

## Научно-практическая конференция «Онкоурология»

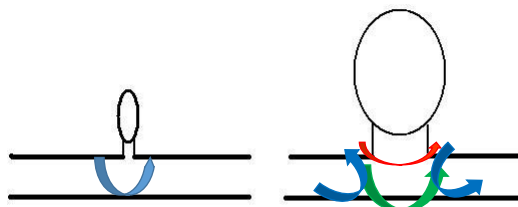
### Порядок морфологического исследования при раке мочевого пузыря: макроскопическое исследование и вырезка операционного материала

Е.А.Прилепская

ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого,  
кафедра урологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

Москва, 01 октября 2021 г.

## Трансуретральная резекция мочевого пузыря



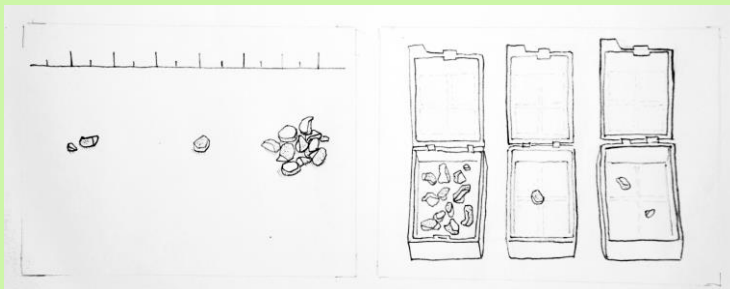
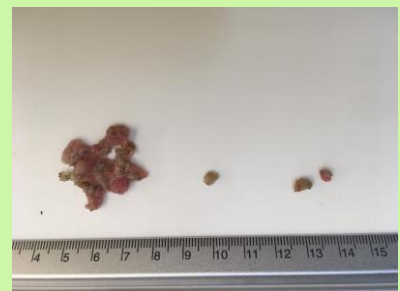
Опухоль маленьких размеров – 1 контейнер  
Опухоль больших размеров – 3 контейнера

## Маркировка материала ТУРМ

- Материал после ТУРМ должен доставляться в отдельных маркированных контейнерах:
  - опухоль
  - основание опухоли
  - края основания
- Фиксация – в 10% растворе забуференного формалина

## Макроскопическое исследование ТУРМ

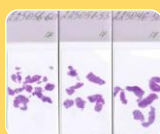
- Количество фрагментов
- Размер фрагментов
- «Особенности фрагментов»



## От пациента к диагнозу



Описание материала, вырезка, распределение ткани в кассеты



Процессинг и микротомия – итог готовый микропрепарат для исследования



«Диагноз»

## Морфологическое заключение – ТУР мочевого пузыря

### Обязательно

- Тип поражения
- Морфологический вариант
- Степень дифференцировки
- Наличие или отсутствие инвазии в собственную пластинку слизистой оболочки и мышечный слой
- 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

## Радикальная цистэктомия

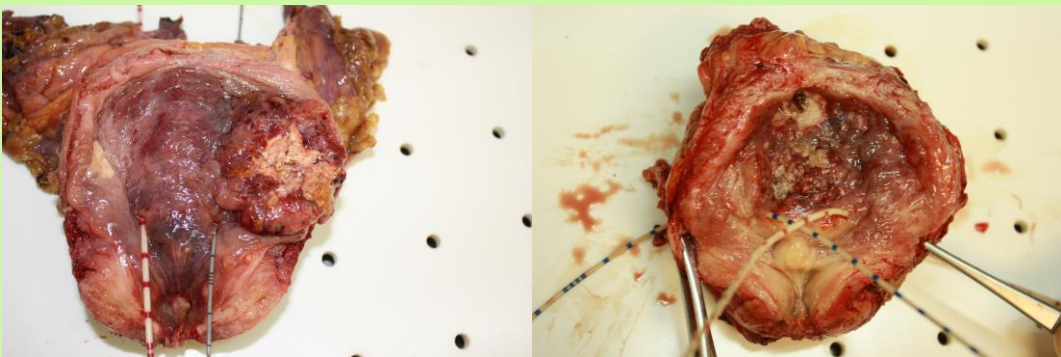
- Локализацию опухоли
- Размер опухоли в наибольшем измерении (см)
- Статус хирургического края резекции
- Глубина распространения опухоли
- Гистологический тип опухоли (ВОЗ 2016)
- Дифференцировка опухоли (для уротелиальной карциномы – LG, HG, для плоскоклеточного рака или аденокарциномы G1-G3)
- Глубина распространения опухоли
- Лимфоваскулярная инвазия
- Региональные лимфатические узлы (общее количество исследованных и пораженных л/у)
- Патологическая стадия (pTNM, AJCC 8 Edition)

