

УСПЕШНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ СИСТЕМНО-РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ: СООБЩЕНИЕ О ДВУХ НАБЛЮДЕНИЯХ

П.Г. Таразов, Т.И. Кагачева, А.А. Поликарпов, А.В. Моисеенко

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова
Минздрава России; 197758, Россия, Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70

Контакты: Кагачева Татьяна Игоревна, tatiana.kagacheva@mail.ru

Реферат

Представлены наблюдения двух больных нерезектабельной формой внутрипеченочной холангиокарциномы с длительным периодом выживаемости, у которых проводили комбинированную системно-регионарную химиотерапию. Использовали внутриартериальные химиоэмболизацию, химиоинфузию и системную терапию по схемам GEMOX, FOLFIRINOX и GEMCIS, которые не прекращали и после внепеченочного прогрессирования в виде появления метастазов в легкие и кости. Непрерывная симптоматическая, нутритивная поддержка как во время лечения, так и на подготовительном этапе позволила минимизировать токсические проявления и максимально сохранить качество жизни пациентов в течение трех лет десяти месяцев в одном случае и четырех лет по настоящее время в другом. Рассматривается значение факторов, способствовавших длительной выживаемости пациентов с распространенной внутрипеченочной холангиокарциномой.

Ключевые слова: *внутрипеченочная холангиокарцинома, регионарная химиотерапия, системная химиотерапия, артериальная химиоинфузия, химиоэмболизация, клинический случай*

Для цитирования: Таразов П.Г., Кагачева Т.И., Поликарпов А.А., Моисеенко А.В. Успешная комбинированная системно-регионарная химиотерапия при распространенной внутрипеченочной холангиокарциноме: сообщение о двух наблюдениях. Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. 2022;5(1):83-91.

DOI: 10.37174/2587-7593-2022-5-1-83-91

Введение

Холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) составляет 10–20 % всех первичных злокачественных опухолей печени, уступая лишь гепатоцеллюлярному раку, и является крайне агрессивным: нерезектабельная форма быстро (через 3–12 мес) приводит к летальному исходу. Возможности регионарной и комбинированной химиотерапии в лечении этого заболевания мало изучены.

Мы располагаем двумя наблюдениями, в которых комбинация и последовательное применение системной и регионарной терапии позволило добиться длительной выживаемости больных нерезектабельным ХЦР.

Материал и методы

Наблюдение 1

Пациентка З., 57 лет, диагноз: ХЦР, стадия T₃N₁M₁. В марте 2016 г. по месту жительства по данным МСКТ в правой доле печени (сегменты VII–VIII–IV) было выявлено очаговое образование размерами 10×8×6 см с инвазией в правую и среднюю печеночные вены, правую ветвь воротной вены, нижнюю полую вену. Отмечалась метастатическая лимфаденопатия ворот печени, портокавальной группы и средостения (рис. 1а). Гистологическое заключение биопсии печени: ХЦР. Проведены три цикла системной химиотерапии гем-

цитабином: отмечалось прогрессирующее. Осуществлена масляная химиоэмболизация (МХЭ) собственной печеночной артерии 100 мг доксорубина с 10 мл липиодола, после которой наблюдалась стабилизация роста опухоли; с перерывом в 2 мес выполнены еще две аналогичных процедуры. К сожалению, после третьей МХЭ развился острый инфаркт миокарда, потребовавший экстренного стентирования коронарных артерий. В связи с этим в сентябре 2017 г. пациентке было отказано в дальнейшей системной и регионарной химиотерапии.

В декабре 2017 г. в связи с вновь возобновившимся ростом опухоли обратилась в наш центр и была госпитализирована для дальнейшего лечения. По данным МСКТ, основной опухолевый узел несколько увеличился в размерах, лимфаденопатия не прогрессировала. При диагностической ангиографии в центральных отделах печени единичное опухолевое образование до 13 см в диаметре смешанной васкуляризации, кровоснабжавшееся как из правой, так и левой печеночных артерий; воротная вена проходима на всем протяжении (рис. 16).

