

Е. П. Мержинская, У. В. Климко
**ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНТРАДУКТАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И pTNM СТАДИИ
РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент, В. А. Захарова
Кафедра патологической анатомии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В исследованных случаях РПЖ интрадуктальный компонент выявлялся у 38% пациентов. Наличие интрадуктальной карциномы коррелировало с первым компонентом и суммой Глисона ($p < 0,001$) и статистически значимо чаще встречалось в опухолях с медианой первого компонента 4 ($p = 0,002$) и суммой Глисона 7 ($p = 0,003$). Очаги интрадуктальной карциномы определялись во всех прогностических группах РПЖ, кроме первой.

Ключевые слова: интрадуктальная карцинома предстательной железы, предстательная интраэпителиальная неоплазия, сумма Глисона.

Resume. In studied cases, intraductal carcinoma of the prostate revealed in 38% of patients. The presence of intraductal carcinoma was correlated with the primary Gleason pattern and the Gleason score ($p < 0,001$) and was detected significantly frequently in tumors with primary Gleason pattern 4 ($p = 0,002$) and Gleason score 7 ($p = 0,003$). Focuses of intraductal carcinoma were identified in Grade groups prostate cancer ≥ 2 .

Keywords: Intraductal carcinoma of prostate, prostatic intraepithelial neoplasia, Gleason score.

Актуальность. Морфологические критерии выделения и дифференциальной диагностики основных гистологических вариантов аденокарциномы предстательной железы (ПЖ), как наиболее частой формы рака ПЖ (РПЖ), а также критерии стадирования по системе pTNM описаны, изучены и стратифицированы в части их прогностического значения^[1]. Одним из таких критериев, особенно в биопсийном материале, является наличие фокусов интрадуктальной карциномы ПЖ, которая обычно ассоциирована с высокогрейдовым РПЖ большого объема и признаками экстрапростатического распространения опухоли^{[2],[3]}.

Цель: установить морфологические особенности и дать характеристику интрадуктальной карциномы ПЖ в материале радикальных простатэктомий.

Задачи:

1. Определить частоту выявления интрадуктальной карциномы ПЖ и дать ее морфологическую характеристику.
2. Изучить характер и объём РПЖ в материале радикальных простатэктомий с классификацией по pTNM при наличии интрадуктального компонента.
3. Оценить степень дифференцировки РПЖ с интрадуктальным компонентом по шкале Глисона и распределение случаев в соответствии с прогностическими группами.
4. Изучить взаимосвязь наличия интрадуктальной карциномы в материале радикальных простатэктомий с параметрами pTNM, первым компонентом и суммой Глисона.

Материал и методы. Был изучен безвыборочный проспективный материал радикальных простатэктомий 59 пациентов с верифицированным РПЖ. Средний возраст пациентов составил 62 ± 3 года. Стадирование РПЖ осуществлялось на основе критериев pTNM классификации карцином ПЖ (AJCC Cancer Staging Manual, Seventh

Edition, 2010), гистологический тип опухоли согласно классификации опухолей ПЖ ВОЗ (WHO classification of tumors of the prostate, 2016), степень дифференцировки РПЖ и выделение прогностических групп проводилось согласно модифицированной шкале Глисона с учетом рекомендаций International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma (Epstein JI et al., Chicago 2014)^[3]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 8.0, различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

В исследуемом материале РПЭ фокусы интрадуктальной карциномы ПЖ выявлялись у 38% пациентов и, как правило, были представлены одним и несколькими близко расположенными крупными протоками среди комплексов инвазивной аденокарциномы с преобладающим паттерном Глисона 4 (мелкоацинарного и/или криброзного строения).

Морфологически очаги интрадуктальной карциномы были представлены плотной пролиферацией эпителия с формированием «плотных» криброзных и очагово солидных структур, занимающих в среднем 73% площади расширенных протоков (с вариацией данного параметра от 65% до 90%). Признаки цитологической атипии в указанных очагах были представлены выраженным полиморфизмом размеров и формы ядер и появлением крупных эозинофильных, часто множественных, ядрышек (рисунок 1).

