

Sprawozdanie z X Międzynarodowej Konferencji Brachyterapii

W dniach od 11 do 14 listopada 2000 r. w Westin Palace Hotel w Madrycie odbyła się X Międzynarodowa Konferencja Brachyterapii, zorganizowana przez Nucletron. Wzięli w niej udział lekarze i fizycy z całego świata, w tym z tak odległych krajów jak Australia i Nowa Zelandia. Polska była reprezentowana przez ośrodki onkologiczne z Bydgoszczy, Poznania, Warszawy oraz Gliwic.

Obrady odbywały się w stylowej sali Medinaceli Room. W pierwszym dniu dokonano uroczystego otwarcia konferencji. W imieniu Komitetu Naukowego oraz organizatorów J. J. Battermann (Holandia) powitał zaproszonych gości i uczestników, a następnie przedstawił plan konferencji. Sesje naukowe podzielono na następujące grupy tematyczne:

- Brachyterapia prostaty – implanty stałe i HDR,
- Metody obrazowe w brachyterapii,
- Brachyterapia w różnych lokalizacjach nowotworów,
- Radiobiologia i fizyka,
- Brachyterapia w nowotworach ginekologicznych,
- Brachyterapia donaczyniowa,
- Brachyterapia w nowotworach sutka.

Wykład inauguracyjny wygłosił P. Ekman (Szwecja). Przedstawił aktualny stan wiedzy, dotyczący leczenia raka prostaty, zwłaszcza w I i II stopniu zaawansowania klinicznego. W dobie rozwoju współczesnej techniki napromieniania staje się stopniowo alternatywą dla leczenia operacyjnego. Dla potwierdzenia P. Ekman przytoczył wyniki licznych badań klinicznych, w których radykalna prostatektomia i radioterapia całej prostaty (ewentualnie z układem chłonnym miednicy) okazały się jednakowo skutecznymi metodami leczenia raka prostaty w stopniu zaawansowania T1 i T2. Coraz częściej w wyborze postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko zaawansowanie nowotworu, wiek i stan ogólny chorego, doświadczenie zespołu leczącego, ale także rodzaj i nasilenie skutków ubocznych leczenia. Coraz częściej o wyborze leczenia decyduje sam pacjent, po przedstawieniu obu alternatywnych metod leczenia. W przypadku raka prostaty objawy niepożądane to najczęściej impotencja, nietrzymanie moczu, uszkodzenie popromienne jelit.

Drugi dzień konferencji był w całości poświęcony brachyterapii raka prostaty. Omawiano wskazania do leczenia kontaktowego, technikę aplikacji izotopów promieniotwórczych, planowanie napromieniania, weryfikację dozymetryczną *in vivo*, jak i monitorowanie wyników terapii. Wskazano na rolę brachyterapii śródtkankowej jako metody samodzielnej i alternatywnej do leczenia chirurgicznego i teleterapii w raku prostaty oraz na jej udział

w leczeniu skojarzonym. Szczególnie dużo miejsca poświęcono aspektom technicznym aplikacji źródeł promieniotwórczych – metodzie „*afterloading*” oraz implantom stałym. Przytaczane dane, obejmujące prawdopodobieństwo wyleczenia miejscowego, jak i ryzyko powikłań popromiennych, nie wskazały jednoznacznie na przewagę którejś z technik, a co więcej zastosowanie jednej z nich zależy prawie wyłącznie od doświadczenia ośrodka leczącego i dostępnej aparatury. Dyskutowano także nad optymalnym planowaniem leczenia w brachyterapii raka prostaty. Część ośrodków wylicza rozkład izodoz po umieszczeniu aplikatorów w obszarze prostaty (planowanie następowe). Pozostałe ośrodki prowadzą tzw. planowanie wstępne przed aplikacją, a dopiero na podstawie zaakceptowanego planu umieszcza się aplikatory w prostacie. W dyskusji panelowej, podsumowującej sesję brachyterapii raka stercza, podkreślono fundamentalne znaczenie precyzyjnego planowania leczenia, opartego na bardzo dokładnym zlokalizowaniu prostaty i oszacowaniu optymalnej objętości bloku tkanek, która musi być objęta żadaną izodozą. Natomiast technika aplikacji oraz komputerowe planowanie jest prowadzone przez ośrodek leczący zgodnie z jego doświadczeniem i posiadanym wyposażeniem pracowni. Na zakończenie drugiego dnia obrad firma Nucletron po raz pierwszy dokonała publicznej prezentacji aparatu do wprowadzania stałych implantów metodą „*afterloading*”.

W trzecim dniu konferencji omawiano planowanie leczenia, rolę fizyki i radiobiologii w brachyterapii oraz wskazania do leczenia kontaktowego w różnych lokalizacjach nowotworów. Współczesne metody obrazowe pozwalają obecnie nie tylko na weryfikację ułożenia aplikatorów (specjalne aplikatory do tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego), ale także na dokładne, przestrzenne określenie obszaru napromieniania i narządów krytycznych oraz trójwymiarowe planowanie i prezentację graficzną rozkładu izodoz. Wobec rozwoju techniki coraz ważniejsza staje się stała współpraca lekarza i fizyka na każdym etapie brachyterapii.

