

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Байзаков Б.Т.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Тюмень, Россия (625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 52), nasrulla@inbox.ru

В статье представлен анализ сроков появления локального рецидива и периодичности возобновления местного роста саркомы мягких тканей (СМТ) после хирургического лечения в зависимости от размера опухоли. Определены основные проблемы хирургического лечения рецидивных СМТ. Показано, что частота локальных рецидивов СМТ после хирургического лечения зависит от объема оперативного вмешательства. Не выявлено зависимости частоты локальных повторных рецидивов СМТ от размера и гистологического варианта опухоли. Локальный рецидив саркомы мягких тканей умеренной и низкой степени дифференцировки не влияет на пятилетнюю выживаемость, но снижает качество жизни больных.

Ключевые слова: саркомы мягких тканей, хирургическое лечение, локальный рецидив.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT SOFT TISSUE SARCOMA

Baizakov B.T.

Tyumen State Medical Academy, Tyumen

Tyumen, Russia (625023, Tyumen, Odesskaya str., 52) nasrulla@inbox.ru

Article is an analysis of times of local recurrence and frequency of local resume growth of Sarcoma after surgical treatment, depending on the size of the tumor. Identifies the main problems of surgical treatment of relapsed. Shows that the rate of local recurrence after surgical treatment system depends on the amount of surgical intervention. No frequency dependence of local recurrence and histological variants of the tumor. Local recurrence of sarcoma of moderate and low degree of differentiation does not affect the five-year survival, but reduces the quality of life of patients.

Keywords: Sarcoma, surgical treatment of local recurrence.

Введение. Саркомы мягких тканей (СМТ) являются относительно редким заболеванием и составляют около 1% всех злокачественных опухолей человека [11]. В России в 2007 году выявлено 3245 заболевших – 0,7% от всех онкологических заболеваний [1]. По данным литературы [6; 7; 15; 16], развитие локального рецидива СМТ зависит не только от биологических свойств опухоли (степень злокачественности, размер, локализация), но и от радикальности первичного хирургического лечения. Локальный рецидив СМТ возникает у 90% больных, которым выполнено местное иссечение опухоли [4; 5], тогда как широкое иссечение снижает вероятность появления рецидива до 10–20% [3; 9; 10; 12; 13]. Таким образом, нерадикальное удаление СМТ является одним из факторов неблагоприятного прогноза заболевания [2; 6; 7; 8] и поэтому требует незамедлительного дополнительного хирургического вмешательства в объеме широкого иссечения опухоли [14]. Тем не менее на сегодняшний день в литературе нет единого мнения относительно границ резекции здоровых тканей и о влиянии локальных рецидивов СМТ на пятилетнюю выживаемость пролеченных больных. Всё вышеизложенное послужило основанием для проведения нами данного исследования.

Методы исследования. Под рецидивной саркомой мы понимаем развитие опухоли после проведенного лечения, считающегося радикальным, т.е. повторное появление опухоли в области первичного очага или зонах регионарного метастазирования в период более 6 месяцев после оперативного вмешательства (от 6 месяцев до 3 лет – ранние рецидивы, позднее 3 лет – поздние рецидивы СМТ). Выявление отдаленных метастазов саркомы мягких

тканей в период времени до 6 месяцев нами определено как первично-генерализованная саркома мягких тканей.

Основным симптомом локального рецидива саркомы мягких тканей явился определяемый визуально, реже – пальпаторно, опухолевый узел или несколько узлов (при мультицентричном росте). У 73 (76,8%) из 95 больных локальный рецидив саркомы мягких тканей выявлен при профилактическом осмотре. В 22 (23,2%) случаях больной самостоятельно выявил наличие опухолевого узла, что и явилось причиной явки на осмотр. Рентгенологическое исследование позволило выявить отдаленные метастазы в легкие у 15 (15,8%) из 95 пациентов, а также наличие или отсутствие рентгенологических признаков вторичного вовлечения подлежащих костных структур. Анатомо-топографическая локализация СМТ определялась с помощью компьютерной томографии или ядерно-магнитного резонанса – у 27 больных. Эти методы являются наиболее достоверными и позволяют планировать объем оперативного вмешательства. Для морфологической диагностики опухоли мягких тканей использовалась закрытая пункционная аспирационная или трепан-биопсия, открытая инцизионная биопсия.