А

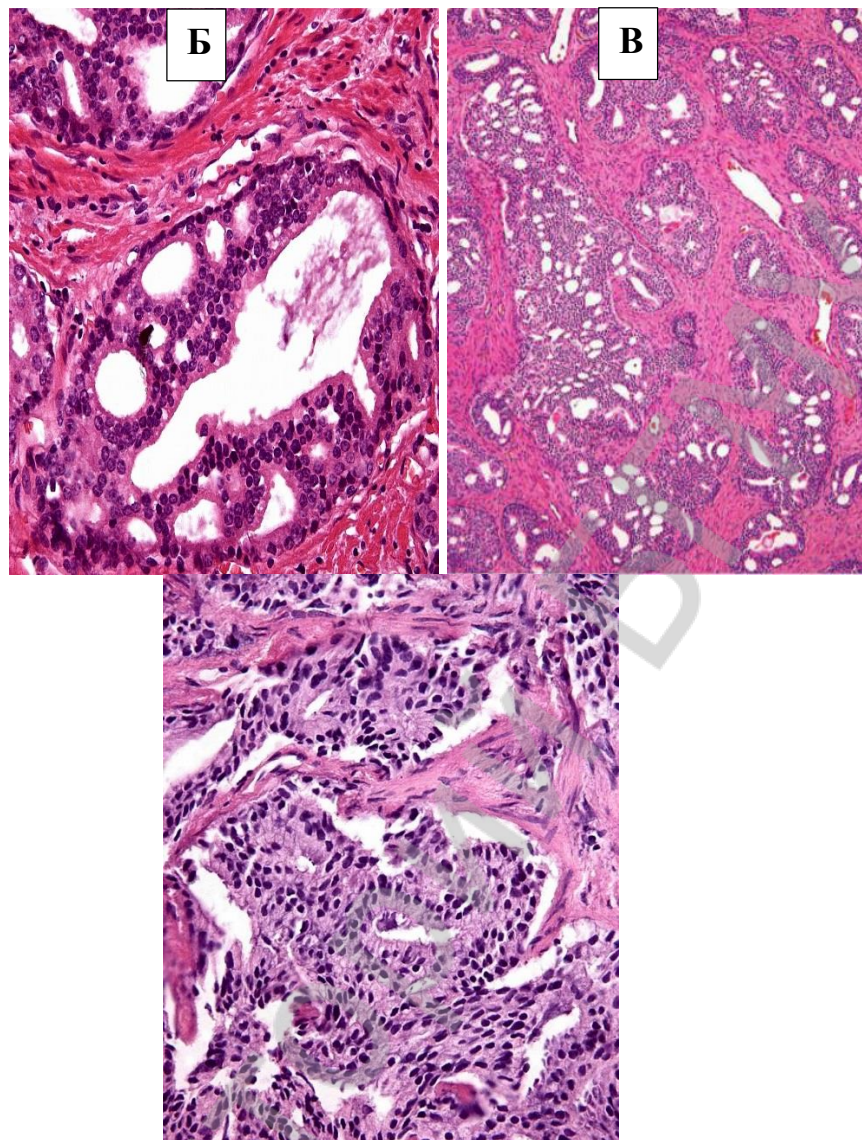


Рисунок 1 – Криброзный паттерн строения: А – предстательная интраэпителиальная неоплазия, Б – интрадуктальная карцинома, В – инвазивная аденокарцинома (паттерн Глисона 4)

В случаях локализованных опухолей (Т2с), РПЖ с признаками экстрапростатического распространения (Т3а) и инвазии семенных пузырьков (СП) (Т3b) фокусы интрадуктальной карциномы ПЖ встречались с частотой 36%, 40% и 73%, при этом статистически значимые различия выявлены между группами Т2с и Т3b (рисунок 2).

