

270.

CZYNNIKI PROGNOSTYCZNE CZER- NIAKA

Kycler W.¹, Grodecka-Gazdecka S.²,
Bręborowicz J., Filas V.², Nowak M.²,
Teresiak M.¹

¹Wielkopolskie Centrum Onkologii
- II Oddział Chirurgii Onkologicznej,

²AM Poznań

Celem pracy jest ocena znaczenia ekspresji metaloproteinazy 2 (MMP-2), glikoproteiny CD44, HMB-45, PCNA, nm23 kinazy dwufosfonukleozydowej oraz Ki67 oraz czynników klinicznych i histopatologicznych dla przebiegu czerniaka skóry. Analizowano dane 50 pacjentów operowanych po raz pierwszy z powodu czerniaka skóry. Ocenie poddano dane kliniczne, takie jak: wiek, płeć, pojawienie się rozsiewu nowotworowego, jego lokalizację oraz czas przeżycia; czynniki morfologiczne, takie jak: grubość nacieku guza w mm wg Breslow'a, poziom naciekania wg Clarka, postać histologiczną, obecność nacieku limfocytarnego, obecność preegzystentnego znamienia, cechy regresji, obecność owrzodzenia, melaniny, satelitów i przerzutów do węzłów chłonnych. Metodami immunohistochemicznymi oceniono ekspresję HMB-45, PCNA, metaloproteinazy 2 (MMP-2), glikoproteiny CD44, nm23 kinazy dwufosfonukleozydowej i Ki67. W nieparametrycznym modelu regresji wg Coxa stwierdzono korelację z czasem przeżycia dla typu czerniaka szerzącego się powierzchownie ($p=0,0212$) i obecności preegzystentnego znamienia ($p=0,0081$). Nie stwierdzono statystycznie istotnej korelacji z czasem przeżycia dla wieku, płci, lokalizacji anatomicznej, obecności przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych, grubości naciekania guza w mm wg Breslow'a, poziomu naciekania wg Clarka, obecności nacieku limfocytarnego, cech regresji i obecności owrzodzenia ($p>0,05$). Spośród wybranych markerów immunohistochemicznych stwierdzono korelację z czasem przeżycia dla ekspresji nm23 kinazy dwufosfonukleozydowej ($p=0,0264$) oraz ekspresji glikoproteiny CD44 ($p=0,0331$). Na podstawie prze-

prowadzonego badania stwierdzono, że (i) ekspresja HMB-45, PCNA, metaloproteinazy 2 (MMP-2) i Ki-67 nie wykazała w badanej grupie zależności z przebiegiem czerniaka; (ii) wykrycie obecności glikoproteiny CD44 i ekspresji nm23 kinazy dwufosfonukleozydowej u chorych na czerniaka skóry pozwala na przewidywanie korzystniejszego przebiegu choroby; (iii) grupa pacjentów z czerniakiem szerzącym się powierzchownie ma korzystniejsze rokowanie; (iv) stwierdzenie obecności preegzystentnego znamienia ma niekorzystne znaczenie rokownicze.

271.

OCENA WCZESNYCH WYNIKÓW LECZENIA OSZCZĘDZAJĄCEGO PO NEOADJUVANTOWEJ CHEMIO- TERAPII U KOBIET NA RAKA PIERSI KWALIFIKOWANYCH PIERWOTNIE PO AMPUTACJI

Lange B., Rogozińska-Szczepka J.,
Mąka B., Utracka B., Jakus G.,
Smok-Ragankiewicz A.

Instytut Onkologii – Oddział Gliwice

CEL PRACY. Celem pracy jest ocena wyników leczenia oszczędzającego i skuteczności neoadjuwantowej chemioterapii dla obniżenia stopnia zaawansowania u chorych na lokalnie zaawansowanego raka piersi kwalifikowanych pierwotnie do amputacji piersi.