Результаты исследования. По полученным нами данным, наибольшее количество случаев возобновления местного опухолевого роста после хирургического лечения наблюдалось в течение первых 6 месяцев после лечения – 22 (27,8±5,0%) при размере опухоли не более 5 см и в 17 (21,5±4,6%) случаях – при размере опухоли более 5 см. К началу третьего года частота локальных рецидивов была одинакова независимо от размера первичной опухоли. Сроки появления локального рецидива сарком мягких тканей в зависимости от размера первичной опухоли после хирургического лечения представлены на рис. 1.

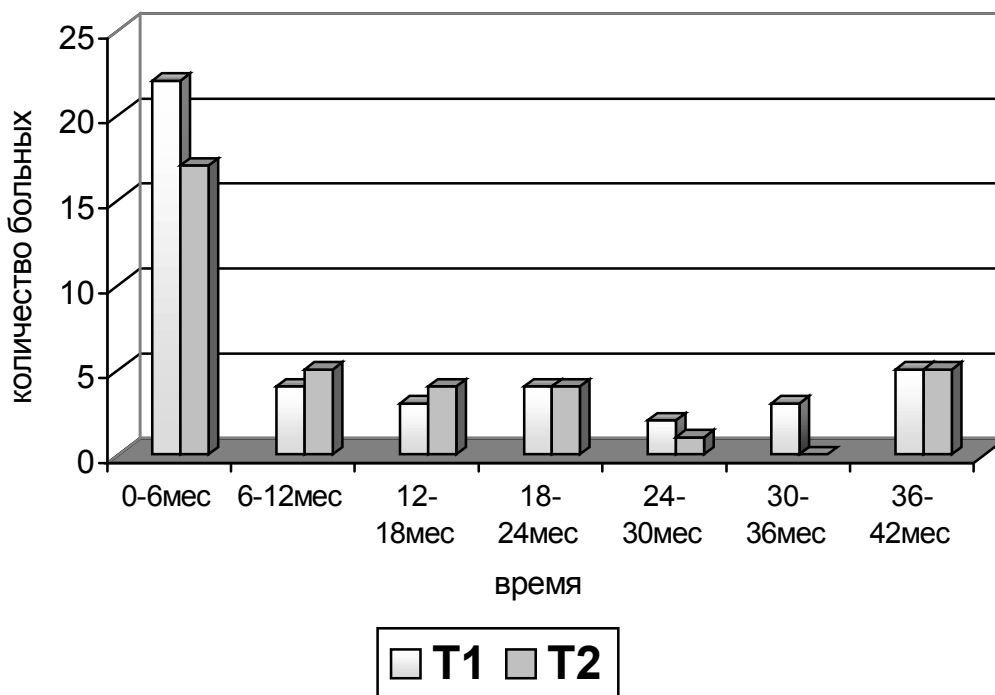


Рис. 1. Сроки появления локального опухолевого роста после хирургического лечения в зависимости от размера саркомы мягких тканей.

Наиболее высокая частота локальных рецидивов при размере первичной опухоли более 5 см наблюдалась нами к концу второго года после хирургического лечения. Эти данные свидетельствуют о том, что опасность появления местного рецидива опухоли у больных саркомы мягких тканей возрастает после хирургического лечения с интервалом в 1 год. Неадекватность хирургического лечения явилась основной причиной высокой частоты локальных рецидивов при размере опухоли до 5 см. Снижение же абсолютного количества

локальных рецидивов опухоли при ее диаметре более 5 см к концу третьего года после хирургического лечения было обусловлено гибелью части больных.

