

wyleczenia. Stosowanie tej formy leczenia u chorych z wieloma czynnikami ryzyka w pierwszej remisji powinno być ograniczone do randomizowanych badań klinicznych. Ze względu na wybitnie złe rokowanie rekomenduje się natomiast podjęcie próby wysokodawkowanej chemioterapii u chorych w pierwszej remisji chłoniaka z obwodowych limfocytów T (PTCL – peripheral T cell lymphoma) i chłoniaka płaszczka (MCL – mantle cell lymphoma). Ze względu na dobrą reakcję na konwencjonalną chemioterapię, chłoniak Burkita nie jest wskazaniem do przeszczepu. W przypadku chłoniaków limfoblastycznych, wskazania są podobne jak w ostrej białaczce limfoblastycznej i zależą od obecnych czynników ryzyka.

W chorobie Hodgkina wysokodawkowaną chemioterapię powinno się rozważyć u pacjenta z częściową odpowiedzią na leczenie I rzutu (chemio- i radioterapię) oraz w każdym wczesnym nawrocie choroby (tzn. takim, który wystąpi w pierwszych 12 miesiącach od zakończenia leczenia). Nie jest jednoznacznym wskazaniem do wysokodawkowanej chemioterapii nawrót późny. Odległe wyniki w II, III i dalszych nawrotach są gorsze, a możliwości uzyskania niezbędnej do przeszczepu liczby komórek macierzystych mniejsze (ze względu na mielotoksyczne działanie leków alkilujących i promieniowania jonizującego). Wznovy po wysokodawkowanej chemioterapii mogą się wiązać z jej zbyt małą skutecznością (np. ze względu na dużą masę guza czy oporność komórek chłoniakowych) lub reinfuzją komórek nowotworowych w materiale przeszczepowym. U chorych z grupy wysokiego ryzyka można próbować wykonać przeszczep tandemowy lub zastosować immuno- lub radioterapię po rekonstytucji hemopoezy. Przy podejrzeniu kontaminacji materiału przeszczepowego wykonuje się tzw. purging: w przypadku chłoniaków jest to najczęściej pozytywna selekcja komórek CD34+ metodami immunologicznymi lub immunomagnetycznymi. Ciekawą opcją w chłoniakach limfoblastycznych są „minitransplantaty” (przeszczepy allogeniczne bez zastosowania w pełni mieloablacyjnej chemioterapii, w których głównym elementem terapeutycznym jest indukowanie przewlekłej reakcji przeszczep przeciwko chłoniakowi, będącej częścią reakcji przeszczep przeciwko gospodarzowi). Brak jest jak dotąd jednoznacznego potwierdzenia skuteczności wyżej wymienionych metod w dużych randomizowanych badaniach klinicznych.

4

RADIOTERAPIA CHŁONIAKÓW WIEKU DZIECIĘCEGO

Anna Skowrońska-Gardas

Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 00-973, Zakład Radioterapii, ul. Wawelska 15

Nowotwory układu chłonnego stanowią 45% nowotworów wieku dziecięcego. Do tej grupy należą białaczki, chłoniaki niezziarnicze i ziarnica złośliwa. Podstawowym sposobem leczenia jest wielolekowa chemioterapia oraz uzupełniająca radioterapia. Radioterapia znajduje zastosowanie w profilaktycznym i leczniczym napromienianiu OUN w białaczkach i chłoniakach niezziarniczych oraz w napromienianiu całego ciała przed przeszczepem szpiku kostnego.

W ziarnicy złośliwej jest obok chemioterapii podstawową metodą leczenia, pozwalającą na osiągnięcie korzystnych wyników.

5

MIEJSCE RADIOTERAPII W LECZENIU CHORYCH NA PIERWOTNE CHŁONIAKI ŚRÓDPIERSIA O WYSOKIM STOPNIU ZŁOŚLIWOŚCI HISTOLOGICZNEJ

J. Krzyżanowska, J. Meder, B. Brzeska, E. Lampka, W. Osiadacz, J. Walczewski, O. Mioduszewska

Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie

Materiał: W latach 1991-1998 leczono w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie 31 chorych na pierwotnego chłoniaka śródpiersia o wysokim stopniu złośliwości z dużych komórek B (I-IV stopień klinicznego zaawansowania), w tym 16 kobiet i 15 mężczyzn w wieku od 17 do 59 lat (media 30 lat).

Metoda: Wszyscy chorzy zostali poddani chth (30 chorych wg programu: CHOP –media 6 kursów, 1 chorzy wg programu Pro-MACE-MOPP-6 kursów). U 27 (87%) chorych uzyskano na leczenie – Cr u 9 (29%) chorych, Pr u 18 (58%) chorych. U 1 chorego, u którego wystąpiła szybka progresja po leczeniu I rzutu; po zastosowaniu chth drugiego rzutu uzyskano CR.

