

wyleczenia. Stosowanie tej formy leczenia u chorych z wieloma czynnikami ryzyka w pierwszej remisji powinno być ograniczone do randomizowanych badań klinicznych. Ze względu na wybitnie złe rokowanie rekomenduje się natomiast podjęcie próby wysokodawkowanej chemioterapii u chorych w pierwszej remisji chłoniaka z obwodowych limfocytów T (PTCL – peripheral T cell lymphoma) i chłoniaka płaszczka (MCL – mantle cell lymphoma). Ze względu na dobrą reakcję na konwencjonalną chemioterapię, chłoniak Burkita nie jest wskazaniem do przeszczepu. W przypadku chłoniaków limfoblastycznych, wskazania są podobne jak w ostrej białaczce limfoblastycznej i zależą od obecnych czynników ryzyka.

W chorobie Hodgkina wysokodawkowaną chemioterapię powinno się rozważyć u pacjenta z częściową odpowiedzią na leczenie I rzutu (chemio- i radioterapię) oraz w każdym wczesnym nawrocie choroby (tzn. takim, który wystąpi w pierwszych 12 miesiącach od zakończenia leczenia). Nie jest jednoznacznym wskazaniem do wysokodawkowanej chemioterapii nawrót późny. Odległe wyniki w II, III i dalszych nawrotach są gorsze, a możliwości uzyskania niezbędnej do przeszczepu liczby komórek macierzystych mniejsze (ze względu na mielotoksyczne działanie leków alkilujących i promieniowania jonizującego). Wznovy po wysokodawkowanej chemioterapii mogą się wiązać z jej zbyt małą skutecznością (np. ze względu na dużą masę guza czy oporność komórek chłoniakowych) lub reinfuzją komórek nowotworowych w materiale przeszczepowym. U chorych z grupy wysokiego ryzyka można próbować wykonać przeszczep tandemowy lub zastosować immuno- lub radioterapię po rekonstytucji hemopoezy. Przy podejrzeniu kontaminacji materiału przeszczepowego wykonuje się tzw. purging: w przypadku chłoniaków jest to najczęściej pozytywna selekcja komórek CD34+ metodami immunologicznymi lub immunomagnetycznymi. Ciekawą opcją w chłoniakach limfoblastycznych są „minitransplantaty” (przeszczepy allogeniczne bez zastosowania w pełni mieloablacyjnej chemioterapii, w których głównym elementem terapeutycznym jest indukowanie przewlekłej reakcji przeszczep przeciwko chłoniakowi, będącej częścią reakcji przeszczep przeciwko gospodarzowi). Brak jest jak dotąd jednoznacznego potwierdzenia skuteczności wyżej wymienionych metod w dużych randomizowanych badaniach klinicznych.

## 4

### **RADIOTERAPIA CHŁONIAKÓW WIEKU DZIECIĘCEGO**

**Anna Skowrońska-Gardas**

Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 00-973, Zakład Radioterapii, ul. Wawelska 15

Nowotwory układu chłonnego stanowią 45% nowotworów wieku dziecięcego. Do tej grupy należą białaczki, chłoniaki niezziarnicze i ziarnica złośliwa. Podstawowym sposobem leczenia jest wielolekowa chemioterapia oraz uzupełniająca radioterapia. Radioterapia znajduje zastosowanie w profilaktycznym i leczniczym napromienianiu OUN w białaczkach i chłoniakach niezziarniczych oraz w napromienianiu całego ciała przed przeszczepem szpiku kostnego.

W ziarnicy złośliwej jest obok chemioterapii podstawową metodą leczenia, pozwalającą na osiągnięcie korzystnych wyników.

## 5

### **MIEJSCE RADIOTERAPII W LECZENIU CHORYCH NA PIERWOTNE CHŁONIAKI ŚRÓDPIERSIA O WYSOKIM STOPNIU ZŁOŚLIWOŚCI HISTOLOGICZNEJ**

**J. Krzyżanowska, J. Meder, B. Brzeska, E. Lampka, W. Osiadacz, J. Walczewski, O. Mioduszewska**

Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie

**Materiał:** W latach 1991-1998 leczono w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie 31 chorych na pierwotnego chłoniaka śródpiersia o wysokim stopniu złośliwości z dużych komórek B (I-IV stopień klinicznego zaawansowania), w tym 16 kobiet i 15 mężczyzn w wieku od 17 do 59 lat (media 30 lat).