

Стандартизация патоморфологического исследования после ТУРМ

Кафедра урологии МГМСУ

Ковылина М.В.
Прилепская Е.А.

Актуальность проблемы

- В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире на рак мочевого пузыря в приходится 3,2%¹, в России – 4% на долю мужского населения и 1% на долю женского.
- Ежегодно в мире диагностируется около 340000 новых случаев заболевания¹.
- В развитых странах рак мочевого пузыря встречается в 6 раз чаще, чем в развивающихся¹.
- Среди заболевших летальный исход, связанный с основным заболеванием отмечается у 20-25% пациентов².
- Более 90% злокачественных новообразований мочевого пузыря составляет переходноклеточная (уротелиальная) карцинома².
- В большинстве случаев (70-80%) переходноклеточный рак мочевого пузыря диагностируется на не инвазивных стадиях, при этом 30-85% рецидивируют после проведенного лечения

¹- J.N. Eble, G.Sauter, J.I. Epstein, I.A. Sesterhenn (2004) Tumors of the Urinary system and Male Genital Organs. Lyon press.

²- Е.Н. Имятитов, К.П. Хансон. Практическая онкология – Т.4 - №4 - 2003

Что хочет знать пациент?

- Что с ним?
- Рак ли это?
- Убьет ли его это заболевание?
- Как долго он будет жить?
- Существует ли адекватное лечение?
- Как изменится его качество жизни в связи с лечением?
- Как часто необходимо посещать врача?

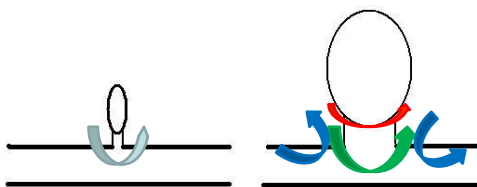
Что хочет знать уролог?

- Гистопатологический диагноз
- Наличие или отсутствие инвазии
- Группа риска
- Прогностическая информация

Что хочет знать патоморфолог?

- Пол пациента
- Возраст пациента
- Уни- или мультицентрический рост
- Рецидивы в анамнезе
- Лучевая/химиотерапия в анамнезе
- Маркировка материала

ТУР мочевого пузыря

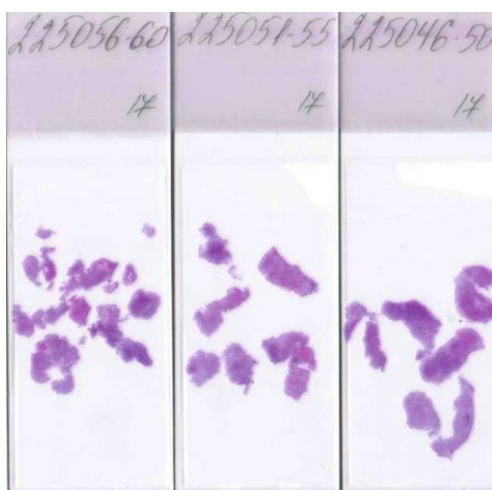


Опухоль маленьких размеров – 1 контейнер
Опухоль больших размеров – 3 контейнера

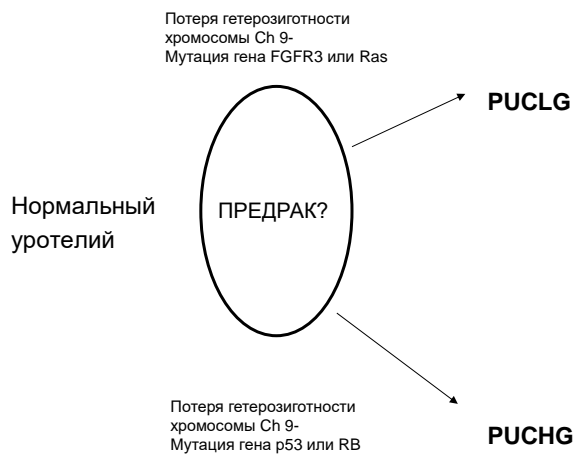
Доставка материала

- Материал после ТУРМП должен доставляться в отдельных маркированных контейнерах:
 - опухоль
 - основание опухоли
 - края основания

