

І.Т. Дрін^{1,2},
<https://orcid.org/0000-0002-9311-7341>

А.Є. Крижанівська^{1,2},
<https://orcid.org/0000-0001-7720-7374>

С.С. Давидюк^{1,2},
<https://orcid.org/0000-0002-2562-5029>

Ю.А. Грицик¹,
<https://orcid.org/0000-0003-3006-290X>

І.В. Витриховська¹,
<https://orcid.org/0009-0005-3001-5419>

¹ Івано-Франківський
 національний медичний
 університет

² КНП “Прикарпатський
 клінічний онкологічний
 центр Івано-Франківської
 обласної ради”,
 Івано-Франківськ, Україна

DOI: <https://doi.org/10.15407/oncology.2026.01.043>

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТОК З КАРЦИНОСАРКОМОЮ ЕНДОМЕТРІЮ, РЕЖИМИ ЛІКУВАННЯ ТА ВИЖИВАНІСТЬ

Мета: дослідити вікову структуру, частоту та характер супутньої патології, розподіл за стадіями захворювання, ступенем диференціації пухлини, варіанти мезенхімального компонента, проаналізувати хірургічну тактику та види ад'ювантного лікування, а також показники загальної та безрецидивної виживаності пацієнток із карциносаркомою ендометрію (КЕ) для визначення чинників що впливають на ефективність лікування. **Об'єкт і методи:** проведено ретроспективний аналіз даних 51 пацієнтки з КЕ I–IV стадій, які отримували комплексне лікування у Прикарпатському клінічному онкологічному центрі в 2013–2024 рр. Оцінювали вік пацієнток, наявність супутніх захворювань, анамнез щодо замісної гормонотерапії понад 5 років, тип мезенхімального компонента, ступінь диференціації пухлини, стадію за FIGO-2023, а також обсяг хірургічного лікування та призначення ад'ювантної терапії. **Результати:** середній вік пацієнток становив $66,3 \pm 1,2$ року; найбільшу частку (43%) становили жінки віком 61–69 років. Переважали пізні стадії захворювання: IIIA–IIIC — 35%, IVA–IVB — 30%. Серед коморбідної патології домінували метаболічний синдром (68%), цукровий діабет II типу (34%) та артеріальна гіпертензія (23%). G3 пухлини було діагностовано у 49%, гомологічний мезенхімальний компонент виявлено у 82% випадків. Ад'ювантну хіміотерапію отримали 53% пацієнток, комбіновану хіміопроменеу терапію — 47%. Загальна виживаність становила 49, безрецидивна — 47 місяців. **Висновки:** карциносаркома ендометрію характеризується пізнім виявленням, агресивним перебігом і низькими показниками виживаності. Отримані результати підкреслюють необхідність оптимізації методів лікування та поглибленого вивчення прогностичних маркерів.

Ключові слова: карциносаркома ендометрію, гомологічний компонент, гетерологічний компонент, мезенхімальний компонент, виживаність, ад'ювантне лікування.

Карциносаркома ендометрію (КЕ) — це рідкісна та агресивна високозлоякісна карцинома з вторинною саркоматозною трансдиференціацією (теорія конверсії). КЕ становить близько 5% усіх злоякісних новоутворень матки та майже 20% не-ендометріюїдного раку ендометрію [1–3]. Медіана загальної виживаності (ЗВ) становить менше 2 років, 5-річна ЗВ — менше 30%. Навіть у пацієнток, яким діагностовано КЕ на ранній стадії, 5-річний рівень рецидивів становить 45%. Близько 60% па-

цієнток з ранньою стадією захворювання на момент радіологічного діагностування мають відхилення від стадії після хірургічного лікування через приховане метастазування [4]. Хірургічне стадіювання проводиться відповідно до рекомендацій Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO). Найчастіше КЕ виникає у жінок постменопаузального віку. В останні роки вік пацієнток зменшився, найбільша зміна рівня захворюваності спостерігалася у пацієнток віком 60–69 років

