

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-
РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

И.А. Косенко, О.П. Матылевич, В.С. Дударев, Т.М. Литвинова, В.Ф.
Орехов, И.Н. Фомина, Т.М. Курчина, Т.В. Осипова

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н.Н. Александрова (директор – О.Г. Суконко), Минск,
Республика Беларусь

Введение. Рак шейки матки (РШМ) является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований женских половых органов. В 2008 г. по данным GLOBOCAN, показатель заболеваемости РШМ в мире составил $15,3^0/0000$, смертности – $7,8^0/0000$. В Республике Беларусь соответствующие показатели в 2008 г. были равны $13,2^0/0000$ и $4,9^0/0000$ [20]. Среди заболевших местно-распространенный рак шейки матки (MP РШМ) встречается у 20-50%, при этом его рост отмечен у женщин молодого возраста [2, 3, 4, 9, 11, 13].

Основным методом терапии нерезектабельного РШМ в настоящее время является сочетанное лучевое лечение с радиосенсибилизацией цисплатином, которое позволяет добиться общей 5-летней выживаемости при III стадии злокачественного процесса 31,0-60,0%, при IV – 7,8-10,0% [1, 3, 4, 12, 13, 15, 16].

Общеизвестно, что адекватную сочетанную лучевую терапию (СЛТ) больным MP РШМ, у которых злокачественный процесс сочетается с миомой матки, аденомиозом, опухолью яичников, воспалением придатков матки и наличием спаечной болезни после перенесенных ранее операций на органах брюшной полости, провести крайне сложно [9, 13]. В этих случаях оптимальным подходом было бы хирургическое вмешательство, выполнить которое в стандартном варианте по радикальной программе у большинства пациенток нереально либо из-за раковой инфильтрации параметриальной клетчатки, либо из-за прорастания опухоли в мочевой

пузырь или прямую кишку. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют, что внутривенное введение химиопрепаратов позволяет сделать РШМ резектабельным у 29,6%-89,0% пациенток и выполнить хирургическое вмешательство, объем которого в отдельных случаях следует расширить до экзентерации малого таза [4, 18, 21].

Использование внутриартериальной неoadьювантной химиотерапии (НАХТ), которая применяется крайне редко, позволяет удалить опухоль у 83,6–93,5% больных [19, 24].

В настоящее время доказана эффективность проведения НАХТ с эмболизацией артериальных сосудов в комбинированном лечении больных раком простаты, легкого, яичников и остеогенной саркомой [5, 6, 7, 17]. Методы интервенционной радиологии нашли применение у больных раком почки, печени, а также с опухолями головы и шеи [8, 10, 22, 23].

Одним из перспективных цитостатиков в отношении плоскоклеточного РШМ является гемцитабин, обладающий, по мнению ряда авторов, высокой эффективностью при совместном использовании с цисплатином [18].

Приведенные выше литературные данные свидетельствуют об актуальности изучаемой проблемы и ее практической значимости. Это диктует необходимость разработки для лечения больных МР РШМ метода рентгеноэндоваскулярных вмешательств, заключающегося в химиоэмболизации маточных артерий (ХЭМА) в сочетании с внутривенной НАХТ.

Цель работы: оценить эффективность лечения больных МР РШМ с использованием нового комплексного метода, включающего НАХТ (внутривенное введение гемцитабина и цисплатина) с ХЭМА гемцитабином, сеанс контактной лучевой терапии и хирургическое вмешательство.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 55 женщин в возрасте от 29 до 60 лет (средний возраст составил 44,9 года). РШМ ПВ

стадии был диагностирован у 35 (45,5%) пациенток, IIIВ – у 28 (50,9%), IV – у 2 (3,6%). Основным гистотипом злокачественной опухоли у пациенток изучаемой группы был плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки (47(85,5%)). Доля высокодифференцированной карциномы составила 4,3%, умереннодифференцированной – 83,0%, низкодифференцированной – 8,4%. У 2 (4,3%) женщин степень дифференцировки морфологами установлена не была. Аденогенная карцинома диагностирована у 7 (12,7%) больных, недифференцированный рак – у 1 (1,8%). Все пациентки имели ту или иную сопутствующую патологию со стороны половых органов, которая не позволяла провести адекватную СЛТ.

