

ДИСКОГЕЗИВНАЯ КАРЦИНОМА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Хурса О.А.

*УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро»,
Беларусь, Минск*

Анфиногенова Е.А.

*Белорусский государственный медицинский университет
Беларусь, Минск*

В исследовании выявлены основные трудности и подходы клинико-морфологической диагностики дискогезивной карциномы желудка. При постановке диагноза особую важность представляет патоморфологическое скрининговое исследование гастробиоптатов. Для проведения дифференциальной диагностики с лимфопролиферативными заболеваниями, дисрегенераторными изменениями, метастатическим поражением слизистой желудка, возникает необходимость использования метода иммуногистохимического окрашивания с применением антител к СК AE1/AE3, CK7, CD45, CD3, CD138, CDX2, E-cadherin. Эффективность метода подтверждает его практическую значимость в клинической медицине.

***Ключевые слова:** диффузный рак желудка; перстневидно-клеточный рак.*

POORLY COHESIVE CARCINOMA: DIAGNOSTIC DIFFICULTIES

Khursa W.A.

*Health care facility «City Clinical Pathologoanatomic Buereau»,
Belarus, Minsk*

H.A.Anhinogenova2

*Belarussian State Medical University,
Belarus, Minsk*

The study identified the main difficulties and approaches to the clinical and morphological diagnosis of poorly cohesive gastric carcinoma. Pathomorphological screening of gastrobiopsy specimens is of particular importance for making a diagnosis. Differential diagnosis of with lymphoproliferative diseases, dysregenerative changes, metastatic lesions of the gastric mucosa, required using of immunohistochemical staining with antibodies

to CK AE1/AE3, CK7, CD45, CD3, CD138, CDX2, E-cadherin. The efficiency of use the method confirms its practical significance in clinical medicine.

Key words: diffuse type carcinoma; signet-ring carcinoma.

Актуальность. Согласно классификации Lauren's 1965 выделяют два основных типа карцином в желудке: «интестинальный» и «диффузный», соответствующий в классификации ВОЗ 5-го пересмотра карциноме «дискогезивного типа» [1]. Дискогезивная карцинома – агрессивная быстро прогрессирующая форма рака желудка с низкой чувствительностью к химиотерапии, неблагоприятным прогнозом [2,3]. В последнее время в высокоразвитых странах отмечается уменьшение числа случаев «интестинальной» карциномы желудка и увеличение доли случаев «диффузной» [1,2].

Цель: выявить основные трудности и подходы клинико-морфологической диагностики дискогезивной карциномы желудка.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили фрагменты слизистой желудка полученные у 150 пациентов с установленным патоморфологическим диагнозом «рак желудка» за 2021г. Для верификации вариантов гистологического заключения использованы стандартные окраски с гематоксилином-эозином, метод иммуногистохимического окрашивания (ИГХ) с антителами (АТ) к общему цитокератину, CK7, CD45, CD3, CD138, CDX2, MelanA. Статистическая обработка данных проведена с использованием электронной таблицы Microsoft Excel и пакета программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты. Из 150 пациентов с патологоанатомическим диагнозом рак желудка мужчины составили 58% (n=87) женщины – 42%(n=63), средний возраст составил 66±0,5 лет. Пик заболеваемости пришелся на возраст 72 года (n=10). Гистологическими признаками карциномы «дискогезивного типа» являются слабая связь между опухолевыми клетками, преимущественно индивидуально-клеточная инфильтрация, наличие клеток «перстневидно-клеточного типа» или мелких лимфоцитоподобных клеток с интенсивно эозинофильной цитоплазмой. К «интестинальному типу» относят тубулярную или папиллярную аденокарциному, высоко или умеренно дифференцированного строения [1,4]. С учетом этих признаков материал исследования был разделен на две группы. В группу с «дискогезивным» типом (гр№1) вошли 50 случаев(n=50), из которых 36% (n=18) имели строение низко дифференцированной карциномы, а 64% (n=32) – перстневидно-клеточной карциномы (G3). В группу с «интестинальным» типом (гр№2) вошли 100 случаев (n=100), из которых 61% (n=61) имели строение высоко дифференцированной аденокарциномы, 39% (n=39) – умеренно дифференцированной. В гр№1 мужчины составили 58% (n=29), женщины – 42% (n=21). В гр№2 мужчины составили 59% (n=59), женщины – 41% (n=41).

В обеих группах преобладали мужчины, но без статистически значимых различий между группами ($p > 0,05$).

В обеих группах наблюдался нормальный тип распределения в зависимости от возраста, с медианой приходящейся на 66,5 лет в гр№1 ($t=2,20$, $p=0,029$), и на 71 лет для группы №2 ($t=0,240$, $p=0,018$). В гр№1 пик заболеваемости пришелся на возраст 59 лет ($n=5$), а средний возраст составил 66,5 лет [60,0-74,0], без статистически значимых различий между мужчинами – 66,5 лет [60,5-74,0] и женщинами – 66,5 лет [59,0-76,0], при $p > 0,05$. В гр №2 пик заболеваемости пришелся на возраст 71 лет ($n=6$), средний возраст составил 71 лет [64,5-79,5]. У мужчин средний возраст составил 69,0 лет [63,0-74,0], а средний возраст у женщин составил 74,0 года [69,0-82,0], который значимо выше чем у мужчин ($U=833,0$, $p=0,0084$).

