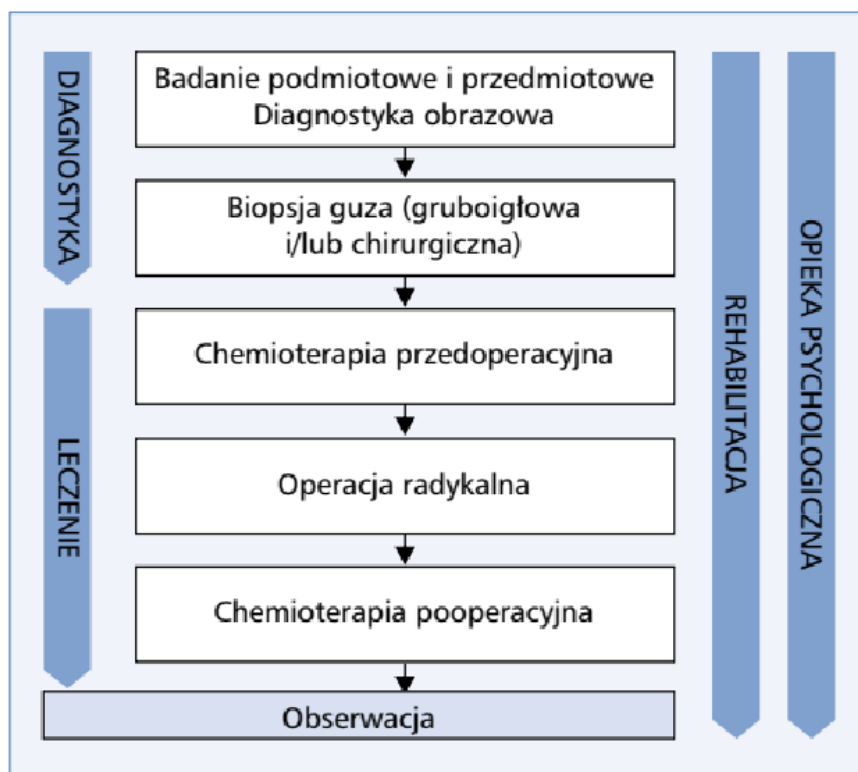


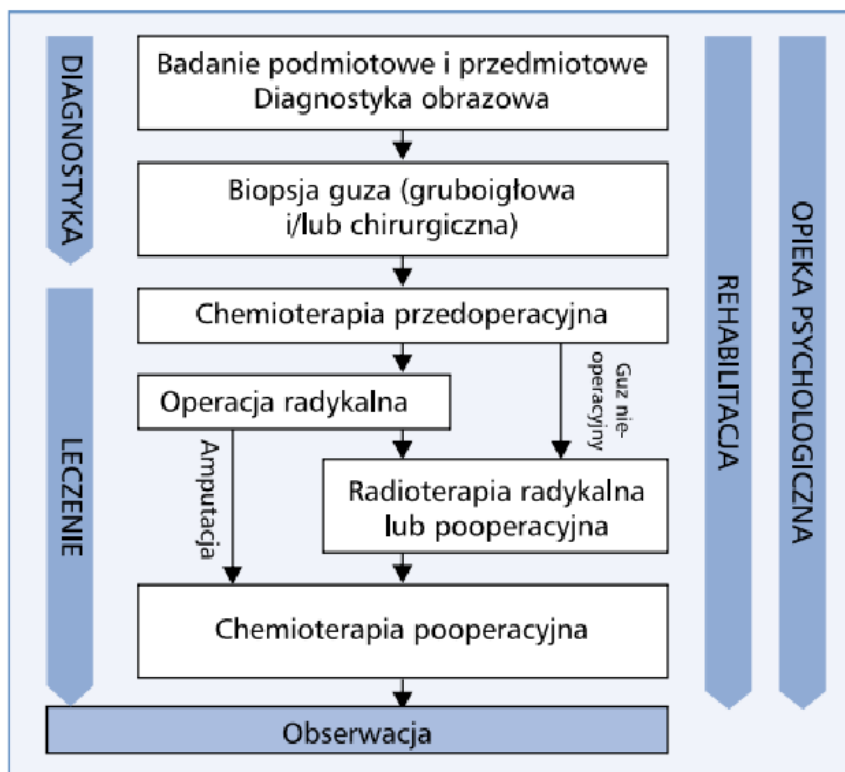
**WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO  
U CHORYCH NA MIĘSAKI KOŚCI  
PODSUMOWANIE ZALECEŃ**

