

Валентина Михайловна Нечушкина¹, Константин Юрьевич Морхов²,
Виктор Васильевич Кузнецов³

КЛАССИФИКАЦИЯ СТАДИЙ РАКА ТЕЛА МАТКИ (FIGO, 2009 г.): ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

¹ К. м. н., старший научный сотрудник, гинекологическое отделение НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² К. м. н., старший научный сотрудник, гинекологическое отделение НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ Д. м. н., профессор, заведующий, гинекологическое отделение НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24,
НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, гинекологическое отделение,
Нечушкина Валентина Михайловна; e-mail: drnecushkina@mail.ru

В 2009 г. Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO) приняла пересмотренную классификацию стадий рака тела матки. Цель данного исследования — оценить выживаемость больных раком тела матки в зависимости от стадий по классификациям FIGO 1988 и 2009 гг. Стадии рака тела матки по обеим классификациям были определены у 1043 больных эндометриоидным раком тела матки, получавших лечение в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН в 1990—2000 гг.. Пятилетняя общая выживаемость больных раком тела матки IA стадии по классификации FIGO 1988 г. была 92,6%, IB стадии — 89,9%. При использовании классификации 2009 г. выживаемость больных составила 90,4 и 77,1% соответственно. Пятилетняя общая выживаемость больных раком тела матки II стадии по классификации FIGO 2009 г. была ниже выживаемости больных раком тела матки IA и IB стадий. Существенные различия отмечены при анализе выживаемости больных раком тела матки IIIC1 и IIIC2 стадий. Она составила 70,0 и 0% соответственно. Классификация FIGO 2009 г. позволяет выделить группы больных раком тела матки, существенно различающиеся по прогнозу.

Ключевые слова: рак тела матки, классификация стадий FIGO, выживаемость.

Повышенное внимание к проблемам диагностики и лечения рака тела матки (РТМ) объясняется ростом распространенности этой опухоли. В 2008 г. в России стандартизованная заболеваемость РТМ (мировой стандарт) составила 15,1 на 100 000 женщин. РТМ занимал 3-место в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями (7,2%) и 4-е место по приросту заболеваемости за период с 2003 по 2008 г. (14,8%). Несмотря на то что у 85—90% больных РТМ распространенность опухоли соответствует I—II клиническим стадиям по классификации FIGO, в России в 2008 г. в структуре смертности женщин от злокачественных новообразований РТМ занимал 2-е место среди опухолей женских половых органов после рака яичников. РТМ — единственная опухоль женских половых органов, для которой за период с 2003 по 2008 г. в России отмечен прирост смертности (на 2,3%) [1].

Определение стадий злокачественных новообразований — один из основополагающих принципов клиниче-

ской онкологии. Оно создает основу для планирования лечения и оценки его результатов, оценки прогноза, обмена данными между медицинскими учреждениями и научных исследований. Именно определение прогностически разнородных групп больных, характеризующихся статистически достоверно разной выживаемостью, и является основным принципом разработки классификаций стадий [2].

Классификации стадий злокачественных опухолей женских половых органов разрабатывает Международная федерация акушеров и гинекологов (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO). Классификации FIGO являются основой для классификаций TNM по соответствующим нозологиям, разрабатываемым Международным противораковым союзом (Union for International Cancer Control, UICC) и его национальными комитетами, самым известным из которых является Американская объединенная комиссия по злокачественным новообразованиям (American Joint Commission on Cancer, AJCC), выпускающая собственную классификацию TNM.

Существуют две классификации стадий РТМ. Клиническая классификация, или классификация FIGO 1971 г.,

сегодня используется у больных, которым по каким-либо причинам не проводят хирургическое лечение. Во всех остальных случаях применяют хирургическую классификацию, впервые принятую FIGO в 1988 г. Именно она и основанная на ней классификация TNM 6-го пересмотра по сей день применяются в подавляющем большинстве онкологических учреждений нашей страны, несмотря на то что с начала 2009 г. во многих других странах уже используется классификация FIGO 2009 г. и соответствующая ей классификация TNM 7-го пересмотра (табл. 1) [3].

