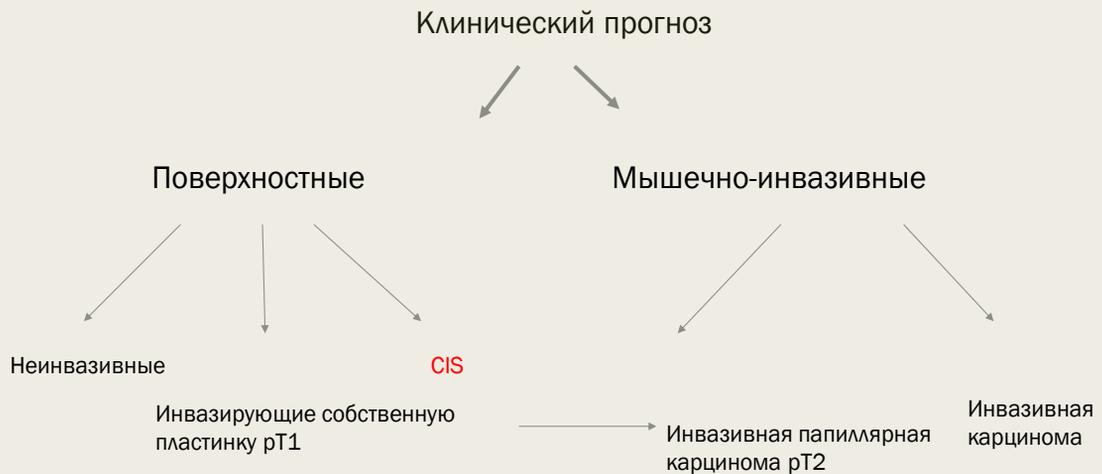


МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Прилепская Е.А., Ковылина М.В.
МГМСУ им. А.И.Евдокимова

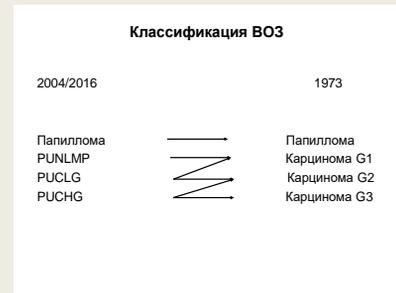


- Поверхностные опухоли
 - a. «Хроническое течение», новые случаи. По прошествии длительного времени возникают в разных областях мочевого пузыря
 - b. Консервативное лечение, хороший прогноз.

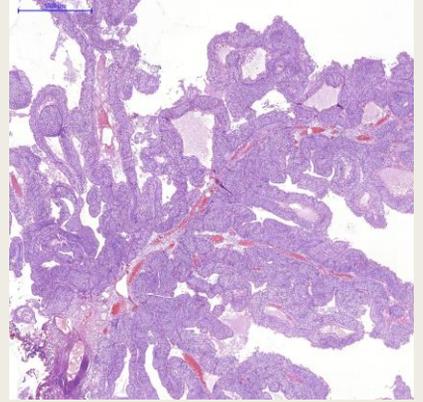
- Инвазивные опухоли
 - a. Имеют агрессивное течение
 - b. Поражают стенку мочевого пузыря и метастазируют
 - c. Показано радикальное лечение, плохой прогноз

Морфологический прогноз

- Неинвазивные папиллярные опухоли
 - a. Гистологический грейд
 - b. Размер опухоли
 - c. Мультифокальное поражения
 - d. Наличие или отсутствие CIS
- CIS
 - a. Первичная или вторичная
 - b. Мультифокальное поражения
 - c. Ответ на терапию
- Инвазивная уротелиальная карцинома
 - a. Глубина инвазии
 - b. Вовлечение лимфатических узлов, простаты, семенных пузырьков
 - c. Гистологический тип, гистологический грейд
 - d. Лимфо-вазкулярная инвазия
 - e. Статус хирургического края
 - f. Мультифокальное поражение и CIS в уретре и мочеточнике

