

**Zbigniew M. Jodkiewicz**

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

## **Komentarz do pracy L. Kęпки i wsp. pt.: „Pooperacyjna radioterapia u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca: wyniki badań a praktyka kliniczna”**

**Commentary for the work L. Kęпка et al.: „Postoperative radiotherapy for non-small cell lung cancer: evidence based data and clinical practice”**

**Pneumonol. Alergol. Pol. 2007; 75: 211–212**

Rak płuca pozostaje nowotworem o najwyższym wskaźniku umieralności wśród mężczyzn i kobiet w Europie i na całym świecie [1, 2]. W niedrobnokomórkowym raku płuca, który stanowi około 80% wszystkich obecnie rozpoznanych raków płuca, podstawową metodą postępowania we wczesnych stopniach zaawansowania (IA do IIB) jest leczenie chirurgiczne. Niestety, można je zastosować jedynie u około 30% pacjentów (w Polsce u 18–19%). Pięcioletnie przeżycia chorych diagnozowanych i operowanych we wczesnych stadiach rozwoju nowotworu są jednak niskie i wahają się, w zależności od badania, od 22 do 61% [3].

Większość nawrotów choroby stanowią przerzuty odległe, przy ryzyku wznowy miejscowej po doszczętnej resekcji wynoszącym mniej niż 10%. Teoretycznie oczekuje się, że pooperacyjna radioterapia samodzielna lub w skojarzeniu z chemioterapią powinna zniszczyć przetrwałe po leczeniu chirurgicznym komórki nowotworowe i poprawić całkowite przeżycie.

Przez blisko pół wieku pooperacyjne napromienianie klatki piersiowej było preferowanym rodzajem terapii. Z tego powodu autorzy podjęli się oceny jego wartości na podstawie piśmiennictwa światowego. Ich celem było również ustalenie precyzyjnych wskazań do napromieniania dla lekarzy zajmujących się tym zagadnieniem. Wnioski wynikające z opublikowanych badań są sprzeczne. Przedstawiona w 1998 roku metaanaliza radioterapii pooperacyjnej (PORT) na podstawie 9 badań

(2128 chorych) wykazała, że pooperacyjne napromienianie wpływa niekorzystnie na przeżycie, powodując względny wzrost ryzyka zgonu na poziomie 21% i bezwzględny spadek przeżycia 2-letniego o 7% [4]. Wyniki metaanalizy poddano uzasadnionej krytyce, ponieważ obejmowała ona grupę chorych leczonych starszą techniką 2D, promieniami Co-60 i różnymi, ale zazwyczaj wyższymi niż konwencjonalne dawkami frakcyjnymi oraz dużymi dawkami całkowitymi.

Te przestarzałe metody leczenia mogły być odpowiedzialne za wyższy wskaźnik śmiertelności zaobserwowany w grupie napromienianej. Zastosowanie radioterapii konformalnej 3D, właściwego sposobu dawkowania oraz ograniczenie obszaru napromieniania do stacji węzłowych o największym dla danej lokalizacji prawdopodobieństwie zajęcia przez mikroprzerzuty może w przyszłości udowodnić swoją skuteczność, co niedawno zasugerowano w 2 retrospektywnych badaniach [5, 6].

Obecnie część lekarzy radioterapeutów jest przeciwna napromienianiu pooperacyjnemu u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca nawet w stadium IIIA (N2) zaawansowania po doszczętnych resekcjach. Inni sugerują jej korzystny wpływ, zwłaszcza w skojarzeniu z chemioterapią. Mimo wątpliwości pooperacyjną radioterapię stosuje się u 20–35% chorych, nawet w przypadku radykalnych operacji. Jako przyczynę autorzy artykułu wskazali brak zaufania lekarzy radioterapeutów co do faktycznego stopnia zaawansowania

**Adres do korespondencji:** Zbigniew M. Jodkiewicz, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01–138 Warszawa

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.04.2007 r.  
Copyright © 2007 Via Medica  
ISSN 0867–7077

i zakresu resekcji u chorych kierowanych do pooperacyjnego napromieniania.

Na podstawie obecnych danych radioterapię pooperacyjną należy rozważyć u chorych na raka płaskonabłonkowego, z przerzutami do węzłów chłonnych śródpiersia (cecha N2) i po nieradykalnym zabiegu chirurgicznym.

### **Piśmiennictwo**

1. Levi F., Lucchini F., Negri A. i wsp. Cancer mortality in Europe 1990–1994, and overview of trends from 1955 to 1994. *Eur. J. Cancer* 1999; 35: 1477–1516.
2. Parkin D.M., Pisani P., Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int. J. Cancer* 1999; 80: 827–841.
3. Baas P. Terapie indukcyjna i adjuwantowa w operacyjnych i nieoperacyjnych przypadkach NSCLC. *Curr. Opin. Oncol. Wyd. pol.* 2002; 2 (3): 18–22.
4. PORT Meta-analysis Trialists Group: postoperative radiotherapy in non-small cell lung cancer: systemic overview and meta-analysis of individual patient data from nine randomized controlled trials. *Lancet* 1998; 352: 257–263.
5. Machtay M., Lee J.H., Shrager J.B. i wsp. Risk of death from intercurrent disease is not excessively increased by modern postoperative radiotherapy for high-risk resected non-small cell lung carcinoma. *J. Clin. Oncol.* 2001; 19: 3912–3917.
6. Lally B.E., Zelterman D., Calasanto J.M. i wsp. Postoperative radiotherapy for stage II or III non small cell lung cancer using the surveillance, epidemiology, and end results database. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 2998–3006.