По сравнению с классификацией 1988 г. в классификацию 2009 г. внесен ряд существенных изменений. Во-первых, объединены IA и IB стадии. Во-вторых, в данной классификации при определении стадии больше не учитывается переход опухоли на слизистую цервикального канала и наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости. В-третьих, внесены уточнения в описание IIIB стадии. Согласно классификации FIGO 2009 г., сейчас к ней относятся не только опухоли с поражением влагалища, но и опухоли с распространением на параметрий (ранее такое распространение не оговаривалось в классификации). В четвертых, IIIC стадия в настоящее время подразделяется на IIIC1 и IIIC2 стадии в зависимости от поражения тазовых или поясничных лимфатических узлов соответственно. Кроме того, из классификации FIGO 2009 г. изъята 0 стадия, ранее соответствующая стадии Tis в классификации TNM (соответствующий пункт в классификации TNM 7-го пересмотра сохранен). Это единственное отличие классификации FIGO 2009 г. и классификации TNM 7-го пересмотра.

Поскольку определение стадии чрезвычайно важно как для оценки прогноза, так и для планирования адъювантного лечения, мы решили оценить выживаемость больных РТМ разных стадий по классификациям 1988 и 2009 гг., а также сравнить полученные данные с результатами аналогичных исследований, недавно опубликованных исследователями из США [4; 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 1043 больных эндометриоидным РТМ. Все больные находились на лечении в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН в 1990—2000 гг. У всех больных, включенных в исследование, в медицинской документации было достаточно данных для применения классификации хирургических стадий РТМ по классификациям 1988 и 2009 г. Анализировали 5-летнюю общую выживаемость больных, рассчитанную по методу Каплана—Мейера. Статистический анализ проводили с помощью пакета «IBM SPSS Statistics» (версия 19).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

I стадия

В классификации FIGO 2009 г. объединены между собой IA и IB стадии. Таким образом, согласно классификации 2009 г. к IA стадии относятся опухоли, ограниченные телом матки, без инвазии миометрия, а также опухоли с инвазией < 1/2 толщины миометрия, а к IB стадии — опухоли с инвазией < 1/2 толщины миометрия. Это обусловлено сходными выживаемостью, частотой поражения регионарных лимфатических узлов и результатами хирургического и комбинированного лечения больных РТМ IA и

Таблица 1

Хирургические стадии РТМ (FIGO, UICC, 2009 г.)

FIGO	Описание	TNM (7-й пересмотр)
	Оценить первичную опухоль невозможно	Tx
	Первичная опухоль не определяется	T0
	Pak in situ	Tis
I	Опухоль ограничена телом матки ^a	T1
IA	Опухоль в пределах эндометрия или инвазия < 1/2 толщины миометрия	T1a
IB	Инвазия ≥ 1/2 толщины миометрия	T1b
II	Опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки	T2
III		T3 и/или N1
IIIA	Прорастание серозной оболочки матки, метастазы в маточных трубах или яичниках (непосредственное распространение или метастазы) ^b	T3a
IIIB	Распространение на влагалище или параметрий (непосредственное распространение или метастазы)	T3b
IIIC1	Метастазы в тазовых лимфатических узлах	N1
IIIC2	Метастазы в поясничных лимфатических узлах, независимо от наличия метастазов в тазовых лимфатических узлах	N1
IV		
IVA	Прорастание слизистой мочевого пузыря или прямой кишки ^c	T4
IVB	Отдаленные метастазы, в том числе метастазы в пределах брюшной полости, а также метастазы в паховых лимфатических узлах, за исключением поражения влагалища, придатков матки, тазовой брюшины, тазовых и поясничных лимфатических узлов	M1

^a Опухоли с распространением на эндоцервикальные железы относятся к I стадии.

^b Наличие опухолевых клеток в асците или смывах из брюшной полости отмечается в медицинской документации, но не меняет стадию.

^c Наличие буллезного отека недостаточно для отнесения опухоли к T4. Прорастание слизистой должно быть подтверждено при биопсии.

IV стадий по классификации FIGO 1988 г. [6; 7]. Согласно 26-му ежегодному отчету о результатах лечения злокачественных опухолей женских половых органов FIGO, 5-летняя общая выживаемость больных РТМ IA стадии по классификации 1988 г. составляет 90,8%, IV стадии — 91,1%, причем она существенно выше, чем аналогичный показатель у больных IC стадии (85,4%) [7]. Существенный прирост частоты метастазов как в тазовых, так и в поясничных лимфатических узлах отмечается при поражении наружной половины миометрия, что соответствовало IC стадии по классификации FIGO 1988 г. [6; 7]. Еще одним доводом в пользу объединения IA и IV стадий были сходные результаты хирургического и комбинированного лечения и существенно более низкие результаты комбинированного и хирургического лечения больных РТМ IC стадии [7].