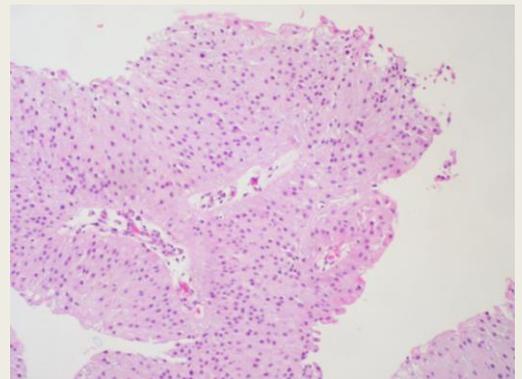


- Уротелиальная папиллома (1973г) - является доброкачественной экзофитной опухолью, состоящей из деликатных фиброваскулярных папилл, покрытых нормальным уротелием. Поверхностные клетки часто выражены, митозы отсутствуют, могут определяться единичные митозы в базальном слое. Строма отечна, может определяться воспалительный инфильтрат, в том числе пенистые макрофаги. Папилломы составляют менее 1% всех опухолей мочевого пузыря. У мужчин папиллома выявляется в 2 раза чаще, чем у женщин. Большинство папиллом являются единичными образованиями, располагающимися около устьев мочеточников. Уротелиальные папилломы могут рецидивировать, но не прогрессируют



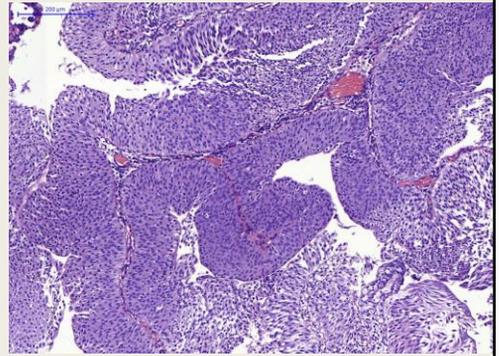
- Папиллярная уротелиальная опухоль с низким потенциалом злокачественности

Согласно классификации ВОЗ 2004г./2016г. она определена, как папиллярная уротелиальная опухоль, напоминающая уротелиальную папиллому, но более высокой клеточной пролиферацией и большим по количеству слоев клеток, по сравнению с нормальным уротелием. Не является доброкачественным образованием, а, напротив, является опухолью, имеющей высокую частоту рецидивирования и прогрессирования. По данным Cheng средний интервал между первичным диагнозом и развитием инвазивной карциномы составляет 13 лет.



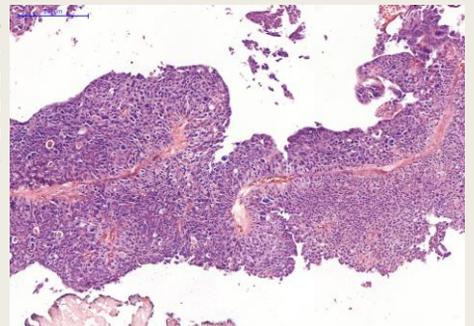
■ Карцинома низкой степени злокачественности

Имеет строение папиллярной опухоли, состоящей из тонких, ветвящихся папилл и нарушением полярности ядер. Ядра увеличены в размерах, имеют нерегулярный и везикулярный хроматин, часто видны ядрышки. Митотические фигуры могут обнаруживаться на любом уровне клеток. Эти опухоли по классификации ВОЗ 1973 г. стадировались, как уротелиальные карциномы 1 и 2 степени злокачественности. По данным различных авторов, частота рецидивирования, прогрессирования и смертность, ассоциированная с заболеванием, достигают 50%, 18% и 7%, соответственно.