Учитывая высокий риск кардиотоксичности при использовании доксорубина, выполнили МХЭ 100 мг оксалиплатина с 10 мл липиодола (2/3 в правую и 1/3 в левую печеночные артерии) с последующим введением кусочков гемостатической губки селективно в опухолевые сосуды (рис. 1в). Далее провели двухчасовую внутриартериальную химиоинфузию из общей печеночной артерии с 50 мг оксалиплатина и 1000 мг гемцитабина (GEMOX). Пациентка перенесла процедуру без осложнений, с минимальным постэмболизационным синдромом. Учитывая сохраняющуюся метаболическую активность в абдоминальных и внутригрудных лимфоузлах, через 1 мес проведен цикл системной химиотерапии по той же схеме.

Такие циклы комбинации МХЭ, химиоинфузии и системной терапии проводили с интервалами в 2,5 мес; достигнута ста-

билизация. По данным ПЭТ/КТ с ^{18}F -ФДГ (март 2021 г.) отмечено уменьшение размеров ХЦР, метаболическая активность опухоли и лимфоузлов без существенной динамики, новых метастазов не выявлено (рис. 1г).

Соматический статус пациентки остается удовлетворительным. В послеоперационном периоде каждого цикла регионарной химиотерапии наблюдаются умеренные проявления постэмболизационного цитолиза, которые купируются в течение 3–5 дней. Очередной цикл комбинированной терапии осуществлен в декабре 2021 г. без осложнений.

Таким образом, общий срок наблюдения пациентки от начала лечения составляет 5,5 лет. За период нашего наблюдения (4 года) проведено 14 циклов эндоваскулярного лечения в комбинации с системной химиотерапией без смены схемы.

Наблюдение 2

Пациент М., 57 лет, поступил в мае 2018 г. с диагнозом: ХЦР $\text{T}_3\text{N}_1\text{M}_1$. В ноябре 2017 г. при УЗИ и КТ брюшной полости были выявлены очаговые изменения в печени: правая доля практически замещена кистозно-солидным образованием размерами 13×12×11 см; в левой — множественные узлы от 1 до 4 см. Была выполнена лапароскопическая биопсия, гистологическое заключение: ХЦР. После 4 циклов системной химиотерапии по схеме GEMOX отмечено прогрессирование в виде увеличения образований печени, лимфоузлов ворот печени, средостения, забрюшинного пространства.

Учитывая отсутствие значительного внепеченочного распространения и сохраненные функциональные резервы печени (отсутствие цирроза, печеночной недостаточности, интактность воротной вены и желчных протоков), мы приняли решение о целесообразности регионарной химиотерапии. Выполнена диагностическая ангиография и МХЭ 50 мг оксалиплатина в 7 мл липиодола: 2/3 суспензии введено в правую и 1/3 в левую печеночные артерии (рис. 2 а,б). Из-за большого объема опухоли механическую окклюзию артерий не произ-