Zalecenie	Siła zalecenia*
<b>1. Leczenie wielodyscyplinarne</b>	
1.1. Wszystkie pierwotne, złośliwe nowotwory kości powinny być leczone w wyspecjalizowanych zespołach wielodyscyplinarnych, gdyż ponad 70% występujących mięsaków kości wymaga leczenia skojarzonego (zwłaszcza mięsaki kościopochodne i mięsaki drobnokomórkowe) głównie za pomocą chirurgii i chemioterapii. Podstawowym elementem terapii pozostaje zapewnienie miejscowej kontroli mięsaka poprzez właściwe radykalne postępowanie chirurgiczne. Decyzję o zakresie leczenia operacyjnego należy podejmować przed rozpoczęciem leczenia skojarzonego. W każdym przypadku należy ustalić plan leczenia w ramach konsylium wielodyscyplinarnego.	III, 1
<b>2. Diagnostyka</b>	
2.1. Warunkiem rozpoczęcia leczenia jest uzyskanie wiarygodnego rozpoznania histopatologicznego zgodnie z klasyfikacją WHO.	IV, 1
2.2. W przypadku podejrzenia mięsaka kości każdy chory winien mieć wykonane: <ul style="list-style-type: none"> <li>– badanie RTG kości – zakres w zależności od lokalizacji nowotworu;</li> <li>– badanie MR uzupełnione ewentualnie o badanie TK guza – zakres w zależności od lokalizacji nowotworu);</li> <li>– RTG lub TK klatki piersiowej;</li> <li>– scyntyografię kości;</li> <li>– biopsję otwartą lub gruboigłową/trepanobiopsję pod kontrolą USG/TK.</li> </ul>	–
<b>3. Leczenie</b>	
3.1. Wszystkie mięsaki kościopochodne i mięsaki Ewinga (niezależnie od lokalizacji) wymagają leczenia skojarzonego z zastosowaniem chemioterapii wielolekowej okołoperacyjnej w ramach ustalonych protokołów terapeutycznych, ponieważ są nowotworami o wysokiej złośliwości histologicznej (wyniki leczenia wyłącznie chirurgicznego są złe – poniżej 20% 5-letnich przeżyć).	I, 1
3.2. Wyjątkiem jest przykostny mięsak kościopochodny (parosteal osteosarcoma) i mięsak kościopochodny centralny o niskim stopniu złośliwości leczone wyłącznie chirurgicznie.	IV, 2A
3.3. Postępowanie u chorych z rzadko wstępującymi pierwotnymi pleomorficznymi mięsakami kości o dużej złośliwości jest na ogół podobne jak u chorych z mięsakiem kościopochodnym i wykorzystywane są zarówno chemioterapia jak i chirurgia.	–
3.4. Należy pamiętać, że schematy chemioterapii okołoperacyjnej były ocenione przede wszystkim u dzieci i młodych dorosłych z mięsakiem kościopochodnym, dlatego leczenie osób powyżej 40-50 roku życia może wymagać indywidualizacji postępowania i ostrożności w doborze schematu chemioterapii.	–
3.5. Jeżeli jest to możliwe należy włączać wszystkich tych chorych do prospektywnych badań klinicznych.	–
3.6. W leczeniu radykalnym mięsaka kościopochodnego standardowo nie ma zastosowania radioterapia (RT) choć protonoterapia znajduje zastosowanie w terapii zaawansowanych miejscowo mięsaków w lokalizacji osiowej.	IV, 2A

3.7. RT okołooperacyjna znajduje zastosowanie w leczeniu miejscowo zaawansowanych mięsaków Ewinga.	II, 1
3.8 RT okołooperacyjna stanowi metodę miejscowego leczenia radykalnego w przypadkach nieresekcyjnych.	II, 1
3.9 Dla struniaków i chrząstniakomięsaków w lokalizacji osiowej RT (w tym protonoterapia) jest metodą, którą należy rozważyć w ocenie konsylium.	III, 2A
3.10 Chorzy z resekcyjnymi przerzutami są leczeni wg podobnych zasad jak chorzy ze zlokalizowanym nowotworem, choć rokowanie jest istotnie gorsze. W planie leczenia w miarę możliwości należy uwzględnić metastazektomię.	II, 2A
3.11 U chorych, u których nie jest wykonywana metastazektomia rozległe resekcje pierwotnego nowotworu nie są właściwym postępowaniem.	–
3.12 Atypowe guzy chrzęstne mogą być leczone za pomocą wyłyżeczkowania, zaś w przypadku chrząstniakomięsaków o wyższym stopniu złośliwości oraz wszystkich zlokalizowanych w obrębie miednicy i szkieletu osiowego należy zastosować szerokie radykalne wycięcie.	IV, 2A
3.13 Guzy olbrzymiokomórkowe kości powinny być leczone za pomocą szerokiego wycięcia [1] lub wyłyżeczkowania [2] – leczenie powinno być indywidualizowane.	1 - IV, 2A 2 - IV, 2B
3.14 W leczeniu zaawansowanych miejscowo nieresekcyjnych oraz przerzutowych guzów olbrzymiokomórkowych kości lekiem z wyboru jest denosumab.	II, 2A
<b>4. Obserwacja po leczeniu</b>	
4.1 Badania kontrolne po leczeniu zależne są od ryzyka nawrotu i lokalizacji ogniska pierwotnego – z reguły obejmują ocenę miejsca po leczeniu ogniska pierwotnego mięsaka i badania obrazowe klatki piersiowej co 3-6 miesięcy przez pierwsze 5 lat.	V, 2B
<i>*Klasyfikacja siły zaleceń dostępna w pełnej wersji wytycznych</i>	



Rycina 1 Schemat postępowania w kostniakomięsakach



Rycina 2 Schemat postępowania w mięsakach drobnokomórkowych