Ц и т у в а н н я: Дрін І.Т., Крижанівська А.Є., Давидюк С.С., Грицик Ю.А., Витриховська І.В. Клініко-морфологічні характеристики пацієнток з карциносаркомою ендометрію, режими лікування та виживаність. Онкологія. 2026. 28, № 1. С. 43–46. <https://doi.org/10.15407/oncology.2026.01.043>

© РН “Akademperiodyka” of the NAS of Ukraine, 2026. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

(річний приріст становить 2,7%) [5]. Виклики у лікуванні КЕ полягають у двофазності пухлини: співіснування канцероматозних (епітеліальних) та саркоматозних (мезенхімальних) елементів [6–8]. Епітеліальний компонент зазвичай низькодиференційований і представлений ендометріоїдним, серозним або світлоклітинним типом. Гомологічний компонент КЕ складається з мезенхімальних елементів, подібних до тканин матки (лейоміосаркома, ендометріальна стромальна саркома), тоді як гетерологічний містить елементи, не характерні для матки — хондросаркому, рабдіоміосаркому чи остеосаркому. Пацієнтки з гетерологічним компонентом мають достовірно гірший прогноз: нижчу ЗВ та безрецидивну виживаність (БРВ) порівняно з гомологічним типом (ЗВ 17,6 проти 23,8 міс; $p < 0,05$) [9]. Основним методом лікування на сьогоднішній день являється тотальна пангістеректомія, білатеральна сальпінгоофорекомія, стандартне видалення тазових та парааортальних лімфатичних вузлів, біопсія сальника/оментектомія, видалення всієї пухлинної маси. Ад'ювантна терапія показана пацієнткам з ІВ–ІV стадіями та тісно пов'язана із загальною виживаністю [10].

Мета: дослідити вікову структуру, частоту та характер супутньої патології, розподіл за стадіями захворювання, ступенем диференціації пухлини, варіанти мезенхімального компонента, проаналізувати хірургічну тактику та види ад'ювантного лікування, а також показники загальної та безрецидивної виживаності пацієнток із КЕ для визначення чинників що впливають на ефективність лікування.

ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено ретроспективний аналіз даних 51 пацієнтки з карциносаркомою тіла матки І–ІV стадії за класифікацією FIGO, які отримали комплексне лікування у Прикарпатському клінічному онкологічному центрі Івано-Франківської обласної ради у 2013–2024 роках. Критерії включення: морфологічно верифікована КЕ І–ІV стадії за FIGO, проведене хірургічне лікування з/без ад'ювантної терапії, наявність повних клінічних та морфологічних даних. Критерії виключення: відсутність повної медичної документації, інші злоякісні новоутворення в анамнезі, відсутність спостереження після лікування.

Вік пацієнток становив від 50 до 87 років, середній вік — $66,3 \pm 1,2$ року. У всіх пацієнток отримано письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Проведено аналіз вікової структури, супутньої патології, наявності в анамнезі замісної гормональної терапії тривалістю понад 5 років, гістологічного типу мезенхімального компонента, ступеня диференціації пухлини, а також стадії захворювання за FIGO. Оцінювали особливості хірургічного лікування, види ад'ювантної терапії, ЗВ і БРВ.

Хіміотерапію проводили за стандартними схемами. Найчастіше застосовували комбінацію паклітакселу (175 мг/м^2 внутрішньовенно у 1-й день) та карбоплатину (AUC 5–6 внутрішньовенно у 1-й день) з інтервалом 21 день. Кількість курсів становила від 4 до 6 залежно від стадії захворювання та загального стану пацієнтки.

