

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ

Эпидемиология

- Составляют 1% опухолей женских половых органов
- Больные детородного возраста

Особенности

- До начала 1970-х гг. почти все больные диссеминированной хориокарциномой погибали
- Сейчас большинство больных не только излечиваются, но и сохраняют репродуктивную функцию
 - ранняя диагностика
 - точное определение β -ХГ
 - эффективная химиотерапия

Патоморфология

- Пузырный занос
 - полный
 - частичный
- Инвазивный пузырный занос
- Хориокарцинома
- Опухоль плацентарного ложа
- Эпителиоидная трофобластическая опухоль

Патоморфология

- Поскольку диагноз трофобластической опухоли не требует морфологической верификации (желательна, но не обязательна), на смену морфологической классификации пришла клиническая

Классификация

Пузырный занос
(полный и частичный)

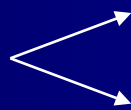
Трофобластические
опухоли

Инвазивный пузырный
занос

Хориокарцинома

Опухоль плацентарного
ложа

Эпителиоидная
трофобластическая
опухоль

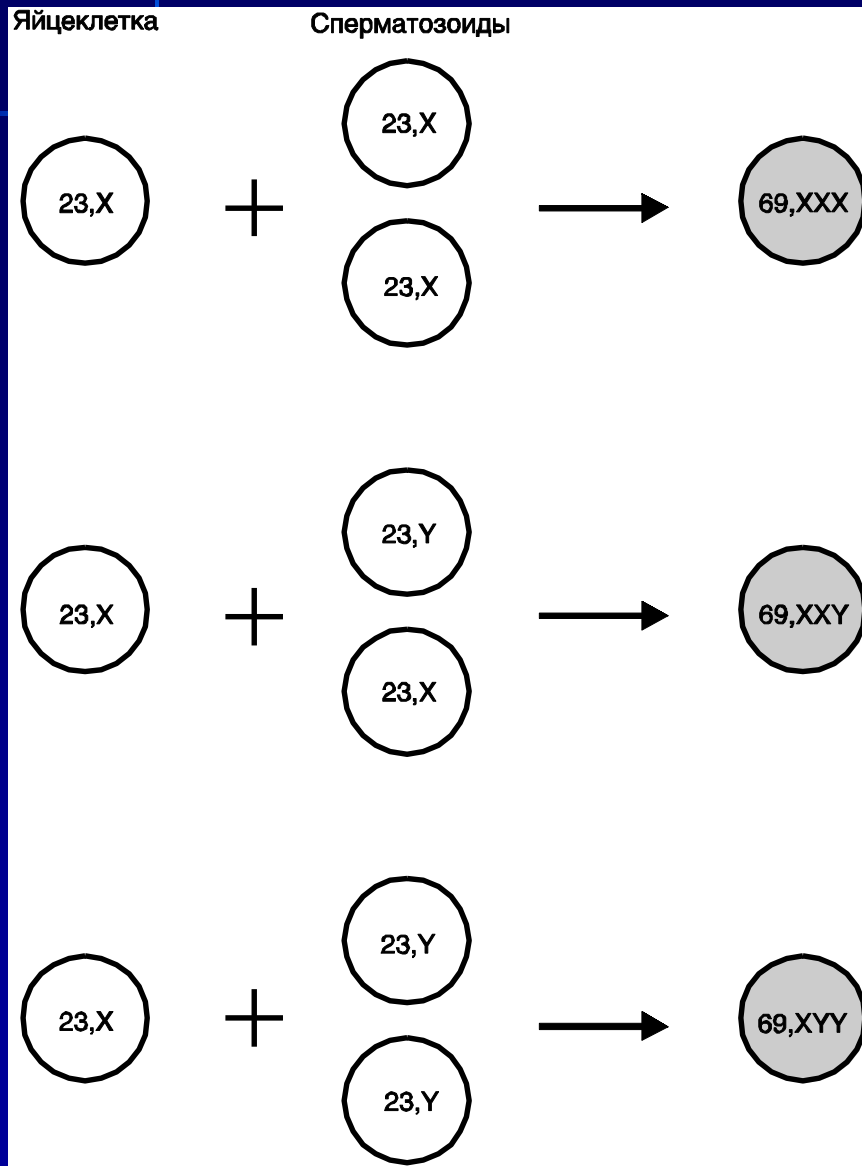


Недиссеминированные
Диссеминированные

Т
р
о
ф
о
б
л
а
с
т
и
ч
е
с
к
а
я

б
о
л
е
з
н
ь

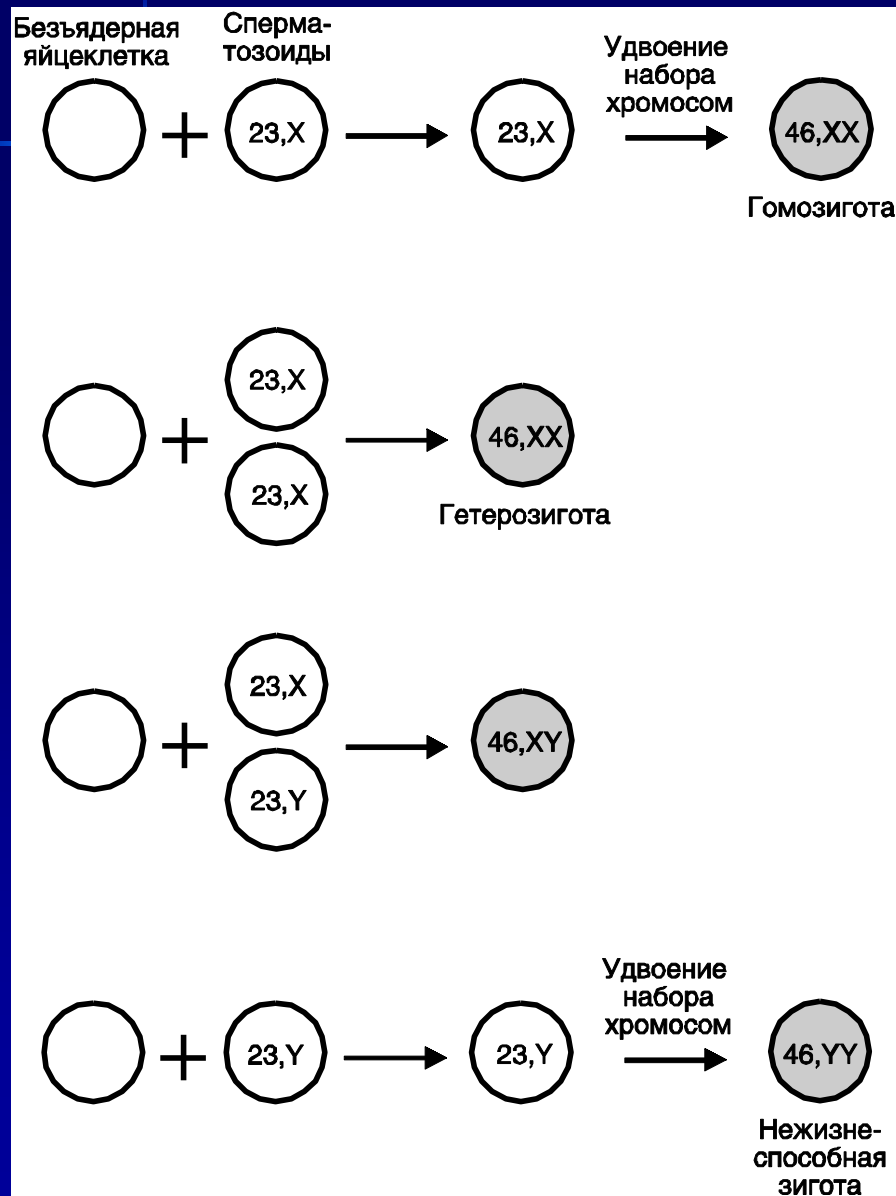
Частичный пузырный занос



- Наличие эмбриона или плода
- Триплоидия — частая причина самопроизвольного аборта в I триместре беременности, во многих из этих случаев в действительности имеет место частичный пузырный занос
- 1,4 на 1000 беременностей
- Риск трофобластических опухолей 4%

(J. S. Berek. Novak's Gynecology (12th ed.).
Williams & Wilkins, 1996.)

