

ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННИХ САРКОМ СЕРЦЯ (огляд літератури)

Висоцький А.О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: саркома серця, пухлина серця, лікування, хіміотерапія, променева терапія

Первинні пухлини серця виникають дуже рідко і, за різними даними, становлять від 0,001 до 0,03% усіх новоутворень [12]. Це зумовлено особливостями метаболізму міокарда, коронарним кровообігом та обмеженістю лімфатичних зв'язків всередині серця [1].

Серед пухлин серця 25% є злокісними, з яких від 75% до 95% є саркомами [12]. У дорослих найпоширеніші ангіосаркоми (30-45%).

Ангіосаркоми в 2 рази частіше зустрічаються у чоловіків, ніж у жінок. Найчастіша локалізація – праве передсердя (90%) [7]. У дітей найпоширеніші рабдоміосаркоми [12].

Тривалість життя у пацієнтів, в яких виявлена первинна саркома серця (СС), в середньому становить від 3 місяців до 1 року. Основною причиною їхньої смерті є оклюзія клапанних отворів або пухлинна емболія [5].

Серед усіх видів лікування СС, найбільша тривалість життя досягається у пацієнтів, в яких було здійснено повне видалення пухлини. Якщо виконано неповне видалення, хіміотерапія або променева терапія можуть загальмувати прогресію пухлини.

Остаточна роль хіміотерапії ще не встановлена. Найчастіше використовуються такі препарати: циклофосамід, вінкристин, дакарбазин, іфосфамід, метотрексат, доксорубіцин. Слід враховувати кардіотоксичність різних препаратів. Наприклад, якщо перевищити дозу доксорубіцину більш ніж 500 мг/м², частота серцевої недостатності зростає до 15-30%. Варіантом зниження кардіотоксичноності є введення доксорубіцину шляхом тривалої інфузії або невеликими дозами [13].

Середня тривалість життя у пацієнтів із СС після операції становить 14 місяців. Наявні дані, що тривалість життя пацієнтів з ангіосаркомою, у яких було проведено неповне видалення пухлини з подальшою хіміотерапією і променевою терапією, становила 34 і навіть 53 місяці [2].

Kakizaki S. et al. (1997) повідомили, що у пацієнта з ангіосаркомою, який пройшов імунотерапію (інтерлейкін-2) з хіміотерапією (циклофосамід, вінкристин, доксорубіцин, дакарбазін) і променеву терапію після неповного видалення, безрецидивний період становив 30 місяців [6].

За даними дослідження A. Liombart-Cussac et al. (1998), яке було проведено у 11 пацієнтів і включало різні програми ад'юvantної хіміотерапії: CYVADIC regimen (циклофосфамід, доксорубіцин, вінкристин і дакарбазін), AI regimen (іфосфамід і доксорубіцин), AMV regimen (доксорубіцин, метотрексат і вінкристин, доксорубіцин окремо, безрецидивний період в середньому був 11 місяців [7].

P. T. Truong ta et al. (2009) повідомляють про 3 пацієнтів: перший, лікування якого включало доксорубіцин та іфосфамід після повної резекції пухлини, прожив 96 місяців, другий, який отримував післяопераційне введення доксорубіцину і дакарбазіну, прожив 12 місяців; третій, який отримував доксорубіцин та іфосфамід без виконання видалення пухлини, прожив 15 місяців [14].

Mayer F. et al. (2007) теж повідомляють про 3 пацієнтів: перший, лікування якого включало доксорубіцин та іфосфамід після повного видалення пухлини, прожив 156 місяців, другий, який отримував доксорубіцин та іфосфамід без виконання видалення пухлини прожив 18 місяців, третій, лікування якого включало введення вінкристину, іфосфаміду, доксорубіцину та етопозиду після повного видалення пухлини прожив 52 місяця [8].

При первинних серцевих пухлинах променеву терапію проводять до хірургічного лікування, що сприяє повному хірургічному видаленню пухлини, а також після хірургічного втручання для зменшення рецидивів. Променева терапія зазвичай використовується після повного видалення саркоми сумарною вогнищовою дозою 60-65 Гр. В неоперабельних випадках СС сумарна вогнищева доза збільшується до 70 Гр. Високі дози можуть викликати променеві ускладнення; наприклад при сумарній вогнищевій дозі 40 Гр частота перикардитів збільшується до 40% [10].

Jose L.M. Guimaraes et al. (2004) повідомляють про пацієнта, лікування якого включало введення доксорубіцину, дакарбазину та іфосфаміду і променеву терапію сумарною вогнищовою дозою 54 Гр після неповного видалення пухлини, у якого безрецидивний період становив 12 місяців [4].

В літературі кількість повідомлень про трансплантацію серця при СС незначна. Існують дані, що тривалість життя пацієнтів, яким провели трансплантацію серця така ж, як і у тих, які отримали інші види терапії [11]. Gowdama-rajan A. and Michler R. (2000) провели дослідження, здійснивши трансплантацію 21 пацієнту з СС. Середня тривалість життя пацієнтів становила 12 місяців. Зараз існують невирішенні питання щодо трансплантації серця; триале застосування імунодепресантів може стимулювати подальший ріст пухлини або рецидиви і нові неоплазії [3].