Пятилетняя общая выживаемость больных РТМ IA и IV стадий, лечившихся в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, по классификации FIGO 1988 г. составила 92,6 и 89,9%, по классификации 2009 г. — 90,4 и 77,1% (табл. 2). По данным S. N. Lewin и соавт., 5-летняя общая выживаемость больных РТМ IA и IV стадий по классификациям FIGO 1988 и 2009 гг. составила 90,7 и 88,9%; 89,6 и 77,6% соответственно. Причем эта закономерность сохранялась в подгруппе больных, которым выполнена лимфаденэктомия (91,9 и 89,6; 90,1 и 80,0% соответственно) [4]. Однако по мнению N. R. Abu-Rustum и соавт. (2011), использование классификации FIGO 2009 г. устраняет наиболее прогностически благоприятную группу — больных РТМ без инвазии миометрия, что снижает информативность классификации [5].

II стадия

Из классификации FIGO 2009 г. изъята IIA стадия. Ранее относившиеся к ней больные распределяются между IA и IV стадиями. Таким образом, согласно классификации FIGO 2009 г. II стадия не подразделяется на подстадии и к ней относятся только опухоли, распространяющиеся на строму шейки матки, но не выходящие за пределы матки. Это обусловлено сходными выживаемостью и результатами хирургического и комбинированного лечения больных РТМ IC и IIA стадий по классификации FIGO 1988 г. [7]. Так, по данным 26-го ежегодного отчета о результатах лечения злокачественных опухолей женских половых органов FIGO, 5-летняя общая выживаемость больных РТМ IC и IIA стадий составляет 85,4 и 83,3%, а при IIB стадии — 74,2%. При этом результаты хирургического и комбинированного лечения РТМ IIA стадии (5-летняя общая выживаемость 85,7 и 83,6% соответственно) близки и существенно выше таковых при РТМ IIB стадии (56,4 и 76,8% соответственно) [7].

Пятилетняя общая выживаемость больных РТМ IC и IIA стадий по классификации FIGO 1988 г., по данным S. N. Lewin и соавт., составила 77,6 и 78,9%, в то время как 5-летняя общая выживаемость больных IV и II стадий по классификации 2009 г. отличалась более заметно (77,6 и 73,5% соответственно) [4]. По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина, при использовании классификации FIGO 1988 г. 5-летняя общая выживаемость больных РТМ IC и IIA стадий различалась более существенно (78,0 и 72,2%), однако различия становились более заметными при применении классификации 2009 г. (больные РТМ IV

Таблица 2

Пятилетняя общая выживаемость больных РТМ в зависимости от стадий по классификациям FIGO 1988 и 2009 гг.^a, %

Стадия	S. N. Lewin и соавт. (2010 г.)		Собственные данные	
	FIGO (1999 г.)	FIGO (2009 г.)	FIGO (1999 г.)	FIGO (2009 г.)
IA	90,7 (18 960)	89,6 (48 353)	92,6 (199)	90,4 (699)
IV	88,9 (29 393)	77,6 (8404)	89,9 (478)	77,1 (184)
IC	77,6 (8404)	—	78,0 (162)	—
II	—	73,5 (1618)	—	63,6 (60)
IIA	78,9 (1660)	—	72,2 (38)	—
IIB	73,5 (1618)	—	63,6 (60)	—
IIIA	58,9 (3003)	56,3 (2137)	60,7 (50)	55,1 (44)
IIIB	36,2 (332)	36,2 (332)	14,3 (7)	14,3 (7)
IIIC	53,8 (3120)	—	58,3 (15)	—
IIIC1	—	57,0 (1842)	—	70,0 (13)
IIIC2	—	49,4 (1010)	—	0 (2)
IVA	22,0 (146)	22,0 (146)	—	—
IVB	21,1 (3338)	21,1 (3338)	23,1 (34)	23,1 (34)

^a В скобках указано число больных.

