

Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer

Bosset JF, Collette L, Calais G i wsp.
EORTC Radiotherapy Group Trial 22921
N Engl J Med 2006; 355: 1114-1123.

Przedoperacyjną radioterapię zaleca się u wybranych chorych na raka odbytnicy. Oceniono wpływ dodania chemioterapii do przedoperacyjnej radioterapii oraz zastosowania chemioterapii pooperacyjnej na wyniki leczenia chorych na raka odbytnicy.

Metody. Chorych na operacyjnego raka odbytnicy w stopniu zaawansowania T3 lub T4 losowo przydzielano do przedoperacyjnej radioterapii, przedoperacyjnej radiochemioterapii, przedoperacyjnej radioterapii z pooperacyjną chemioterapią oraz przedoperacyjnej chemioradioterapii z pooperacyjną chemioterapią. Chorych napromieniano dawką 45 Gy podawaną w ciągu 5 tygodni. Jeden cykl chemioterapii składał się z 350 mg/m²/dzień fluorouracylu oraz 20 mg/m²/dzień leukoworiny; oba leki podawano przez 5 kolejnych dni. Dwa cykle chemioterapii podawano w trakcie przedoperacyjnej radioterapii. W grupach otrzymujących chemioradioterapię przedoperacyjną i chemioradioterapię przedoperacyjną z pooperacyjną chemioterapią podawano 2 cykle chemioterapii. W grupach chorych przydzielonych losowo do przedoperacyjnej radiochemioterapii z pooperacyjną chemioterapią oraz przedoperacyjnej radioterapii z pooperacyjną chemioterapią podawano po operacji 4 cykle chemioterapii.

Wyniki. Do badania włączono 1011 chorych. Nie stwierdzono różnic w czasie przeżycia pomiędzy grupami chorych otrzymujących chemioterapię przedoperacyjną ($p=0,84$) i pooperacyjną ($p=0,12$). Odsetek pięcioletnich przeżyć dla wszystkich chorych włączonych do badania wyniósł 65,2%. Pięcioletni odsetek wznów w grupach otrzymujących chemioterapię przedoperacyjną, pooperacyjną oraz przedoperacyjną i pooperacyjną wyniósł odpowiednio 8,7%, 9,6%, i 7,6%, natomiast w grupie nie otrzymującej chemioterapii 17,1% ($p=0,002$). U 82,0% chorych podano zaplanowaną chemioterapię przedoperacyjną, natomiast zaplanowaną chemioterapię pooperacyjną zrealizowano u 42,9% chorych.

Wnioski. U chorych na raka odbytnicy poddanych przedoperacyjnej radioterapii dodanie przed- lub pooperacyjnej chemioterapii z 5-fluorouracylem nie wpływa na czas przeżycia. Podanie chemioterapii zarówno przed, jak i po zabiegu operacyjnym, zmniejsza ryzyko wystąpienia wznowy miejscowej.

Epirubicin and cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil as adjuvant therapy for early breast cancer

Poole CJ, Earl HM, Hiller L i wsp.
N Engl J Med 2006; 355: 1851-1862.

Celem National Epirubicin Adjuvant Trial (NEAT) oraz BR9601 było określenie skuteczności zastosowania antracyklin w leczeniu uzupełniającym chorych na wczesne postaci raka piersi.

Metody. W badaniu NEAT porównywano schematy chemioterapii zawierające cztery cykle epirubicyny a następnie cztery cykle CMF (cyklofosfamid, metotreksat i 5-fluorouracyl) z leczeniem za pomocą sześciu cykli CMF. W badaniu BR9601 porównywano leczenie za pomocą czterech cykli epirubicyny a następnie czterech cykli CMF z leczeniem obejmującym osiem cykli CMF podawanych co trzy tygodnie. Głównymi wskaźnikami skuteczności były czas do nawrotu choroby oraz całkowity czas przeżycia. Dodatkowo oceniano działania niepożądane, intensywność leczenia oraz jakość życia.