W grupie tematycznej, obejmującej zastosowanie brachyterapii w różnych lokalizacjach, omawiano leczenie nowotworów głowy i szyi, mózgu, tkanek miękkich, odbytnicy oraz pęcherza moczowego, prowadzone samodzielnie lub w skojarzeniu z chirurgią i / lub teleterapią. M. Kawczyńska (Warszawa) przedstawiła doświadczenia w zastosowaniu aplikatorów typu „*mould*” w leczeniu nowotworów leżących powierzchownie. Zaprezentowane przez K. Shoji (Japonia) oraz R. Ngan (Hong Kong) wyniki lecze-

nia mięsaków tkanek miękkich po raz kolejny potwierdziły zwiększenie prawdopodobieństwa wyleczenia miejscowego przy skojarzeniu leczenia operacyjnego i ewentualnie teleterapii z leczeniem kontaktowym w sekwencji zarówno śródoperacyjnej, jak i okołooperacyjnej, przy jednoczesnym nieznacznym wzroście ryzyka powikłań pooperacyjnych (opóźnione gojenie się rany).

Czwarty dzień konferencji poświęcono nowotworom ginekologicznym, rakowi sutka oraz brachyterapii donaczyniowej. Przedstawiono cykl wykładów podsumowujących wieloletnie doświadczenia ośrodków francuskich (J. J. Mazon), angielskich (B. Jones) oraz austriackich (R. Potter) na bardzo dużej liczbowo grupie pacjentek. Brachyterapia w leczeniu nowotworów ginekologicznych ma swą ugruntowaną pozycję od wielu lat, natomiast nie wskazano jednoznacznie na przewagę techniki LDR lub HDR. Przytaczane odsetki wyleczeń miejscowych, jak i powikłań popromiennych, przy zastosowaniu obu mocy dawek, są porównywalne. Dyskusje okrągłego stołu w sesji ginekologicznej prawie całkowicie zdominował temat skojarzenia radioterapii i chemioterapii w leczeniu zaawansowanego raka szyjki macicy. Wprawdzie wstępne wyniki miejscowego wyleczenia są zachęcające, wskazano jednak na wysokie ryzyko późnych powikłań leczenia.

Brachyterapia donaczyniowa to metoda, z którą wiąże się w ostatnim czasie bardzo duże nadzieje w zapobieganiu restenozie oraz wydłużaniu czasu do jej powstania. P. Tripuranemi i B. Speiser (USA) omówili brachyterapię naczyń wieńcowych, R. Potter (Austria) i R. Ngan (Hong Kong) – naczyń obwodowych, natomiast A. Rembielak (Gliwice) – tętnic nerkowych. Wstępne wyniki wszystkich przedstawionych badań wskazują na zmniejszenie ryzyka restenozy przy zastosowaniu leczenia kontaktowego. Zakład Brachyterapii Instytutu Onkologii w Gliwicach, jako jedyna na świecie prowadzi brachyterapię naczyń nerkowych. Stało się to możliwe dzięki współpracy ze Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu i Kliniką Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii w Katowicach.

Sesja dotycząca brachyterapii w nowotworach sutka została zdominowana przez problem odwzorowania łoża pooperacyjnej w leczeniu oszczędzającym pierś i trójwymiarowego planowania leczenia oraz wskazań do „boostu” HDR. Podobnie jak w raku prostaty (implanty stałe versus „afterloading”), także i w sutku technika „boostu” (brachyterapia versus promieniowanie elektronowe) w znacznym stopniu uzależniona jest od doświadczenia ośrodka leczącego i dostępnej aparatury.

Wiele prezentowanych na konferencji prac jednoznacznie wskazywało w swych wnioskach na zysk terapeutyczny w postaci wzrostu prawdopodobieństwa miejscowego wyleczenia nowotworów o różnych lokalizacjach przy zastosowaniu brachyterapii w leczeniu skojarzonym. Wielokrotnie podkreślano wartość tej metody we współczesnej radioterapii, zwłaszcza wspartej nowoczesną i bezpieczną aparaturą oraz całym arsenałem różnorodnych aplikatorów.

Zjazd przygotowano bardzo starannie. Podczas imprez towarzyszących nie zabrakło oczywiście flamenco,

tortilli oraz sangrii. Szkoda tylko, że temperatura w ciągu dnia nie przekraczała 10°C i często padał deszcz.

Autorka składa serdeczne podziękowania Fundacji Onkologii Doświadczalnej i Klinicznej w Warszawie za pomoc finansową, umożliwiającą udział w Konferencji.

Lek. med. Agata Rembielak
Zakład Brachyterapii
Centrum Onkologii-Instytut
Oddział w Gliwicach
ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15
44 -101 Gliwice