Лечение больных исследуемой группы начинали с системной НАХТ цисплатином в дозе 70 мг/м^2 в первый день и гемцитабином 1000 мг/м^2 в 1-й и 8-й дни, вводимых в вену. Через 21 день проводили второй курс системной химиотерапии по аналогичной схеме, а на 8-й день выполняли ХЭМА гемцитабином. В одну маточную артерию вводили 1000 мг цитостатика 19 (34,5%) женщинам, в обе (в каждую по 500 мг) – 36 (65,5%). Число курсов системной НАХТ с ХЭМА зависело от степени резорбции опухоли: один курс проведен 1 (1,8%) больной, два – 35 (63,7%), три – 18 (32,7%) и четыре – 1 (1,8%). После одного курса НАХТ только у одной (2,0%) пациентки опухоль стала резектабельной, после 2-х – у 29 (69,0%), после 3-х – у 12 (28,6%). Из всех больных исследуемой группы 13 (23,6%) женщин из-за нерезектабельности опухоли были переведены на дистанционную лучевую терапию в СОД 30 Гр , после которой только одной больной удалось выполнить операцию, остальным было продолжено лечение в виде сочетанной лучевой терапии. Следует отметить, что после НАХТ с химиоэмболизацией двух маточных артерий чаще появлялись условия для оперативного вмешательства, чем после окклюзии одного сосуда. Так, после одновременной эмболизации 2-х артериальных сосудов оказалось возможным выполнить хирургическое

вмешательство 30 (83,3%) больным МР РШМ, а при химиоэмболизации одной маточной артерии – только 12 (63,1%).

За сутки до операции пациенткам проводили однократный сеанс контактной лучевой терапии (КЛТ) в дозе 10 Гр на аппарате «MicroSelectron-HDR». Из 42 прооперированных женщин 40 (95,2%) выполнена гистерэктомия III типа с придатками и двусторонней подвздошной лимфодиссекцией, 2 (4,8%) – передняя экзентерация малого таза.

Погодовая общая наблюдаемая выживаемость и выживаемости, свободные от рецидивов и метастазов, рассчитывали по методу Каплан-Майера, доверительный интервал определяли по формуле Гринвуда. Для тестирования различий в зависимости от комплексного и сочетанного лучевого метода лечения использовали лог-ранговый тест и метод Мантеля.

Результаты и обсуждение. У 2 пациенток после первого курса НАХТ развилось обострение хронического пиелонефрита и тромбоза вен нижних конечностей, что не позволило выполнить второй курс полихимиотерапии (ПХТ). Обе больные продолжили специальное лечение методом СЛТ по расщепленному курсу.

После выполнения двусторонней ХЭМА у всех больных МР РШМ был диагностирован постэмболический синдром, в случае химиоэмболизации одной маточной артерии он отсутствовал.

По данным эхоскопии после осуществления ХЭМА с 2-х сторон, у 3 (8,3%) женщин были диагностированы гематомы в малом тазу и в передней стенке влагалища, которые резорбировались под влиянием консервативной терапии. Также были выявлены у 3 (8,3%) больных ишемические изменения слизистой задней стенки мочевого пузыря; у одной из них в дальнейшем был диагностирован язвенный цистит. Осложнений у пациенток при введении цитостатика в одну маточную артерию отмечено не было.