Wyniki. Do obu badań włączono łącznie 2381 chorych na wczesnego raka piersi. Mediana czasu obserwacji wynosiła 48 miesięcy. Czas do nawrotu choroby oraz całkowity czas przeżycia były znacząco dłuższe w grupie chorych leczonych schematami zawierającymi epirubicynę w porównaniu do schematów z wyłącznym zastosowaniem schematu CMF (odsetki dwuletnich przeżyć bez wznowy odpowiednio 91% i 85%; 5-letnich przeżyć bez wznowy 76% i 69%; dwuletnich przeżyć całkowitych 95% i 92%; $p<0,001$ oceniane dla wszystkich porównań za pomocą testu *log-rank*). Współczynnik ryzyka wystąpienia wznowy lub zgonu bez wystąpienia wznowy 0,69 (95% przedział ufności 0,58-0,82; $p<0,001$) i wystąpienia zgonu z jakiegokolwiek powodu 0,67 (95% przedział ufności 0,55-0,82; $p<0,001$) były korzystniejsze dla schematów zawierających epirubicynę. Niezależnymi czynnikami rokowniczymi były obecność przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych, stopień zróżnicowania guza, jego wielkość, stan receptorów steroidowych ($p<0,001$ dla wszystkich wskaźników) oraz obecność komórek nowotworowych w naczyniach krwionośnych lub chłonnych ($p<0,01$). Czynniki te nie wpływały znacząco na efekt stosowania schematów zawierających epirubicynę z CMF. Częstość występowania działań niepożądanych była znacząco wyższa u chorych otrzymujących epirubicynę z CMF, co nie wpłynęło jednak na intensywność podanej dawki leczenia i jakość życia chorych.

Wnioski. Schemat zawierający epirubicynę z CMF jest skuteczniejszy niż wyłączny CMF w leczeniu uzupełniającym chorych na wczesnego raka piersi.

Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia

Regula J, Rupinski M, Kraszewska E i wsp.
N Engl J Med 2006; 355: 1863-1872.

Dotychczasowe zalecenia dotyczące badań przesiewowych w nowotworach jelita grubego i odbytnicy uwzględniają jedynie wiek oraz wywiad rodzinny, nie zaś płeć badanego.

Metody. Przeprowadzono przekrojową analizę danych z dużego programu badań przesiewowych z zastosowaniem kolonoskopii. Do programu włączono 50148 uczestników w wieku od 40 do 66 lat. Osoby w wieku 40-49 lat włączano jedynie w przypadku występowania w rodzinie dowolnego nowotworu. Spośród 43 042 osób wieku od 50 do 66 lat u 13,3% stwierdzono rodzinne obciążenie występowaniem nowotworu jelita grubego lub odbytnicy. U 7106 osób w wieku 40-49 lat odsetek ten wynosił 66,3%. Za nowotwór zaawansowany uznawano rak lub polip gruczolakowaty o średnicy powyżej 1 centymetra, wysokiego stopnia dysplazję, guz o kosmkowej bądź cewkowo-kosmkowej budowie histologicznej lub z kombinacją powyższych cech. Związek pomiędzy cechami uczestników a występowaniem nowotworów w pierwotnej (źródłowej) grupie badanych oceniono przy użyciu wieloczynnikowej regresji logistycznej. Stwierdzone zależności potwierdzono na niezależnej (walidacyjnej) grupie badanych.

Wyniki. Zaawansowany nowotwór został wykryty u 2553 (5,9%) uczestników w wieku od 50 do 66 lat oraz u 243 (4,3%) w wieku od 40 do 49 lat. Odsetek powikłań spowodowanych kolonoskopią wynosił 0,1%. Nie było zgonów spowodowanych przez ten zabieg. W grupie walidacyjnej model regresji logistycznej wykazał, że płeć męska jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworu (skorygowany współczynnik ryzyka 1,73; 95% przedział ufności od 1,52 do 1,98; $p < 0,001$). W każdej grupie wiekowej (od 40 do 49 lat, 50 do 54, 55 do 59 oraz 60 do 66) liczba osób które należałoby poddać badaniu przesiewowemu, aby wykryć jeden nowotwór była znamienne niższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (odpowiednio 23 i 36, 17 i 28, 12 i 22 oraz 10 i 18).

Wnioski. Znamienne częstsze występowanie nowotworów jelita grubego i odbytnicy u mężczyzn niż u kobiet pozwoli na uściślenie wskazań do badań przesiewowych.

Detection of life-threatening prostate cancer with prostate-specific antigen velocity during a window of curability

Carter HB, Ferrucci, Kettermann A i wsp.
J Natl Cancer Inst 2006; 98: 1521-1527.

