

# Ogólne zasady leczenia

Piotr Rutkowski

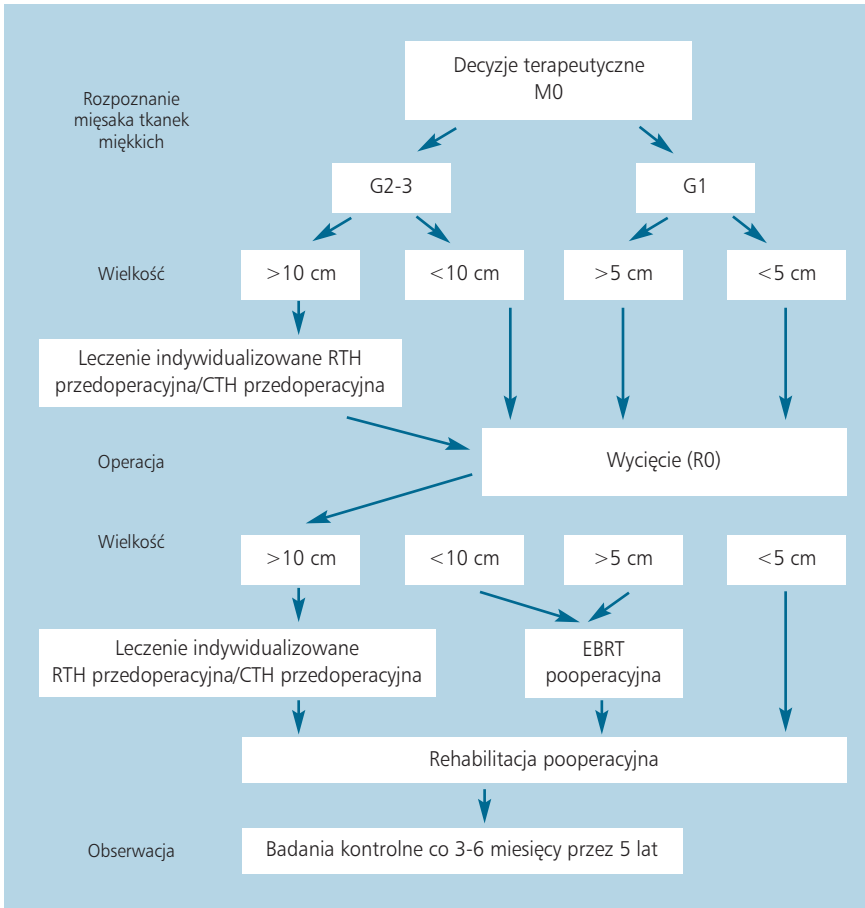
Podstawową zasadą postępowania u chorych na mięsaki tkanek miękkich (MTM) jest, że leczenie każdego przypadku powinno być planowane w sposób wielospecjalistyczny (w zespole obejmującym przynajmniej chirurga onkologa, radioterapeutę, onkologa klinicznego, patologa, radiologa i rehabilitanta) i prowadzone w ośrodkach referencyjnych posiadających doświadczenie w leczeniu tych rzadkich nowotworów. Trwale wyleczenie chorego na MTM można osiągnąć tylko dzięki radykalnemu leczeniu chirurgicznemu ogniska pierwotnego oraz w przypadku przerzutów – radykalnemu chirurgicznemu usunięciu przerzutów. Za organizację planu leczenia odpowiedzialny jest więc chirurg onkolog mający doświadczenie w terapii mięsaków. Obecnie powszechnie stosowane są operacje oszczędzające kończynę (w latach 50-60 ubiegłego wieku około 50% chorych było poddawanych amputacjom, a obecnie odsetek tak leczonych chorych w ośrodkach referencyjnych nie przekracza 10%). Randomizowane badania kliniczne potwierdziły, że zastosowanie leczenia skojarzonego pod postacią szerokiego wycięcia mięsaka z uzupełniającą radioterapią daje odsetek kontroli miejscowej nowotworu w granicach 85-90%, zaś przeżycia takich chorych nie różnią się od chorych poddawanych amputacji. Nie ma zgody, co do sekwencji leczenia napromienieniem w stosunku do leczenia chirurgicznego oraz nie jest ustalona ostateczna technika radioterapii (teleradioterapia vs brachyterapia). Zakończony niedawno badanie kliniczne III fazy prowadzone przez National Cancer Institute of Canada nie dało jednoznacznej odpowiedzi o przewadze radioterapii stosowanej przedoperacyjnie lub pooperacyjnie. Radioterapia stosowana przedoperacyjnie niesie ze sobą wiele korzyści (m.in. mniejsze pole napromieniania, mniejsza dawka, zmniejszanie niebezpieczeństwa wszczepu komórek mięsaka w ranie operacyjnej, ułatwianie wykonania operacji oszczędzających), jednak powoduje znaczą-

Tabela. Ogólny schemat postępowania w MTM.