Променева терапія (ПТ) включала дистанційне опромінення ділянки малого тазу (5 разів на тиждень) із сумарною вогнищевою дозою 45–50 Гр, разова доза становила 1,8–2,0 Гр. У частини пацієнток додатково застосовували брахітерапію (внутрішньопорожнинне опромінення) із сумарною дозою 10–20 Гр. Аналіз виживаності проводили за методом Каплана-Мейєра з оцінкою ЗВ та БРВ. Статистичну обробку даних виконували із використанням програмного забезпечення “Microsoft Excel”.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток на момент встановлення діагнозу становив $66,3 \pm 1,2$ року, більшість (22 пацієнтки, 43,1%) були у віковій групі 61–69 років; до 60 років — 10 пацієнток (19,6%); 70–79 років — 17 пацієнток (33,3%); 80 і більше років — 2 (3,9%) пацієнтки (рис. 1).

Згідно класифікації FIGO-2023 І стадію діагностовано у 10 (19%) пацієнток, ІІ стадією — у 8 (16%), ІІА–ІІС — у 18 (35%) пацієнток, ІІІА–ІІІВ — у 15 (30%) пацієнток (рис. 2).

Коморбідні захворювання (як самостійні, так і комбіновані) спостерігали у всіх пацієнток. На метаболічний синдром хворіли 36 (68%) жінок, на цукровий діабет ІІ-го типу — 18 (34%), на артеріальну гіпертензію — 12 (23%). Окрім цього, 8 (16%) пацієнток в анамнезі приймали замісну гормонотерапію (ЗГТ) більше 5 років.

За ступенем диференціації найбільшу частку (49,0%) склали G3 пухлини. G2 пухлини — 31,4%, G4 пухлини — 19,6%. Гомологічний тип мезенхімального компонента діагностовано у 82% випадків, гетерологічний — у 18% (рис. 3).

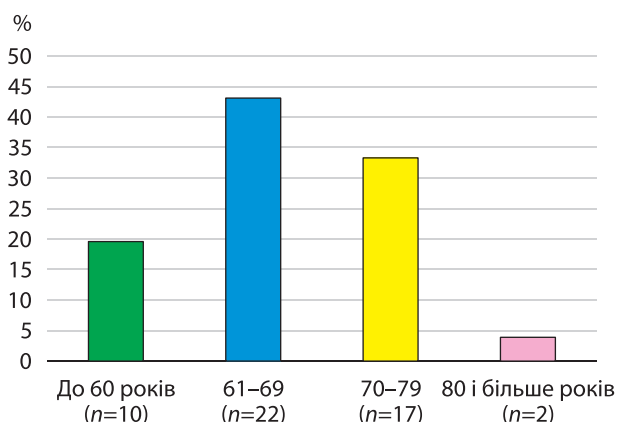


Рис. 1. Вікова структура хворих

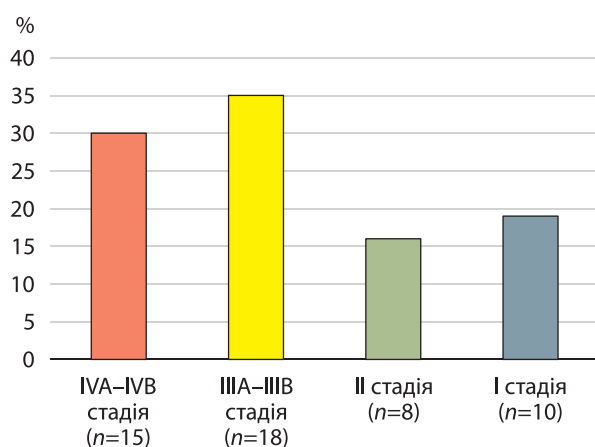


Рис. 2. Розподіл хворих за стадіями (FIGO-2023)