Ocenę stężenia PSA stosuje się powszechnie jako test w raku gruczołu krokowego, co prowadzi do fałszywych rozpoznań u znaczącej liczby mężczyzn. Dynamika narastania stężenia PSA może być istotnym czynnikiem wskaźującym na obecność nowotworu.

Metody. Oceniono szybkość narastania stężenia PSA u 980 mężczyzn (856 bez rozpoznanego raka stercza, 104 chorych na raka stercza, którzy żyli lub zmarli z innych przyczyn, oraz 20 chorych, którzy zmarli z powodu raka stercza) uczestniczących w badaniu Baltimore Longitudinal Study of Aging w okresie 39 lat. W wymienionych trzech grupach mężczyzn względne ryzyko zgonu z powodu raka gruczołu krokowego oraz przeżycie związane z nowotworem stratyfikowane według szybkości narastania stężenia PSA analizowano z zastosowaniem analizy regresji Coxa oraz metody Kaplana-Meiera. Testy statystyczne były dwustronne.

Szybkość narastania stężenia PSA oceniana 10-15 lat przed rozpoznaniem (kiedy u większości mężczyzn nie przekraczało ono 4,0 ng/ml) związana była z przeżyciem związanym z nowotworem. Wynosiło ono po 25 latach 92% (95% przedział ufności 84%-96%) wśród mężczyzn, u których szybkość narastania poziomu PSA wyniosła do 0,35 ng/ml w ciągu roku, oraz 54% (95% przedział ufności 15%-82%) wśród mężczyzn, u których szybkość narastania stężenia PSA przekraczała 0,35 ng/ml rocznie ($p < 0,001$). Ponadto u osób, u których szybkość narastania stężenia PSA przekraczała 0,35 ng/ml rocznie, względne ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego było wyższe niż u mężczyzn z niższym tempem narastania (względne ryzyko 4,7; 95% przedział ufności 1,3-16,5; $p = 0,02$). Liczba nowych zachorowań na 100 000 osobo-lat wyniosła 1240 dla mężczyzn, u których szybkość narastania stężenia PSA przekraczała 0,35 ng/ml rocznie, oraz 140 u mężczyzn, u których szybkość narastania poziomu PSA wyniosła do 0,35 ng/ml w ciągu roku.

Wnioski. Szybkość narastania stężenia PSA może pozwolić wyodrębnić grupę chorych na zagrażającego życia raka gruczołu krokowego w okresie, kiedy stężenie PSA jest związane z uleczalnym stadium choroby.

Long-term outcome of high dose intensity modulated radiation therapy for patients with clinically localized prostate cancer

Zelevsky MJ, Chan H, Hunt M i wsp.
J Urol 2006; 176: 1415-1419.

Przedstawiono odległe wyniki leczenia oraz profil działań niepożądanych u chorych na miejscowe postacie raka gruczołu krokowego napromieniowanych wysoką dawką z zastosowaniem techniki modulacji intensywności wiązki (IMRT).

Materiał i metody. Od 1996 do 2000 roku 561 chorych na zlokalizowane postacie raka gruczołu krokowego leczono z zastosowaniem wysokodawkowej radioterapii w technice IMRT. Wszyscy chorzy byli napromieniowani łączną dawką 81 Gy. Nawrót biochemiczny definiowano jako wzrost stężenia antygenu sterczowospecyficznego zgodnie z kryteriami ASTRO oraz definicją Huston (najniższe stężenie plus 2 ng/ml). Mediana czasu obserwacji wynosiła 7 lat (od 5 do 9).

Wyniki. Udział 8-letnich przeżyć bez cech nawrotu biochemicznego u chorych z grup korzystnego, pośredniego i niekorzystnego ryzyka wg kryteriów ASTRO wynosił odpowiednio 85%, 76% i 72% ($p < 0,025$). Udział 8-letnich przeżyć bez cech nawrotu biochemicznego u chorych z grupy korzystnego, pośredniego i niekorzystnego ryzyka wg definicji Huston wynosił odpowiednio 89%, 78% i 67% ($p = 0,0004$). Ośmioletnie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych ze strony odbyticy w stopniu drugim pod postacią krwawień wynosiło 1,6%. U trzech chorych (0,1%) doszło do krwawienia z odbyticy w stopniu trzecim wymagającym przetoczenia masy erytrocytarnej lub wykonania koagulacji laserowej. Nie obserwowano powikłań w stopniu czwartym ze strony odbyticy. Ośmioletnie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych ze strony układu moczowego w stopniu 2. i 3. pod postacią zwężeń cewki moczowej wynosiły odpowiednio 9% i 3%. U 49% chorych bez zaburzeń erekcji przed rozpoczęciem radioterapii doszło do tego powikłania. Udział przeżyć związanych z nowotworem dla grup o korzystnym, pośrednim i wysokim ryzyku wynosił odpowiednio 100%, 96% i 84%.