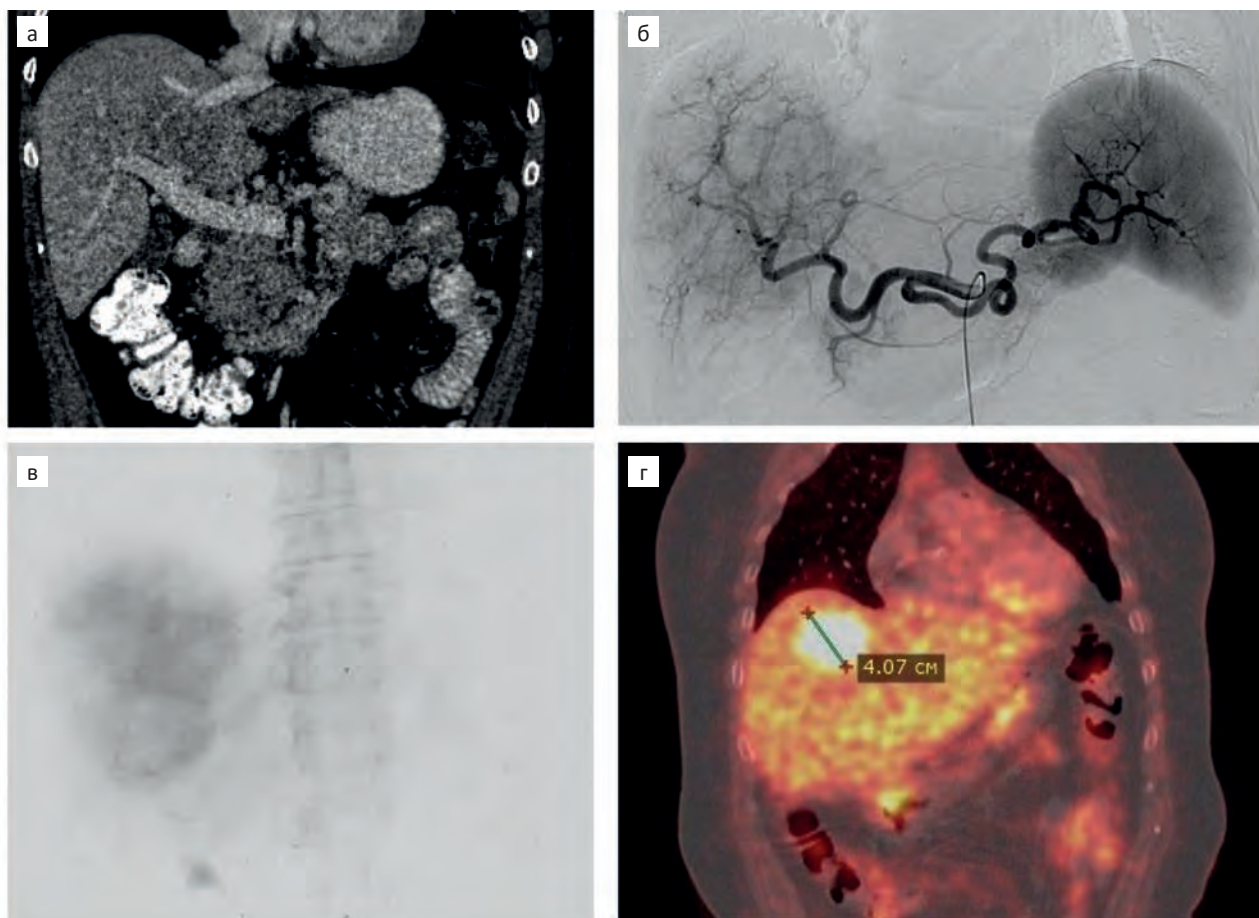


Рис. 1. Рентгенограммы больной З., внутрипеченочная холангиокарцинома.

- а — МСКТ (март 2016 г.): определяется образование SVII–VIII–IV 10×8×6 см с инвазией в правую и среднюю печеночные и правую ветвь воротной вены, лимфаденопатия ворот печени;
 б — целиакография (декабрь 2017 г.): гипervasкулярная опухоль кровоснабжается из правой и левой печеночных артерий;
 в — накопление масляного химиоэмболизата в образовании;
 г — ПЭТ/КТ с ^{18}F -ФДГ (март 2021 г.): уменьшение размеров опухоли, метаболическая активность ее и лимфатических узлов без динамики. Новых очагов не выявлено

Fig. 1. Radiographs of patient Z., intrahepatic cholangiocarcinoma.

- а — CT (March 2016) shows the tumor of SVII–VIII–IV 10×8×6 cm with invasion in the right and middle hepatic veins and right portal vein, lymphadenopathy of hepatic hilum;
 б — celiac angiography (December 2017): the hypervascular tumor is supplied from the right and left hepatic arteries;
 в — accumulation of chemotherapeutic drug-in-oil in the tumor;
 г — PET/CT with ^{18}F -FDG (March 2021): decrease in tumor size, metabolic activity of tumor and lymph nodes without dynamics. No new malignant foci were found

водили. Учитывая лимфаденопатию ворот печени, в общую печеночную артерию была проведена химиоинфузия 1400 мг гемцитабина и 100 мг оксалиплатина.