■ Карцинома высокой степени злокачественности

Папиллярная карцинома высокой степени злокачественности имеет строение папиллярной опухоли, состоящей из ветвящихся папилл, покрытых уротелием с выраженной атипией ядер, нарушением полярности и митозами. Согласно классификации ВОЗ 1973 г., все опухоли с градацией 3 являются карциномами с высокой степенью злокачественности, при этом некоторые опухоли с градацией 2, также попадают в эту группу. Архитектурная и цитологическая атипия хорошо видна уже на маленьком увеличении. Толщина уротелия может значительно варьировать. В окружающем уротелии часто определяется карцинома in situ. Прогрессирование и смертность обусловленная заболеванием отмечается у 65% пациентов. По данным литературы, частота рецидивирования и прогрессии составляет 37%, прогрессирования - 40%.



- Размер опухоли: крупные опухоли (более чем 3 см) увеличивают риск рецидивирования и прогрессии
- Мультифокальные расположенные опухоли и наличие опухоли в других отделах (уретра, мочеточники) увеличивают риск рецидивирования, прогрессии и смерти от заболевания.
- CIS –неблагоприятный прогностический фактор рецидивирования и прогрессии. Первично выявленная CIS имеет более благоприятное течение (62%/45%), меньшую прогрессию (28%/59%) и смертность (7%/45%) по сравнению с пациентами у которых CIS ассоциирована с карциномой высокой степени злокачественности.
- Гистологический тип опухоли - гнездный вариант уротелиальной карциномы, микропапиллярная уротелиальная карцинома, плазмоцитойдная карцинома, саркоматоидная карцинома, мелкоклеточная карцинома имеют плохой прогноз.

- В патоморфологическом заключении ТУРМП необходимо отразить следующую информацию:
 - a. Гистологический тип опухоли (уротелиальная, плоскоклеточная опухоль, железистая, нейроэндокринная и т.д), степень дифференцировки (для уротелиальной карциномы), патологическую стадию (pTa, pT1 или pT2), строение опухоли (папиллярное, солидное, с изъязвлениями), наличие или отсутствие мышечного слоя, наличие или отсутствие сопутствующей карциномы in situ, наличие лимфатической/сосудистой инвазии, а также сопутствующие изменения слизистой оболочки мочевого пузыря.
- Показаниями для повторной трансуретральной резекции мочевого пузыря являются (ТУРМП):
 - a. Низкодифференцированные опухоли без инвазии в подслизистый слой
 - b. Опухоли с инвазией в подслизистый слой
 - c. Мультифокальный рост
 - d. Опухоль больших размеров
 - e. Отсутствие мышечной ткани в исследуемом материале.
- Пациентам со стадией заболевания pT1, перенесшими повторную ТУРМП и имеющими высокий риск прогрессирования: высокую степень злокачественности, мультифокальный рост, размер опухоли более 3 см, наличие карциномы in-situ, наличие микропапиллярной уротелиальной опухоли, а также неэффективность внутрипузырной химиотерапии показано выполнение радикальной цистэктомии.

- В патоморфологическом заключении после цистпростатэктомии необходимо отразить следующую информацию:
 - a. Локализацию опухоли, гистологический тип опухоли (уротелиальная, плоскоклеточная опухоль, железистая, нейроэндокринная и т.д), степень дифференцировки (для уротелиальной карциномы), патологическую стадию, характер опухоли (папиллярное, солидное, с изъязвлениями), наличие или отсутствие мышечного слоя, наличие или отсутствие сопутствующей карциномы *in situ*, наличие лимфатической/сосудистой инвазии, а также сопутствующие изменения слизистой оболочки мочевого пузыря.
 - b. Вовлеченность опухоли в ткань простаты: поражает простатические протоки и ацинусы, наличие стромальной инвазии. Поражение семенных пузырьков.
 - c. Состояние хирургических краев резекции (наличие CIS и инвазивной опухоли)
 - d. Регионарные лимфатические узлы.
 - e. Оценить терапевтический эффект после предоперационного лечения.