Токсические проявления легкой степени тяжести со стороны различных органов и показателей крови, связанные с НАХТ и ХЭМА, наблюдали в 100% случаев, причем у отдельных женщин одновременно сочетались 2-4 симптома. У всех пациенток также отмечена алопеция 1-2-й степени. Нейросенсорные нарушения диагностированы в 5 (9,1%) случаях. Кожно-токсические реакции появились у 8 (14,5%) женщин, причем у одной возникли диффузные пятнисто-узелковые высыпания на коже лица, туловища и конечностей после введения гемцитабина, в связи с чем лечение было продолжено сочетанным лучевым методом. Кардиоваскулярная токсичность выявлена у 3 (5,5%) больных в виде нарушений метаболических процессов в миокарде, при этом у 2 (3,6%) из них обнаружена ишемия миокарда. Рвота 1-2 степени тяжести имела место у 20 (36,4%) пациенток. Стоматит и эзофагит отмечены у 3 (5,4%) больных, токсический гепатит – у одной (1,2%). Признаки гематологической токсичности зафиксированы в 31 (56,4%) случае: анемия 1-2-й степени – у 11 (20,0%) пациенток, лейкопения 1-2-й степени – у 15 (27,3%), тромбоцитопения 1-2-й степени – у 13 (23,6%), тромбоцитопения 3-й степени – у 2 (3,6%). Только 2 (3,6%) больные имели гематологические изменения 4-й степени тяжести и сопровождалась фебрильной нейтропенией.

При наличии резектабельности опухоли через 3 недели выполнялся сеанс брахитерапии в дозе 10,0 Гр, который проходил без осложнений, а на следующий день после него пациентку оперировали.

В ходе хирургического вмешательства изменений в малом тазу в виде отека тканей и кровоизлияний по брюшине таза обнаружено не было. Повышенная кровоточивость тканей в операционной ране наблюдалась у 2 (4,8%) пациенток. Следует отметить, что 4 (9,5%) больные, которым проводилась двусторонняя ХЭМА, имели посттерапевтические изменения терминальных отделов мочеточников в виде рубцового сужения с образованием супрастенотического расширения. Поэтому одной (2,3%)

пациентке выполнена резекция поврежденного участка мочеточника, 3 (7,1%) – формирование уретеронеоцистанастомоза. У одной (2,3%) больной после 3-х курсов НАХТ с двусторонней ХЭМА обнаружена не определявшаяся до операции опухоль, прорастающая в правый мочеточник, в связи с чем произведена его резекция и пересадка оставшегося здорового участка в мочевой пузырь.

Для профилактики лимфатических кист перитонизация листков тазовой брюшины в малом тазу не выполнялась, а культя влагалища ушивалась частично, что обеспечивало дополнительное дренирование малого таза. Продолжительность гистерэктомии III типа с двусторонней аднексэктомией и подвздошной лимфодиссекцией варьировала от 2 ч 40 мин до 5 ч 20 мин. Передняя экзентерация малого таза продолжалась не более 7 ч 30 мин. Интраоперационных осложнений во время хирургического вмешательства не было.

Из общего числа прооперированных больных у 39 (92,9%) операция выполнена радикально (R_0), у 3 (7,1%) – нерадикально (R_1).

Ранние послеоперационные осложнения у пациенток, которым проведена ХЭМА с 2-х сторон, отмечены в 5 (16,7%) случаях, при этом у одной женщины возникло сразу 3 осложнения: атония мочевого пузыря, лимфокиста и некроэпителиит культи влагалища. Атония мочевыводящих путей после хирургического вмешательства диагностирована у пяти пациенток на 5-6-е сутки. Некроэпителиит культи влагалища выявлен на 11-е сутки, который удалось пролечить медикаментозно. В позднем послеоперационном периоде осложнения диагностированы только у 1 (3,3%) больной: цистит с камнеобразованием через 30 дней, в связи с чем выполнена литотрипсия. Осложнения у больных МР РШМ после химиоэмболизации одной маточной артерии отсутствовали. В целом по исследуемой группе частота ранних осложнений составила 11,9%, поздних – 2,4%.

В дальнейшем из-за нерезектабельности опухоли, несмотря на проведение НАХТ и ХЭМА, 13 (23,6%) пациенткам из 55 проведена СЛТ по расщепленному курсу.

