

waha się często średnio od 8-10 lat, ponieważ podejmowane biopsje w tym okresie choroby nie zawsze pozwalają ustalić rozpoznanie.

Od momentu ustalania rozpoznania potwierdzonego badaniem histologicznym średnie przeżycia zawierają się w granicach 5 – 10 lat. Współcześnie stosowane metody leczenia to: fotochemioterapia, powierzchowna terapia cytostatykami alkilującymi oraz radioterapia całej skóry. Wprowadzenie do leczenia elektronów otworzyło nowe możliwości zastosowania promieniowania jonizującego w terapii MF. W Klinice Radioterapii w Szczecinie do napromieniania całej skóry wykorzystano metodą sześciu pól opisaną pierwotnie przez Karzmarka, a następnie zmodyfikowaną przez Page'a. Napromienianie realizowano akceleratorem Mevatron MD wiązkami elektronów o energii nominalnej 5 MeV. Każde z sześciu pól było napromieniane dwiema wiązkami przy ustawieniu głowicy pod kątem $\pm 20^\circ$ od osi horyzontalnej. W ciągu dwóch kolejnych dni pacjent otrzymywał dawkę 2 Gy na całą skórę.

Autorzy przedstawiają opis dwóch przypadków chorych napromienianych w ciągu 2 lat.

39

WYNIKI LECZENIA NIEPOWODZEŃ U CHORYCH Z ROZPOZNANIEM ZIARNICY ZŁOŚLIWEJ W MATERIALE REGIONALNEGO CENTRUM ONKOLOGII W BYDGOSZCZY

E. Pietrusińska, E. Ziółkowska, A. Lebioda, W. Windorbska

Regionalne Centrum Onkologii w Bydgoszczy, Oddział Radioterapii
85-788 Bydgoszcz, ul. dr I. Romanowskiej 2

W Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 1990-1996 leczono 142 pacjentów z rozpoznaniem ziarnicy złośliwej. Przeprowadzono retrospektywną ocenę wyników leczenia niepowodzeń u chorych, u których zastosowano leczenie 1-rzutu. Mediana obserwacji wynosiła 34 miesiące, średnia obserwacja 38 miesięcy. Niepowodzenie, czyli progresja w trakcie pierwotnego leczenia lub brak odpowiedzi na leczenie lub wznowa po leczeniu wystąpiła u 50 pacjentów /35%. Przeprowadzono analizę wyników uwzględniając czas jego wystąpienia dzieląc pacjentów na grupy:

- 1 – z progresją lub brakiem regresji w trakcie leczenia pierwotnego,
- 2 – ze wznową wczesną /remisja krótsza niż 12 miesięcy
- 3 – ze wznową późną /remisja dłuższa niż 12 miesięcy/

Zastosowano leczenie drugiego rzutu uwzględniając: czas, jaki upłynął od ukończenia leczenia pierwotnego, lokalizację wznowy i zaawansowania choroby.

W grupie niepowodzeń samodzielną chemioterapię zastosowano u 19 pacjentów /38%, leczenie skojarzone u 18/36%, samodzielną radioterapię u 4/8%, nie leczono 9 pacjentów/18%.

Najczęściej niepowodzenia dotyczą pacjentów z rozpoznaniem histopatologicznym NS II i MC. Ogółem 5-letnie aktualizowane przeżycie dla całej grupy wynosiło 42%, odpowiednio w grupie 1 – 38%, w grupie 2 – 46%, w grupie 3 – 63% różnice statystycznie istotne.

Dane uzyskane z analizy wyników, świadczą, iż najczęstszą przyczyną zgonów jest niepowodzenie leczenia chorych z grupy 1 i 2. Za niekorzystny czynnik rokowniczy można uznać czas od ukończenia leczenia pierwotnego do pojawienia się wznowy.

40

ZAKAŻENIE WIRUSEM EPSTEINA-BARR W ZIARNICY ZŁOŚLIWEJ. OCENA KORELACJI MIĘDZY EKSPRESJĄ LMP-1 W KOMÓRKACH HODGKINA I REED-STERBERGA, A EKSPRESJĄ BCL-2

M. Matecka-Nowak, J. Markowska, J.B. Warchol

Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań, ul. Garbary 15
Katedra Onkologii AM, Poznań, ul. Łąkowa 1/2
Zakład Radiobiologii i Biologii Komórki AM, Poznań

Wynik badań epidemiologicznych i immunologicznych wskazują na zbieżność między zachorowaniem na ziarnicę złośliwą a zakażeniem wirusem Epsteina-Barr (EBV). Wykrycie wirusa

EBV w morfologicznie złośliwych komórkach ziarniczych sugeruje, że wirus wniknął do komórki przed transformacją nowotworową i klonalną proliferacją, zwłaszcza, że wyłącznie 1 na 10 limfocytów jest zainfekowany wirusem.

