

przyczyną niepowodzeń leczenia w tej lokalizacji są przerzuty odległe występujące mimo miejscowej kontroli choroby. Przerzuty do płuc stwierdzono u 6 chorych (7%), przerzuty do kości u 11 chorych (12,8%), do OUN u 3 chorych (3,5%), do wątroby-u 3 chorych (3,5%), w kilku lokalizacjach jednocześnie stwierdzano przerzuty u 1 chorego (0,5%). Przerzuty do płuc długo są nieme klinicznie i ryzyko ich wystąpienia: nie umniejsza roli pooperacyjnego napromieniania, gdyż wznovy miejscowe są bardzo dokuczliwe. Wznowa miejscowa mimo napromieniania wystąpiła u 9/186 chorych (10,5%).

Wnioski: Wobec złych wyników leczenia samodzielnej chirurgią raków przyusznicy i nieznacznych (nawet bez stosowania technik konformacyjnych) odczynów popromiennych późnych w śluzówkach, konieczne w tej lokalizacji leczenie operacyjne skojarzone z napromienianiem nie wiąże się z pogarszającymi jakością życia późnymi odczynami popromiennymi. Nie jest w tej lokalizacji obligatoryjne stosowanie preparatów promienioochronnych czy też zwiększających wydzielanie śliny.

77.

OCENA WCZESNEJ TOKSYCZNOŚCI SKOJARZONEJ RADIO-CHEMIOTERAPII MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO RAKA SZYJKI MACICY

**A. Wieczorek, P. Kędzierawski,*
J. Smok- Kalwat, P. Banatkiewicz**

Dział Radioterapii,* Dział Chemioterapii
Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Kielce

Cel: W związku z wprowadzeniem w ostatnim roku w Świętokrzyskim Centrum Onkologii skojarzonej radio-chemioterapii w leczeniu miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy, postanowiono ocenić wczesną toksyczność tej metody leczenia.

Materiał i metody: W okresie od 01.05.2000 do 15.11.2000 zakwalifikowano do leczenia skojarzonego w Dziale Radioterapii ŚCO 21 chorych na raka szyjki macicy w II i III stopniu zaawansowania (wg klasyfikacji FIGO). W I etapie leczenia stosowano teleradioterapię skojarzoną z chemioterapią (DDP 40 mg/m² w dniach 1, 8, 15, 22, 29, 36). W napromienianiu wiązką zewnętrzną zastosowano czteropolową technikę box. Pacjentki otrzymały dawkę całkowitą 50.4 Gy we frakcjach po 1.8 Gy, pięć

razy w tygodniu fotonami X 15 MeV. W II etapie chore były leczone dojamową brachyterapią LDR/MDR (Cs-137). Dawkę obliczano w punkcie A podając od 25,31Gy do 45,08 Gy w 2-3 frakcjach, w odstępach od jednego do dwóch tygodni uzależniając jej wysokość od dawki sumarycznej (teleradioterapia+ brachyterapia) i dawki na narządy krytyczne (pęcherz moczowy i odbytnicę). U wszystkich pacjentek oceniono wczesny odczyn popromienny ze strony skóry, dolnego odcinka przewodu pokarmowego i układu moczowego wg skali EORTC/RTOG. Wczesne powikłania po chemioterapii: leukopenia, trombocytopenia, nudności i wymioty oraz nefrotoksyczność oceniono wg skali WHO.

Wyniki: U żadnej pacjentki nie przerwano teleradioterapii z powodu ostrego odczynu popromiennego i wczesnych powikłań po chemioterapii. 10 pacjentek (48%) otrzymało 6 kursów chemioterapii, 4 pacjentki (19%) - 5 kursów, 2 pacjentki (9%) - 4 kursy, 2 pacjentki (9%) - 3 kursy, 1 pacjentka (5%) - 2 kursy, i 2 pacjentki (9%) - 1 kurs chemioterapii. Najczęstszą przyczyną odstąpienia od podania kolejnego cyklu chemioterapii była: leukopenia - 2 i 3 stopień wg WHO u 9 (42 %) pacjentek i trombocytopenia- 3 stopień u 2 (9%) pacjentek. U jednej pacjentki (5 %) wystąpiła ostra niewydolność nerek po podaniu 1 kursu chemioterapii i z tego powodu odstąpiono od jej kontynuacji. Dwie pacjentki odmówiły zgody na kolejne cykle chemioterapii w trakcie leczenia. U jednej pacjentki przerwano chemioterapię z powodu anemii w 3 stopniu. Nudności i wymioty obserwowano sporadycznie i nie były one większe niż w stopniu pierwszym. Ostro odczyn popromienny ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego w stopniu 1 i 2 wystąpił u 11 (51 %) pacjentek, natomiast ze strony pęcherza moczowego o takim nasileniu u 9 (42%) pacjentek. U 90% leczonych nie obserwowano odczynu popromiennego ze strony skóry. Nie obserwowano ostrych odczynów popromiennych w stopniu wyższym niż 2.

Podsumowanie: Skojarzona radio-chemioterapia miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy była dobrze tolerowana przez pacjentki. Powikłania hematologiczne były najczęstszą przyczyną przerw w leczeniu cytostatykiem. Chore dobrze tolerowały radioterapię, u wszystkich leczenie napromienianiem przeprowadzono bez konieczności wprowadzania przerw. Konieczne jest prowadzenie dalszej obserwacji chorych w celu oceny późnej toksyczności i wyników odległych leczenia.