

EBV w morfologicznie złośliwych komórkach ziarniczych sugeruje, że wirus wniknął do komórki przed transformacją nowotworową i klonalną proliferacją, zwłaszcza, że wyłącznie 1 na 10 limfocytów jest zainfekowany wirusem.

Ekspresji LMP-1 białku błonowego wirusa przypisuje się rolę karcynogenną. Białko to poprzez indukcję protoonkogenu Bcl-2 może zapobiegać śmierci komórki w mechanizmie apoptozy. Analizowano materiał pochodzący od 43 chorych na ziarnicę złośliwą w różnym stopniu zaawansowania klinicznego oraz histopatologicznego. W oparciu o metody immunohistochemiczne oceniano ekspresję Lmp-1 i Bcl-2 w komórkach Reed-Sternberga i Hodgkina. Otrzymane wyniki mogą potwierdzać powyższą tezę.

41

PIERWOTNE CHŁONIAKI NOSO-I OROGARDŁA

J. Tajer, B. Brzeska, E. Lampka, W. Osiadacz, J. Meder, J. Walewski

Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Najczęstszym umiejscowieniem chłoniaków pozawęzłowych jest okolica głowy i szyi: pierścien Waldeyera: nosogardło, podstawa języka i migdałki.

Materiał: W latach 1995 – 1998 W Klinice Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytutu leczono 30 chorych na pierwotne chłoniaki pierścienia Waldeyera w tym 22 chorych ze zmianami w lokalizacji orogardła i 8 chorych nosogardła. Stopień zaawansowania klinicznego: IEA-14 chorych i II EA –16 chorych. Grupę stanowiło 11 kobiet i 19 mężczyzn w wieku 34 - 77 lat (średnio 62,3 lata). Rozpoznanie histopatologiczne: u 12 chorych chłoniak o średnim stopniu złośliwości z komórek B, u 8 chorych o wysokim stopniu złośliwości z komórek B oraz u 10 chorych chłoniak o mniejszym stopniu złośliwości. U żadnego chorego nie występowały objawy ogólne.

Metoda: 26 chorych leczono metodą skojarzoną: chemioterapia (schematy z adriamycyną) z następowym leczeniem napromienianiem. Radioterapia w warunkach promieniowania gamma kobaltu 60 lub fotonami X o energii 9 MV techniką dwóch pól twarzewo – szyjnych naprzeciwległych i pole szyjne dolne; w przypadkach guzów nosogardła również pole przednie z objęciem sitowia. Dawka całkowita z pól bocznych w granicach 40-50 Gy/T oraz pole szyjne dolne 40 – 50 Gy. Oceniono powikłania wczesne leczenia napromienianiem według skali EORTC/RTOG.

Wyniki: Żyje 23 chorych (w tym 2 chorych leczonych z powodu progresji procesu nowotworowego). 21 chorych żyje w całkowitej remisji w okresie wolnym od choroby od 12 do 48 miesięcy. Średni czas wolny od choroby 33,4 miesiące.

42

PIERWOTNE CHŁONIAKI KOŚCI (PCHK)

J. Tajer, E. Lampka, B. Brzeska, W. Osiadacz, J. Meder

Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Pierwotne chłoniaki kości (PChK) stanowią 3% wszystkich złośliwych nowotworów kości oraz 4-5% wszystkich chłoniaków pozawęzłowych. Pierwsze przypadki opisane zostały przez Oberlinga w 1928 r.

Materiał: W latach 1982 – 1998 leczono w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie 12 chorych z rozpoznaniem PChK. Grupę stanowiło 8 kobiet i 4 mężczyzn w wieku 20 – 69 lat (śr. 46,4 lat). Rozpoznanie mikroskopowe ustalono na podstawie badania materiału operacyjnego lub biopsyjnego. U 6 chorych rozpoznano chłoniaka o średniej złośliwości z komórek B i u jednego chorego chłoniaka o wysokiej złośliwości z komórek T. W 10 przypadkach ustalono stopień zaawansowania IEA i w 2- II EA. Lokalizacja zmian nowotworowych: u 4 chorych zmiany w kościach (w tym u 3 pojedyncze i u 1 wielogniskowe), u 8 chorych nacieki nowotworowe tkanek miękkich.