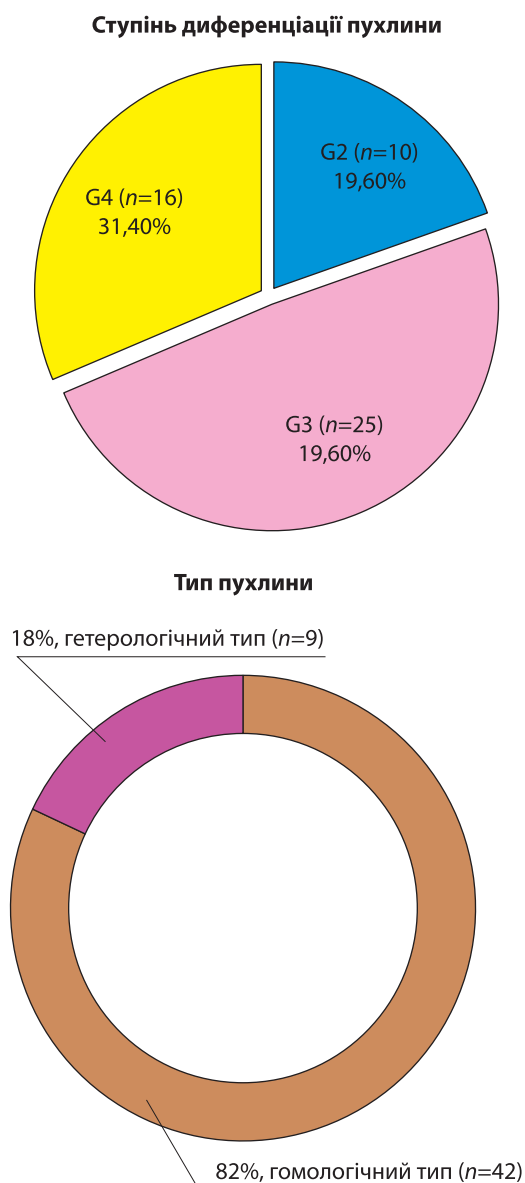


Рис. 3. Ступінь диференціації пухлини та її тип

Гістеректомію з двобічною сальпінгофоректомією було проведено у 35% ($n = 18$) пацієток, гістеректомію з двобічною сальпінгофоректомією та радикальною тазовою лімфаденектомією — у 45% ($n = 23$), первинну циторедуктивну операцію — у 20% ($n = 10$). Ад'ювантні курси хіміотерапії (АХТ) отримали 53% ($n = 27$) жінок. Окрім цього, ПТ в поєднанні з АХТ отримали 47% ($n = 24$) пацієток. Черговість поєднаної ад'ювантної терапії різнилась на одночасну (33%, $n = 8$) і послідовну, при якій ПТ проводили після 4 курсів АХТ (67%, $n = 16$). Більшість хворих з розповсюдженим процесом (IIIA–IVB стадія) отримували поєднану ад'ювантну терапію. Частка цих пацієток склала 78% ($n = 26$).

Аналіз даних щодо виживаності показав, що медіана ЗВ пацієток становила 49 міс.; БРВ — 47 міс. ($p < 0.05$).

ВИСНОВКИ

1. Пік захворюваності на КЕ припадав на вік 61–69 років.
2. У більшості пацієток захворювання вперше діагностується на пізніх стадіях (IIIA–IIIC), що зумовлює несприятливий прогноз.
3. Згідно гістологічним характеристикам переважали низькодиференційовані пухлини G3 та гомологічний тип КЕ.
4. Найбільш застосовуваною тактикою лікування є хірургічне втручання відповідного об'єму, АХТ у поєднанні з ПТ (53%).
5. Показники ЗВ та БРВ свідчать про низьку ефективність застосованих підходів лікування.
6. Важливими прогностичними факторами є лімфоваскулярна інвазія, глибина інвазії в міометрій, ураження тазових лімфатичних вузлів та тип мезенхімального компоненту.
7. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вдосконалення радіологічної діагностики, вивчення гормональних рецепторів і маркерів проліферації для оптимізації лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Bogani G, Ray-Coquard I, Concin N, *et al.* Endometrial carcinosarcoma. *Int J Gynecol Cancer* 2023; **33**(2): 147–74. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2022-004073>.
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, *et al.* Cancer statistics, A Cancer J for Clin 2022; **72**(1): 7–33. <https://doi.org/10.3322/caac.21708>.
3. Lu KH, Broaddus RR. Endometrial cancer. *New England J of Med* 2020; **383**: 2053–64. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1514010>.
4. Sağnıç S, Tuncer SF, İltar E, *et al.* Uterine carcinosarcoma: Adaptation to new FIGO 2023 staging system through clinical profile and oncologic outcomes. *J of Clin Med* 2025; **14**: 2299. <https://doi.org/10.3390/jcm14072299>.
5. Raffone A, Travaglino A, Raimondo D, *et al.* Uterine carcinosarcoma vs endometrial serous and clear cell carcinoma: A systematic. *Intern J of Gynecol & Obstetrics* 2022; **158**: 520–27. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14033>.