После хирургического вмешательства рецидивы и метастазы появились в 9 (21,4%) случаях из 42, в т.ч. в 4 (9,5%) – рецидивы, в 5 (11,9%) – метастазы. Чаще встречались вторичные опухолевые очаги в легких или в лимфатических узлах. Из 13 пациенток после радикального лучевого лечения с неoadьювантной химиотерапией у 4 (30,8%) опухолевый процесс был местно неизлечен и продолжал прогрессировать, несмотря на проведение дополнительных курсов полихимиотерапии. У одной (7,7%) женщины в течение года после завершения лечения появились метастазы в лимфатических узлах подмышечной области. Неэффективным специальное лечение по радикальной программе (СЛТ в сочетании с НАХТ и ХЭМА) оказалось у 38,5% больных, что на 17,1% больше, чем при использовании НАХТ и ХЭМА в сочетании с операцией. Однако при рассмотрении указанных данных следует иметь в виду, что СЛТ после ХТ проводили тем пациенткам, у которых опухоль оставалась нерезектабельной.

Расчет общей наблюдаемой выживаемости (ОНВ) в течение 1-го, 2-го и 3-го годов наблюдения показал, что если после курсов системной НАХТ с ХЭМА выполняется хирургическое вмешательство, то этот показатель составляет $94,0 \pm 4,1\%$; $82,3 \pm 7,5\%$ и $82,0 \pm 7,5\%$ соответственно, в то время как после СЛТ он намного меньше и соответственно равен $68,8 \pm 20,7\%$, $45,8 \pm 23,6\%$ и $45,8 \pm 23,3\%$ (рисунок 1). Полученные данные статистически значимы ($p=0,005$). При хирургическом вмешательстве 3-летняя ОНВ в 1,8 раза выше, чем при сочетании НАХТ и ХЭМА с облучением.

Рисунок 1

Показатель выживаемости свободной от рецидивов (ВСР), при наличии операции на первом году наблюдения оказался равным $91,1 \pm 4,9\%$, на втором – $84,6 \pm 6,4\%$, на третьем – $84,6 \pm 6,4\%$. В тех случаях, когда опухоль была нерезектабельна и больных после НАХТ с ХЭМА

переводили на лучевую терапию, этот же показатель на первом и втором году наблюдения составил 100% и резко снизился через 18 мес. до $66,7 \pm 27,2\%$ (рисунок 2). Различие между данными оказалось статистически незначимым ($p=0,72$).

Погодовая выживаемость, свободная от метастазов (VCM), у больных МР РШМ с НАХТ, ХЭМА и операцией составила на первом году $91,6 \pm 4,7\%$, на втором – $88,4 \pm 5,5\%$, на третьем – $88,4 \pm 5,5\%$. При отказе пациентке в операции из-за нерезектабельности опухоли погодовой показатель VCM был значительно ниже и составил на первом году наблюдения $49,4 \pm 22,0\%$, на втором и третьем – $24,7 \pm 20,6\%$ соответственно (рисунок 3). Различия между результатами у больных, которым делали операцию и которых перевели на облучение, статистически значимы ($p=0,001$). Показатель 3-летней VCM при хирургическом вмешательстве в 3,5 раза выше, чем таковой при последующем облучении.

Рисунок 3

Таким образом, наибольшего эффекта, судя по показателям ОНВ и VCM, можно добиться, если использовать для лечения больных МР РШМ НАХТ с ХЭМА гемцитабином, сеанс КЛТ в дозе 10,0 Гр и радикальную операцию, объем которой зависит от прорастания опухоли в мочевого пузырь и прямую кишку. Применение же после НАХТ с ХЭМА курса СЛТ оказалось неэффективным.

Данные, полученные в результате проведенного анализа, свидетельствуют об удовлетворительной переносимости НАХТ и ХЭМА, так как тяжелых побочных эффектов в процессе проведения разработанного метода лечения не выявлено. Техническая сложность выполнения хирургического вмешательства у части больных с первично нерезектабельным РШМ IIB-IIIВ стадий после НАХТ с ХЭМА определяет необходимость наличия высокой квалификации у хирургов-онкологов, анестезиологов и высокой технической обеспеченности медицинского учреждения. Структура ранних послеоперационных осложнений, развившихся у 11,9% больных, характерна для выполнения оперативного

пособия при РШМ IB-IIA стадий и лишь частично отражает зависимость их от проведенного до хирургического вмешательства лекарственного воздействия. Перевод больной на лучевую терапию после неэффективной НАХТ существенно ухудшает результаты специального лечения и его дальнейший прогноз.