Metoda: Zastosowane leczenie: tylko operacyjne - 2 chorych; tylko chemioterapia – 1 chory; tylko radioterapia – 1 chory; u 3 chorych chemioterapia z następową radioterapią; u 4 chorych operacja

chemio- i radioterapia oraz u jednego chorego operacja i radioterapia. Dawki leczenia napromienianiem wahały się od 40 do 50 Gy/T.

Wyniki: 11 chorych żyje; 1 chora zmarła w trakcie leczenia z powodu progresji procesu nowotworowego. Przeżycie wolne od choroby od 6 miesięcy do 13 lat (średnio 65,5 miesięcy).

Wnioski: Rzadkość występowania PChK, mała liczebność grup chorych, różnorodna histopatologia, różny stopień zaawansowania i schematy postępowania leczniczego oceniane w badaniach retrospektywnych powodują trudności w ustalaniu odpowiedniego sposobu leczenia.

43

IZOLOWANY SZPICZAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH

J. Tajer, E. Lampka, B. Brzeska, W. Osiadacz, J. Meder, J. Walewski

Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Izolowany szpiczak kości (ISK) lub tkanek miękkich (ISTM) stanowi ok. 7% chorób układu krwiotwórczego.

Materiał: Grupę stanowi 17 chorych z rozpoznaniem izolowanego szpiczaka kości (ISK) i 10 chorych z izolowanym szpiczakiem tkanek miękkich (ISTM) leczonych w Centrum Onkologii w Warszawie w latach 1990 – 1998. W grupie ISK było 9 kobiet i 8 mężczyzn w wieku 37-72 (średnia wieku 54 lata) z lokalizacją zmian: kręgi piersiowe (8 chorych), lędźwiowe (2 chorych), szyjne (1 chory), kości biodrowo - kulszowej (3 chorych), kość ramienna (1 chory), żuchwa (1 chory), natomiast w grupie ISTM: 4 kobiety i 6 mężczyzn w wieku 35-81 lat (średnio 61 lat) z lokalizacją zmian: zatoka szczękowa i sitowie (3 chorych) jama nosowa (3 chorych), podniebienie miękkie (2 chorych), krtań (1 chora).

Metoda: W grupie ISK u 10 chorych wykonano laminectomię z powodu kompresji rdzenia z uzupełniającym napromienianiem w dawce 30-44 Gy/T. Dawka całkowita napromieniania w całej grupie wynosiła 30-50 Gy/T. W grupie EMP 6 chorych leczono wyłącznie napromienianiem, 1 chorego operacyjnie, pozostałych metodą skojarzoną: napromienianie i chemioterapia. Dawka całkowita leczenia napromienianiem wynosiła 30-60 Gy/T.

Wyniki: W grupie ISK żyje 13 chorych, w tym 2 chorych z uogólnioną postacią choroby, 4 chorych zmarło z powodu postępu procesu nowotworowego (przejście w szpiczaka mnogiego). Czas wolny od choroby wynosi 12-71 miesięcy (średnio 49 miesięcy). W grupie ISTM żyje 8 chorych, w tym 6 z całkowitą remisją. Czas przeżycia wolnego od choroby wynosi 29-104 miesiące (średnio 54 miesiące).

Wnioski: Dotychczasowe obserwacje potwierdzają doniesienia literaturowe: chorzy z postacią ISK narażeni są częściej na uogólnienie procesu chorobowego. Okres wolny od choroby w grupie z ISTM jest dłuższy niż chorych z ISK.

44

CHŁONIAK ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

J. Sobotkowski, M. Grzelak, A. Pietraszak

Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika, Regionalny Ośrodek Onkologiczny,
Oddział Radioterapii Ginekologicznej, 93-509 Łódź, ul. Paderewskiego 4

Przedstawiono 77-letnią pacjentkę (nr historii choroby 168888) z rozpoznaniem chłoniaka złośliwego szyjki macicy.

Tę bardzo rzadką lokalizację przyjęliśmy jako pierwotną po przeprowadzeniu wymaganych badań dodatkowych. Rozpoznanie mikroskopowe postawił Zakład Patologii nowotworów AM (prof. J. Alwasiak): Lymphoma malignum linii B o wysokiej złośliwości Biorąc pod uwagę ograniczenie choroby do narządu płciowego (CS I E), ostry przebieg (dolegliwości trwały 6 tygodni) wiek i stan