

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-

niosła 55 %, swoistość 100%, dodatnia wartość predykcyjna 100%, ujemna wartość predykcyjna 30 %.

Wnioski: Wyniki badań wskazują, że oznaczanie poziomu białka S-100 w surowicy może być dodatkowym wskaźnikiem laboratoryjnym w ocenie stopnia zaawansowania klinicznego chorych na czerniaka złośliwego.

273.

LARYNGEKTOMIE REKONSTRUKCYJNE JAKO ALTERNATYWA LARYNGEKTOMII CAŁKOWITEJ

Szyfter W., Leszczyńska M., Wierzbicka M., Golusiński W.

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej AM w Poznaniu

Laryngektomie subtotalne z rekonstrukcją krtani są akceptowaną, alternatywną do całkowitego usunięcia krtani formą leczenia raków o zaawansowaniu narządowym T2 i T3. Jednoczasowa resekcja i rekonstrukcja pozwalają na radykalne leczenie nowotworu przy równoczesnym zachowaniu ciągłości drogi oddechowej i zachowaniu funkcji odtworzonej krtani. W latach 1988-2002 wykonano 83 laryngektomii subtotalnych z rekonstrukcją krtani, w tym: 34 laryngektomie nadpierścienne z krikohyoidopeksją, 21 laryngektomie nadpierścienne z krikohyoidoepiglotopeksją, 18 laryngektomii przezgłośniowych modo Calero, 7 laryngektomii subtotalnych modo Sedlacek-Tucker oraz 3 z rekonstrukcją zachyłka gruszkowatego. Podstawowym kryterium oceny efektywności tego typu zabiegów była osiągnięta radykalność onkologiczna. Okres obserwacji chorych wynosił od 2-9 lat. W żadnym z 83 przypadków nie stwierdzono wystąpienia wznowy miejscowej, w 4 przypadkach wystąpiła wznowa w układzie chłonnym szyi. Kolejnym aspektem była skuteczność funkcjonowania zrekonstruowanej krtani. U 5 chorych z powodu zwężenia światła krtani wykonano 2- i 3-krotne zabiegi laserowe, a następnie wykonano plastykę przy użyciu T-drenu. U 14 chorych występowały w okresie pierwszych 3 miesięcy trudności przy połykaniu, zwłaszcza pokarmów płynnych. U 1 chore-

go wykonano gastrostomię. Autorzy omawiają wskazania do tego typu zabiegów, technikę operacyjną, wyniki onkologiczne i czynnościowe.

274.

ANALIZA MORFOLOGICZNA EKSPRESJI NACZYNIOWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO CZYNNIKA WZROSTU (VEGF) W NOWOTWOROWYCH I NIENOWOTWOROWYCH ZMIANACH SROMU

Lewy-Trenda I., Papierz W.

Katedra Patomorfologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Angiogeneza odgrywa istotną rolę w progresji guzów litych jak i w powstawaniu przerzutów. Inwazyjny wzrost nowotworu związany jest przede wszystkim z pojawieniem się w guzie naczyń krwionośnych. Upośledzenie rozwoju naczyń w nowotworach typu guzów litych może prowadzić do zahamowania zarówno wzrostu nowotworu, jak i pojawiania się wznów i rozwoju przerzutów. Nowe strategie terapeutyczne, oparte na hamowaniu procesu angiogenezy i selektywnym niszczeniu nowotworowych naczyń, mogą okazać się równie skuteczne, jak strategie oparte na bezpośrednim niszczeniu komórek nowotworowych. Jednym z ważnych czynników proangiogennych jest naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu (VEGF), wydzielany przez komórki nowotworowe i wykazujący wysoką aktywność mitogenną prawie wyłącznie w stosunku do komórek śródbłonka (działanie parakryne). Wobec powyższego postanowiliśmy zbadać ekspresję VEGF w zmianach nienowotworowych w stanach przedrakowych oraz rakach płaskonabłonkowych sromu. Analizowany materiał obejmował 34 przypadki liszaja twardzinowego, 31 wycinków z raków płaskonabłonkowych, 16 zmian typu *ca in situ* oraz 28 - VIN III, 10 - VIN II i 12 VIN I. Rozpoznanie ostateczne sformułowane wg kryteriów ustalonych przez WHO na podstawie pooperacyjnego badania histopatologicznego uzupełnionego o indeks proliferacyjny obliczony przy zastosowaniu przeciwciała MIB-1. Odczyty immunohistochemiczne wyko-