Такой же цикл МХЭ с химиоинфузией был проведен через 4 нед. По данным КТ

отмечен частичный ответ по mRECIST в виде уменьшения размеров очагов на 30 %. В течение последующих 10 мес выполнено еще 3 цикла комбинированной терапии, достигнута стабилизация. Регионарное лечение в перерывах между циклами допол-

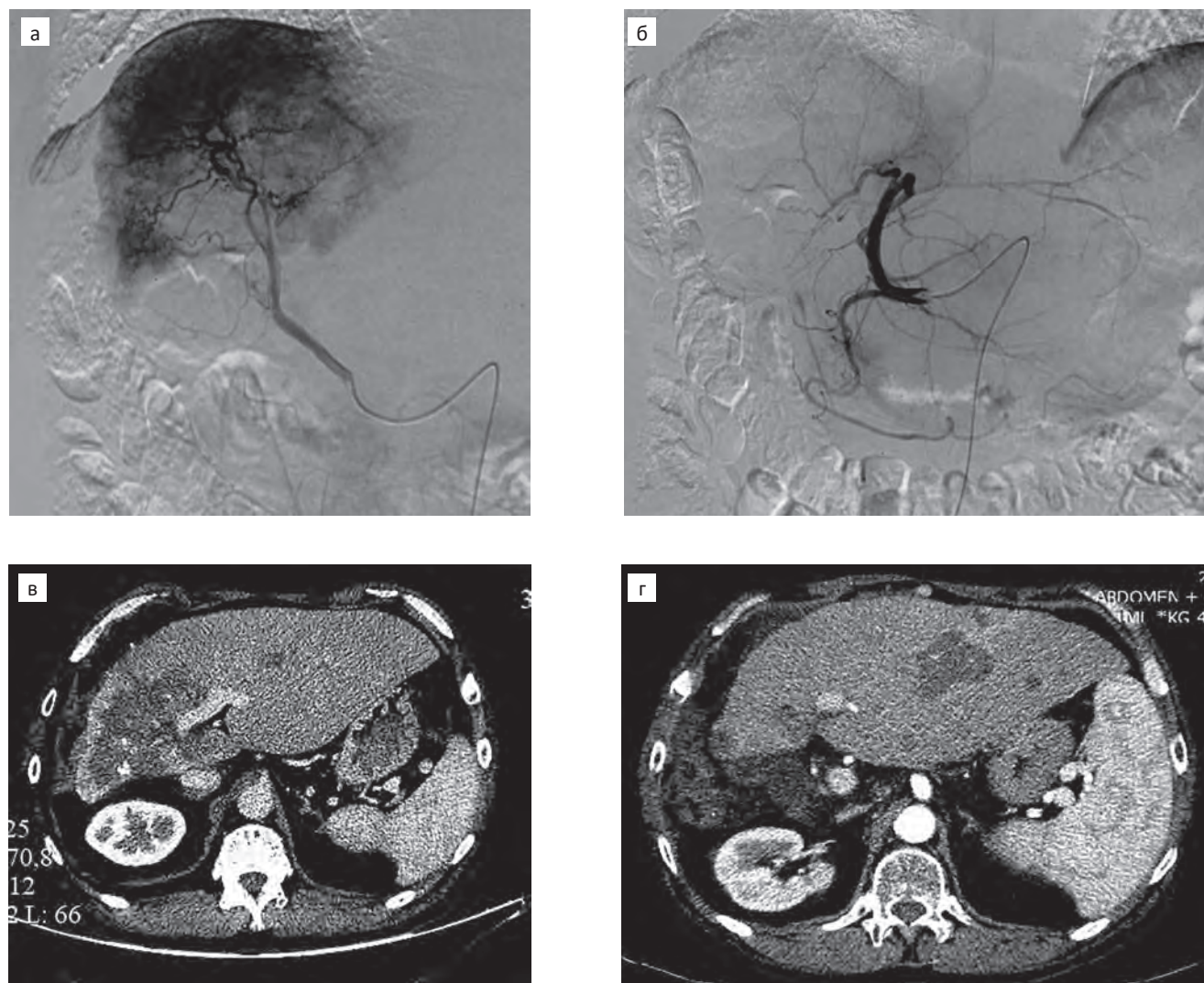


Рис. 2. Ангиограммы (а, б) и МСКТ (в, г) больного М., холангиоцеллюлярный рак.

а — правая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии.

Всю правую долю с распространением на IV сегмент занимает опухолевый конгломерат 11×8 см;

б — левая печеночная артерия отходит от чревного ствола. Патологические узлы в основном гиповаскулярны и отображаются менее четко;

в — 6 мес от начала лечения: сохраняются следы липиодола и некроз основной опухоли в правой доле, достигнутый после первой эмболизации.