Полный пузырный занос



- Отсутствие эмбриона или плода
- 0,5 на 1000 беременностей
- Риск трофобластических опухолей 9—20%

(J. S. Berek. Novak's Gynecology (12th ed.). Williams & Wilkins, 1996.)

Патогенез

- Трофобластические опухоли развиваются в исходе:
 - пузырного заноса — 50—60%
 - самопроизвольного или искусственного аборта — 30%
 - нормальной или эктопической беременности — 10—20%

Диагностика и лечение пузырного заноса

- Кровянистые выделения из влагалища, рвота беременных
- УЗИ малого таза
- Эвакуация пузырного заноса
 - вакуум-аспирация
 - экстирпация матки у женщин, не планирующих иметь детей
 - нельзя настаивать на экстирпации матки, поскольку она не улучшает прогноз

Диагностика трофобластических опухолей

- Плато (1, 7, 14, 21-й день) или увеличение (1, 7, 14-й день) уровня β -ХГ в сыворотке после эвакуации пузырного заноса
- Визуализация метастазов
- Гистологическая верификация диагноза

Диагностика трофобластических опухолей

- Трофобластическая опухоль возможна у любой женщины детородного возраста
- Особенно трудна диагностика трофобластических опухолей в отсутствие пузырного заноса в анамнезе
- О возможности трофобластической опухоли должны помнить врачи всех специальностей. Особое внимание следует уделять больным детородного возраста с нарушениями мозгового кровообращения и больным с рецидивирующей пневмонией

Стадии трофобластических опухолей (FIGO, 2000)

Стадия	Локализация
I	Опухоль ограничена маткой
II	Опухоль ограничена половыми органами (придатки матки, влагалище)
III	Метастазы в легких независимо от поражения половых органов
IV	Другие отдаленные метастазы

Оценка риска резистентности опухоли (ВОЗ, FIGO, 2000)

Характеристики	Баллы			
	0	1	2	4
Возраст, годы	< 40	≥ 40	—	—
Исход предшествующей беременности	Пузырный занос	Аборт	Роды	—
Интервал после завершения беременности, мес	< 4	4—6	7—12	> 12
Уровень ХГ, МЕ/л	< 1 000	1 000—10 000	10 000—100 000	> 100 000
Размер наибольшей опухоли, включая опухоль матки, см	< 3	3—4	≥ 5	—
Локализация метастазов	Легкие	Селезенка, почки	ЖКТ	Печень, головной мозг
Количество метастазов	—	1—4	5—8	≥ 8
Предшествующая химиотерапия	—	—	1 препарат	2 препарата и более

Оценка риска резистентности опухоли (FIGO, 2000)

- Сумма баллов 6 и менее — низкий риск прогрессирования и резистентности опухоли к противоопухолевым средствам
- Сумма баллов 7 и более — высокий риск прогрессирования и резистентности опухоли к противоопухолевым средствам

Лечение

- Лечение больных (в том числе получавших нестандартные режимы) всегда начинают со стандартной химиотерапии I линии, режим которой определяется риском резистентности опухоли
- При сумме баллов по шкале ВОЗ/FIGO 6 и менее проводят монокимиотерапию метотрексатом с Лейковорином
- При сумме баллов по шкале ВОЗ/FIGO 7 и более проводят полихимиотерапию по схеме ЕМА-СО (этопозид, метотрексат, Лейковорин, дактиномицин, циклофосфамид, винкристин)

Лечение

- Высокая чувствительность к химиотерапии —→ жесткое соблюдение режима лечения (доз и сроков введения препаратов)
- При лечении в специализированных центрах частота осложнений и летальных исходов в 9 раз ниже, чем при лечении в неспециализированных учреждениях

Результаты лечения

(Л. А. Мещерякова, 2006)

Излечено	Всего	97,6%
	I стадия	100%
	II стадия	100%
	III стадия	97%
	IV стадия	60%
Умерли		2,4%
Частота резистентности		12,1%
Частота экстирпации матки		2,4%
Роды		8,9%