При изучении зависимости резектабельности опухоли от количества эмболизированных маточных артерий (две или одна во время исследования) и от степени распространенности злокачественного процесса, оказалось, что при окклюзии двух маточных артерий у больных МР РШМ IB стадии резектабельность составила 94,1%, при эмболизации одной (там, где опухолевый процесс был локализован в одном параметрии) – 76,5%. Правда, в последней группе пациенток отсутствовали серьезные повреждения со стороны мочевого пузыря и мочеточников, а также гематомы, расположенные во влагалище и малом тазу. При ХЭМА у пациенток, имеющих IB стадию злокачественного процесса, резектабельность опухоли составила 76,5% (окклюзия двух маточных артерий), а при химиоэмболизации a.uterine только с одной стороны, где до начала лечения определялся в параметриях опухолевой инфильтрат до стенки таза, 50%. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о более высоких 3-летних результатах комплексного лечения при проведении ХЭМА с обеих сторон.

Выводы:

- разработанный комплексный метод лечения больных МР РШМ, включающий НАХТ, ХЭМА цисплатином и гемцитабином, сеанс контактной лучевой терапии и операцию в объеме гистерэктомии III типа с придатками и двусторонней подвздошной лимфодиссекцией, приводит к токсическим осложнениям в 21,4% случаев и вызывает развитие постэмболического синдрома у 65,4% женщин;

- применение НАХТ и ХЭМА с обеих сторон на I этапе комплексной терапии способствует переходу в резектабельное состояние у 83,3% больных, при проведении ХЭМА с одной стороны – у 63,1%;
- радикальность оперативного вмешательства после проведения НАХТ с ХЭМА составляет 92,9%;
- число послеоперационных осложнений при новом комплексном методе не превышает 11,9%; их коррекция в большинстве случаев возможна медикаментозными средствами;
- показатели 3-летней выживаемости (общая наблюдаемая выживаемость, выживаемость, свободная от рецидивов, выживаемость, свободная от метастазов) больных МР РШМ, получавших НАХТ, ХЭМА и операцию, соответственно равны $82,3 \pm 10,0\%$, $84,6 \pm 6,4\%$ и $88,4 \pm 5,5\%$;
- назначение больным после НАХТ с ХЭМА из-за нерезектабельности опухоли курса СЛТ резко снижает показатели 3-летней выживаемости: общая наблюдаемая выживаемость в этом случае составляет $45,8 \pm 23,8\%$, ВСП – $66,4 \pm 27,2\%$ и ВСМ – $24,7 \pm 20,6\%$.

Список литературы

1. Алешикова О.И. // Вестник РНПЦРР МР. – 2007. – № 7. – С.107-113.
2. Баринов В.В., Блюменберг А.Г., Богатырев В.Н. Опухоли женской репродуктивной системы / Под ред. М.И. Давыдова, В.П. Летягина, В.В. Кузнецова. – М, 2007. – 376 с.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Спб., 2002. – 544 с.
4. Важенин А.В., Жаров А.В., Шимоткина И.Г. Актуальные вопросы клинической онкогинекологии. – М., 2010. – 128 с.
5. Вашкевич Л.Б., Залуцкий И.В., Дударев В.С. и др. // Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии: Сборник науч. работ. – Минск, 2000. – С. 245-253.
6. Глуховская И.Ю. Внутриартериальная химиотерапия остеогенной саркомы у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1997. – 17с.
7. Готько Е.С. Внутриартериальная химиотерапия в комбинированном лечении остеогенной саркомы и саркомы Юинга: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1992. – 23 с.
8. Гранов Д.А., Таразов П.Г. Рентгеноэндovasкулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени // СПб, 2002. – 288 с.
9. Давыдов М.И., Вышковский Г.Л. Энциклопедия клинической онкологии. – М, 2004. – 1536 с.
10. Дударев В.С. // Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии: Сборник науч. работ. – Минск, 2002. – С. 424-432.

