

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

(ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ ТОЛЬКО
В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ЦЕНТРАХ)

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных саркомой мягких тканей требует комплексного подхода и привлечения ряда специалистов: морфолога, лучевого диагноста, хирурга, радиолога, химиотерапевта, если необходимо – педиатра. Лечение должно проводиться в крупных онкологических центрах, где рутинно занимаются лечением этого заболевания.

ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС

Оперативное вмешательство является стандартным лечением местно-распространенных сарком мягких тканей низкой степени злокачественности и опухолей G2–3 размером менее 5 см. Широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, с учетом принципов футлярности и зональности является стандартом хирургического вмешательства. Один сантиметр отступа от новообразования считается достаточным, но край может быть минимальным в случае стойкого анатомического барьера, такого как мышечная фасция или надкостница, сухожильный конец мышцы. Краевое иссечение может рассматриваться, в исключительных случаях. Широкие органосохраняющие операции с пред- и/или послеоперационной лучевой терапией дают хорошие результаты при высокодифференцированных саркомах конечностей.

Интраоперационная лучевая терапия и брахитерапия обсуждаются в отдельных клинических случаях.

Послеоперационную лучевую терапию следует назначать, используя наилучшую доступную методику в дозе 50-60 Гр, фракции 1,8-2 Гр, возможно с эскалацией до 66 Гр, в зависимости от состояния и качества проведенного оперативного вмешательства, лечение показано при микроскопически положительном крае.

Несмотря на невысокую чувствительность отдельных гистологических подтипов мягкотканых сарком к цитостатикам, предоперационная химиотерапия при локализованном процессе имеет определенные преимущества: позволяет уменьшить объем хирургического вмешательства, а также является тестом чувствительности опухоли к проводимому лечению. Применение регионарной гипертермии в дополнение к системной химиотерапии обеспечивает преимущество в локальном контроле и рецидивной выживаемости.

Адювантная химиотерапия не является стандартом в лечении местно-распространенных сарком мягких тканей в Европе, однако широко используется в США (Показано достоверное увеличение общей выживаемости по данным мета-анализа на 1953 пациентах с СМТ без подгруппового анализа по гистологическим подтипам, а также всех онкологических показателей. Таким образом, исключив малочувствительные и нечувствительные гистологические подтипы применение адъювантной химиотерапии дает явное преимущество комбинированного лечения – применение как пред-, так и послеоперационной химиотерапии.).

Повторное оперативное вмешательство рассматривается в случае R1 резекции, если последующие оперативные возможности потенциально способны обеспечивать радикальность резекции без развития серьезных осложнений с учетом степени злокачественности и биологии опухоли. Повторное оперативное вмешательство в случае R2 является обязательным. В этом случае использование комплексной терапии с нерадикальной операцией требует совместного обсуждения с пациентом. Пластическая и микрососудистая хирургия применяется по необходимости. Лучевая терапия применяется при позитивных краях резекции и при иссечениях R1–2, если невозможно выполнить рerezекцию.

При неоперабельных опухолях применяется химиотерапия и/или лучевая терапия или, если опухоль ограничена конечностью, используются изолированная гипертермическая перфузия мелфаланом или регионарная гипертермия с химиотерапией.

Стандарт лечения местных рецидивов аналогичен таковому при местно-распространенном процессе за исключением более широкого использования пред- и послеоперационной химио- и лучевой терапии, если она не использовалась ранее.

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС

Химиотерапия является основным методом лечения диссеминированного процесса при мягкотканых сарcomaх. Наиболее часто используются доксорубицин, ифосфамид, дакарбазин. Стандартом химиотерапии диссеминированных сарком мягких тканей первой линии для пациентов старше 65 лет является монотерапия антрациклинами. При общем хорошем состоянии комбинированная химиотерапия доксорубицин + ифосфамид предпочтительней, когда ожидается выраженный эффект со стороны опухоли. При ангиосарcomaх альтернативой является назначение таксанов, показавших высокую противоопухолевую активность при данном гистологическом типе.

В качестве 2 линии в лечении липо-, лейомио-, синовиальной и экстраоссальной формы саркомы Юинга может быть использован трабектедин. Также, во вторую и более линии для большинства гистологических подтипов за исключением липосарком и GIST может быть использован пазопаниб.

Пациентам, которые уже получали химиотерапию, может быть рекомендован ифосфамид. В рандомизированном исследовании было доказано, что в качестве второй линии химиотерапии комбинация гемцитабин+доцетаксел более эффективна, чем гемцитабин в монорежиме. Гемцитабин также показал наличие противоопухолевой активности в качестве единственного противоопухолевого агента и при лейомиосаркоме. Дакарбазин, назначенный в качестве второй линии химиотерапии, также обладает некоторой противоопухолевой активностью (вероятно, более всего в лечении лейомиосаркомы). Качественная симптоматическая терапия может назначаться у леченых ранее пациентов с прогрессирующей саркомой мягких тканей при исчерпанных возможностях лечения.