Radioterapię przeprowadzono u 25 (81%) chorych; u 18 (58%) jako leczenie uzupełniające po chth; u 2 chorych jako leczenie I rzutu; u 5 chorych jako leczenie paliatywne z powodu progresji zmian po chemioterapii. 21 chorych było napromienianych tylko na śródpiersie, 4 chorych również na inne okolice pierwotnie zajęte. Dawka całkowita wynosiła 36-48 Gy/t (media 40 Gy/t) we frakcjonowaniu konwencjonalnym (1,8-2 Gy/t). U 4 chorych, u których stwierdzono progresję w OUN przeprowadzono napromienianie mózgu (36-40,6 Gy/t) z dokanałowym podawaniem cytotatyków (MTX+DX).

Wyniki: Spośród chorych, którzy uzyskali PR po chth, u 9 uzyskano CR po radioterapii, uzyskując łącznie CR u 18 (58%). W okresie od 3 do 79 miesięcy (media 18 miesięcy), u 8 chorych (1 chory z CR, 7 chorych z PR) wystąpiła progresja choroby. Zmarło 10 chorych, 1 chora została utracona z obserwacji z aktywną chorobą.

Wnioski: Skuteczniejszym sposobem leczenia chorych na pierwotne chłoniaki śródpiersia o wysokim stopniu złośliwości z dużych komórek B jest leczenie skojarzone: chemioterapia z uzupełniającym napromienianiem. Zastosowanie radioterapii zwiększa liczbę uzyskiwanych CR, jednak wymaga to potwierdzenia na większej grupie chorych.

6

WYNIKI LECZENIA U CHORYCH NA CHŁONIAKI NIEZIARNICZE O POŚREDNIM I WYSOKIM STOPNIU ZŁOŚLIWOŚCI PO CHEMIOTERAPII MACOP-B LUB VACOP-B I RADIOTERAPII. ANALIZA CZYNNIKÓW PROGNOSTYCZNYCH I PRÓBA OCENY ROLI RADIOTERAPII

B. Sas-Korczyńska, S. Korzeniowski, A. Radkowski, J. Skołyszewski, U. Rychlik*

Klinika Radioterapii,

Zakład Analityki i Biochemii Klinicznej, Centrum Onkologii – Oddział w Krakowie

W okresie od 1986 do 1995 w Centrum Onkologii – Oddział w Krakowie u 120 chorych (36 kobiet, 84 mężczyzn) na chłoniaka nieziarniczego o pośrednim (76 chorych) lub wysokim (44 chorych) stopniu złośliwości zastosowano chemioterapię MACOP-B (24 chorych) lub VACOP-B (96 chorych). Stopień zaawansowania klinicznego przedstawiał się następująco: I-7 chorych (5,8%), II-18 chorych (15%), III-41 chorych (34,2%), IV-54 chorych (45%). Objawy ogólne (B) stwierdzono u 38 chorych (31,7%). U 103 chorych (85,8%) określono Międzynarodowy Wskaźnik Rokowniczy: 8 chorych (7,8%) znalazło się w grupie niskiego ryzyka, 34 chorych (33%) – w grupie średniego/niskiego, 32 chorych (31,1%) – w grupie średniego/wysokiego, a 29 chorych (28,2% w grupie wysokiego ryzyka. U 37 chorych (30,8%) chemioterapia skojarzona była z radioterapią. Stosowana dawka wahała się od 10 do 50 Gy (mediana 36 Gy). Po przeprowadzonym leczeniu u 84 chorych (70%) uzyskano całkowitą, a u 25 chorych (20,8%) częściową regresję choroby.

W analizowanej grupie 120 chorych uzyskano następujące odsetki 5 letnich przeżyć: całkowitego u 45,7% chorych i bez nawrotu chłoniaka u 38,4% chorych. W trakcie obserwacji u 65 chorych (54,2%) stwierdzono rozwój niepowodzenia, które miało charakter wznowy, progresji klinicznej lub histopatologicznej. U 3 chorych stwierdzono rozwój drugiego nowotworu: raka żołądka, raka odbytnicy, ziarnicę złośliwą.

Przeprowadzona analiza wpływu czynników prognostycznych na wyniki leczenia wykazała, że niezależnymi istotnymi statystycznie czynnikami prognostycznymi wykazującymi negatywny wpływ na wyniki leczenia w grupie chorych, u których zastosowano leczenie skojarzone są: lokalizacja pozawęzłowa, podanie niepełnego leczenia chemicznego, obniżona wartość hematokrytu, podwyższony odsetek limfocytów oraz podanie niższej dawki. Natomiast w grupie chorych, którzy otrzymali wyłącznie chemioterapię takimi czynnikami są: podwyższone stężenie dehydrogenazy mleczanowej, lokalizacja pozawęzłowa, niepełne leczenie chemiczne.