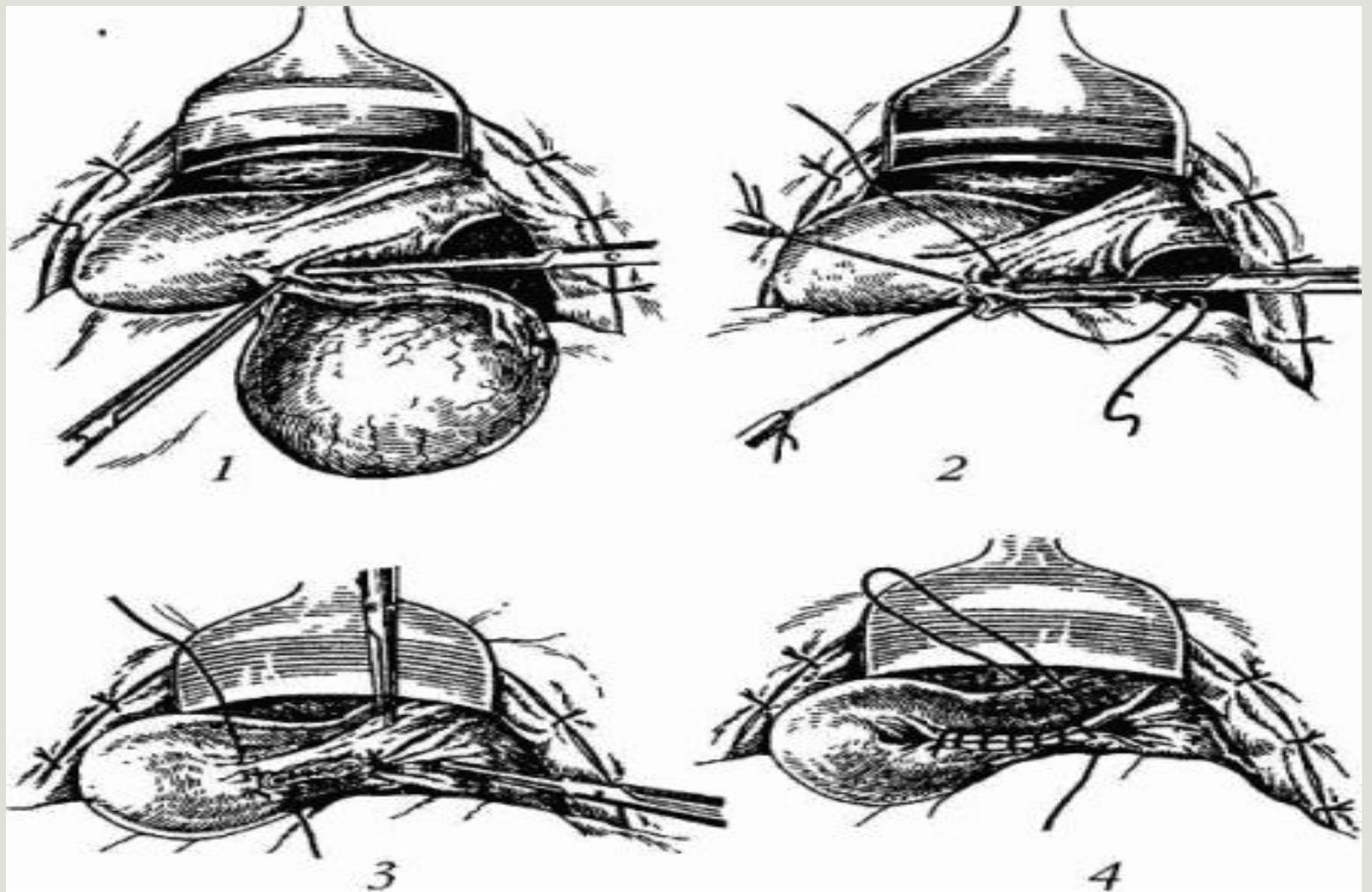
1. Нижняя
срединная
лапаротомия/
разрез по
Пфанненштилю



Этап 2. Пересекаются и перевязываются связки маточного органа. Культю лигируют и прошивают. Связки пересекаются в лишенных сосудов местах, их видно, если посмотреть на связку с задней стороны.

3. Удаление придатков матки

1 - наложение зажимов на ножку опухоли (маточный конец трубы, собственную связку яичника и связок); 2 - наложение швов в воронки-тазовых на культю собственной связки яичника, маточный конец трубы и воронки-тазовой связки; 3 - начало перитонизации; 4 - конец перитонизации



Удаляются придатки. Связки пересекаются в местах лишенных сосудов. После перевязки и перед перитонезацией осматривают на предмет гемостаза. Пересечение подвешивающей связки производится после определения хода мочеточника.

Этап 3. Мобилизируется мочевой пузырь.
Рассекается пузырно-маточная связка и
лигируются сосуды матки.

Этап 4. Пересекаются пучки кровеносных сосудов.
Пересечение и перевязку пучка сосудов при
экстирпации маточного органа производят на
уровне внутреннего зева. Сосуды маточного органа
надежно лигируются, концы лигатур обрезаются.

Этап 5. Рассекается предпузырная фасция.

Этап 6. Пересекается и лигируется крестцовоматочная связка. При пересечении крестцовоматочных связок также контролируют ход мочеточника.