COLLEGE of AMERICAN  
PATHOLOGISTS

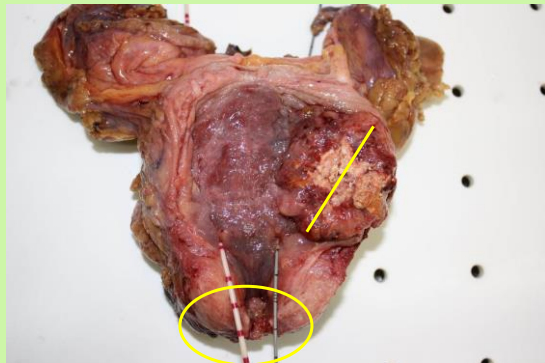
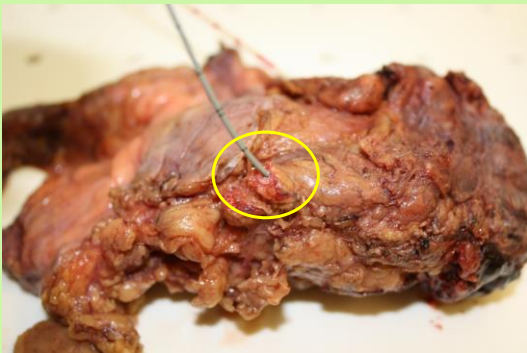
Protocol for the Examination of Specimens From Patients With  
Carcinoma of the Urinary Bladder

Version: UrinaryBladder 4.0.1.0 Protocol Posting Date: June 2017  
Includes pTNM requirements from the 8<sup>th</sup> Edition, AJCC Staging Manual

- Маркировка краев резекции
- Образец вскрывается по передней поверхности и фиксируется в 10% р-ре забуференного формалина



- Локализацию опухоли (треугольник, правая боковая стенка, левая боковая стенка, передняя стенка, задняя стенка, дно)
- Размер опухоли в наибольшем измерении (см)
- Статус хирургического края резекции
- Другое (перфорация/дефекты...)