В случае метастатических, потенциально радикально операбельных метастазов в лёгких, стандартом лечения является метастазэктомия в сочетании с предоперационной химиотерапией. Химиотерапию предпочтительно назначать перед хирургическим вмешательством, чтобы иметь возможность оценить лечебный патоморфоз и определить длительность лечения.

Стандартом лечения внелегочных проявлений заболевания является химиотерапия. Использование хирургического пособия (VAT, торакотомия) при единичных и солитарных очагах после эффективной химиотерапии увеличивает выживаемость больных. Также применяется хирургический этап при множественных метастазах после длительного положительного эффекта химиотерапии для дифференциальной диагностики остаточной опухоли и посттерапевтического фиброза.

Иматиниб является стандартным лечением для пациентов с дерматофибросаркомой, которые не подлежат хирургическому лечению или имеют метастатическую форму болезни, а также в лечении мультицентричной формы агрессивного фиброматоза при наличии экспрессии PDGF альфа или бета.

РЕЖИМЫ ХИМИОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ МЯГКОТКАННЫХ САРКОМАХ

РЕЖИМЫ ХИМИОТЕРАПИИ

Монохимиотерапия

- доксорубицин – 30 мг/м² в/в с 1-го по 3-й день;
- доксорубицин – 60-75 мг/м² в/в 1 раз в 3 нед;

- ифосфамид – 1,6-2,5 г/м²/сут. в течение 5 дней с уропротектором месной (уромитексан) из расчета 20% + 100% от дозы ифосфамида одновременно с ним;
- гемцитабин 1200 мг/м² за ≥120 мин в 1-й и 8-й дни каждый 21 день с фиксированной скоростью инфузии (только для лейомиосарком матки при невозможности использовать режим GemTax);
- йонделис 1,5 мг/м² в/в в виде 24-часовой инфузии раз в 21 день в качестве 2-й линии в лечении липосарком, лейомиосарком, синовиальных сарком и экстроосальной формы семейства Юинга;
- вотриент 800 мг per os ежедневно в качестве 2-ой линии в лечении СМТ за исключением липосарком и GIST, контроль эффективности после 2 месяцев приема.

Полихимиотерапия

AI

- доксорубин 75 мг/м² в виде 72-часовой инфузии;
 - ифосфамид 2,5 гр/м² в/в в виде 3-часовой инфузии в 1-й–4-й дни;
 - месна 500 мг/м² в 1 день вместе с ифосфамидом, далее 1500 мг/м² в виде 24-часовой инфузии в течение 4 дней;
 - филграстим п/к в 5-й–15-й дни или до восстановления уровня нейтрофилов.
- Интервал 3 недели.

GemTax

- гемцитабин 900 мг/м² в виде 90-минутной инфузии в 1-й, 8-й дни в/в;
- таксотер 100 мг/м² в 8-й день;
- филграстим п/к 5-й–15-й дни или до восстановления уровня нейтрофилов.
- для пациентов, уже получавших химиотерапию проводится редукция доз гемцитабина до 675 мг/м² в 1-й, 8-й дни и таксотера до 75 мг/м², также на фоне КСФ.

Интервал 3 недели.

MAID

- месна ОД 8000 мг/м² в виде 96-часовой инфузии (2000 мг/м²/сутки 4 дня);
- доксорубин 60 мг/м² в виде 72-часовой инфузии в/в;
- ифосфамид 6000 мг/м² в виде 72-часовой инфузии или по 2000 мг/м² в/в в виде 4-часовой инфузии 1-й–3-й дни.
- дакарбазин 900 мг/м² в виде 72-часовой инфузии, растворенный вместе с доксорубицином.

Интервал 3-4 недели.

ADIC

- доксорубин 90 мг/м² в виде 96-часовой инфузии в/в;
- дакарбазин 900 мг/м² в виде 96-часовой инфузии, растворенный вместе с доксорубицином.

Интервал 3-4 недели.

CyADIC

- циклофосфамид 600 мг/м² в/в в 1-й день;
- доксорубин 60 мг/м² в виде 96-часовой инфузии в/в;
- дакарбазин 1000 мг/м² в виде 96-часовой инфузии, растворенный вместе с доксорубицином.

Интервал 3-4 недели.

Режимы химиотерапии при рабдомиосаркоме**VAI**

- винкристин ОД 2 мг в 1-й день;
- доксорубин 75 мг/м² в виде 72-часовой инфузии;
- ифосфамид 2.5 гр/м² в/в в виде 3-х часовой инфузии 1-й–4-й дни;
- месна 500 мг/м² в 1-й день вместе с ифосфамидом, далее 1500 мг/м² в виде 24-часовой инфузии в течение 4 дней.
- филграстим п/к 5-й–15-й дни или до восстановления уровня нейтрофилов.