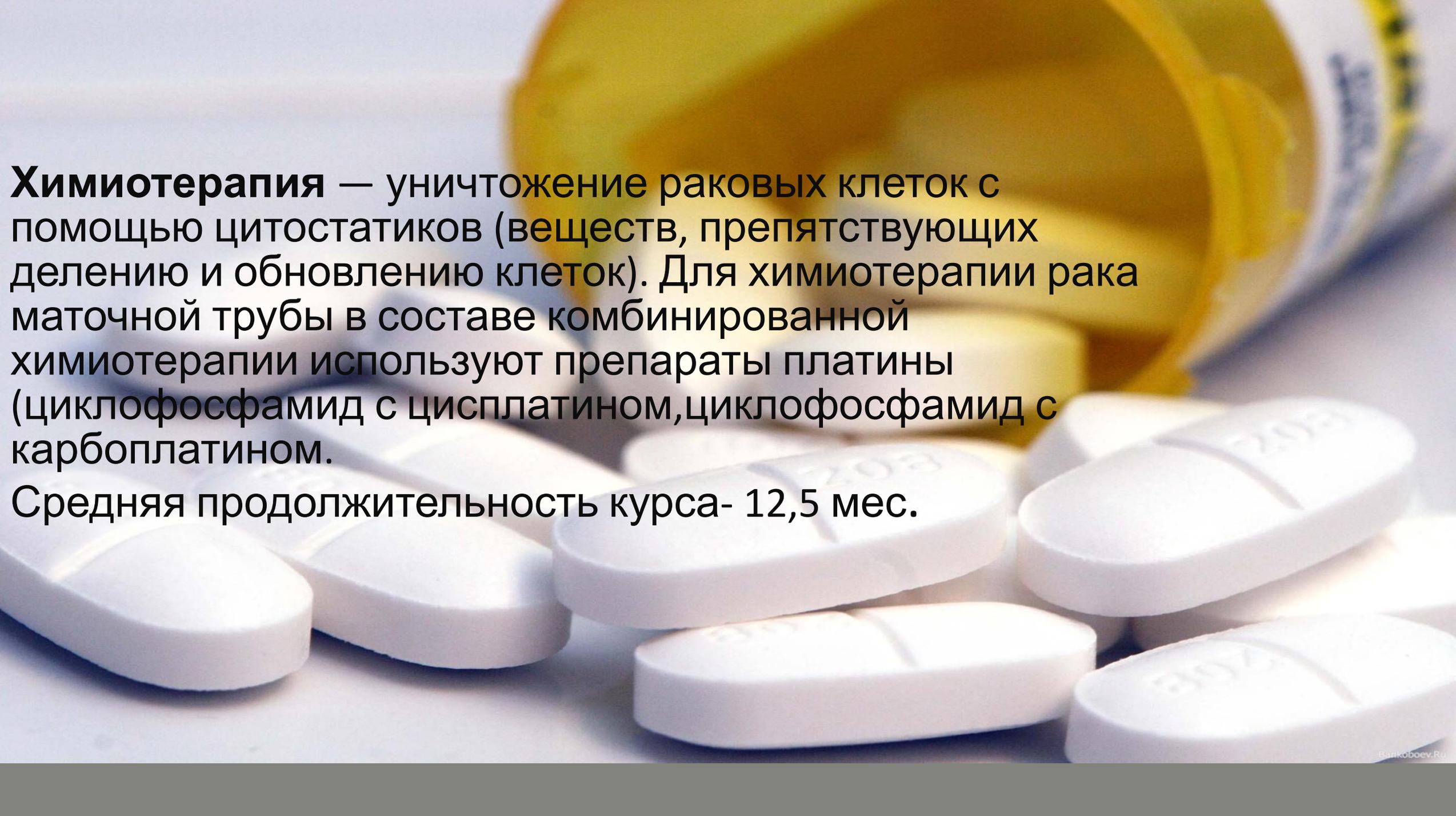
Этап 7. Пересекаются и лигируются кардинальные связки. Связки пересекаются в два приема. Для исключения кровотечения связки тщательно пересекаются, лигируются и прошиваются кетгутом или викрилом.

Этап 8. Вскрывается свод влагалища.

Этап 9. Обеспечивается гемостаз стенок влагалища.

Этап 10. Осуществляется изоляция зоны проведения операции от брюшной полости. Возможно оставление влагалищной трубки сообщающейся с брюшиной.

Этап 11. Оментэктомия. Сальник выводят в брюшную рану и резецируют обычно на уровне поперечно - ободочной кишки. Отсечение сальника производят и между зажимами, лигируя сосуды остающейся его части сразу же после отсечения каждого участка.



Химиотерапия — уничтожение раковых клеток с помощью цитостатиков (веществ, препятствующих делению и обновлению клеток). Для химиотерапии рака маточной трубы в составе комбинированной химиотерапии используют препараты платины (циклофосфамид с цисплатином, циклофосфамид с карбоплатином).

Средняя продолжительность курса- 12,5 мес.

Лучевая терапия

- Послеоперационная дистанционная лучевая терапия на область малого таза (СОД 45-50 Гр) при определении морфологической стадии опухоли:
 - многие авторы проводят лучевую терапию только при прогрессировании
 - низкодифференцированные опухоли стадии IC
- Внутриволостная лучевая терапия (СОД 21 ГР) при определении морфологической стадии опухоли
 - умереннодифференцированные опухоли I C стадии
 - низкодифференцированные опухоли I A и I B стадии



Прогноз

Общая 5-летняя выживаемость при раке маточной трубы составляет около 35%; 5-летняя выживаемость при I стадии равна приблизительно 70%, при II—III стадии — 25-30%. Выживаемость больных повышается при проведении комбинированного лечения (оперативное вмешательство, химиотерапия, лучевая терапия)

Спасибо за
внимание!!!