



11/ Brachyterapia HDR złośliwych glejaków: ocena wartości predykcyjnej parametru objętości i powierzchni guza

A. Lebioda^{1,2}, R. Makarewicz^{1,2}, R. Kabacińska^{2,3}, J. Furtak⁴

¹Oddział Brachyterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy, ²Katedra Onkologii i Zakład Onkologii Zachowawczej Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, ³Zakład Fizyki Medycznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy, ⁴X Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ w Bydgoszczy

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):245, wystąpienie ustne

Cel: Ocena wartości predykcyjnej powierzchni i objętości guza u chorych na nieresekcyjne i nawrotowe złośliwe glejaki leczone techniką śródmózgową brachyterapii.

Materiał i metody: Materiał obejmuje grupę 94 chorych leczonych z powodu nawrotowego (48) i nieoperacyjnego (46) glejaka mózgu, u których zastosowano czasową brachyterapię HDR Ir 192. Średnia wieku wynosiła 51 lat (22-82), KPS 70 pkt (60-90). Gąbczak wielopostaciowy występował u 70 a gwiaździatek anaplastyczny u 24 chorych. Średnia objętość guza wynosiła 54 cm³ (2.4-198), średnia powierzchnia 98 cm² (10-272). Implantacje kateteru poprzedzono u każdego chorego planowaniem wstępnym z użyciem systemu Brainlab i fuzji z NMR. Dawkę 15 Gy w 5 frakcjach stosowano samodzielnie w przypadku nawrotów, GTV wyznaczano jako obszar kontrastujący się w NMR lub łącznie z napromienianiem wiązkami zewnętrznymi w guzach pierwotnych (5 mm margines). Oceniano index pokrycia, konformalności i dawkę minimalną.

Wyniki: Mediana całkowitego czasu przeżycia wynosiła 7 miesięcy. Wykazano istotny wpływ na czas przeżycia następujących parametrów: postaci histologicznej 5 m-cy glejak wielopostaciowy vs 25 gwiaździatek anaplastyczny, objętości guza 30 cm³ 4 m-cy vs 14, powierzchnia guza 70 cm² 4 m-cy vs 11 i wieku 50 lat 4,4 m-cy vs 8.4. Nie wykazano istotnego wpływu KPS, dawki min, CI. Przeżycia obu grup chorych nie różniły się istotnie w zależności od przebytego leczenia.

Wnioski: Nowym czynnikiem prognostycznym dla nieoperacyjnych i nawrotowych złośliwych glejaków mogłaby być powierzchnia guza i pochodny od niej parametr index kulistości. Guzy o powierzchni mniejszej od 70 cm² lub objętości mniejszej od 30 cm³ wiążą się z lepszym rokowaniem.

12/ Objawy uboczne radykalnego leczenia radioterapią raka stercza: ocena 4-letnich doświadczeń

P. Milecki¹, Z. Kwias²

¹Zakład Radioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, ²Katedra Urologii, Akademii Medycznej w Poznaniu, ul. Kurlandzka 1, 61-650 Poznań

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):245-6, wystąpienie ustne

Cel: Ocena wczesnych i późnych objawów radioterapii konformalnej u chorych z miejscowo zaawansowanym rakiem stercza.

Materiał i metody: Analizie poddano 267 chorych z rakiem stercza (T1-T3NxM0), którzy przebyli leczenie radioterapią 3D CRT w okresie od maja 1999 do lutego 2003 r. w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu. Pacjenci reprezentowali następujące stadium zaawansowania procesu chorobowego: (T1 = 65 chorych, T2 = 112 chorych, T3 = 90 chorych). Średni poziom PSA przed leczeniem radioterapią wynosił 18 ng/ml (0.5-112 ng/ml). Średnia dawka całkowita wynosiła 70.4 Gy (od 63.8 Gy do 74 Gy), a dawka frakcyjna 1.8 Gy lub 2.0 Gy. U 170 (64%) chorych przed rozpoczęciem napromieniania włączono leczenie hormonalne, a u 32 (12%) pacjentów również przed rozpoczęciem radioterapii przeprowadzono zabieg TURP. Wczesną i późną toksyczność ze strony układu moczowego (GU) i przewodu pokarmowego (GI) oceniono w oparciu o klasyfikację RTOG/EORTC. Średni czas obserwacji dla całej grupy wynosił 23.5 miesięcy (od 6 do 54 miesięcy).