Желчные протоки не расширены. Воротная вена проходима;

г — 20 мес от начала лечения. Визуализируются метастазы в левой доле печени при сохранившемся ответе в основной опухоли. Лимфоузлы в воротах печени прежних размеров

Fig. 2. Angiograms (a, б) and CT (в, г) of patient M., cholangiocellular carcinoma.

а — the right hepatic artery from the superior mesenteric artery.

The entire right lobe with extension to segment IV is occupied by tumor conglomerate 11×8 cm;

б — the left hepatic artery from the celiac trunk.

Pathological nouldes are mostly hypovascular and less clearly seen;

в — 6 months from the start of treatment: traces of lipiodol and necrosis of the main tumor in the right lobe, achieved after the first embolization. The bile ducts are not dilated. The portal vein is patent;

г — 20 months from the start of treatment. Metastases in the left lobe of the liver, preserved response in the main tumor. Lymph nodes in liver hilum are of the same size

няли системной химиотерапией по схеме GEMOX.

В мае 2019 г. отмечено увеличение очагов в левой доле печени со сдавлением сегментарных ветвей левой ветви воротной вены, увеличение внутригрудных и абдоминальных лимфоузлов, появление единичных метастазов в легких. Решено продолжить регионарную терапию в виде химиоинфузии без эмболизации по новой схеме: в течение 24 ч в общую печеночную артерию последовательно вводили оксалиплатин, иринотекан, 5-фторурацил в рассчитанных дозах; лейковорин добавляли внутривенно. Четыре цикла артериальной инфузии сочетали с системным введением по такой же схеме (FOLFIRINOX). Пациент находился в ремиссии в течение 8 мес, удовлетворительно переносил лечение, получал гепатопротективную и дезинтоксикационную терапию. Лабораторные показатели оставались в пределах допустимых значений.

В марте 2020 г. при ПЭТ/КТ с ^{18}F -ФДГ вновь отмечено прогрессирование заболевания: увеличение образований в левой доле печени с 4 до 6 см, выраженная метаболическая активность в лимфоузлах ворот печени, средостения, увеличение размеров и числа метастазов в легких, появление плеврального выпота и единичного метастаза в правой лопатке. Эти изменения сопровождались ухудшением общего состояния: появились явления дыхательной недостаточности, выраженная слабость, заметное снижение массы тела. Эндоваскулярное лечение, проводившееся 22 мес, было прекращено.

Повторная чрескожная биопсия с иммуногистохимическим и молекулярно-генетическим исследованием показала пограничный уровень пролиферативной активности опухоли ($\text{Ki} 67 = 20 \%$), TMB, MSI, HER2, BRAF — отрицательный статус с низким уровнем PDL1 экспрессии, в связи с чем проведение иммунотерапии было признано нецелесообразным.

Решено возобновить системную химиотерапию по схеме GEMCIS (гемцитабин

+ цисплатин); проведено 8 циклов. Через 7–10 дней после каждого цикла пациент отмечал улучшение самочувствия, лабораторные показатели приходили к нормальным значениям. Стабильное состояние сохранялось на протяжении 4 мес. Данные КТ показали положительную динамику (рис. 2 в,г) со стороны печени и легких.

К сожалению, наступило очередное прогрессирование опухоли, и он скончался в конце августа 2021 г., через 3 г. 10 мес от начала лечения.

Обсуждение

Основными проблемами в лечении ХЦР являются: трудности ранней диагностики, быстрый рост, высокая биологическая активность процесса, частая резистентность к противоопухолевым препаратам.

К сожалению, нередко диагноз ставится на поздних стадиях заболевания, когда объем внутрипеченочного поражения и/или диссеминация опухолевого процесса не позволяют выполнить резекцию печени. В такой ситуации методы эндоваскулярного лечения — химиоэмболизация, химиоинфузия, радиоэмболизация — являются альтернативой системной или лучевой терапии [1–8].

Б.И. Долгушин и др. [1] сообщили о результатах МХЭ у 33 больных ХЦР. Медиана выживаемости составила 9 мес, при использовании в качестве химиопрепаратов гемцитабина и митомицина С она увеличилась до 12 мес. Три года прожили 3 из 28 оцененных пациентов (12 %), один жив почти 6 лет.