Были выделены подгруппы в зависимости от возраста пациентов: до 55 лет – 8,7 % ($n=13$ случаев), 55-75 лет – 64% ($n=96$), старше 75 лет – 23,7% ($n=41$), и возрастные подгруппы в гр1 и гр2 (Рис.1). При сравнение независимых групп с помощью критерия максимального правдоподобия χ^2 , статистически значимых различий не выявили ($p > 0,05$).

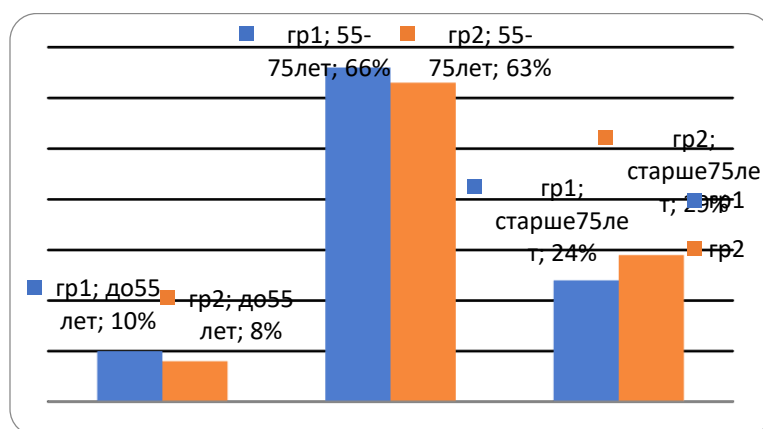


Рис.1: Распределение пациентов разных групп в зависимости от возраста, %

Макроскопически дискогезивная карцинома имеет тенденцию к мультифокусному изъязвлению слизистой и диффузно-инфильтративному росту, на ранних стадиях может выглядеть как полип, бляшка или эрозия [3,4]. В направительном (эндоскопическом) диагнозе в гр№1 ($n=50$) в 82% ($n=42$) фигурировал диагноз «неуточненная злокачественная опухоль желудка» (рак?). В качестве других диагнозов были: язва 14% ($n=7$), гастрит 2% ($n=1$), полип желудка 2% ($n=1$). Тогда как в гр№2 диагноз «рак?» был отмечен в 71% ($n=71$), язва в 21% ($n=21$), гастрит в 3 % ($n=3$), полип желудка в 5% ($n=5$).

При постановке диагнозов у пациентов из гр№1 в 16% ($n=8$) применялся метод ИГХ исследования: в 6% ($n=3$) для исключения лимфопролиферативного заболевания, с использованием АТ к СК7, CD45, CD3, CD138; в 4% (2) для дифференциальной диагностика с искусственными

и дисрегенераторными изменениями железистого эпителия в крае язвы, с использованием АТ к СК А1/А3, СК7; в 4% (n=2) – с гистиоцитарными скоплениями с использованием АТ к CD68, общему СК; в 2% (1) с метастатической колоректальной карциномой с использованием АТ к CDX2, villin. Также в одном исследованном случае перстневидно-клеточное строение имели злокачественные клетки метастатической меланомы, что было подтверждено положительным окрашиванием с АТ к MelanA. В рецензируемых литературных источниках также рекомендуется использование АТ к E-cadherin, который утрачивает свою экспрессию в опухоли [3,5].

Выводы. Так как дискогезивная карцинома желудка в части случаев не сопровождается клиническими проявлениями и не имеет четко визуализируемого опухолевого роста, для постановки диагноза особую важность представляет патоморфологическое скрининговое исследование гастробиоптатов. При проведении дифференциальной диагностики «дискогезивной карциномы» с лимфопролиферативными заболеваниями, дисрегенераторными изменениями, метастатическим поражением слизистой желудка, возникает необходимость использования методов ИГХ с применением антител к СК AE1/AE3, СК7, CD45, CD3, CD138, CDX2, E-cadherin. Эффективность использования метода подтверждает его практическую значимость в клинической медицине.

Список литературы

1. WHO Classification of Tumor of the Digestive System / Edited by the WHO Classification of Tumor Editor Bord. – 5nd ed., International Agency for Research on Cancer-Washington, 2020. – P.86-90.
2. Morson and Dawson's Gastrointestinal Pathology / N.A. Shepherd [et al.]. – 5nd ed., Wiley Black well, 2013. – P.188-202.
3. Diagnostic Pathology Gastrointestinal Greenson / J.K. Greenson [et al.]. – 2nd ed. – United VRG-Tahir 99, 2016. – P.166-169.
4. Odze, R.D. Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract and Pancreas / R.D. Odze, J.R. Golblum. – 3nd ed. – United VRG-Tahir99, 2015. – P.708-714.
5. Differential diagnosis in surgical pathology / Paolo Gattuso [et al.]. – 3nd ed. – United VRG-Tahir 99, 2015. – P.318-322.