



Wystąpienia plakatowe

- stan ogólny dobry,
- możliwość podania dotętniczego cytostatyku,
- wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Analiza z uwagi na niewielką liczbę chorych skupia się przede wszystkim na ocenie organizacyjnych problemów leczenia oraz ocenie wczesnej toksyczności terapii (RTOG/EORTC wersja CTC v. 3.0). W tym celu przeanalizowano przebieg i wyniki leczenia w oparciu o 6 chorych, które podjęto w naszych ośrodkach w październiku 2003 r.

Wyniki: W warunkach jakie posiadają nasze ośrodki przeprowadzenie leczenia jest w pełni możliwe. Jednocześnie należy podkreślić, że wprowadzenie programu RADPLAT nie powoduje istotnych problemów logistycznych pomimo, że leczenie jest prowadzone w trzech odrębnych ośrodkach. Problemem jest natomiast znaczna wczesna toksyczność leczenia. U jednego chorego w trakcie leczenia pojawiło się krwawienie z guza nowotworowego, które było powodem zakończenia leczenia. Spośród analizowanych, 1 chory zrezygnował z leczenia po dawce 44 Gy z powodów osobistych (nie związanych z leczeniem), u 1 chorego w trakcie leczenia stwierdzono masywne krwawienie z guza, które uniemożliwiło dalszą kontynuację terapii, u 3 chorych uzyskano całkowitą regresję procesu nowotworowego, u 1 chorego nie uzyskano całkowitej regresji, przewidziany do dalszego leczenia ratującego. U 4 chorych ostry odczyn ze strony skóry i błony śluzowej nie przekraczał 3 stopnia wg RTOG/EORTC.

Podsumowanie: Metoda stawia duże wymagania wobec wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Nakazuje pełną synchronizację na wszystkich etapach realizacji. Ze względu na charakter bardzo agresywnego leczenia jest metodą obciążoną znacznym ryzykiem poważnych powikłań. Wczesna tolerancja leczenia jest zadawalająca, co pozwala na kontynuację leczenia.

81/ Przerzut do mózdzku w przebiegu raka jajnika - opis przypadku

J. Urbański, A. Mucha-Malecka, B. Gliński

Klinika Radioterapii, Centrum Onkologii w Krakowie

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):304, wystąpienie plakatowe

Rak jajnika szerzy się głównie miejscowo przez wszczepy komórek do wolnej jamy otrzewnej oraz drogą splotu chłonki. Przerzuty odległe drogą krwionośną występują w grupie chorych na lokoregionalnie zaawansowanego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania. Rozsiew do OUN jest zjawiskiem rzadkim, a zmiany przerzutowe umiejscowione są z reguły nadnamiotowo.

Nasze doniesienie dotyczy bardzo rzadkiego przypadku izolowanego ogniska przerzutowego w mózdzku. U 40-letniej chorej na zaawansowanego, niskozróżnicowanego raka jajnika wykonano w sierpniu 2002 r. w szpitalu w Krośnie radykalny zabieg operacyjny: usunięcie macicy wraz z przydatkami oraz częścią sieci większej. Od sierpnia do grudnia 2002 otrzymała V serii chemioterapii Taxol + Cisplatyna. Pacjentka pozostawała bez objawów do października 2003 r., kiedy wystąpiły zawroty, bóle głowy oraz wymioty. W badaniu tomograficznym potwierdzono obecność niejednorodnej masy w lewej półkuli mózdzku. W listopadzie 2003 r. w szpitalu w Rzeszowie usunięto w całości guz mózdzku z dostępu podpotylicznego. Badanie histopatologiczne potwierdziło przerzutowy charakter guza. W styczniu 2004 r. w Centrum Onkologii w Krakowie przeprowadzono uzupełniającą radioterapię, podano na teren mózgowia 39 Gy w 13 frakcjach. Obecnie pacjentka w stanie ogólnym dobrym pozostaje w kontroli, bez pogorszenia stanu neurologicznego.

82/ Wielopostaciowy żółtako-gwiaździk - opis przypadku

A. Mucha-Malecka, J. Urbański, B. Gliński

Klinika Radioterapii, Centrum Onkologii w Krakowie

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):304-5, wystąpienie plakatowe

Wielopostaciowy żółtako-gwiaździk (Pleomorphic xantho-astrocytoma - PXA) jest rzadko występującą postacią glejaka mózgu. Występuje najczęściej u ludzi młodych (do 30 roku życia), lokalizuje się głównie powierzchownie w płacie skroniowym



i ciemieniowym mózgu. Podstawową metodą leczenia jest operacja, natomiast radioterapia (zwykle dawką rzędu 30-60 Gy) jest stosowana u chorych po nieradykalnym leczeniu chirurgicznym. Wyniki leczenia są z reguły dobre i zależą głównie od radykalności przeprowadzonego leczenia operacyjnego.