По данным Buettner S. et al, после радиоэмболизации микросферами иттрия-90 продолжительность жизни 115 больных ХЦР составила 8–13 мес (медиана 11 мес), 3 года прожили 5 пациентов [4].

Мета-анализы Boehm L.M. et al [3], Mosconi C. et al [7], Yu Q. et al [8] показали, что медианы выживаемости больных ХЦР при использовании МХЭ, химиоэмболизации лекарственно-насыщаемыми микросферами, радиоэмболизации и конформной

лучевой терапии примерно одинаковы и составляют от 12,3 до 14,2 мес, а показатели 3-летней выживаемости — 10–19 %. Первые из перечисленных авторов отметили, что наиболее эффективной оказалась артериальная химиоинфузия с медианой 22,8 мес.

Интерес приведенных наблюдений обусловлен длительной выживаемостью обоих пациентов с распространенным ХЦР и внепеченочным метастатическим поражением лимфоузлов; прогноз у таких больных обычно крайне неблагоприятный.

Мы рассматриваем несколько моментов, которые могли способствовать хорошему исходу лечения в описанных выше клинических случаях:

1. В обоих наблюдениях основной очаг ХЦР был гиперваскулярным. Это послужило основанием для включения в комбинированное лечение эмболизационного компонента. После МХЭ отмечалось отчетливое накопление липиодола в опухоли. В результате при контрольных обследованиях у обоих пациентов наблюдалось значительное уменьшение объема основного узла, практически без его роста в последующий период лечения. Можно предположить, что «выключение» основной части опухоли (debulking) повысило эффективность химиотерапии резидуальных метастазов. Приведенные наблюдения показывают, что не всегда системное прогрессирование является основанием для прекращения регионарной химиотерапии.

2. Мы использовали комбинацию МХЭ с регионарной и системной химиотерапией. Такое сочетание представлялось безусловно целесообразным из-за наличия внепеченочного распространения опухолевого процесса. Дополнение внутриартериального лечения системной химиотерапией рекомендуют многие исследователи. Так, Edeline J. et al [5] применили комбинацию радиоэмболизации и системной химиотерапии: медиана выживаемости 41 больного составила 22 мес. Konstantinidis I. et al [6] показали, что дополнение артериальной инфузии фтодезоксифторидина системной химиотерапией оксалиплатином и гемци-

табином привело к замечательным результатам: средняя продолжительность жизни, рассчитанная по методу Каплана–Мейера, увеличилась с 18,4 до 30,8 мес, а появившаяся 5-летняя выживаемость составила целых 20 %.

3. Симптоматическая терапия и нутритивная поддержка играют важную роль не только во время проведения системной и регионарной химиотерапии, но и на подготовительном этапе. Оценка функции печени и почек, состояния сердечно-сосудистой системы, гемопоэза позволяет корректно рассчитать дозы химиопрепарата. В наших наблюдениях соматический статус пациентов оставался стабильным, и противоопухолевое лечение они переносили удовлетворительно. Каждый цикл регионарной химиотерапии сопровождался прегидратацией. Это позволяло минимизировать проявления интоксикации, сократить длительность и уменьшить проявления постэмболизационного синдрома.

4. Препараты платины по-прежнему являются стандартом для химиотерапии ХЦР [9, 10], поэтому логичным было выбрать для эндоваскулярного и системного введения включающие их схемы. Мы использовали GEMOX и GEMCIS, которые оказались эффективны в обоих наблюдениях.

5. По данным литературы, при неэффективности или невозможности проведения дальнейшего локорегионарного лечения не следует полностью отказываться от возобновления системной химиотерапии: при сохраненной функции печени она может оказаться эффективной [11]. Мы применили этот подход во втором наблюдении, и схема GEMCIS способствовала стабилизации роста опухоли и продлению жизни пациента.

6. В настоящее время идет активный поиск предикторов ответа на иммунную терапию у пациентов с генерализованным прогрессирующим ХЦР [12]. Во втором наблюдении мы выполнили повторную биопсию новых метастатических узлов левой доли печени с иммуногистохимическим исследованием через 20 мес после начала терапии при прогрессировании заболева-

ния. К сожалению, ингибиторов иммунных контрольных точек в данном анализе выявлено не было.

