

Nowotwory układu limfatycznego cechują się dużą promieniowrażliwością, natomiast ze względu na sposób szerzenia i zaawansowanie konieczne jest napromienianie rozległych i niejednorodnych obszarów anatomicznych. Podstawowe problemy techniczne napotymane przy leczeniu nowotworów układu chłonnego obejmują: zapewnienie powtarzalnej pozycji chorego, uzyskanie równomiernego rozkładu dawki w nieregularnym terenie, osłona narządów krytycznych oraz problemy łączenia pól terapeutycznych. Rozwiązanie tych problemów wymaga precyzyjnego planowania leczenia, indywidualnej dozymetrii zastosowania indywidualnych osłon i kompensatorów tkankowych oraz wdrożenia procedur kontroli jakości leczenia. Dawki stosowane w RT nowotworów układu chłonnego wahają się w granicach od 35-45 Gy przy leczeniu klinicznie zmienionych węzłów, a od 15-25 Gy w radioterapii konsolidacyjnej chorych na ZZ. U chorych na pierwotne chłoniaki OUN wznowy miejscowe występują nawet po podaniu dawek 50-60 Gy.

Całkowity czas leczenia napromienianiem nie wydaje się odgrywać istotnej roli u chorych na ZZ i w tym kontekście korzystne jest stosowanie niskich dawek frakcyjnych (1.5-1.8 Gy) celem zapobiegania występowaniu późnych zmian popromiennych. W przypadku szybko proliferujących CHNZ skrócenie czasu radioterapii może mieć istotne znaczenie. Częstość i nasilenie późnych odczynów popromiennych po RT zależy od wysokości dawki całkowitej i frakcyjnej oraz kojarzenia napromieniania i chemioterapii. Najpoważniejsze powikłania po leczeniu obejmują zwiększone ryzyko choroby wieńcowej i zgonów z przyczyn sercowych oraz możliwość indukcji wtórnych nowotworów. Prowadzone obecnie badania kliniczne mają na celu wypracowanie takich sposobów postępowania, przy których ryzyko wystąpienia powikłań będzie najmniejsze, przy zachowaniu wysokich odsetków przeżyć.

2

POSTĘPY DIAGNOSTYKI PATOLOGICZNEJ NOWOTWORÓW UKŁADU CHŁONNEGO

Olga Mioduszevska

3

WYSOKODAWKOWANA CHEMIOTERAPIA W LECZENIU CHŁONIAKÓW

Aleksander Skotnicki, Wojciech Jurczak, Patrycja Mensah, Wiesław Nowak

Klinika Hematologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, ul. Kopernika 17

Wysokodawkowana chemioterapia wspomagana przeszczepem autologicznych komórek hemopoetycznych stała się w ostatnich 10 latach elementem standardowego leczenia niektórych chłoniaków. Jej rola polega na uzupełnieniu, a nie zastąpieniu innych metod chemio - czy radioterapii. Najlepsze rezultaty osiąga się u pacjentów z małą masą guza (w całkowitej remisji, dobrej częściowo remisji lub przynajmniej potwierdzonej chemiowrażliwości nowotworu), stosunkowo wcześniej w przebiegu choroby. Skuteczność wysokodawkowanej chemioterapii w drugim lub w dalszym nawrocie jest odpowiednio niższa, a ryzyko wczesnych i odległych powikłań większe. Procedurze mogą być poddani chorzy przed 60-65 rokiem życia. U chorych w dobrym stanie klinicznym ryzyko zgonu w okresie okołoprzeszczepowym jest niższe od 5%. Częstość odległych powikłań, w tym wtórnych chorób nowotworowych czy zespołów mielodysplastycznych, jest trudna do jednoznacznego określenia i zależy między innymi od dawek stosowanych wcześniej leków alkilujących, czy radioterapii.

Obecnie EBMTR (European Bone Transplant Registry) rekomenduje wysokodawkowaną chemioterapię jako postępowanie z wyboru u chorych z nawrotem lub częściową odpowiedzią na leczenie I rzutu chłoniaków rozlanych z dużych limfocytów B (DLCL – diffuse large cell lymphoma). Odległe wyniki pozwalają przypuszczać, że można w ten sposób wyleczyć 40-60% chorych. Wyjątkiem są pacjenci z nawrotem niewrażliwym na konwencjonalną chemioterapię ratującą, dla których wysokodawkowana chemioterapia pozostaje – pomimo złego rokowania – jedyną szansą