- 11.Залуцкий И.В., Аверкин Ю.И., Артемова Н.А. и др. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси. – Минск,2006. – 207с.
- 12.Залуцкий И.В., Антоненкова Н.Н., Прудывус И.С. Выживаемость онкологических больных в Республике Беларусь в 1991-2005 гг. – Минск, 2008. – 352 с.
- 13.Коломиец Л.А., Чуруксаева О.Н., Гладков О.А. // Современная онкология. – 2005. – Т.7, № 4. – С.
- 14.Косенко И.А. // Онкологический журнал. – 2007. – № 2. – С.30-37.
- 15.Косенко И.А. Рак шейки матки с неблагоприятным прогнозом. – Гомель, 2007. – 192 с.
- 16.Косенко И.А., Прудывус И.С., Матылевич О.П. и др. // Материалы VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ. – Душанбе, 2010. – С.20.
- 17.Нечипоренко Н.А., Крачковский С.Р. // Материалы междунар. симп. – Минск, 1996. – С. 58.
- 18.Чуруксаева О.Н., Коломиец Л.А. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2010. – Т.21, № 2. – С. 75-80.
- 19.Duenas-Gonzalez A., Lopez-Graniel., Gonzalez-Enciso A. et al. // Ann. Oncol. – 2003. – Vol. 14, N 8. – P. 1278-1284.
- 20.GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. IARS, 2010.

- 21.Lee C. // 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society – IGCS 2010, Prague, Czech Republic, European Union, October 23-26, 2010. – Prague. – 2010. – P. 435
- 22.Liapi E., Geschwind F. // Business briefing: European oncology review. – 2005. – P. 45-48.
- 23.Matias S., Vilela P., Goulao A. // Acta Med Port. – 2003. – Vol. 16, N 3. – P. 165-169.
- 24.Nagata Y., Okajima K., Kokubo M. et al. // Amer. J. Clin. Oncol. – 1999. – Vol. 22, N 1. – P. 97-102.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

И.А. Косенко, О.П. Матылевич, В.С. Дударев, Т.М. Литвинова,
В.Ф. Орехов, И.Н. Фомина, Т.М. Курчина, Т.В. Осипова

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь

Разработан и использован у 42 из 55 больных местно-распространенным раком шейки матки (МР РШ) комплексный метод, включающий неoadъювантную химиотерапию (НАХТ) гемцитабином и цисплатином с химиоэмболизацией одной или двух маточных артерий (ХЭМА) гемцитабином, сеанс брахитерапии в дозе 10 Гр и операцию гистерэктомия III типа с придатками и двусторонней подвздошной лимфодиссекцией. В связи с нерезектабельностью опухоли 13 женщинам лечение продолжено лучевым методом. Постэмболический синдром после ХЭМА развился у 65,4% женщин, токсические осложнения – у 21,4%. Радикальность оперативного вмешательства после НАХТ с ХЭМА составила 92,9%, число послеоперационных осложнений – 11,9%. Общая 3-летняя выживаемость больных, пролеченных комплексным методом равна 82,3%, выживаемость свободная от рецидивов – 84,6%, выживаемость свободная от метастазов – 88,4%.

Ключевые слова: неoadъювантная химиотерапия, химиоэмболизация маточных артерий, местно-распространенный рак шейки матки, осложнения, выживаемость.

Efficacy of multimodality treatment for locally advanced uterine cervix cancer with chemoembolization of uterine arteries

I.A. Kosenko, O.P. Matylevich, V.S. Dudarev, T.M. Litvinova,
V.F. Orekhov, I.N. Fomina, T.M. Kurchina, T.V. Osipova

N.N. Alexandrov National Cancer Centre, Minsk, Belarus

Multimodality techniques were developed and used in 42 of 55 patients with locally advanced uterine cervix cancer (LA UCC), which included neoadjuvant gemcitabine and cisplatin chemotherapy (NACT) with gemcitabine chemoembolization of one or two uterine arteries (CEUA), a brachytherapy treatment at a dose of 10 Gy and surgery (type III hysterectomy with adnexectomy and two-sided iliac lymph node dissection). For the reason of tumour unresectability, the treatment of 13 patients was continued using radiotherapy. Postembolic syndrome after CEUA developed in 65.4% of the women, toxicity – in 21.4%. Radicality of surgical intervention after NACT with CEUA was 92.9%, postoperative morbidity rate was 11.9%. Overall 3-year survival rate in patients receiving multimodality treatment was 82.3%, recurrence-free survival rate – 84.6%, metastasis-free survival rate – 88.4%.