Следует отметить, что наш алгоритм лечения не противоречит национальным рекомендациям по лечению ХЦР [13]. Приведенные клинические наблюдения показали эффективность сочетания регионарной и системной химиотерапии.

Заключение

Данные клинические наблюдения показали эффективность системно-регионарной химиотерапии в лечении распространенной внутрипеченочной холангиокарциномы. Комбинированный подход позволяет расширить возможности лечения пациентов и добиться улучшения отдаленных результатов.

Список литературы / References

1. Долгушин БИ, Виршке ЭР, Косырев ВЮ и др. Внутриаартериальная химиоэмболизация в лечении неоперабельных больных узловой формой холангиокарциномы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2015;20(3):24-30. [Dolgushin BI, Virshke ER, Kosyrev VY, et al. Intra-arterial chemoembolization in the treatment of inoperable patients with nodular cholangiocarcinoma. *Annals of Surgical Hepatology*. 2015;20(3):24-30. (In Russian)]. DOI: 10.16931/1995-5464.2015324-30.
2. Таразов ПГ, Кагачева ТИ. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в лечении внутрипеченочной холангиокарциномы (обзор литературы). *Диагностическая и интервенционная радиология*. 2021;15(3):55-66. [Tarazov PG, Kagacheva TY. Roentgenoendovascular interventions in the treatment of intrahepatic cholangiocarcinoma (review). *Diagnostic and Interventional Radiology*. 2021;15(3):55-66. (In Russian)]. DOI: 10.25512/DIR.2021.15.3.06.
3. Boehm LM, Jayakrishnan TT, Miura JT, et al. Comparative effectiveness of hepatic artery based therapies for unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Surg Oncol*. 2015;111(2):213-20. DOI: 10.1002/jso.23781.
4. Buettner S, Braat AJAT, Margonis GA, et al. Yttrium-90 radioembolization in intrahepatic cholangiocarcinoma: A multicenter retrospective analysis. *J Vasc Interv Radiol*. 2020;31(7):1035-43. E2. DOI: 10.1016/j.jvir.2020.02.008.
5. Edeline J, Toucheffeu Y, Guiv B, et al. Radioembolization plus chemotherapy for first-line treatment of locally advanced intrahepatic cholangiocarcinoma: A phase 2 clinical trial. *JAMA Oncol*. 2020;6(1):51-9. DOI: 10.1001/jamaoncol.2019.3702.
6. Konstantinidis IT, Koerkamp BG, Do RKG, et al. Unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma: Systemic plus hepatic arterial infusion chemotherapy is associated with longer survival in comparison with systemic chemotherapy alone. *Cancer*. 2016;122(5):758-65. DOI: 10.1002/cncr.29824.
7. Mosconi C, Solaini L, Vara G, et al. Transarterial chemoembolization and radioembolization for unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma — a systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc. Intervent Radiol*. 2021;44(5):728-38. DOI: 10.1007/s00270-021-02800-w
8. Yu Q, Liu C, Pillai A, Ahmed O. Twenty years of radiation therapy of unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma: Internal or external? A systematic review and meta-analysis. *Liver Cancer*. 2021;10(5):433-50. DOI: 10.1159/000516880.
9. Шипилова АН. Лекарственное лечение билиарного рака. В кн.: Холангиоцеллюлярная карцинома. Чжао АВ, ред. ГЭОТАР-Медиа, 2021, С. 277-338. [Shipilova AN. Medical treatment of biliary cancer. In: *Cholangiocellular carcinoma*. Zhao AV, ed. GEOTAR-Media, 2021. P. 277-338 (In Russian)]. DOI: 10.33029/9704-5955-3-CC-2021-1-368.
10. Nooijen LE, Franken LC, Belkous A, et al. Efficacy and safety of gemcitabine plus cisplatin as potential preoperative chemotherapy in locally advanced intrahepatic, perihilar, and mid-cholangiocarcinoma: A retrospective cohort study. *Am J Clin Oncol*. 2021;44(10):526-32. DOI: 10.1097/COC.0000000000000861.
11. Ogasawara S, Ooka Y, Koroki K, et al. Switching to systemic therapy after locoregional treatment failure: Definition and best timing (review). *Clin Mol Hepatol*. 2020;26(2):155-62. DOI: 10.3350/cmb.2019.0021n.
12. Rizzo A, Ricci AD, Brandi G. PD-L1, TMB, MSI, and other predictors of response to immune checkpoint inhibitors in biliary tract cancer. *Cancers*. 2021;13(3):558. DOI: 10.3390/cancers13030558.
13. Бредер ВВ, Базин ИС, Косырев ВЮ, Ледин ЕВ. Практические рекомендации по лекарственному лечению билиарного рака. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2021;11(26):452-67. [Breder VV, Bazin IS, Kosyrev VY, Ledin E.V. Practical recommendations on medical treatment of biliary cancer. *Malignant tumors: Practical recommendations RUSSCO #3s2*, 2021;11(26):452-67 (In Russian)]. DOI: 10.18027/2224-50-57-2021-11-3s2-26.