Stopień zaawansowania	Chirurgia	Radioterapia*	Chemioterapia*
I	+	-	-
II	+	+?	-
III	+	+?	+?
IV	?+	?	+

\* Zgodnie z protokołami odpowiednich badań klinicznych z wyjątkiem uzupełniającej radioterapii pooperacyjnej lub radioterapii paliatywnej  
? indywidualizacja postępowania





**Rycina 2.** Schemat postępowania leczniczego w mięsakach tkanek miękkich kończyn i tułowia  
EBRT – radioterapia z pól zewnętrznych, CHTH – chemioterapia, RTH – radioterapia, M0 – brak przerzutów, R0 – resekcja mikroskopowo radykalna

ła 10% poprawę w zakresie przeżycia wolnego od nawrotu choroby (istotne statystycznie) oraz około 4% poprawę przeżyć całkowitych (nieistotne statystycznie). Jednak postęp związany z pojawianiem się leków celowanych molekularnie działających na zaburzenia leżące u podstawy rozwoju poszczególnych typów MTM może przynieść w najbliższym czasie zmianę w tym zakresie. Leczenie chirurgiczne przerzutów do płuc stanowi postępowanie z wyboru w przypadkach policzalnych, resekcyjnych zmian ograniczonych jedynie do płuc.

Ogólnie, wskazana jest indywidualizacja skojarzonego leczenia chorych na MTM z przestrzeganiem następujących ogólnych zasad postępowania (tabela):

Wyłączne leczenie chirurgiczne jest uzasadnione jedynie u chorych w stopniu zaawansowania IA (czyli mięsakach o niskim stopniu złośliwości położonych powierzchownie i wielkości do 5 cm) według TNM.

W pozostałych stopniach zaawansowania według TNM (IB, IIA, IIB, IIC) należy stosować radykalne leczenie chirurgiczne i pooperacyjną radioterapię. Z tego powo-

du nie należy podejmować leczenia mięsaków tkanek miękkich w ośrodkach nieposiadających zakładów radioterapii.

W IV stopniu zaawansowania (N1, M1) obowiązuje rozpoczynanie leczenia od chemioterapii. W przypadku uzyskania odpowiedzi i przy policzalnych przerzutach (potencjalnie operacyjnych) obowiązuje radykalizacja postępowania – wykonanie operacji radykalnej ogniska pierwotnego w osłonie chemioterapii.

W zaawansowaniu miejscowym z obecnością czynników ryzyka rozsiewu, ale bez przerzutów (tzn. mięsak o wysokim stopniu złośliwości histologicznej G3-G4 i wielkość powyżej 10 cm – III stopień według TNM, M0) wskazane jest kwalifikowanie do prospektywnych badań klinicznych, optymalnie z zastosowaniem chemioterapii i radioterapii przedoperacyjnej. Nie należy rozpoczynać leczenia poza ośrodkami referencyjnymi.

W przypadku wszystkich wznów miejscowych należy stosować leczenie według zasad analogicznych jak dla zmian pierwotnych.

Po prawidłowo przeprowadzonym postępowaniu diagnostycznym (ryc. 1, z uwzględnieniem biopsji diagnostycznej – jej niewykonanie stanowi błąd w sztuce lekarskiej), większość chorych po radykalnej operacji wymaga uzupełniającej radioterapii, wielotygodniowej rehabilitacji i kontynuowania badań kontrolnych w tym samym ośrodku leczącym przez minimum 5 lat. Schemat postępowania terapeutycznego przedstawia rycina 2. Najistotniejsze w leczeniu chorych na mięsaki z powodu rzadkości występowania tego nowotworu oraz konieczności leczenia skojarzonego wraz z elementami zaawansowanych technik rekonstrukcyjnych jest prowadzenie terapii od początku w ramach wielodyscyplinarnego zespołu mającego doświadczenie w leczeniu mięsaków.

## Piśmiennictwo

1. Brennan M, Singer S, Maki R, et al.: Sarcomas of the soft tissues and bone. W: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, str. 1581-1631.
2. Casali PG, Jost L, Sleijfer S, Verweij J, Blay JY; ESMO Guidelines Working Group. Soft tissue sarcomas: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2008;19 Suppl 2: ii89-93.
3. Clark MA, Fisher C, Hudson I, Thomas JM. Soft tissue sarcomas in adults. *N Engl J Med* 2005; 353: 701-11.
4. Cormier JN, Pearson AS, Meterissian SH, Tanabe K. Bone and soft tissue sarcoma. W: The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook. Lippincott Williams & Wilkins 2003.
5. Pollock RE. (ed) Soft Tissue Sarcomas (ACS Atlas of Clinical Oncology). BC Decker 2001.
6. Rosenberg SA, Tepper J, Glatstein E i wsp. „The treatment of soft-tissue sarcomas of the extremities: Prospective randomized evaluations of (1) limb-sparing surgery plus radiation therapy compared with amputation and (2) the role of adjuvant chemotherapy. *Ann Surg* 1982; 196: 305-315.
7. Ruka W: Mięsaki tkanek miękkich. W: Onkologia kliniczna (red. M. Krzakowski). Borgis, Warszawa 2006: 1153-1220.
8. Sarcoma Meta-analysis Collaboration. Adjuvant chemotherapy for localized respectable soft-tissue sarcoma of adults: Meta-analysis of individual data. *Lancet* 1997; 350: 1647-1654.
9. Wilson AN, Davis A, Bell RS i wsp. Local control of soft tissue sarcoma of the extremity: the experience of a multidisciplinary sarcoma group with definitive surgery and radiotherapy. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 746-51.
10. Yang JC, Chang AE, Baker AR i wsp. Randomized prospective study of the benefit of adjuvant radiation therapy in the treatment of soft tissue sarcomas of the extremity. *J Clin Oncol* 1998; 16: 197-203.