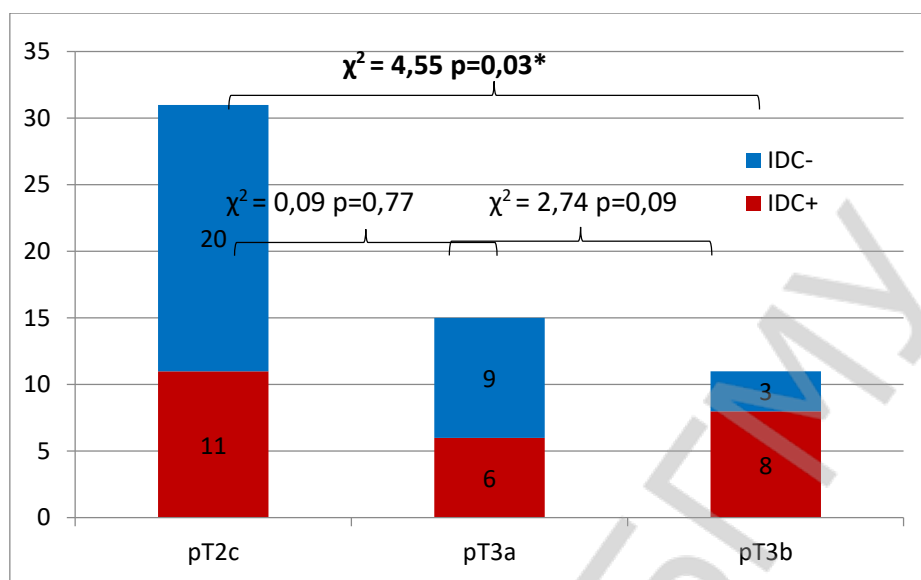


Рисунок 2 – Сравнительный анализ категории pT РПЖ в зависимости от наличия / отсутствия интрадуктальной карциномы ПЖ

Наличие интрадуктальной карциномы ПЖ прямо коррелировало с первым компонентом ($p=0,001$, $p=0,0006$) и суммой Глисона ($p=0,0027$, $p=0,0016$). Также следует отметить, что интрадуктальная карцинома ПЖ статистически значимо чаще выявлялась у пациентов со значением медианы первого компонента Глисона, равной 4 ($p=0,002$) (рисунок 3), и суммы Глисона, равной 7 ($p=0,003$) (рисунок 4).

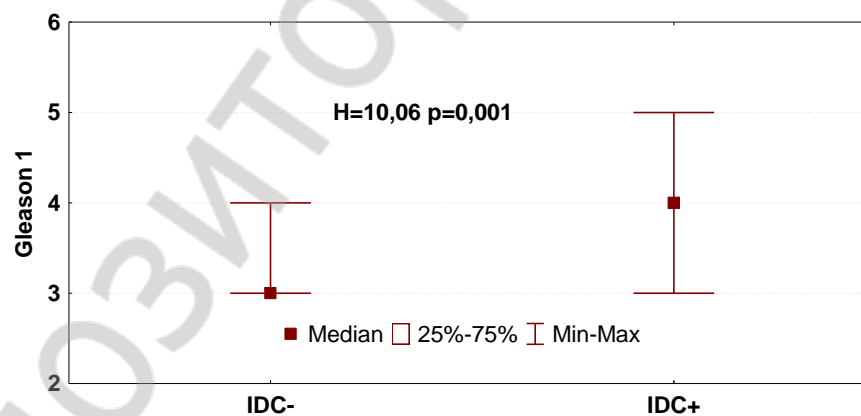


Рисунок 3 – Дисперсионный анализ первого компонента Глисона в зависимости от наличия / отсутствия интрадуктальной карциномы ПЖ

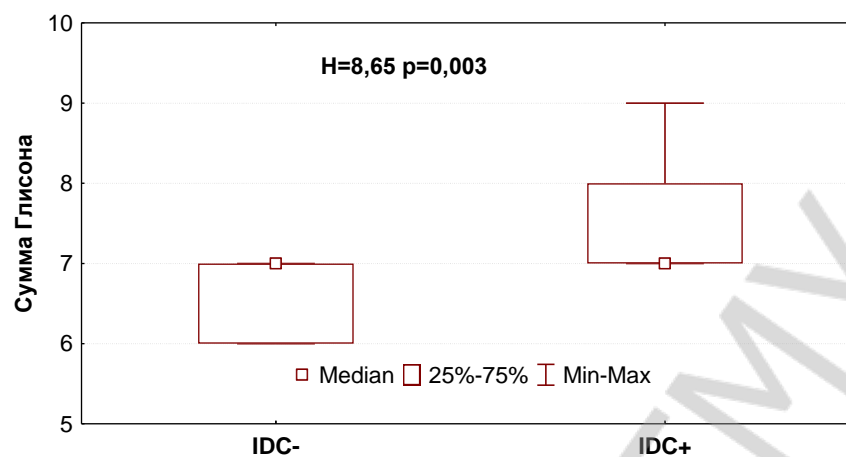


Рисунок 4 – Дисперсионный анализ суммы Глисона в зависимости от наличия/отсутствия интрадуктальной карциномы ПЖ

Что касается распределения случаев интрадуктальной карциномы ПЖ по прогностическим группам, были получены следующие результаты: GG1 – 0%, GG2 – 22%, GG3 – 45%, GG4 – 11%, GG5 – 22%. Дисперсионный анализ выявил статистически значимые различия между прогностическими группами в зависимости от наличия/отсутствия интрадуктальной карциномы ПЖ (рисунок 5).

