

45P

"Uszkodzenie trzustki w przebiegu terapii L-Asparaginazą u dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną."

K. Derwich (1), D. Stancel (1), M. Warzywoda (2), M. Leda (1)

- 1) Klinika Hematologii i Onkologii IPAM w Poznaniu
- 2) Zakład Radiologii Pediatricznej IPAM w Poznaniu

L-asparaginaza jest enzymem pochodzenia bakteryjnego, szeroko stosowanym między innymi w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej. Jednym z istotnych powikłań w stosowaniu tego preparatu jest uszkodzenie trzustki.

Przedstawiono 3 przypadki dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną, u których w trakcie podawania L-asparaginazy doszło do klinicznie jawnego epizodu zapalenia trzustki. dominującymi objawami klinicznymi były bóle brzucha, którym towarzyszyły wymioty i luźne stolce. Zmiany stwierdzone w badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej na różnych etapach choroby to przede wszystkim obrzęk i powiększenie narządu (częściowe lub całkowite) oraz w 1 przypadku zmiany o charakterze torbielowatym. Przedstawiono te zmiany posiłkując się bogatą dokumentacją fotograficzną. Dodatkowo stwierdzono we wszystkich przypadkach wzrost LHD w surowicy krwi. Nie stwierdzono istotnych zmian w aktywności amylazy w surowicy i moczu, zwłaszcza w początkowej fazie choroby. Po zastosowanym leczeniu, polegającym na ścisłej diecie, podawaniu Trascolanu i leków objawowych - w 2 przypadkach osiągnęliśmy całkowite wyleczenie, a u 1 pacjenta doszło do nawrotu objawów.

Wnioski:

- 1) Jakkolwiek bóle brzucha i inne objawy ze strony przewodu pokarmowego mogą pojawić się praktycznie u każdego pacjenta otrzymującego leczenie przeciwnowotworowe, to jednak w przypadku chorych otrzymujących preparaty L-asparaginazy w rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić zapalenie trzustki. Być może pozwoliłoby to na wczesną identyfikację pacjentów obciążonych ryzykiem uszkodzenia tego narządu.
- 2) W początkowej fazie choroby zmiany aktywności charakterystycznych enzymów (Amylaza) mogą być niewielkie.
- 3) USG jest bardzo przydatne dla diagnostyki i monitoringu zmian w trzustce, zwłaszcza przy dokładnie opracowanych kryteriach radiologicznych.

46P

"Angioleiomyosarcoma - bardzo rzadki przypadek mięsaka tkanek miękkich."

K. Stefańska (1), M. Rólski (2), E. Trejster (3)
M. Kaczmarek-Kanold (1), P. Mańkowski (2)

- 1) Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej IP w Poznaniu
- 2) Klinika Chirurgii Dziecięcej IP w Poznaniu
- 3) Pracownia Patomorfologii IP w Poznaniu

Angioleiomyosarcoma jest bardzo rzadkim, złośliwym nowotworem występującym u osób w średnim wieku, a najczęstsza jego lokalizacja otrzewno - krezkowa rokuje najgorzej 50-100% zgonów w krótkim czasie od rozpoznania.

W naszej Klinice rozpoznano i leczono powyższy nowotwór o takim umiejscowieniu u 12-letniego chłopca. Został on przyjęty z powodu utrzymujących się od 12 miesięcy bladeści powłok skórnych i osłabienia z palpacyjnie wyczuwalnym, twardym, nieprzesuwalnym guzem miednicy mniejszej o średnicy około 18 cm. Z odchyłem w badaniach laboratoryjnych zanotowano 3-cyfrowe OB. W USG i KT jamy brzusznej stwierdzono do przodu od aorty tuż powyżej jej rozdzielenia sięgający do miednicy małej lity, dobrze ograniczony guz o wymiarach 10x8 cm o niejednorodnej strukturze, bez zwapnień z 1 ogniskiem rozpadu, przylegający do ściany aorty, wychodzący prawdopodobnie z przedniej ściany pęcherza moczowego. Powiększonych węzłów chłonnych w jamie brzusznej nie stwierdzono. Cytoskopia i wlew cieniujący jelita grubego były prawidłowe.

Wykonano zabieg operacyjny - stwierdzono guz o średnicy 14 cm wychodzący z części wstępującej jelita grubego, który usunięto w całości wraz z wyrostkiem robaczkowym, przednią ścianą kątnicy i węzłami chłonnymi krezki. Śluzówka jelita nad guzem była niezmienną. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano: Angioleiomyosarcoma cum metastasibus ad lymphonodorum (w wykonanym po zabiegu KT jamy brzusznej nadal były obecne powiększone węzły chłonne zaotrzewnowe). Wdrożono chemioterapię - IX naprzemiennie stosowanych 5-dniowych cykli powtarzanych co miesiąc: IFO + VP16 i IFO + ADR oraz 10-krotne podanie VCR.

Po 2 cyklu chemioterapii pacjent uzyskał pełną remisję, w której 5 miesięcy od zakończenia leczenia.

47P

"Dawka MTX, jego eliminacja a objawy toksyczne."

K. Stefańska, K. Derwich, M. Kaczmarek -Kanold

Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej IP w Poznaniu

W latach 1992-1997 leczenie MTX zastosowano u dzieci. Analizie poddano 92 pacjentów. Zostali oni podzieleni na 4 grupy w zależności od rozpoznania, dawki MTX oraz czasu jego podania.

Grupa I: MTX 3,0g/m² - 24h - 59 dzieci z ALL-LRG (236 cykli)

Grupa II: MTX 3,0g/m² - 3h - 8 dzieci z B-NHL gr. B (37 cykli)

Grupa III: MTX 5,0g/m² - 24h - 13 dzieci z NB-NHL (46 cykli)

Grupa IV: MTX 5,0g/m² - 24h - 9 dzieci z nawrotem ALL (27 cykli)

Grupę IV wyodrębniono ze względu na stosowanie dodatkowych cytostatyków dożylnych. Analizowano wpływ dawki MTX, czasu jego infuzji i eliminacji leku oraz statusu wirusologicznego pacjentów (HCV) na wystąpienie i nasilenie zmian toksycznych (zmiany