Нами также был проведен анализ периодичности возобновления местного роста саркомы мягких тканей в зависимости от размера опухоли после хирургического лечения (табл. 1).

Таблица 1 – Сроки появления локального опухолевого роста после хирургического лечения в зависимости от размера опухоли

| Локальный опухолевый рост | Хирургический метод | | | | Количество больных | |
|------------------------------|---------------------|-----------|----------------|----------|-----------------------|----------|
| | Размер опухоли | | | | | |
| | T ₁ | | T ₂ | | абс. | %± m |
| | абс. | %± m | абс. | %± m | | |
| Неизлеченность процесса | 22 | 27,8 ±5,0 | 17 | 21,5±4,6 | 39 | 49,4±5,6 |
| Ранний рецидив | 16 | 20,3±4,5 | 15 | 19,0±4,4 | 31 | 39,2±5,5 |
| Поздний рецидив | 5 | 6,3±2,7 | 4 | 5,1±2,5 | 9 | 11,4±3,5 |
| Итого | 43 | 54,4±5,6 | 36 | 45,6±5,6 | 79 | 100 |

Таким образом, из данных, представленных в таблице 1, следует, что у большинства больных после хирургического лечения независимо от размера опухоли преобладала неизлеченность локального опухолевого процесса. Неизлеченность опухолевого процесса при размере опухоли до 5 см была определена у 22 (27,8 ±5,0%) больных и у 17 (21,5±4,6%) – при размере опухоли более 5 см, что и явилось основной причиной неудовлетворительных результатов лечения локального опухолевого процесса.

Хирургическое лечение рецидивов сарком мягких тканей проводилось по принципам абластичности и футлярности. Необходимо отметить, что хирургическое лечение рецидивов СМТ характеризовалось рядом существенных проблем. Основная проблема – дефицит здоровых тканей, окружающих рецидивную опухоль вследствие предшествующего комбинированного лечения. Кроме того, проведение оперативного вмешательства осложнялось имеющимся нарушением архитектоники тканей.

Радикальное повторное оперативное вмешательство по поводу локального рецидива опухоли было возможным у 73 (76,8%) больных. У 52 пациентов повторно выполнялось только хирургическое лечение, в эту подгруппу вошли больные, которым на предыдущем этапе проводилось комбинированное и хирургическое лечение. Ампутации или экзартикуляции выполнены у 17 (30,3%) больных при локализации рецидива саркомы мягких тканей на верхних и нижних конечностях.

Объем иссечения рецидивной опухоли определялся в большей мере по глубине иссечения. Объективным методом контроля радикализма оперативного вмешательства мы считаем отсутствие микроскопически определяемого опухолевого роста по границам иссечения рецидивной саркомы мягких тканей.

Частота локальных повторных рецидивов после хирургического лечения больных в зависимости от размера и гистологического варианта опухоли представлена в таблице 2. Из представленных данных следует, что частота повторных рецидивов саркомы мягких тканей после хирургического лечения не зависит от размера опухоли (статистически значимых различий нет – $p > 0,05$). Анализируя зависимость частоты рецидивов опухоли от гистологического варианта саркомы, можно сделать вывод, что частота рецидивов не зависит от гистологического варианта саркомы мягких тканей. Так, из 9 больных с рецидивной злокачественной гистиоцитомой размером до 5 см после хирургического лечения повторные

рецидивы наступили у 6 (66,7±16,7%). Из 6 больных рецидивной фибросаркомой размером до 5 см повторные рецидивы выявлены у 4 (66,7 ± 21,0%). Статистически значимых различий нет, p>0,05.