Wnioski. Odległe wyniki potwierdzają wcześniejsze obserwacje dotyczące bezpieczeństwa stosowania wysokodawkowej radioterapii techniką IMRT u chorych na zlokalizowanego raka gruczołu krokowego. Pomimo zastosowania wysokich dawek promieniowania ryzyko wystąpienia krwawień z odbyticy po 8 latach obserwacji nie przekraczało 2%. Mimo wykorzystania wysokokonformalnej techniki leczenia uzyskano bardzo wysoki odsetek miejscowych wyleczeń.

Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB–IIIA non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]): a randomised controlled trial

Douillard JY, Rossel R, De Lena M i wsp.
Lancet Oncology 2006; 7: 719-727.

Wpływ uzupełniającej chemioterapii na przeżycie chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca pozostaje nieznany. Celem badania było porównanie wyników leczenia chorych niedrobnokomórkowego raka płuca po doszczętnej resekcji mięszu płuca poddanych uzupełniającej chemioterapii z zastosowaniem winorelbiny i cisplatyny z chorymi, którzy nie otrzymali pooperacyjnej chemioterapii.

Metody. 840 chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w stopniu zaawansowania IB–IIIA leczonych w 101 ośrodkach w 14 krajach przydzielono losowo do obserwacji ($n = 433$) lub do chemioterapii: 30 mg/m² winorelbiny i 100 mg/m² cisplatyny ($n = 407$). Pooperacyjną radioterapię stosowano zgodnie ze standardami obowiązującymi w ośrodku leczącym. Oceniano całkowity czas przeżycia. Analizę przeprowadzono zgodnie z zasadą *intention to treat*. Badanie zarejestrowano jako International Standard Randomised Controlled Trial, numer ISRCTN95053737.

Wyniki. Przydzielone leczenie otrzymało 367 chorych w grupie otrzymującej chemioterapię i 431 w grupie kontrolnej. 301 chorych (36%) miało nowotwór w stopniu zaawansowania IB, 203 (24%) w stopniu II, a 325 (39%) w stopniu IIIA. Najczęściej występującymi działaniami niepożądanymi chemioterapii były neutropenia (335 chorych, 92%) oraz gorączka neutropeniczna (34 chorych, 9%); 7 (2%) chorych zmarło z powodu toksyczności leczenia. Zgodność dawki podanej z zaplanowaną była większa dla cisplatyny niż dla winorelbiny (mediana intensywności dawki odpowiednio 89% (17-108%) vs 59% (17-100%). Po czasie obserwacji o medianie 76 miesięcy (43-116), mediana czasu przeżycia wyniosła 65,7 miesięcy (95% przedział ufności 47,9-88,5) w grupie otrzymującej chemioterapię i 43,7 miesięcy (35,7-52,3) w grupie kontrolnej. Skorygowane ryzyko zgonu było znamienne niższe wśród chorych otrzymujących chemioterapię niż wśród chorych obserwowanych (współczynnik ryzyka 0,80 [95% przedział ufności 0,66-0,96], $p = 0,017$). Zastosowanie chemioterapii związane było z poprawą odsetka pięcioletnich przeżyć o 8,6%, korzyść ta utrzymywała się po 7 latach (8,4%).

Wnioski. Chemioterapia uzupełniająca z zastosowaniem winorelbiny i cisplatyny związana jest z wydłużeniem czasu przeżycia chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca. Wyniki te potwierdzają wskazania do uzupełniającej chemioterapii.

Hyperfractionated or accelerated radiotherapy in head and neck cancer: a meta-analysis

Bourhis J, Overgaard J, Audry H i wsp.

Meta-Analysis of Radiotherapy in Carcinomas of Head and neck (MARCH) Collaborative Group
Lancet 2006; 368: 843-854.