## Мочевой пузырь

Передняя стенка



Правая боковая стенка



Левая боковая стенка



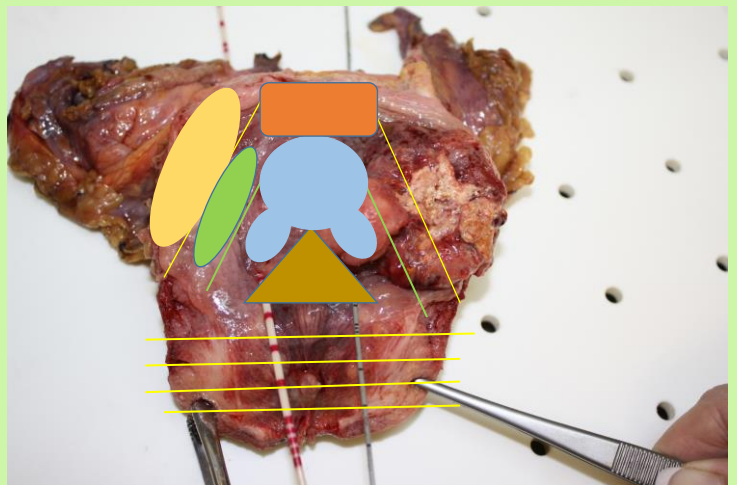
Область треугольника



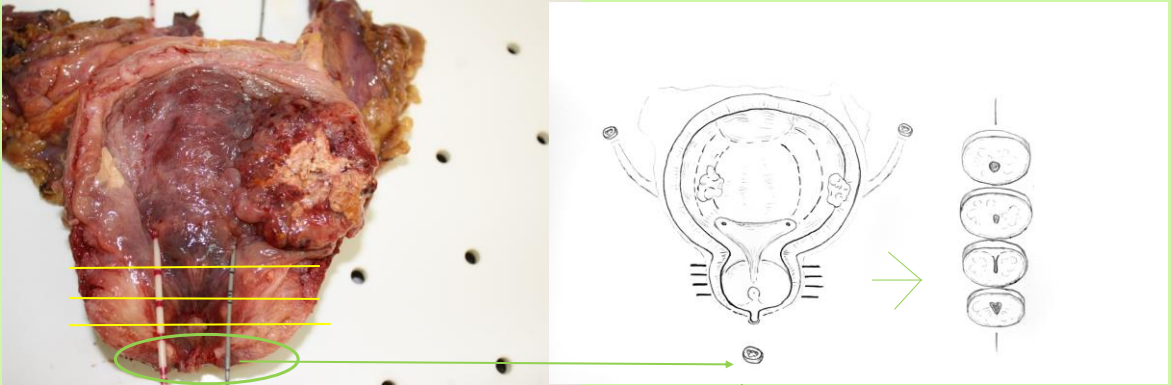
Задняя стенка



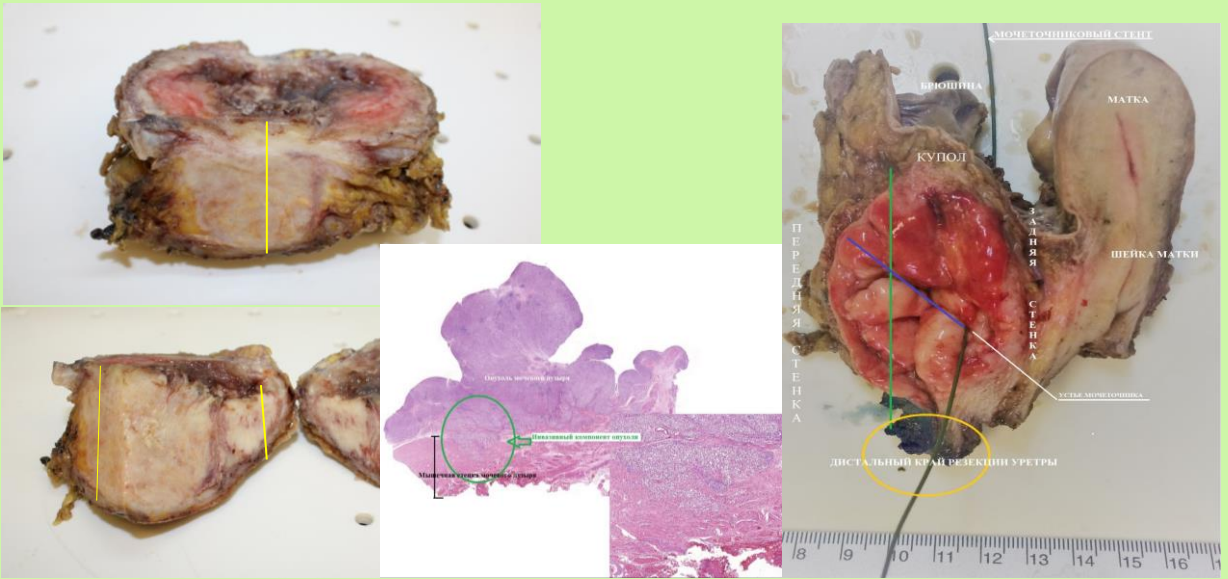
Дно мочевого пузыря



# Предстательная железа



# Глубина распространения опухоли



- Мочевой пузырь
- Предстательная железа
- Уретра

Три отдельных протокола

pTNM (8 Edition) :

**m** (multiple primary tumors) - множественные первичные опухоли:  
pT(m)NM

**y** (posttreatment)- в тех случаях когда стадирование выполняется во время или после начала неoadьювантной терапии: ypTNM

**r** -(recurrent)– указывает на рецидив опухоли rpTNM

COLLEGE of AMERICAN  
PATHOLOGISTS

Protocol for the Examination of Specimens From Patients With  
Carcinoma of the Urinary Bladder

Version: UrinaryBladder 4.0 1.0 Protocol Posting Date: June 2017  
Includes pTNM requirements from the 8<sup>th</sup> Edition, AJCC Staging Manual

## Стадирование рака в дивертикуле

- Уротелальные опухоли дивертикула составляют 0,8-10,8% от всех опухолей мочевого пузыря
- Большинство дивертикулов у взрослых – приобретенные и не имеют мышечной стенки
- Таким образом, рак дивертикула не имеет стадии pT2
- В AJCC 8 отсутствует стадия pT2 при раке дивертикула

