do wznowy miejscowej, odpowiednio po 2.5 i po prawie 4 latach po zakończeniu leczenia. Jedna chora zmarła z powodu współistniejącego raka piersi. Jedna chora zmarła wkrótce po ukończeniu leczenia.
Wniosek: Wstępne wyniki wskazują na dobrą tolerancję wewnątrzmacicznej brachyterapii PDR z zastosowaniem aplikatorów Normana Simona u chorych na raka trzonu macicy nie kwalifikujących się do leczenia operacyjnego. U części chorych metoda ta pozwala uzyskać długotrwałe przeżycie bez cech nawrotu.

37/ Okołooperacyjna brachyterapia pulsacyjna (BT PDR) jako metoda podwyższenia dawki na lożę po guzie u chorych na raka piersi leczonych z zachowaniem narządu

K. Serkies[1], T. Sawicki [1], M. Raczkowska-Muraszko[2], D. Dobaczewska[2], J. Jaśkiewicz[2], J. Jassem[1]

[1]Klinika Onkologii i Radioterapii Akademii Medycznej w Gdańsku, [2] Klinika Chirurgii Plastycznej i Oparzeń Akademii Medycznej w Gdańsku

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):278, wystąpienie plakatowe

Cel pracy: Wstępna ocena okołooperacyjnej BT PDR ze śródoperacyjnym umieszczeniem prowadnic w obszarze loży po usuniętym guzie u chorych na raka piersi leczonych z zachowaniem narządu (ang. breast-conserving therapy, BCT).
Materiał i metody: Przedstawiono materiał 53 chorych na raka piersi (T1-3N0-1M0, w wieku 38-64 lat) poddanych BCT, u których jako boost na lożę po usuniętym guzie zastosowano BT ze śródoperacyjnym wprowadzeniem miękkich prowadnic. U 7 chorych z guzem T2-3 przed BCT zastosowano chemioterapię. Zabieg operacyjny stanowił pierwotne leczenie (30 chorych) lub poszerzenie marginesu po uprzedniej biopsji ekscyzyjnej (23 chorych). Za wyjątkiem 9 chorych, u których nie stwierdzono w czasie zabiegu zmian przerzutowych w węźle wartowniczym, równocześnie dokonano usunięcia pachowych węzłów chłonnych. Podczas zabiegu dokonywano rekonstrukcji gruczołu. BT w dawce 15 Gy (1 Gy/puls/godz.) rozpoczynano następnego dnia, a napromienianie piersi wiązką zewnętrzną (RT) - po 1-4 tygodniach. Stosowano aparat microSelectron PDR zawierający źródło 192 Ir. Rozkład dawki w obszarze implantu wyznaczano komputerowo przy użyciu systemu planowania PLATO, stosując optymalizację geometryczną objętościową. Plany leczenia oceniano na podstawie naturalnego histogramu.
Wyniki: Umieszczenie prowadnic do BT przedłużało zabieg o ok. 20 minut. U 51 chorych (96%) zastosowano implant 2-płaszczyznowy z użyciem 5-13 prowadnic (mediana 9). Średnia objętość leczona (V100) wynosiła 34.4 cm^3. Zabiegowi nie towarzyszyło zwiększone krwawienie. BT PDR była bardzo dobrze tolerowana. Martwica tłuszczowa z koniecznością powtórnego wycięcia tkanek wystąpiła u 1 chorej, co spowodowało opóźnienie RT wiązką zewnętrzną o miesiąc. W okresie obserwacji od 3 do 25 miesięcy nie ujawniono nawrotu miejscowego raka, u 2 chorych wystąpiły przerzuty odległe i u 1 chorej - rak w drugiej piersi.
Wnioski: Okołooperacyjna BT PDR jest prostą, dobrze tolerowaną metodą podania dodatkowej dawki w BCT. Śródoperacyjne umieszczenie prowadnic umożliwia dokładne wyznaczenie obszaru wysokiej dawki, co zmniejsza ryzyko błędu lokalizacyjnego.

38/ Zastosowanie indywidualnych aplikatorów w brachyterapii pulsacyjnej nowotworów regionu głowy i szyi

A. Ziemlewski[1], T. Sawicki[2], K. Serkies[2], J. Zienkiewicz[1], J. Jassem[2]

[1]Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, [2]Klinika Onkologii i Radioterapii, Akademia Medyczna, Gdańsk

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):278-9, wystąpienie plakatowe

Wstęp: Brachyterapia pulsacyjna (BT PDR) łączy zalety radiobiologiczne metody LDR oraz techniczne metody HDR. Z tych powodów jest szczególnie przydatna w przypadkach powtórnej radioterapii, obarczonej wysokim ryzykiem powikłań. Obok popularnych technik śródjamowych i śródtkankowych BT stosuje się także BT kontaktową, która wymaga sporządzenia