Ekspresji LMP-1 białku błonowego wirusa przypisuje się rolę karcynogenną. Białko to poprzez indukcję protoonkogenu Bcl-2 może zapobiegać śmierci komórki w mechanizmie apoptozy. Analizowano materiał pochodzący od 43 chorych na ziarnicę złośliwą w różnym stopniu zaawansowania klinicznego oraz histopatologicznego. W oparciu o metody immunohistochemiczne oceniano ekspresję Lmp-1 i Bcl-2 w komórkach Reed-Sternberga i Hodgkina. Otrzymane wyniki mogą potwierdzać powyższą tezę.

41

PIERWOTNE CHŁONIAKI NOSO-I OROGARDŁA

J. Tajer, B. Brzeska, E. Lampka, W. Osiadacz, J. Meder, J. Walewski

Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Najczęstszym umiejscowieniem chłoniaków pozawęzłowych jest okolica głowy i szyi: pierścien Waldeyera: nosogardło, podstawa języka i migdałki.

Materiał: W latach 1995 – 1998 W Klinice Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytutu leczono 30 chorych na pierwotne chłoniaki pierścienia Waldeyera w tym 22 chorych ze zmianami w lokalizacji orogardła i 8 chorych nosogardła. Stopień zaawansowania klinicznego: IEA-14 chorych i II EA –16 chorych. Grupę stanowiło 11 kobiet i 19 mężczyzn w wieku 34 - 77 lat (średnio 62,3 lata). Rozpoznanie histopatologiczne: u 12 chorych chłoniak o średnim stopniu złośliwości z komórek B, u 8 chorych o wysokim stopniu złośliwości z komórek B oraz u 10 chorych chłoniak o mniejszym stopniu złośliwości. U żadnego chorego nie występowały objawy ogólne.

Metoda: 26 chorych leczono metodą skojarzoną: chemioterapia (schematy z adriamycyną) z następowym leczeniem napromienianiem. Radioterapia w warunkach promieniowania gamma kobaltu 60 lub fotonami X o energii 9 MV techniką dwóch pól twarzewo – szyjnych naprzeciwległych i pole szyjne dolne; w przypadkach guzów nosogardła również pole przednie z objęciem sitowia. Dawka całkowita z pól bocznych w granicach 40-50 Gy/T oraz pole szyjne dolne 40 – 50 Gy. Oceniono powikłania wczesne leczenia napromienianiem według skali EORTC/RTOG.

Wyniki: Żyje 23 chorych (w tym 2 chorych leczonych z powodu progresji procesu nowotworowego). 21 chorych żyje w całkowitej remisji w okresie wolnym od choroby od 12 do 48 miesięcy. Średni czas wolny od choroby 33,4 miesiące.

42

PIERWOTNE CHŁONIAKI KOŚCI (PChK)

J. Tajer, E. Lampka, B. Brzeska, W. Osiadacz, J. Meder

Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Pierwotne chłoniaki kości (PChK) stanowią 3% wszystkich złośliwych nowotworów kości oraz 4-5% wszystkich chłoniaków pozawęzłowych. Pierwsze przypadki opisane zostały przez Oberlinga w 1928 r.

Materiał: W latach 1982 – 1998 leczono w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie 12 chorych z rozpoznaniem PChK. Grupę stanowiło 8 kobiet i 4 mężczyzn w wieku 20 – 69 lat (śr. 46,4 lat). Rozpoznanie mikroskopowe ustalono na podstawie badania materiału operacyjnego lub biopsyjnego. U 6 chorych rozpoznano chłoniaka o średniej złośliwości z komórek B i u jednego chorego chłoniaka o wysokiej złośliwości z komórek T. W 10 przypadkach ustalono stopień zaawansowania IEA i w 2- II EA. Lokalizacja zmian nowotworowych: u 4 chorych zmiany w kościach (w tym u 3 pojedyncze i u 1 wieloogniskowe), u 8 chorych nacieki nowotworowe tkanek miękkich.

Metoda: Zastosowane leczenie: tylko operacyjne - 2 chorych; tylko chemioterapia – 1 chory; tylko radioterapia – 1 chory; u 3 chorych chemioterapia z następową radioterapią; u 4 chorych operacja