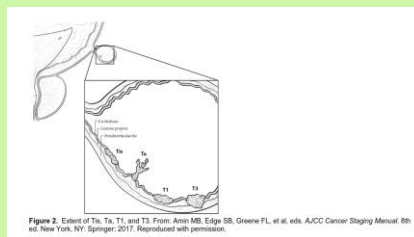
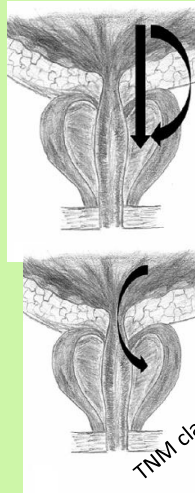


Figure 2. Extent of T0, T1, and T2. From: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. AJCC Cancer Staging Manual 8th ed. New York, NY: Springer; 2017. Reproduced with permission.

## Рак мочевого пузыря с инвазией в строму предстательной железы

- Вовлечение простаты имеет место в 13-29% раков мочевого пузыря
- Два пути: интрауретральный и трансуретральный
- AJCC 7 исключило интрауретральную инвазию в строму простаты из категории T4, без уточнения как стадировать
- AJCC 8 – интрауретральная инвазия в строму простаты стадировается, как pT2 опухоль уретры и, отдельно, стадировается опухоль мочевого пузыря



## Паравезикальные лимфатические узлы

- Паравезикальные лимфатические узлы определяются вокруг мочевого пузыря (16-47% цистэктомий) и представляют первичный лимфатический дренаж
- Обычно не удаляются отдельно и присылаются в блоке с мочевым пузырем, таким образом идентификация лимфатических узлов полностью зависит от патолога
- Позитивны в 3-16% цистэктомий и ассоциируются с более худшим прогнозом
- Стадируются, как N1



## Количество лимфатических узлов

- Количество удаленных лимфатических узлов – независимый фактор прогноза
- AJCC 8 рекомендует указывать в заключении общее количество выявленных и позитивных лимфатических узлов
- В среднем должно выявляться более 12 лимфатических узлов

## Дистанционные метастазы

- Пациенты с метастазами в лимфатические узлы имеет лучший прогноз, по сравнению с пациентами с висцеральными метастазами или метастазами в кости
- AJCC 8 классифицирует позитивные лимфатические узлы расположенные выше общих подвздошных, как M1a, все остальные метастазы, как M1b

### Система pTNM для стадирования рака мочевого пузыря

pTx – первичная опухоль не может быть оценена;  
 pT0 – нет данных о первичной опухоли;  
 pT<sub>a</sub> – неинвазивная папиллярная карцинома;  
 pT<sub>is</sub> – карцинома *in situ*;  
 pT1 – опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань;  
 pT2 – опухолевая инвазия мышечного слоя;  
 pT2<sub>a</sub> – опухолевая инвазия поверхностного мышечного слоя;  
 pT2<sub>b</sub> – опухолевая инвазия глубокого мышечного слоя.  
 pT3 – опухоль распространяется на перивезикальную клетчатку;  
 pT3<sub>a</sub> – микроскопически;  
 pT3<sub>b</sub> – макроскопически.  
 pT4 – опухоль распространяется на любой из этих органов: ПЖ, семенные пузырьки, матку, влагалище, стенку таза, брюшную стенку;  
 pT4<sub>a</sub> – опухолевая инвазия ПЖ и/или семенных пузырьков и/или матки и/или влагалища;  
 pT4<sub>b</sub> – опухолевая инвазия стенки таза или брюшной стенки.  
 N – регионарные лимфатические узлы;  
 pNx – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;  
 pN0 – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах;  
 pN1 – метастазы в перивезикальные лимфатические узлы малого таза.  
 M – отдаленные метастазы;  
 pM0 – нет отдаленных метастазов;  
 pM1<sub>a</sub> – метастатическое поражение лимфатических узлов, расположенных выше общей подвздошной артерии;  
 pM1<sub>b</sub> – отдаленные метастазы вне лимфатических узлов.  
 pTNM – патологоанатомическая классификация, категории pT, pN, pM соответствуют категориям T, N, M.

COLLEGE of AMERICAN  
PATHOLOGISTS

Protocol for the Examination of Specimens From Patients With  
Carcinoma of the Urinary Bladder

Version: UrinaryBladder 4.0.1.0 Protocol Posting Date: June 2017  
Includes pTNM requirements from the 8<sup>th</sup> Edition, AJCC Staging Manual

pTNM (8 Edition)

Благодарю за внимание