



czynników rokowniczych w powyższej grupie pacjentek.

Materiał: Retrospektywnej analizie poddano wyniki leczenia prowadzonego w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 1996-1998, u pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi w III^o i IV^o (M0) zaawansowania klinicznego.

Wyniki: Analizie poddano wyniki leczenia 162 chorych. Po leczeniu indukcyjnym u 118 chorych przeprowadzono radykalną mastektomię (amputacja met. Patey'a). U 31 chorych stosowano radykalną radioterapię. Ze względu na brak odpowiedzi na zastosowane leczenie, progresję miejscową bądź stwierdzenie cechy M1, 13 pacjentek kontynuowało leczenie cytostatykami albo, po odstąpieniu od chemioterapii, miało włączoną hormonoterapię. U 7 pacjentek nie podjęto dalszego leczenia przyczynowego - głównie ze względu na pogorszenie stanu ogólnego. Dwie pierwsze grupy (CHTH+OP oraz CHTH+RTH) podlegały szczegółowej analizie. W całej grupie uzyskano 38.9% 5-letnich przeżyć całkowitych i 26.5% 5-letnich przeżyć bezobjawowych (mediana okresu przeżycia wynosiła 38 miesięcy). Chore poddane, po indukcyjnej chemioterapii, leczeniu chirurgicznemu (a zwłaszcza te, u których stosowano po operacji leczenie uzupełniające: CHTH, RTH, HTH) rokowały znacząco lepiej niż chore poddane wyłącznej radioterapii (47.5% vs 16.1% 5-letnich przeżyć całkowitych i 33.9% vs 10.0% 5-letnich przeżyć bezobjawowych).

Wnioski: Wyniki lokoregionalne chorych z zaawansowanym miejscowo rakiem piersi uległy zdecydowanej poprawie wraz z wprowadzeniem indukcyjnej i uzupełniającej chemioterapii. Czynniki rokowniczymi okazały się: wielkość guza pierwotnego powyżej 80 mm, unieruchomienie węzłów chłonnych pachy (N2) oraz liczba zajętych węzłów chłonnych powyżej 4, zatory z komórek nowotworowych w naczyniach i przekraczanie torebki węzłowej w badaniu histopatologicznym. Główną przyczyną niepowodzeń w leczeniu były przerzuty odległe (49.4%).

75/ Stosowanie G-CSF w trakcie chemioradioterapii - ocena bezpieczeństwa

S. Nawrocki, A. Karczmarczyk

Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA, Zakład i Oddział Radioterapii, ul. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9(S2):300, wystąpienie plakatowe

Cel: Celem pracy była ocena bezpieczeństwa i skuteczności podawania G-CSF (Neupogen, Granocyt) w trakcie jednoczesnej chemioradioterapii. Stosowanie białokrwinkowych czynników wzrostu jest rekomendowane u chorych otrzymujących chemioterapię, u których dochodzi do neutropenii z gorączką neutropeniczną lub profilaktycznie w przypadku wybranych programów chemioterapii (np. tzw. dose dense chemotherapy w chłoniakach i raku piersi). Ze względu na brak publikacji na temat stosowania G-CSF i GM-CSF w trakcie radioterapii nie jest ono rekomendowane w przypadku jednoczesnej chemioradioterapii. Zauważono (dwa doniesienia zjazdowe), że stosowanie czynników wzrostu w trakcie chemioradioterapii może prowadzić do małopłytkowości, szczególnie w przypadku napromieniania regionu klatki piersiowej, jednak mechanizm pozostaje nieznan.

Materiał i metodyka: W okresie od sierpnia 2003 do kwietnia 2004 w Zakładzie i Oddziale Radioterapii w Olsztynie u 25 chorych leczonych w sposób skojarzony (chemioradioterapia jednoczesowa) stosowano w trakcie radioterapii granocyt, w celu zminimalizowania przerw w leczeniu i podania chemioterapii w zaplanowanym czasie. W grupie leczonych większość stanowili chorzy na raka płuca (12 chorych), poza tym leczono 5 chorych na raka głowy i szyi, 4 chore z rakiem piersi, 3 chore z nowotworami narządu rodowego oraz jednego chorego na raka odbytnicy. G-CSF podawano chorym od 3 do 7 dni (średnio 5 dni).

Wyniki: Podawanie G-CSF ograniczyło przerwy w leczeniu i nie spowodowało żadnych poważnych objawów ubocznych. W kontrolnych morfologiach, po zakończeniu podawania granocytu, spadek wartości płytek krwi zaobserwowano u dwóch chorych, jednak nie były to wartości wymagające interwencji.

Wnioski: Stosowanie G-CSF w trakcie chemioradioterapii, w celu zminimalizowania przerw w leczeniu, wydaje się bezpieczne i nie powoduje trombocytopenii. Ze względu na niewielką grupę chorych uzasadnione wydaje się przeprowadzenie badania prospektywnego II fazy.