Pomimo przeprowadzenia wielu badań oceniających rolę niekonwencjonalnie frakcjonowanej radioterapii w płaskonabłonkowych nowotworach głowy i szyi, wpływ takiego frakcjonowania na przeżycie pozostaje nieznany. Celem niniejszej metaanalizy była ocena, czy zastosowanie niekonwencjonalnego frakcjonowania poprawia przeżycie w tej grupie chorych.

Metody. Uzyskano i zaktualizowano dane chorych na płaskonabłonkowe nowotwory głowy i szyi bez przerzutów odległych, biorących udział w randomizowanych badaniach porównujących radioterapię konwencjonalną z radioterapią hiperfrakcjonowaną bądź przyspieszoną, lub równocześnie hiperfrakcjonowaną i przyspieszoną. Oceniano całkowity czas przeżycia. Badania podzielono na trzy kategorie: hiperfrakcjonowane, przyspieszone, oraz przyspieszone z obniżeniem dawki całkowitej.

Wyniki. Przeanalizowano 15 badań z udziałem 6 515 chorych. Mediana czasu obserwacji wyniosła 6 lat. Najczęstszą lokalizacją nowotworu było gardło środkowe i krtań. 5221 chorych (74%) miało nowotwór w III-IV stopniu zaawansowania (International Union Against Cancer, 1987). Stwierdzono znamienne korzyść wynikającą z zastosowania frakcjonowania niekonwencjonalnego, odpowiadającą poprawie odsetka pięcioletnich przeżyć o 3,4% (współczynnik ryzyka 0,92, 95% przedział ufności 0,86-0,97; $p=0,003$). Znamienne większa korzyść po 5 latach wiązała się z zastosowaniem radioterapii hiperfrakcjonowanej (8%) w porównaniu do przyspieszonej (2% – schematy przyspieszone bez obniżenia dawki całkowitej, oraz 1,7% – z obniżeniem dawki całkowitej; $p=0,02$). Zastosowanie niekonwencjonalnego frakcjonowania związane było z poprawą kontroli miejscowej w porównaniu z frakcjonowaniem konwencjonalnym (o 6,4% po 5 latach; $p<0,0001$), przy czym zmniejszenie ryzyka dotyczyło w większym stopniu nawrotu miejscowego niż nawrotu węzłowego. Korzyść była znamienne większa u chorych poniżej 50 roku życia (współczynnik ryzyka 0,78 [0,65-0,94], w porównaniu do 0,95 [0,83-1,09] u chorych od 51 do 60 roku życia, 0,92 [0,81-1,06] od 61. do 70 roku życia i 1,08 [0,89-1,30] u chorych powyżej 70 roku życia (test dla trendu $p=0,007$)).

Wnioski. Radioterapia frakcjonowana niekonwencjonalnie wydłuża czas przeżycia chorych na płaskonabłonkowe nowotwory regionu głowy i szyi. Porównanie różnych schematów radioterapii sugeruje, że większa korzyść wiąże się ze stosowaniem radioterapii hiperfrakcjonowanej.

Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening

The International Early Lung Cancer Action Program Investigators

N Engl J Med 2006; 355: 1763-1771.

Wyniki leczenia chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w I stopniu zaawansowania wykrytego za pomocą spiralnej tomografii komputerowej wykonywanej raz w roku w ramach badań przesiewowych nie są znane.

Metody. Badaniom przesiewowym z zastosowaniem spiralnej tomografii komputerowej poddano 31 567 osób o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka płuca bez objawów klinicznych. Badania wykonywano w latach 1993 do 2005, a w latach 1994 do 2005 wykonano 27 456 powtórnych badań po 7-18 miesiącach po pierwszym badaniu. Oszacowano odsetek dziesięcioletnich przeżyć związanych z rakiem płuca wśród chorych, u których za pomocą tomografii komputerowej rozpoznano nowotwór w pierwszym stopniu zaawansowania, a rozpoznanie potwierdzono biopsyjnie, niezależnie od zastosowanego sposobu leczenia oraz wśród chorych w I stopniu zaawansowania leczonych operacyjnie w ciągu miesiąca od rozpoznania. Preparaty histopatologiczne z wyciętego guza oceniane były przez niezależnych patologów.