MATERIAŁ I METODYKA. Analiza dotyczy grupy 49 kobiet z rakiem piersi w II stopniu zaawansowania klinicznego leczonych w Instytucie Onkologii w Gliwicach od 1999 roku, u których zastosowano neoadjuwantową chemioterapię wg schematu CAF celem zmniejszenia masy guza. Przed kwalifikacją do leczenia szczegółowo oceniano wielkość guza pierwotnego badaniem klinicznym, mammograficznym, sonomammograficznym, a u 60% tomografią rezonansu magnetycznego. Rzut guza na skórze tatuowano tuszem roślinnym. Średni wiek chorych - 46 lat. Zaplanowano podanie od 4 do 6 cykli, w zależności od stopnia regresji guza. U 70% chorych podano 4 cykle chemioterapii. Regresję guza oceniano przy

każdym cyklu klinicznie i sonomammograficznie, a przed planowanym leczeniem operacyjnym mammografią a u części chorych tomografią rezonansu magnetycznego. Średnia kliniczna objętość guza pierwotnego przed leczeniem—35 cm³, po chemioterapii 1,5 cm³.

WYNIKI. 85% chorych po neoadjuwantowej chemioterapii kwalifikowało się do operacyjnego leczenia oszczędzającego. U wszystkich tych chorych zastosowano pooperacyjną radioterapię, u części z nich skojarzoną z brachyterapią. W materiale pooperacyjnym stwierdzono całkowitą „patologiczną” regresję u 26% chorych, zaś u kolejnych 20% stwierdzono tylko pojedyncze komórki raka w guzie pierwotnym. U 80% chorych nie stwierdzono zmian przerzutowych w węzłach pachowych. U 2 chorych (28 i 29lat) wystąpił wieloogniskowy rozsiew procesu nowotworowego w 26 i 30 miesiącu obserwacji, pozostałe chore żyją bez cech choroby nowotworowej, przy średnim czasie obserwacji 37 miesięcy. U żadnej chorej nie stwierdzono wznowy miejscowej.

WNIOSKI. Dobre wyniki leczenia, zadawalający efekt kosmetyczny, akceptowalna toksyczność leczenia oraz możliwość zaoszczędzenia piersi u większości chorych po chemioterapii neoadjuwantowej wydają się być rozsądną alternatywą dla amputacji piersi. Ocena wielkości guza na podstawie badania sonomammograficznego jest przydatna dla oceny „targetu” dla leczenia chirurgicznego. Brak zmian przerzutowych w pachowych węzłach chłonnych u zdecydowanej większości chorych budzi wątpliwości dotyczące konieczności wykonywania lymphadenotomii pachowej u wszystkich chorych. Prowadzenie skojarzonego leczenia wymaga jednak ścisłej współpracy multidyscyplinarnego zespołu lekarzy.

272.

POZIOM BIAŁKA S-100 U CHORYCH NA CZERNIAKA ZŁOŚLIWEGO ZŁOŚLIWEGO III I IV STOPNIU ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO

Leporowska E., Karczewska-Dzionk A., Mackiewicz A.

Zakład Diagnostyki i Immunologii Nowotworów, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Cel pracy: Białko S-100 występuje fizjologicznie w komórkach układu nerwowego, mięśniach prążkowanych, makrofagach i melanocytach. Obecność tego białka stwierdzono również w komórkach czerniaka złośliwego. S-100 jest rutynowo stosowane do identyfikacji komórek czerniaka w diagnostyce histopatologicznej. W ostatnich latach stwierdzono podwyższony poziom białka S-100 we krwi obwodowej u chorych na czerniaka złośliwego. Celem pracy było porównanie poziomu białka S-100 w surowicy chorych na czerniaka w III i IV stopniu zaawansowania klinicznego.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w grupie pacjentów, leczonych z powodu czerniaka w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Diagnoza i stopień zaawansowania choroby były potwierdzone badaniami histopatologicznymi, klinicznymi i technikami obrazowymi (RTG, USG, TK). Oznaczenie poziomu białka S-100 wykonano w surowicy krwi chorych (44 pacjentów w III stopniu i 41 pacjentów w IV stopniu zaawansowania klinicznego) metodą immunoluminometryczną przy użyciu zestawu Liaison Sangtec S100. Równocześnie przeprowadzono badania kontrolne w surowicy krwi osób zdrowych (n=16). Jako punkt odcięcia (cut-off) przyjęto wartość zalecaną przez producenta 0.15 µg/l.

Wyniki: Podwyższony poziom białka S-100 powyżej wartości cut-off (0,15 µg/l) stwierdzono u 15 z 44 (34%) pacjentów w III stopniu i u 32 z 41 (78%) pacjentów w IV stopniu zaawansowania klinicznego. Analiza statystyczna potwierdziła znaczącą statystycznie różnicę między stężeniem białka S-100 w surowicach pochodzących od pacjentów w III i IV stopniu. Czulość stosowanej metody wy-