Микропрепараты ТУРМ



Патогенез рака мочевого пузыря



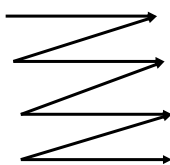
A.A. Sandberg. Cytogenetics and molecular genetics of bladder cancer. Am.J.Med.Genetics – 115:173-182(2002)

Классификация ВОЗ

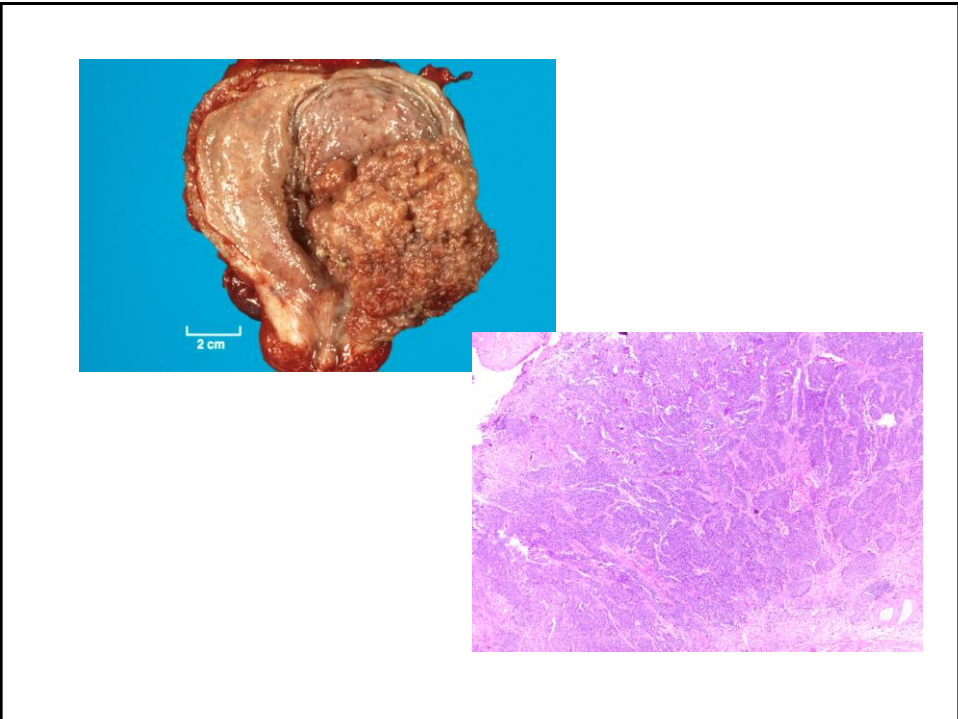
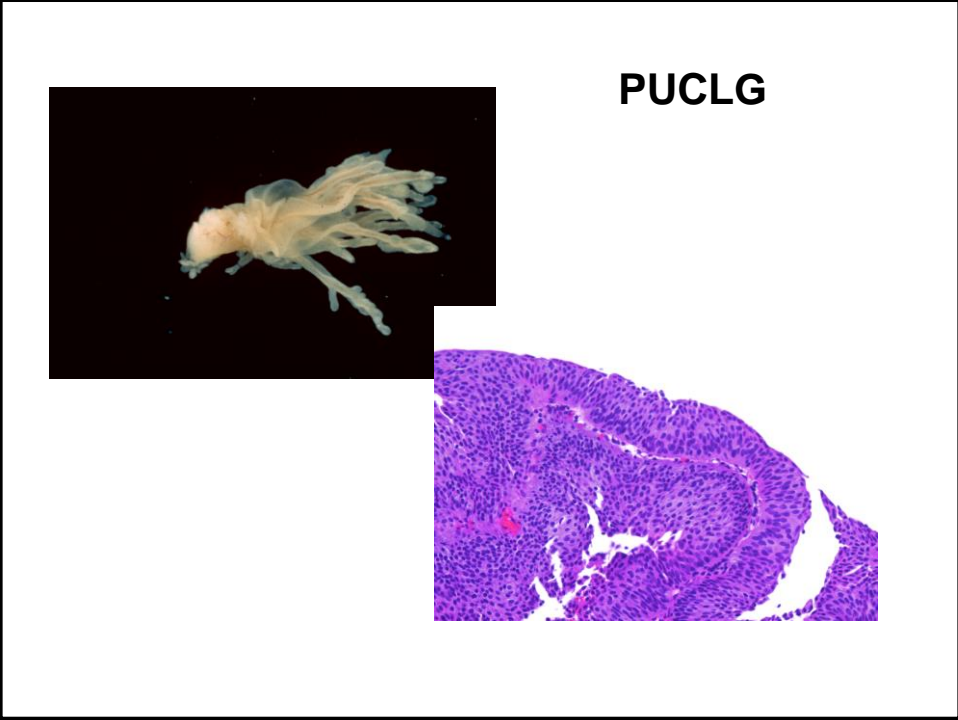
2004/2016