и II стадий; см. табл. 2). По данным S. N. Lewin и соавт., в подгруппе больных, которым выполнена лимфаденэктомия, эта закономерность исчезала (классификация 1988 г.: IC стадия — 80,0%, IIA стадия — 84,7%; классификация 2009 г.: IV стадия — 80,0%, II стадия — 80,5%) [4]. По-видимому, на выживаемость больных РТМ с поражением стромы шейки матки влияют прежде всего метастазы в регионарных лимфатических узлах, частота которых при поражении стромы шейки матки, по данным W. T. Creasman и соавт. (1987), составляет 16% [6].

III стадия

Согласно классификации FIGO 2009 г., к IIIA стадии РТМ больше не относятся опухоли, при которых обнаружены опухолевые клетки в асците или смывах из брюшной полости. Стадию в этих случаях теперь следует определять без учета этого фактора. Данное изменение классификации, по-видимому, определяется отсутствием единого мнения о прогностической роли обнаружения опухолевых клеток в асците или смывах при РТМ. Между тем, 5-летняя общая выживаемость больных при опухолях IIIA стадии с опухолевыми клетками в смывах

из брюшной полости, отнесенных согласно классификации FIGO 2009 г. к I стадии, оказывается ниже таковой у больных РТМ I стадии по классификации FIGO 1988 г., по крайней мере при IA стадии (75,3 и 89,2% соответственно) [5].

В классификации FIGO 2009 г. IIIС стадия разделена на две подстадии. Таким образом, к IIIС1 стадии относятся опухоли с метастазами в тазовых лимфатических узлах, а к IIIС2 — опухоли с метастазами в поясничных лимфатических узлах независимо от поражения тазовых (согласно классификации TNM 7-го пересмотра в обоих случаях определяется индекс N1). Данное изменение внесено в связи с тем, что поражение поясничных лимфатических узлов при РТМ прогностически более неблагоприятно, чем поражение тазовых, и характеризуется более низкой выживаемостью. Так, 5-летняя общая выживаемость при IIIС стадии по классификации FIGO 1988 г. составляла 53,8%, при IIIС1 стадии по новой классификации — 57,0%, при IIIС2 стадии — 49,4% [4]. По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 5-летняя общая выживаемость больным РТМ III стадии по классификации FIGO 1988 г. составила 58,3%, при IIIС1 стадии по классификации 1988 г. — 70,0%, при IIIС2 стадии — 0%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изменение классификации FIGO привело к существенному увеличению числа наблюдений, которые должны относиться к IA и IB стадиям. Так, к IA стадии сейчас относятся опухоли, ранее относившиеся к IA, IB, IIA (при инвазии < 1/2 толщины миометрия), а также к IIIA (при наличии опухолевых клеток в смывах из брюшной полости и инвазии < 1/2 толщины миометрия) стадии, а к IB стадии — опухоли, ранее относившиеся к IC, IIA (при инвазии ≥ 1/2 толщины миометрия), а также к IIIA (при наличии опухолевых клеток в смывах из брюшной полости и инвазии ≥ 1/2 толщины миометрия) стадии. Это существенно увеличивает число вариантов лечения, назначаемых больным РТМ I стадии, что снижает информативность классификации, однако на выбор метода лечения РТМ всегда влияла не только стадия, но и многие другие факторы прогноза, в частности гистологический тип опухоли, степень дифференцировки, наличие опухолевых эмболов в лимфатических щелях и т. д.

Гораздо больше вопросов возникает при анализе IIIС стадии. Дискуссия относительно лимфаденэктомии при РТМ продолжается уже более 20 лет. К сожалению, ни в 1988, ни в 2009 г. FIGO не дала точных рекомендаций, о том, как оценивать состояние лимфатических узлов при определении хирургической стадии РТМ. Кому и когда выполнять лимфаденэктомию при РТМ? Какой риск метастазов в лимфатических узлах при РТМ следует считать клинически значимым? Когда выполнять тазо-

вую, а когда тазовую и поясничную лимфаденэктомию? Однозначных ответов на эти вопросы пока нет.