Key words: neoadjuvant chemotherapy, chemoembolization of uterine arteries, locally advanced uterine cervix cancer, complications, survival.

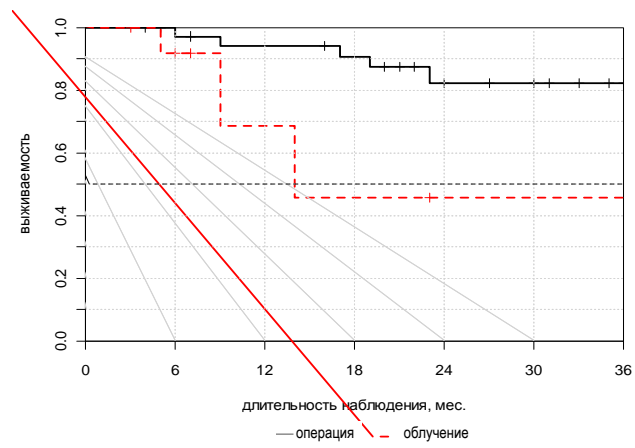


Рисунок 1 – ОНВ у больных МР РШМ после НАХТ с ХЭМА и операции и НАХТ с ХЭМА и облучением

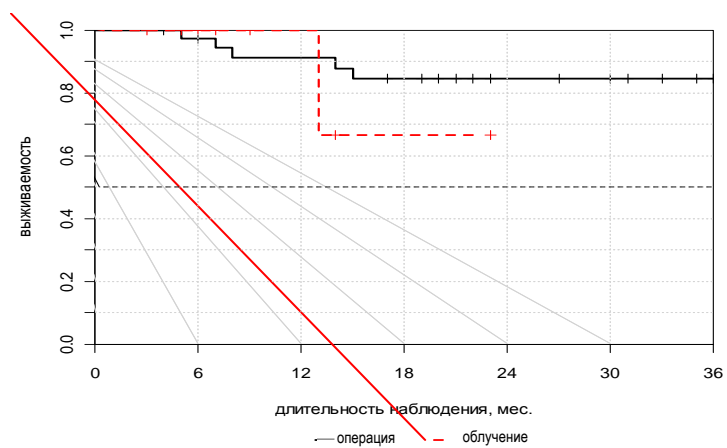


Рисунок 2 – Выживаемость свободная от рецидивов у больных МР РШМ после НАХТ с ХЭМА и операции и после НАХТ с ХЭМА и облучением

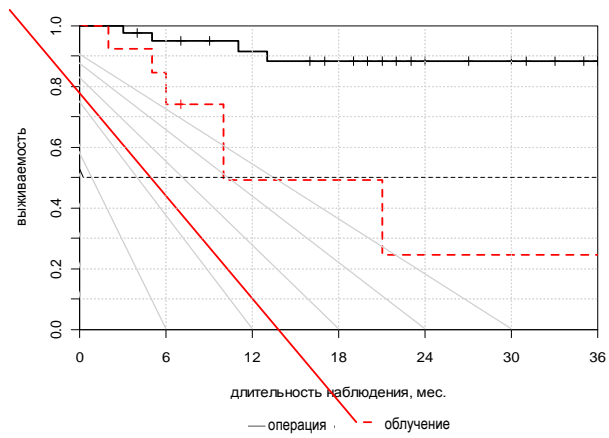


Рисунок 3 – Выживаемость свободная от метастазов у больных МР РШМ после НАХТ с ХЭМА и операции и после НАХТ с ХЭМА и облучением