Таблица 2 – Частота повторных рецидивов саркомы мягких тканей в зависимости от размера и гистологического варианта опухоли после хирургического лечения

| Гистологический вариант опухоли | Размер рецидивной опухоли | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|---------|-----------|----------------|---------|-----------|
| | T ₁ | | | T ₂ | | |
| | Кол-во | Рецидив | | Кол-во | Рецидив | |
| | | абс. | %±m | | абс. | %±m |
| Зл. фиброзная гистиоцитома | 9 | 6 | 66,7±16,7 | 6 | 4 | 66,7±21,0 |
| Липосаркома | 1 | 0 | - | 6 | 4 | 66,7±21,0 |
| Фибросаркома | 6 | 4 | 66,7±21,0 | 4 | 1 | - |
| Лейомиосаркома | 1 | 1 | - | 2 | 1 | - |
| Рабдомиосаркома | 2 | 0 | - | 3 | 3 | - |
| Зл. шваннома | 1 | 1 | - | 3 | 2 | - |
| Дерматофибросаркома | 3 | 1 | - | 1 | 1 | - |
| Зл. гемангиоэндотелиома | 1 | 1 | - | - | - | - |
| Зл. мезенхимома | - | - | - | 1 | 1 | - |
| Синовиальная саркома | - | - | - | 1 | 1 | - |
| Неклассифицируемая саркома | 1 | 1 | - | - | - | - |
| Всего: 52 | 25 | 15 | 60,0±10,0 | 27 | 18 | 66,7±9,2 |

Время появления локального опухолевого роста после хирургического лечения рецидивной саркомы мягких тканей в зависимости от размера опухоли представлено на рис. 2.

