

Wyniki: U 18/41 chorych rozpoznano zmiany miejscowe: 16 – leczono tylko napromienianiem 20-40 G/T, 2 z naciekiem w powiece dolnej operacyjne + miejscowo Miyomycynę w kroplach. U 23 chorych z uogólnionym chłoniakiem zastosowano chemioterapię, w tym u 12 dodatkowo gammadterapię, a u jednego usunięcie operacyjne guza powieki z następowym napromienianiem. Uzyskanie bardzo dobrych efektów po radioterapii w przypadku form łagodnych chłoniaka i zlokalizowanych w oczodole lub aparacie ochronnym oka sugeruje stosowanie tej formy leczenia bez chemioterapii jako mniej obciążającej i równie skutecznej.

49

ROZWÓJ CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO W PRZEBIEGU CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNEJ. OPIS PIĘCIU PRZYPADKÓW

Sas – Korczyńska, S. Korzeniowska

Klinika Radioterapii Centrum Onkologii-Oddział w Krakowie

Przedstawiono rozwój chłoniaka nieziarniczego w grupie pięciu chorych (3 kobiety, 2 mężczyzn) leczonych z powodu choroby autoimmunologicznej: zespołu Sjogrena, choroby Gravesa-Basedowa, zapalenia stawów, tocznia rumieniowatego.

Chłoniaki rozwinęły się w czasie od 2 do 28 lat po rozpoznaniu choroby autoimmunologicznej. Wszystkie wykazywały wysoki stopień złośliwości (chłoniaki zbudowane z dużych komórek – 3 chorych, chłoniak Lennerta – 2 chorych). W leczeniu chłoniaków stosowano chemioterapię (MACOP-B, POCE, ACOB, CHOP) skojarzoną z konsolidacyjną radioterapią (4 chorych) lub samodzielną radioterapią (1 chora).

U wszystkich chorych uzyskano całkowitą regresję chłoniaka nieziarniczego. W trakcie obserwacji u 2 chorych stwierdzono nawrót chłoniaka w obrębie kanału kręgowego (2 lata po leczeniu) i w węzłach okołoaortalnych i nadobojczykowych (1 rok po leczeniu). Pozostali chorzy żyją bez nawrotu chłoniaka od 43 do 48 miesięcy po zakończeniu leczenia.

50

ODCZYNY POPROMIENNE W TKANCE PŁUCNEJ PO NAPROMIENIANIU TECHNIKĄ PŁASZCZA GÓRNEGO CHORYCH NA NOWOTWORY UKŁADU CHŁONNEGO

P. Błaszczyk, W. Windorbska, M. Mross

Regionalne Centrum Onkologii w Bydgoszczy, ul. Izabeli Romanowskiej 2, 85-790 Bydgoszcz

Zastosowanie techniki płaszczowej (płaszcz górny) w leczeniu nowotworów układu chłonnego wymaga podania dawki ok. 40 Gy na obszar tkanki płucnej bezpośrednio graniczący ze śródpiersiem, bocznymi ścianami klatki piersiowej, oraz okolice szczytów płuc. Powstający w wyniku napromieniania ostry odczyn promienny w tkance płucnej przejawia się procesami zapalnymi mięszu płuc i opłucnej powodując dolegliwości w postaci suchego kaszlu, Bólu w klatce piersiowej, niewielkiej duszności wysiłkowej. W leczeniu stosuje się leki objawowe, a w przypadkach ostrych wysokie dawki hormonów steroidowych. Późne powikłania popromienne pojawiają się w postaci zwłóknienia płuc i opłucnej powodując zmniejszenie powierzchni oddechowej, upośledzenie dyfuzji tlenu i dwutlenku węgla przez ścianę pęcherzyków płucnych, zaburzenia wentylacji płuc. Zmiany te mają charakter subkliniczny wyjątkowo powodując dolegliwości wymagające leczenia.

W pracy przedstawiono mechanizm powstawania wczesnych i późnych odczynów popromiennych w płucach i zachodzące zmiany morfologiczne wywołane napromienianiem i skojarzonym leczeniem chemicznym. W oparciu o wybrane doniesienia kliniczne i materiał wstępny z pomiarów spirometrycznych wykonywanych w RCO w Bydgoszczy przedstawiono wyniki badań układu oddechowego u pacjentów z przeżyciami długoletnimi w tym u chorych napromienianych w dzieciństwie.