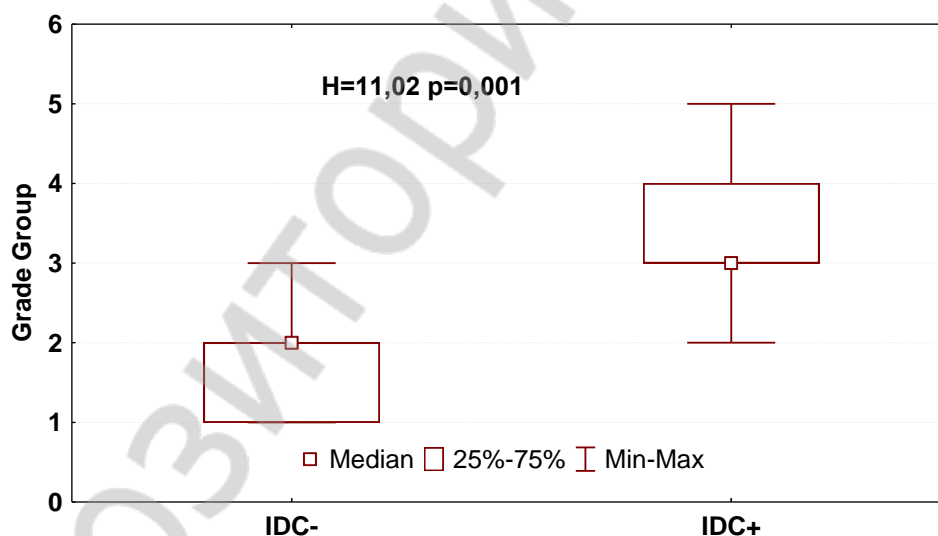


Рисунок 5 – Дисперсионный анализ прогностических групп в зависимости от наличия / отсутствия интрадуктальной карциномы ПЖ

Выводы:

1 В исследованных случаях РПЖ фокусы интрадуктальной карциномы ПЖ были представлены криброзными структурами в крупных протоках с тенденцией к солидизации и заполнению в среднем до 73% площади просвета протоков пролиферирующим эпителиальным компонентом.

2 Очаги интрадуктальной карциномы ПЖ выявлялись с частотой 36%, 40% и 73% в случаях локализованных опухолей (Т2с), РПЖ с признаками экстрапростатического распространения (Т3а) и инвазии семенных пузырьков (СП)

(Т3b) соответственно, при этом статистически значимые различия выявлены лишь между группами Т2с и Т3b.

3 Наличие интрадуктальной карциномы ПЖ коррелировало с первым компонентом и суммой Глисона и статистически значимо чаще выявлялось в опухолях с Me первого компонента и суммы Глисона 4 и 7 соответственно.

4 Очаги интрадуктальной карциномы ПЖ с различной частотой определялись во всех прогностических группах, кроме первой, однако медиана соответствовала третьей прогностической группе (GG3-ISUP) и соответственно, высокогрейдовому РПЖ (7/9 случаев), в сравнении со случаями без интрадуктального компонента (GG2-ISUP).

E. P. Merzhynskas, U. V. Klimko

**FEATURES OF INTRADUCTAL CARCINOMA DEPENDING ON GRADE
AND pTNM STAGE OF THE PROSTATE CANCER**

Tutor: PhD, Associate Professor V. A. Zakharava

Department of Pathology,
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Srigley JR. Protocol for the examination of specimens from patients with carcinoma of the prostate gland [text]*/ Srigley JR, Humphrey PA, Amin MB at al./ Arch Pathol Lab Med. – 2009. – Vol. 133. – P. 1568-1576.

2. Kattan MW. A preoperative nomogram for diseases recurrence following radical prostatectomy for prostate cancer [text]*/ Kattan MW, Eastham JA, Stapleton AM at al. // J Natl Cancer Inst. – 1998. – Vol. 90. – P. 766-771.

3. Epstein JI. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System [text]*/ Epstein JI, Egevad L, Amin MB. at al. // Am J Surg Pathol. – 2016. – Vol. 40. – Suppl. 2. – P. 244-252.

4. Pierorazio PM. Prognostic Gleason grade grouping: data based on the modified Gleason scoring system [text]*/ Pierorazio PM, Walsh PC, Partin AW at al. // BJU Int. – 2013. – Vol. 111. – P. 753–760.