6. Toboni MD, Crane EK, Brown J, *et al.* Uterine carcinosarcomas: from pathology to practice. *Gynecol Oncol* 2021; **162**: 235–41. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.05.003>.
7. Denschlag D, Thiel FC, Ackermann S, *et al.* Sarcoma of the Uterus. Guideline of the DGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/074, August 2015). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2015; **75**: 1028–42. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1558120>.
8. Penson RT, Goodman A, Growdon WB, *et al.* Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 14-2013. A 70-year-old woman with vaginal bleeding. *New England J of Med* 2013; **368**: 1827–35. <https://doi.org/10.1056/NEJMcpc1209276>.
9. Rosati A, Vargiu V, Certelli C, *et al.* Is the sarcomatous component (homologous vs heterologous) the prognostic "driving force" in early-stage uterine carcinosarcomas? A retrospective multicenter study. *J Cancer Res Clin Onc* 2023; **149**(9): 6479–88. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04594-5>.
10. Can B, Karataşlı V, Çakır İ, *et al.* The prognostic significance of the heterologous component in uterine carcinosarcomas. *Rev Assoc Med Bras* 2023; **69**(9): e20230517. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230517>.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL CARCINOSARCOMA, TREATMENT REGIME, AND SURVIVAL

I.T. Drin^{1,2}, A.Y. Kryzhanivska^{1,2}, S.S. Davydiuk^{1,2}, Y.A. Hrytsyk¹, I.V. Vytrykhovska¹

¹ Ivano-Frankivsk National Medical University

² Communal non-commercial enterprise
"Precarpathian Clinical oncology center
of the Ivano-Frankivsk Regional Council",
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Summary. Aim: to investigate the age structure, frequency and nature of comorbidities, distribution by disease stage, degree of tumor differentiation, variants of the mesenchymal component, to analyze surgical tactics and types of adjuvant treatment, as well as overall and recurrence-free survival rates of patients with endometrial carcinosarcoma (EC) to determine factors that affect the effectiveness of treatment. **Objects and methods:** a retrospective analysis of 51 patients with stage I–IV uterine carcinosarcoma treated at the Precarpathian Clinical Oncology Center (2013–2024) was performed. The analysis included age, comorbidities, long-term hormone replacement therapy, mesenchymal component type, tu-

mor grade, FIGO-2023 stage, surgical intervention, and adjuvant therapy. **Results:** the mean age was 66.3 ± 1.2 years; most patients (43%) were 61–69 years old. Advanced stages were predominant: IIIA–IIIC (35%) and IVA–IVB (30%). Metabolic syndrome (68%), type II diabetes (34%), and hypertension (23%) were common. Poorly differentiated tumors (G3) accounted for 49%, and homologous mesenchymal components were found in 82%. Adjuvant chemotherapy was administered to 53%, while chemoradiotherapy was given to 47%. Overall survival reached 49 months, and disease-free survival 47 months. **Conclusions:** EC demonstrates aggressive behavior, late diagnosis, and poor survival. Findings highlight the need for improving diagnostic approaches and identifying prognostic biomarkers.

Keywords: endometrial carcinosarcoma, homologous component, heterologous component, mesenchymal component, survival, adjuvant therapy.

Адреса для листування:

Дрін І.Т.
76018, Івано-Франківськ, вул.Галицька, 2
Івано-Франківський національний медичний
університет
E-mail: drin3050@gmail.com

Одержано: 10.10.2025

Рекомендовано до друку: 23.03.26

Підписано до друку: 17.04.2026