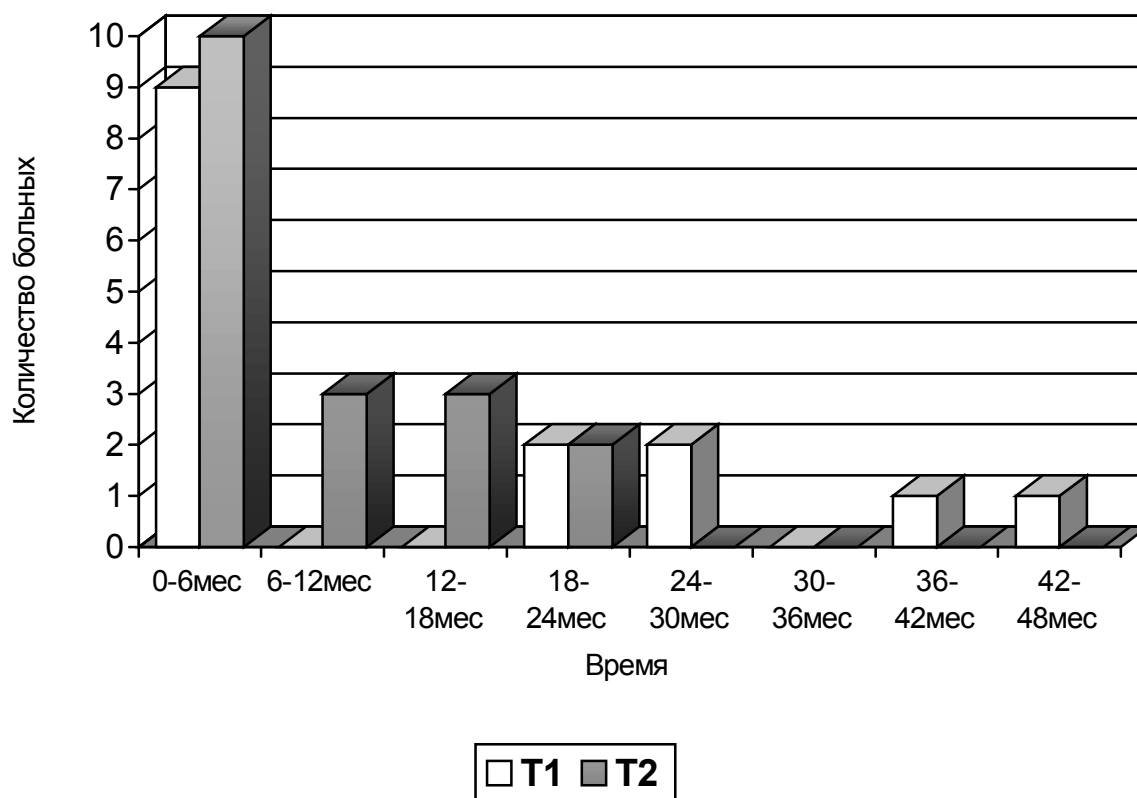


Рис. 2. Сроки появления локального опухолевого роста после хирургического лечения рецидивной саркомы мягких тканей в зависимости от размера опухоли.

Количество повторных рецидивов независимо от размера опухоли постепенно снижается ко 2 году после хирургического лечения пациентов. Большинство больных при размере рецидивной саркомы более 5 см в течение 2 лет погибают от генерализации процесса. После 3 лет отмечается рост количества повторных рецидивов только у больных после хирургического лечения рецидивной саркомы мягких тканей диаметром до 5 см. Данная особенность течения локального опухолевого процесса объясняется трансформацией послеоперационного рубца (происходит улучшение кровоснабжения опухолевых клеток, окруженных соединительной тканью, что ускоряет ее метаболизм и, как следствие, повышается митотическая активность).

Зависимость сроков появления локального повторного рецидива от размера опухоли после хирургического лечения рецидивной саркомы мягких тканей представлена в таблице 3. После хирургического лечения рецидивной СМТ преобладает неизлеченность процесса и ранние повторные рецидивы опухоли.

Таблица 3 – Сроки появления локального опухолевого роста в зависимости от гистологического варианта и размера опухоли после хирургического лечения рецидивной саркомы мягких тканей

| Период | Хирургический метод | | | | Количество больных | |
|--------|---------------------------|------|----------------|------|--------------------|------|
| | Размер рецидивной опухоли | | | | | |
| | T ₁ | | T ₂ | | | |
| | абс. | %± m | абс. | %± m | абс. | %± m |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|----|----------|----|----------|----|----------|
| Неизлеченность процесса | 9 | 27,3±7,7 | 10 | 30,3±8,0 | 19 | 57,5±8,6 |
| Ранний рецидив | 4 | 12,1±5,6 | 8 | 24,2±7,4 | 12 | 36,4±8,3 |
| Поздний рецидив | 2 | 6,1±4,2 | - | - | 2 | 6,1±4,2 |
| Итого | 15 | 45,5±8,6 | 18 | 54,5±8,6 | 33 | 100 |

Проводя анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных рецидивными саркомами мягких тканей, мы учитывали размер не первичной опухоли, а размер локального рецидива. Отдаленные результаты изучены у 70 больных с локальными рецидивами саркомы мягких тканей. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. По полученным нами данным следует, что при рецидивной опухоли размером равной или менее 5 см выживаемость пациентов выше (пять лет и более прожили 28 из 37 (75,6±7,1%) больных), чем при рецидивной саркоме размером более 5 см. Из данной категории больных 5 лет прожили 13 из 32 (40,6±8,7%) пациентов, $p < 0,01$. Таким образом, имеется обратная зависимость между размером рецидива СМТ и продолжительностью жизни пациентов после хирургического лечения.

Заключение. Частота локальных рецидивов СМТ после хирургического лечения зависит от объема оперативного вмешательства. Нарушение принципов онкологического радикализма при хирургическом лечении больных саркомой мягких тканей увеличивает частоту локальных рецидивов. Нами не выявлено зависимости частоты локальных повторных рецидивов СМТ от размера и гистологического варианта опухоли. Статистически значимых различий частоты локальных повторных рецидивов при размере опухоли до 5 см нет. Не получены статистически достоверные различия частоты локальных повторных рецидивов СМТ в зависимости от метода лечения больных при размере опухоли более 5 см в диаметре. Различия в пятилетней выживаемости в зависимости от размера рецидивной опухоли статистически достоверны ($p > 0,01$). Локальный рецидив саркомы мягких тканей умеренной и низкой степени дифференцировки не влияет на пятилетнюю выживаемость, но снижает качество жизни больных.