Переход на новую классификацию неизбежен, потому что она позволяет говорить на одном языке и сравнивать результаты лечения. Определение хирургической стадии позволяет намного точнее оценивать прогноз при РТМ, потому что данные предоперационного обследования и определенная на их основании клиническая стадия не совпадают с операционными находками и результатами гистологического исследования у половины больных [8]. Распространение опухоли за пределы матки является во время операции у 19—38% больных РТМ [6; 9; 10]. Все это, а также продолжающаяся дискуссия о роли лимфаденэктомии при РТМ объясняют важность разработки рекомендаций по определению хирургической стадии РТМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2010. — Т. 21, № 2 (прил. 1). — 160 с.
2. History of the FIGO cancer staging system / Odicino F., Pecorelli S., Zigliani L., Creasman W. T. // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2008. — Vol. 101, N 2. — P. 205—210.
3. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of vulva, cervix, and endometrium // Int. J. Gynec. Obstet. — 2009. — Vol. 105. — P. 103—104.
4. Comparative Performance of the 2009 International Federation of Gynecology and Obstetrics' Staging System for Uterine Corpus Cancer / Lewin S. N., Herzog T. J., Barrena Medel N. I., Deutsch I., Burke W. M., Sun X., Wright J. D. // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 116, N 5. — P. 1141—1149.
5. The Revised 2009 FIGO Staging System for Endometrial Cancer. Should the 1988 FIGO Stages IA and IB Be Altered? / Abu-Rustum N. R., Zhou Q., Iasonos A., Alektiar K. M., Leitao, Jr., M. M., Chi D. S., Sonoda Y., Soslow R., Hensley M., Barakat R. R. // Int. J. Gynecol. Cancer. — 2011. — Vol. 21. — P. 511—516.
6. Surgical Pathologic Spread Patterns of Endometrial Cancer. A Gynecologic Oncology Group Study / Creasman W. T., Morrow C. P., Bundy B. N., Homesley H. D., Graham J. E., Heller P. B. // Cancer. — 1987. — Vol. 60. — P. 2035—2041.
7. Carcinoma of the Corpus Uteri / Creasman W. T., Odicino F., Maisonneuve P., Quinn M. M., Beller U., Benedet J. L., Heintz A. P. M., Ngan H. Y. S., Pecorelli S. // Int. J. Gynec. Obstet. — 2006. — Vol. 95 (suppl. 1). — P. S105—S143.
8. Comparison of clinical and surgical staging in patients with endometrial carcinoma / Cowles T. A., Magrina J. F., Masterson B. J., Capen C. V. // Obstet. Gynecol. — 1985. — Vol. 66, N 3. — P. 413—416.
9. Chen S. S. Extrauterine spread in endometrial carcinoma clinically confined to the uterus // Gynecol. Oncol. — 1985. — Vol. 21, N 1. — P. 23—31.
10. The value of exploratory laparotomy in patients with endometrial carcinoma according to the new International Federation of Gynecology and Obstetrics staging / Vardi J. R., Tadros G. H., Anselmo M. T., Rafila S. D. // Obstet. Gynecol. — 1992. — Vol. 80, N 2. — P. 204—208.

Поступила 15.12.2011

*Valentina Mikhailovna Nechushkina¹, Konstantin Yurievich Morkhov²,
Viktor Vasilievich Kuznetsov³*

FIGO STAGING SYSTEM 2009 FOR ENDOMETRIAL CANCER: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

¹ MD, PhD, Senior Researcher, Department of Gynecology, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, RF)

² MD, PhD, Senior Researcher, Department of Gynecology, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, RF)

³ MD, PhD, DSc, Professor, Head, Department of Gynecology, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, RF)

Address for correspondence: Nechushkina Valentina Mikhailovna, Department of Gynecology,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, RF;
e-mail: drnechushkina@mail.ru

In 2009, FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) proposed a revised staging classification system for endometrial cancer. The objective of the study was to compare the survival of endometrial cancer patients according to the 1988 and 2009 FIGO staging systems. One-thousand and forty-three women with endometrioid adenocarcinoma of the uterus treated in N. N. Blokhin RCRC RAMS between 1990 and 2000 were classified based on 1988 and 2009 staging systems. Based on the 1988 staging system, 5-year overall survival for stage IA was 92.6% compared with 89.9% for stage IB. In the 2009 system, survival was 90.4% for stage IA and 77.1% for stage IB. The survival for FIGO 2009 stage II was inferior to all stage I patients. The newly defined IIIC substages are prognostically different. Survival for stage IIIC1 was 70.0% compared with 0% for stage IIIC2. The 2009 FIGO staging system for uterine corpus cancer is highly prognostic.

Key words: endometrial cancer, FIGO staging system, survival.