Интервал 3 недели.

VAC

- винкристин 2 мг/м² в 1-й и 8-й дни в/в, интервал 5 недель;
- дактиномицин 0,5 мг/м² в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й дни (повторять каждые 3 месяца, до 5 курсов);
- циклофосфамид 300 мг/м² ежедневно в течение 7 дней каждые 6 недель.

VAdriaC

- винкристин 1,5 мг/м² в 1-й, 8-й, 15-й в течение первых 2 курсов, далее только в 1-й день;
- доксорубин 60 мг/м² в виде 48-часовой инфузии;
- циклофосфамид 600 мг/м² в течение 2 дней.

Интервал 3 недели, и далее:

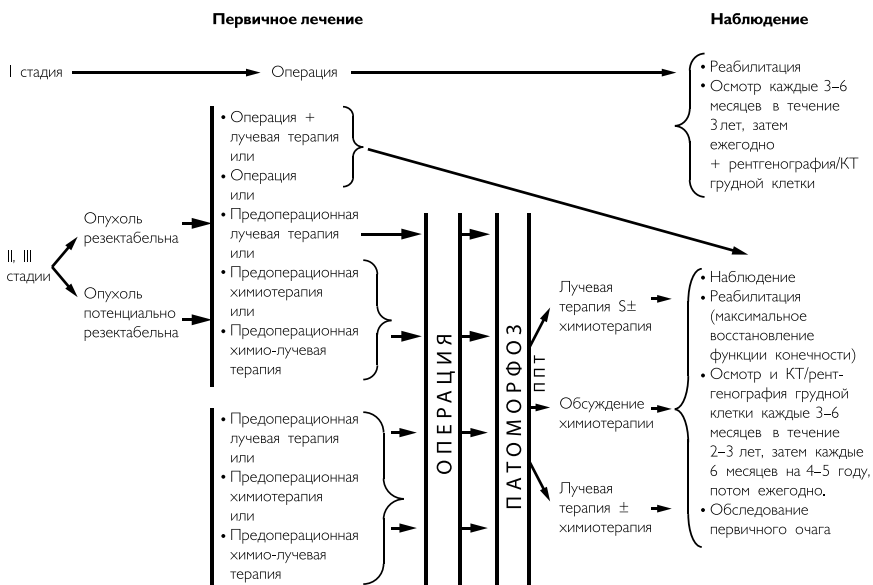
- ифосфамид 1800 мг/м² + месна в течение 5 дней;
- этопозид 100 мг/м² в 1-й–5-й дни.

Интервал 3 недели.

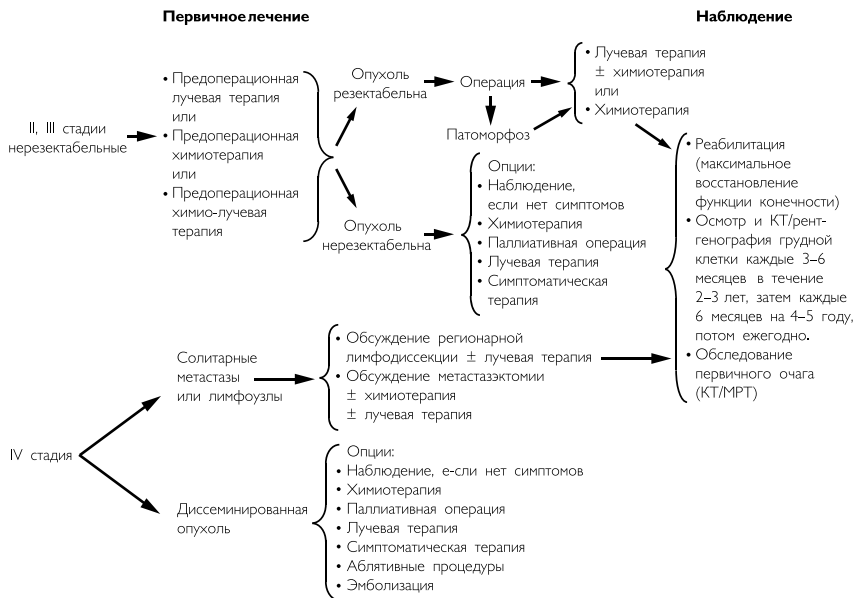
Таргетные препараты

- иматиниб по 400 мг в день внутрь постоянно для лечения демратофибросарком и агрессивного фиброматоза;
- вотриен 800 мг per os ежедневно в качестве 2-ой линии в лечении СМТ за исключением липосарком и GIST, контроль эффективности после 2 месяцев приема.

САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ



САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННАЯ, МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ)



САРКОМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ. РЕЦИДИВ