Інший метод лікування – аутотрансплантація (експлантація серця, резекція пухлини ex vivo і подальша реімплантация серця). За даними Michael J. та ін.(2006), середня тривалість життя при цьому становить 18,5 місяців у пацієнтів з саркомами серця [9].

Аналіз літературних джерел свідчить про певні успіхи у лікуванні СС, але робити остаточні висновки щодо ефективності окремих видів лікування ще не можна через малу кількість пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Витовский Р.М. Особенности злокачественного поражения сердца [Текст] / Р.М. Витовский, В.В.Исаenko, А.В. Кривенький и др.. // Онкология. – 2009. – Том 11. – №4.-С.283-285.
2. Antonuzzo L. Primary cardiac angiosarcoma: a fatal disease [Text] / L.Antonuzzo, V.Rotella, F.Mazzoni et al.// Case Report Med. – 2009. – P.591512.
3. Devbhandari M.P. Primary cardiac sarcoma: reports of two cases and a review of current literature [Text] / M.P. Devbhandari, S. Meraj, M.T. Jones et al. // Journal of Cardiothoracic Surgery. – 2007.- Vol. 2.-P.34.
4. Guimaraes J.L. Multidisciplinary treatment in cardiac angiosarcoma: lesson from a case [Text] / Guimaraes J.L., Sutmoller M.C., Mano M.S., Venturella R., Franke F., Reiriz A., Notary A., Di Leo A.// The Internet Journal of Oncology. – 2004. – Vol.2. – № 1.
5. Jagdish Butany. Cardiac tumours: diagnosis and management [Text] / J. Butany, Vidhya Nair, A. Naseemuddin,G. M Nair et al.//The Lancet Oncology. – 2005.-Vol. 6. – №4.- P.219-228.
6. Kakizaki S. Cardiac angiosarcoma responding to multidisciplinary treatment [Text] / Kakizaki S., Takagi H., Hosaka Y. // International Journal of Cardiology. – 1997.- Vol. 62. – №3. -P.273–275.
7. Llombart-Cussac A. Adjuvant chemotherapy for primary cardiac sarcomas: the IGR experience [Text] / Llombart-Cussac A, Pivot X, Contesso G // British Journal of Cancer. - 1998.-Vol.78. – №12.- P.1624–1628.
8. Mayer F. Primary malignant sarcomas of the heart and great vessels in adult patients – a single center experience [Text] / Mayer F., Aebert H., Rudert M et al. // Oncologist. – 2007. – Vol.12.-P.1134-1142.
9. M.J. Reardon. Cardiac Autotransplantation for Primary Cardiac Tumors [Text] / M.J. Reardon, S. C. Malaisrie, J-C. Walkes et al.// The Annals of Thoracic Surgery. – 2006. – Vol.82. -№2.-P.645-650.
10. Movsas B. Primary cardiac sarcoma: a novel treatment approach [Text] / Movsas B, Teruya-Feldstein J., Smith J., Glatstein E., Epstein A. // Chest. – 1998. – Vol. 114. – №2. – P.648–652.
11. Pigott C. Improved outcome with multimodality therapy in primary cardiac angiosarcoma [Text] / C. Pigott, M. Welker, P. Khosla et al. // Nature Clinical Practice Oncology. – 2008. – Vol.5.-P.112-115.
12. Shapiro L.M. Cardiac tumours: diagnosis and management [Text] / L.M. Shapiro // Heart.- 2001. – Vol. 85.- P. 218-222.
13. Torti F.M. Cardiotoxicity of Epirubicin and Doxorubicin: Assessment by Endomyocardial Biopsy [Text] / F. M. Torti, M. M. Bristow, B. L. Lum // Cancer Res.- 1986.- Vol. 46. – P.3722-3727.
14. Truong P. T Treatment and outcomes in adult patients with primary cardiac sarcoma: the British Columbia Cancer Agency experience [Text] / T. Truong, S. O. Jones, B. Martens, et al.// Annals of Surgical Oncology. – 2009.- Vol.16. – P.3358-3365.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ САРКОМ СЕРДЦА (огляд літератури)

Высоцкий А.О.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Резюме: Первичные опухоли сердца встречаются редко. Около 25% первичных опухолей сердца являются злокачественными, из них около 75% – саркомы. Большинство источников сообщают о неблагоприятном прогнозе со средней выживаемостью не более шести месяцев. Не существует стандартного подхода к лечению из-за редкости этой патологии. Радикальное удаление обеспечивает наибольшую выживаемость. Химиотерапия и лучевая терапия имеют незначительное влияние на прогноз. В некоторых случаях может быть выполнена трансплантация сердца.

Ключевые слова: саркома сердца, опухоль сердца, лечение, химиотерапия, лучевая терапия

INITIAL CARDIAC SARCOMAS TREATMENT (review)

Visotsky A.O.

National O.O.Bohomolets Medical University,
Kyiv, Ukraine

Summary: Primary cardiac tumors are rare. Approximately 25% of primary cardiac tumors are malignant and about 75% of these are sarcomas. The literature describes a dismal prognosis with a median survival of only six months. There is no standard treatment approach because sarcomas of heart are very rare. Radical surgical resection confers the best long-term outcome. Chemotherapy and radiotherapy have a soft impact on prognosis. In some instances, heart transplantation may be performed.

Key words: cardiac sarcoma, cardiac tumour, treatment, chemotherapy, radiotherapy