

w bezpośredni sposób porównać skuteczność miejscową obu tych metod leczenia. W bieżącej pracy porównano skuteczność miejscową radioterapii przedoperacyjnej i pooperacyjnej w sposób pośredni, a w oparciu o statyczną analizę 51 zbiorów danych z piśmiennictwa.

**Materiał i metoda:** W celu uzyskania możliwie najbardziej jednorodnego materiału pod względem klinicznym i metodycznym do analizy nie włączono opracowań, w których obok radioterapii stosowano chemioterapię uzupełniającą. W oparciu o dane z piśmiennictwa wyznaczono wskaźniki zmniejszania ryzyka występowania wznów lokoregionalnych i analizowano zależność pomiędzy tym parametrem a stosowaną dawką promieniowania, czasem leczenia promieniami i typem radioterapii (przedoperacyjna lub pooperacyjna).

**Wyniki:** Wyniki analizy wskazują, że dla zrównoważenia niekorzystnego skutku repopulacji komórek nowotworowych w trakcie cztero- do sześciotygodniowej przerwy pomiędzy leczeniem chirurgicznym a radioterapią pooperacyjną wymagane jest ( w porównaniu z terapią przedoperacyjną) podniesienie całkowitej dawki promieniowania o około 8 Gy, to jest o około 0,2-0,3 Gy na każdy dzień przerwy. Dla zrównoważenia niekorzystnego skutku repopulacji komórek nowotworowych w trakcie przed- lub pooperacyjnego leczenia promieniami wymagana jest dawka około 0,5Gy/na dzień.

**Wnioski:** Komórki nowotworowe raka odbytnicy cechuje szybkie tempo repopulacji. Klinicznym odzwierciedleniem tego zjawiska jest większa skuteczność miejscowa radioterapii przedoperacyjnej w porównaniu do radioterapii pooperacyjnej. Wydłużenie całkowitego czasu uzupełniającej radioterapii raka odbytnicy wiąże się z pogorszeniem skuteczności miejscowej leczenia.

## 63

### NAPROMIENIANIE PRZEDOPERACYJNE U CHORYCH NA RAKA DOLNEJ CZĘŚCI ODBYTNICY

**K. Bujko, M. P. Nowacki, R. Sopyło, J. Olędzik, M. Bednarczyk, J. Skoczylas**

Klinika Nowotworów Jelita Grubego, Centrum Onkologii –Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Od marca 1996 do czerwca 1998, u 47 chorych na raka dolnej części odbytnicy (dolna granica guza do 6 cm od brzegu odbytu) zastosowano napromienianie przedoperacyjne dawką 25 Gy we frakcjach po 5 Gy podaną w czasie tygodnia. Operację wykonano 1-7 dni po zakończeniu radioterapii. Odsetek ostrych powikłań popromiennych i ich nasilanie było umiarkowane. Niską resekcję przednią wykonano u 24 (51%) chorych, amputację odbytnicy sposobem brzuszno-kroczeniowym u 19 (40%), operację Hartmannu u 2 (4%) i (74%) chorych w podgrupie, w której nowotwór nie naciekał zwieraczy. Usuwano całe mezorektum. Margines pomiędzy dolnym brzegiem makroskopowo widocznego guza, a cięciem chirurgicznym jelita wynosił od 0,1 cm do 3 cm, mediana 0,8 cm (nie uwzględniono krążków ze staplera).

Wszyscy chorzy przeżyli operację 30-dniowy okres pooperacyjny. Odsetek powikłań pooperacyjnych nie odbiegał znacząco od obserwowanych po porównywalnych operacjach u chorych nienapromienianych. Uzupełniającą chemioterapię otrzymało 20 chorych (43%). Okres obserwacji wynosi od 7 miesięcy do 30 miesięcy, mediana 15 miesięcy. Wznowę miejscową obserwowano w dwóch przypadkach (8%); późne powikłania popromienne pod postacią bólów w okolicy krzyżowej u dwóch chorych (8%).

Wczesne wyniki sugerują wysoką miejscową skuteczność leczenia przy stosunkowo niewielkim odsetku powikłań i znacznym odsetku chorych z zachowanymi zwieraczami.