Wyniki. W wyniku badań przesiewowych u 484 osób rozpoznano raka płuca. W tej grupie u 412 (85%) rozpoznano nowotwór w I stopniu zaawansowania, a oszacowany odsetek dziesięcioletnich przeżyć w tej grupie wyniósł 88% (95% przedział ufności 84-91%). Wśród 302 uczestników badania, u których nowotwór rozpoznano w I stopniu zaawansowania, którzy przeszli zabieg operacyjny w ciągu jednego miesiąca od rozpoznania odsetek ten wyniósł 92% (95% przedział ufności 88-95%). Ośmiu uczestników badania, u których rozpoznano nowotwór w I stopniu zaawansowania, a którzy nie byli leczeni, zmarło w ciągu 5 lat od rozpoznania.

Wnioski. Badanie przesiewowe w postaci spiralnej tomografii komputerowej pozwala wykryć raka płuca w stadium uleczalnym.

Sentinel-Node Biopsy or Nodal Observation in Melanoma

Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ i wsp.

MSLT Group

N Engl J Med 2006; 355: 1307-1317.

Oceniono wpływ wykonywania procedury oceny węzła wartowniczego na wyniki leczenia chorych na noworozpoznanego czerniaka złośliwego.

Metody. Chorych na pierwotnego czerniaka skóry przydzielano losowo do szerokiej resekcji nowotworu i pooperacyjnej obserwacji regionalnych węzłów chłonnych oraz limfadenektomii w chwili wystąpienia wznowy węzłowej, lub do szerokiej resekcji miejscowej i biopsji węzła wartownika z niezwłoczną limfadenektomią

w przypadku stwierdzenia obecności mikroprzerzutów w pobranym węźle.

Wyniki. Wśród 1269 chorych na czerniaka o pośredniej grubości mediana pięcioletnich przeżyć wolnych od choroby wyniosła $78,3 \pm 1,6\%$ w grupie poddanej biopsji węzła wartownika i $73,1 \pm 2,1\%$ w grupie obserwowanej (współczynnik ryzyka zgonu 0,74; 95% przedział ufności 0,59 do 0,93; $p=0,009$). Odsetek pięcioletnich przeżyć związanych z chorobą był podobny w obu grupach (odpowiednio $87,1 \pm 1,3\%$ i $86,6 \pm 1,6\%$). W grupie chorych poddanych procedurze oceny węzła wartowniczego obecność przerzutów w tym węźle była najważniejszym czynnikiem rokowniczym; odsetek pięcioletnich przeżyć wyniósł $72,3 \pm 4,6\%$ wśród chorych z przerzutami w węźle wartowniczym i $90,2 \pm 1,3\%$ wśród chorych, u których w tym węźle nie znaleziono komórek nowotworowych (współczynnik ryzyka zgonu 2,48; 95% przedział ufności 1,54-3,98; $p<0,001$). Obecność mikroprzerzutów w węźle wartowniczym stwierdzono u 16,0% chorych (122 z 764), wznowa węzłowa wystąpiła u 15,6% chorych (78 z 500 w grupie obserwowanej). Średnia liczba węzłów chłonnych z przerzutami nowotworu wyniosła 1,4 w grupie poddanej procedurze oceny węzła wartowniczego i 3,3 w grupie obserwowanej ($p<0,001$), co wskazuje na występowanie progresji choroby w okresie obserwacji. Wśród chorych z przerzutami do węzłów chłonnych odsetek pięcioletnich przeżyć był wyższy u chorych poddanych niezwłocznej limfadenektomii w porównaniu do chorych, u których wykonano zabieg odroczonej ($72,3 \pm 4,6\%$ vs $52,4 \pm 5,9\%$; współczynnik ryzyka zgonu 0,51; 95% przedział ufności 0,32-0,81; $p=0,004$).

Wnioski. Ocena stopnia zaawansowania pierwotnego czerniaka o pośredniej grubości (1,2 do 3,5 mm) na podstawie wyniku oceny węzła wartowniczego ma istotne znaczenie rokownicze i pozwala wyodrębnić chorych z przerzutami do węzłów chłonnych, u których można uzyskać wydłużenie czasu przeżycia poprzez niezwłoczne wykonanie limfadenektomii.

Opracowanie:

Dr n. med. Anna Kowalczyk

Dr n. med. Ewa Szutowicz

Dr n. med. Rafał Dziadziuszko

Dr n. med. Krzysztof Konopa