

Sprawozdanie z pobytu w Mount Sinai Comprehensive Cancer Center w Miami Beach

W dniach od 2 do 26 stycznia 2001 roku miałam przyjemność odbyć praktykę w ośrodku radioterapeutycznym Mount Sinai Comprehensive Cancer Center, Radiation Oncology w Miami Beach na Florydzie w Stanach Zjednoczonych. Jest to przepięknie położony szpital u samych wód Zatoki Biscayne z widokiem na Down Miami i okoliczne wyspy. Jeden z pawilonów szpitala jest uważany za najciekawszy architektonicznie budynek szpitalny spośród wszystkich w Miami; na ścianach holu głównego i korytarzy znajdują się niezliczone tablice, upamiętniające nazwiska darczyńców dla Mount Sinai Cancer Center.

Oddział Radioterapii jest niewielkim, ale dobrze wyposażonym ośrodkiem; dysponuje 4 przyspieszaczami liniowymi o energii fotonów 6, 15, 18 i 20 MV i elektronów 6, 9, 12, 15, 18, 22 MV, 2 aparatami Cobalt 65 i Cobalt 85, aparaturą do brachyterapii LDR i HDR, wykorzystującą izotopy IRYD-192, PAL-103, JOD-125, symulatorem Ximatron, nowoczesnymi systemami do unieruchamiania podczas napromieniowań. W planowaniu napromieniowań konformalnych wykorzystuje się system Pinnacle3. Pacjenci naświetlani są w trybie ambulatoryjnym. Leczenie odczynów popromiennych oraz wizyty kontrolne prowadzą lekarze kierujący radioterapią. Kierownikiem Oddziału Radioterapii jest dr Leonard M. Toonkel.

Od pierwszego dnia stażu zostałam otoczona opieką i zapoznano mnie z planem pracy oddziału. Stałym elementem dnia pracy były odprawy zespołów terapeutycznych (lekarze, dozymetryści, fizycy, technicy radioterapii, pielęgniarki, pracownicy administracyjni), na których przedstawiano plan pracy poszczególnych osób na dzień bieżący. Codziennie zespołowo oceniano powtarzalność warunków napromieniowań w oparciu o kontrolę zdjęć weryfikacyjnych. Trzy razy w tygodniu odbywały się konferencje grup narządowych, na których przedstawiciele różnych dyscyplin medycznych (chirurdzy, radiolodzy, chemioterapeuci, radioterapeuci) dyskutowali możliwość wykorzystania różnych form leczenia przeciwnowotworowego u chorych kierowanych do ośrodka. Pacjentom przedstawiano propozycje leczenia, szczegółowo informując ich o oczekiwanych efektach leczenia i możliwych powikłaniach. Ostateczna decyzja co do zastosowanej metody leczenia należała do pacjenta. Raz w tygodniu organizowano spotkania, na których lekarze referowali stan chorych obecnie napromienianych – stopień regresji nacieku nowotworowego, odczyn popromienny, stan ogólny.

Miejscem, gdzie chętnie przebywałam, była pracownia dozymetrii. Radioterapię konformalną stosowano

u około 70% chorych, najczęściej w przypadkach nowotworów mózgowia, rejonu głowy i szyi, płuca, gruczołu krokowego, odbytnicy, mięsaków tkanek miękkich. Byłam pod wrażeniem opracowywanych przez dozymetrystów planów leczenia, które następnie akceptowali lekarze radioterapeuci. Przygotowane na specjalnych kliszach kolorowe wydruki, zawierające obszar do napromieniowań, położenie narządów krytycznych i osłon, naklejano na zdjęcia symulacyjne. Najczęściej opracowywano plany leczenia chorych na raka gruczołu krokowego w niskim stopniu zaawansowania (cecha T1 i T2 w około 80% przypadków) i na raka piersi w stopniu zaawansowania T1-2 NoMo (około 90% chorych) po leczeniu oszczędzającym. W ciągu czterotygodniowego stażu leczono tylko jedną chorą po radykalnej amputacji gruczołu piersiowego sposobem Patey'a, przy czym przed radioterapią uzupełniającą wykonano zabieg rekonstrukcji piersi. Znaczny wzrost odsetka chorych na raka piersi i gruczołu krokowego w niskich stopniach zaawansowania, rozpoznawanych w ostatnich latach, jest efektem prowadzonych na dużą skalę badań przesiewowych.

Z zainteresowaniem przeglądałam dokumentację lekarską chorych, która składała się z 12 części i imponowała obszernością, przejrzystością i dokładnością. W części „Patologia” moją uwagę zwrócił bardzo dokładny opis materiału tkankowego guza nowotworowego, gdzie, obok klasycznych czynników rokowniczych, podawano również informację na temat czynników molekularnych, np. u chorych na raka piersi stopień ekspresji HER2/neu (u wszystkich chorych uczestniczących w badaniach klinicznych) oraz ploidia DNA. Stopień złośliwości histopatologicznej tkanki raka piersi określano z zastosowaniem skali Elstona Ellisa, natomiast u chorych na raka prostaty – według Gleasona. Moją uwagę zwróciło bardzo radykalne podejście do leczenia chorych na nowotwory złośliwe jelita grubego, u których rozpoznano wznowę miejscową choroby. W takich przypadkach stosowano leczenie skojarzone, które mogło obejmować leczenie operacyjne, tele-radioterapię i brachyterapię, a także radioterapię śródoperacyjną. Starszy wiek chorego nie był czynnikiem decydującym o stopniu radykalizmu zastosowanych metod leczenia przeciwnowotworowego. Zaobserwowałam również fakt stosowania wyższych dawek całkowitych na obszar terapeutyczny (np. u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, przy zastosowaniu wyłącznej radioterapii, zaplanowano podać dawkę $D_g=8000\text{cGy}$ 40 frakcji po 200cGy ; dawki całkowite, przekraczające 7600cGy we

frakcjonowaniu po 200cGy stosowano u chorych na raka prostaty, napromienianych radykalnie).

Czas szybko upłynął, wyjeżdżałam z Miami z żalem i zaproszeniem na kolejny staż. Niniejszym składam serdeczne podziękowanie całemu zespołowi Oddziału Radioterapii Mount Sinai Comprehensive Cancer Center w Miami Beach, a w szczególności Panu Dr L. Toonkelowi za zaangażowanie w moim kształceniu i serdeczną przychylność.

Dr Grażyna Rolka-Stempniewicz
Oddział Radioterapii
Szpital Morski im. PCK
w Gdyni-Redłowie