1973

Папиллома
PUNLMP
PUCLG
PUCHG



Папиллома
Карцинома G1
Карцинома G2
Карцинома G3



Рецидивирование и прогрессирование

7 исследований с 1983 по 2006 г
2596 пациентов

Рецидивирование:

Количество опухолей
Рецидив в анамнезе
Размер опухоли

Прогрессирование:

Наличие карциномы in situ
Степень дифференцировки
T стадия

www.eortc.com

Карцинома с низким риском рецидивирования и прогрессирования

- Уницентрический рост
- Размер менее 3 см
- G1 или G2 (по классификации 1973)
- PUCLG (2004)
- pTa (отсутствие инвазии)

Guidelines of EAU 2016

Карцинома с высоким риском рецидивирования и прогрессирования

- Мультицентрический рост
- T1
- G2 или G3 (ВОЗ 1973)
- PUCHG (2004)
- Рецидив в анамнезе
- Размер более 3 см

Guidelines of EAU 2016

Распределение опухолей мочевого пузыря

- Опухоли с низким риском – 50%
- Опухоли с промежуточным риском – 35%
- Опухоли с высоким риском – 15%

Guidelines of EAU 2016

Почему это важно?

	PUNLMP	LG	HG
Рецидив	До 50%	50%	75%
Прогрессирование	4%	10%	65%
Смертность	2%	5%	65%

Патоморфологическое заключение ТУРМ

Обязательно

- Гистологический тип
- Степень дифференцировки
- Патологическая стадия (pTa, pT1 или pT2)
- Наличие или отсутствие мышечного слоя
- Наличие или отсутствие сопутствующей карциномы in situ
- Наличие лимфатической/сосудистой инвазии

Дополнительно

- Сопутствующие изменения слизистой оболочки мочевого пузыря

Показания для выполнения повторного ТУРа

- Низкодифференцированные опухоли без инвазии в подслизистый слой
- Опухоли с инвазией в подслизистый слой
- Мультицентрический рост
- Опухоль больших размеров
- Отсутствие мышечной ткани в биоптатах

Guidelines of EAU 2016

ЕОРТС калькулятор для расчета вероятности рецидивирования и прогрессирования

EORTC Risk Tables for Stage Ta T1 Bladder Cancer

Prior Recurrence Rate

Primary

Recurrent < 1 per year

Recurrent > 1 per year

T Category

Ta

T1

Number of Tumors

1

2 to 7

8 or more

Tumor Diameter

< 3 cm

>= 3 cm

Grade (WHO 1973)

G1

G2

G3

Concomitant CIS

No

Yes

Calculate Probabilities

Clear

Exit

1 Year 2 Years 3 Years 4 Years 5 Years

Probability of Recurrence

Probability of Progression

Reference: Sylvester RJ, van der Meijden APM, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffoux C, Denis L, Newling DWW, Kurth KH. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: A combined analysis of 2596 patients from 7 EORTC trials. European Urology 49: 466-477, 2006.

Programmed by Richard Sylvester, EORTC Data Center, 83 avenue Mounier, 1200 Brussels, Belgium.

Version 1.0, January 2006

www.eortc.com

Дополнительные факторы прогноза

- Пloidность ДНК
- Определения маркеров пролиферации (MIB-1, p53, RS, RB и др.)

Заключение

- Мы используем классификации ВОЗ как 2016 и 1973 годов
- Классификация ВОЗ 2016 года не дает более полной информации – пациенты с PUNLMP получают такое же лечение, как и пациенты с G1
- Необходимы новые биомаркеры
- Взаимодействие уролог&патоморфолог