Вклад авторов

П.Г. Таразов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи.

Т.И. Кагачева: получение данных для анализа, анализ полученных данных, написание текста рукописи.

А.А. Поликарпов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи.

А.В. Моисеенко: получение данных для анализа.

Authors' contributions

P.G. Tarazov: design of the study, a review of publications on the subject of the article, writing of the manuscript text.

T.I. Kalacheva: retrieving data for analysis, analyzing the data, writing of the manuscript text.

A.A. Polikarpov: design of the study, a review of publications on the subject of the article, writing the text of the manuscript.

A.V. Moiseenko: retrieving data for analysis.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. Not declared.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study had no sponsorship.

Сведения об авторе, ответственном за связь с редакцией

Кагачева Татьяна Игоревна — врач по эндоваскулярным диагностике и лечению, ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России.

Сведения об остальных авторах статьи

Таразов Павел Гадельгараевич — заведующий отделением ангиографии, главный научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России, д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ; SPIN-код 7089-7542

Поликарпов Алексей Александрович — главный научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры радиологии, хирургии и онкологии ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России, д.м.н., заслуженный врач России. SPIN-код 4641-0720.

Моисеенко Андрей Викторович — врач по эндоваскулярным диагностике и лечению, ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России.

Successful Combined Systemic-Regional Chemotherapy for Advanced Intrahepatic Cholangiocarcinoma: Report of Two Cases

P.G. Tarazov, T.I. Kagacheva, A.A. Polikarpov, A.V. Moiseenko

A.M. Granov Russian Research Center of Radiology and Surgical Technologies;
197758, Saint Petersburg, p. Pesochny, Leningradskaya str., 70, Russian Federation; tatiana.kagacheva@mail.ru

Abstract

We present two patients with advanced unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma successfully treated with combined systemic-regional chemotherapy. Intra-arterial treatment included oily chemoembolization and chemoinfusion (GEMOX) with additional systemic chemotherapy (GEMCIS). Chemotherapy did not stop after extrahepatic progression: metastases to the lungs and bones. Continuous symptomatic nutritional support allowed to minimize chemotherapeutic toxicity and to maintain good quality of life. One patient is still alive for more than 4 years, the other died of tumor progression in three years ten months. The importance of factors contributing to the long-term survival of patients with advanced intrahepatic cholangiocarcinoma is considered.

Keywords: *intrahepatic cholangiocarcinoma, regional chemotherapy, systemic chemotherapy, arterial chemoinfusion, chemoembolization, clinical case*

For citation: Tarazov PG, Kagacheva TI, Polikarpov AA, Moiseenko AV. Successful Combined Systemic-Regional Chemotherapy for Advanced Intrahepatic Cholangiocarcinoma: Report of Two Cases. Journal of Oncology: Diagnostic Radiology and Radiotherapy. 2022;5(1):83-91 (In Russian).

DOI: 10.37174/2587-7593-2022-5-1-83-91

Information about the authors:

Tarazov P.G. <https://orcid.org/0000-0001-9190-116X>

Kagacheva T.I. <https://orcid.org/0000-0003-3323-7576>

Polikarpov A.A. <https://orcid.org/0000-0002-7683-5042>

Moiseenko A.V. <https://orcid.org/0000-0002-1011-4533>