Список литературы

1. Горбунова В.А. Новые направления лекарственного лечения сарком мягких тканей : доклад, заседание № 562 // Вестник московского онкологического общества. – 2009. – № 11.
2. Трапезников Н.Н., Карапетян Р.М., Геворкян А.А. и др. Ретроспективный анализ результатов лечения сарком мягких тканей // Новое в онкологии. Сб. науч. трудов. – Воронеж, 2001. – Вып. 5. – С. 67.
3. Barr L.C., Stotter A.T., A'Hern R.P. A controversy reviewed from the perspective of soft tissue sarcoma // Br. J. Surg. – 1991. – V. 78. – P. 648–650.
4. Cadman N.L., Soule E.H., Soule P.J. Synovial sarcoma: An analysis of 134 tumors // Cancer. – 1965. – V. 18. – P. 613–627.
5. Cantin J., McNeer G.P., Chu F.C. et al. The problem of local recurrence after treatment of soft tissue sarcoma // Ann Surg. – 1968. – V. 168. – P. 47–53.
6. Collin C., Hajdu S.I., Godbold J. et al. Localized operable soft tissue sarcoma of the lower extremity // Arch. Surg. – 1986. – V. 121. – P. 1425–1433.
7. Collin C., Hajdu S.I., Godbold J. et al. Localized operable soft tissue sarcoma of the upper extremity: Presentation, management, and factors affecting local recurrence in 108 patients // Ann Surg. – 1987. – V. 205. – P. 331–339.
8. Emrich L.J., Ruka W., Driscoll D.L. et al. The effect of local recurrence on survival time in adult high-grade soft tissue sarcomas // J. Clin. Epidemiol. – 1989. – V. 42. – P. 105–110.

9. Gustafson P., Dreinhofer K.E., Rydholm A. Soft tissue sarcoma should be treated at a tumor center: A comparison of quality of surgery in 375 patients // *Acta Orthop Scand.* – 1994. – V. 65. – P. 47–50.
10. Herbert S.H., Corn B.W., Solin L.J. et al. Limb-preserving treatment for soft tissue sarcomas of the extremities: The significance of surgical margins // *Cancer.* – 1993. – V. 72. – P. 1230–1238.
11. Jemal A., Tiwari R.C., Murray T. et al. Cancer statistics, 2004 // *CA Cancer J. Clin.* – 2004. – Vol. 54. – P. 8.
12. Karakousis C., Driscoll D.L. Treatment and local control of primary extremity soft tissue sarcomas // *J. Surg. Oncol.* – 1999. – V. 71. – P. 155–161.
13. Sauter E.R., Hoffman J.P., Eisenberg B.L. Diagnosis and surgical management of locally recurrent soft tissue sarcomas of the extremity // *Semin. Oncol.* – 1993. – V. 20. – P. 451–455.
14. Sugiura H., Takahashi M., Katagiri H. et al. Additional wide resection of malignant soft tissue tumors // *Clinical orthopaedics and related research.* – 2002. – V. 394. – P. 201–210.
15. Vraa S., Keller J., Nielsen O.S. et al. Prognostic factors in soft tissue sarcomas: The Aarhus experience // *Eur. J. Cancer.* – 1998. – V. 34. – P. 1876–1882.
16. Wilson R.B., Crowe P.J., Fisher R. et al. Extremity soft tissue sarcoma: Factors predictive of local recurrence and survival // *Aust N Z J. Surg.* – 1999. – V. 69. – P. 344–349.

Рецензенты:

Гладков О.А., д.м.н., профессор, заведующий отделением химиотерапии Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, г. Челябинск.

Зотов П.Б., д.м.н., профессор, заведующий центром паллиативной помощи Тюменского областного онкологического диспансера, г. Тюмень.