Prezentowany przypadek to 28 letnia pacjentka, u której w marcu 2004 r. z powodu narastającego bólu głowy, nudności i zaburzeń świadomości wykonano TK mózgu. W wykonanym badaniu stwierdzono obecność rozległego, torbielowatego guza o wymiarach 83x68 mm, położonego nadnamiotowo w okolicy czołowo-skroniowo-ciemieniowej prawej półkuli mózgu. 11 marca 2004 r. w Klinice Neurochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie wykonano kraniotomię czołową prawostronną, usuwając subtotalnie guz. W badaniu histopatologicznym guz odpowiadał pleomorficznemu żółtako-gwiaździkowi o nieco bardziej agresywnym charakterze, w klasyfikacji WHO określanym jako: pleomorphic xanthoastrocytoma with anaplastic features - WHO II/III. W maju 2004 r. w Centrum Onkologii w Krakowie przeprowadzono uzupełniającą radioterapię, podano na obszar łoży po guzie z resztkową zmianą dawkę całkowitą 50.4 Gy w 30 frakcjach, frakcjonując dwa razy dziennie. W wykonanym w czerwcu 2004 r. badaniu KT nie stwierdzono wznowy guza. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, bez pogorszenia stanu neurologicznego pozostaje w kontroli.

83/ Przyzwojak opuszki żyły szyjnej z przerzutami do węzłów chłonnych - opis przypadku

M. Kubiak, J. Reszke, E. Ziółkowska

Dział Radioterapii, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):305, wystąpienie plakatowe

Przyzwojaki (paraganglioma, chemodectoma, glomus tumors) są guzami pochodzenia neurogennego rozwijającymi się z komórek przyzwojowych niechromochłonnych. Najczęstsze lokalizacje przyzwojaków w obrębie głowy i szyi to: rozwidlenie tętnicy szyjnej wewnętrznej, opuszka górna żyły szyjnej wewnętrznej, jama bębenkowa, zwój dolny nerwu błędnego. Są guzami rzadkimi - stanowią 0.6% nowotworów głowy i szyi oraz 0.03% wszystkich nowotworów. Najczęściej wykrywane są pomiędzy 4 a 6 dekadą życia. Spośród całej grupy około 5% przypadków wykazuje cechy złośliwości. Miejscem przerzutowania najczęściej są regionalne węzły chłonne, rzadziej płuca, wątroba, śledziona, skóra, kości. Większość przyzwojaków charakteryzuje się powolnym rozrostem miejscowym dając objawy kliniczne wynikające z naciekania miejscowego lub ucisku na struktury sąsiednie. Objawami kłębczaków opuszki żyły szyjnej i jamy bębenkowej są: niedosłuch i szумы uszne. Zmiany wykazywane w otoskopii to zaróżowienie, uwypuklenie i tętnienie błony bębenkowej. Dalszy wzrost nowotworu prowadzi do porażenia nerwu twarzowego, błędnego, dodatkowego, podjęzykowego. Podstawowe znaczenie w diagnostyce przyzwojaków odgrywają: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz arteriografia tętnicy szyjnej. Nie wykonuje się biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej ani biopsji wycinającej ze względu na bogate unaczynienie guza. Chirurgiczne radykalne usunięcie kłębczaka poprzedzone przedoperacyjną embolizacją naczyń jest leczeniem z wyboru zmian o niskim stopniu zaawansowania. Leczenie chirurgiczne stadiów zaawansowanych najczęściej ogranicza się do cytoredukcji i obarczone jest licznymi powikłaniami pod postacią krwawienia oraz uszkodzenia struktur nerwowych. Radioterapia jest powszechnie stosowaną samodzielną metodą leczenia zaawansowanych miejscowo stadiów choroby oraz kłębczaków po niepełnej resekcji chirurgicznej. Za zastosowaniem radioterapii przemawiają przesłanki wynikające z obliterującego działania promieni jonizujących na bogatą sieć naczyniową przyzwojaków.

Wyniki radioterapii są trudne do interpretacji. Większość autorów przyjmuje za kryterium skuteczności leczenia zatrzymanie wzrostu guza lub jego regresję oraz zmniejszenie nasilenia objawów klinicznych.

Prezentowany opis przypadku jest zgodny z doniesieniami o klinice tak rzadkiego nowotworu, jakim jest przyzwojak. W terapii zastosowano skojarzenie chirurgii i uzupełniającej teleradioterapii. Uzyskano częściową regresję guza w badaniach obrazowych oraz zmniejszenie nasilenia objawów klinicznych.