Wyniki: Nasilenie wczesnego odczynu popromiennego ze strony przewodu pokarmowego (GI) zawierające się w przedziale od 0-I stwierdzono u 80% pacjentów, a ze strony układu moczowego (GU) u 75%. Odczyn wczesny w stopniu II w odniesieniu do przewodu pokarmowego odnotowano u 20% leczonych pacjentów, a układu moczowego u 25%. U żadnego z analizowanych chorych nie stwierdzono nasilenia wczesnej reakcji popromiennej w stopniu III. Późne powikłania popromienne przedstawiały się następująco ze strony GI: stopień I = 7% chorych, stopień II = 4% chorych, a powikłania w odniesieniu



do GU: stopień I = 10% chorych, stopień II = 4%, a w stopniu III = 0.5%. Nie odnotowano powikłań w stopniu III dla GI. Średni czas ujawnienia się objawów późnych dla stopnia I wynosił 8 miesięcy, a stopnia II 13 miesięcy. Jedynie wysoka dawka całkowita ($p=0.01$) oraz wykonany zabieg TURP ($p=0.02$) były związane z nasileniem późnych powikłań popromiennych.

Podsumowanie: Wstępne wyniki leczenia wskazują, że radioterapia jest metodą bezpieczną i dobrze tolerowaną przez pacjentów. Do czynników wpływających na intensywność powikłań należy w pierwszej kolejności zaliczyć wysoką dawkę całkowitą oraz przebyty zabieg TURP.

13/Wyniki leczenia i czynniki prognostyczne u chorych na miejscowo zaawansowanego raka stercza leczonych napromienianiem

J. Nowak-Sadzikowska, J. Pszon, B. Gliński

Klinika Radioterapii Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie, ul. Garncarska 11

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):246, wystąpienie ustne

Cel pracy: Ocena wyników leczenia oraz określenie wartości rokowniczej wybranych czynników patoklinicznych i terapeutycznych u chorych na miejscowo zaawansowanego raka stercza leczonych napromienianiem.

Materiał i metoda: Przeprowadzono retrospektywną analizę grupy 67 chorych na miejscowo zaawansowanego raka stercza, leczonych radykalnie napromienianiem w Centrum Onkologii w Krakowie w latach 1990-1997. Średni wiek w badanej grupie wynosił 65 lat (zakres: 49-82 lat). Średni poziom PSA przed rozpoczęciem radioterapii wynosił 24.15 ng/ml (zakres 0.1-189.92 ng/ml). Trzydziestu siedmiu chorych (55%) badanej grupy otrzymywało neoadiuwantową hormonoterapię, 21 spośród nich kontynuowało leczenia hormonalne równocześnie z napromienianiem, u 19 zlecono adiuwantową hormonoterapię. Dawka całkowita wahała się od 60 do 70.4 Gy (średnia 69 Gy), frakcjonowana po 2 Gy raz dziennie przez 5 dni w tygodniu. Wszyscy pacjenci byli napromieniani techniką bloku z objęciem terenu miednicy mniejszej do dawki 50 Gy.

Wyniki: Tolerancja radioterapii była dobra. Wszyscy chorzy otrzymali zaplanowaną dawkę napromienia. Prognozowane przeżycia całkowite 5 i 10 letnie wynosiły odpowiednio 68% i 35%. Prognozowane 5 i 10 letnie przeżycia bez niepowodzenia biochemicznego wynosiły odpowiednio 38% i 33%. Średni czas do wystąpienia niepowodzenia biochemicznego wynosił 37 miesięcy (zakres 0-126 miesięcy). W analizie jednowymiarowej następujące czynniki prognostyczne były związane z poprawą przeżycia bez niepowodzenia biochemicznego: stopień zaawansowania T, poziom PSA przed rozpoczęciem radioterapii, dawka całkowita, zastosowanie hormonoterapii (test log rank $p<=0.05$). Analiza wielowymiarowa wykazała, że istotnie statystycznie na przeżycia bez niepowodzenia biochemicznego wpływają: stopień zaawansowania T, poziom PSA przed rozpoczęciem radioterapii i zastosowanie hormonoterapii. Tylko stopień zaawansowania T w analizie jedno i wielowymiarowej znamienne wpływał na przeżycia całkowite.

Wnioski: Przedstawione wyniki w grupie chorych na miejscowo zaawansowanego raka stercza wskazują na konieczność intensyfikacji leczenia przyczynowego: kojarzenie radioterapii z hormonoterapią, eskalację dawki, stosowanie niekonwencjonalnej frakcjonacji, wykorzystanie technik konformalnych czy IMRT.

14/Śródtkankowa brachyterapia HDR wspomagana hipertermią 500 kHz w leczeniu wczesnych nawrotów miejscowych raka szyjki i trzonu macicy w polu uprzednio napromienianym - wyniki wstępne

N. Piotrkowicz, J. Zieliński, P. Dębicki, J. Jońska

Zakład Brachyterapii Centrum Onkologii - Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):246-7, wystąpienie ustne

Cel pracy: Praktyczne zastosowanie jednoczasowej brachyterapii i hipertermii dla ograniczenia dawki całkowitej promieniowania jonizującego, przy maksymalnym wykorzystaniu synergizmu obu metod leczniczych.