

Okolica	Preparat	Liczba pacjentów	Efekt / l. pacjentów	Efekty niepożądane / l. pacjentów
Spojówka	Zawiesina oczna	18	+++ / 4	Nasilenie pieczenia / 6
			++ / 6	Większy obrzęk / 2
			+ / 2	Nasilenie objawów zap. / 2
Przedśionek nosa	Zawiesina	2	+++ / 2	
Skóra twarzy	Maść	5	+++ / 5	

Do oceny efektu stosowania preparatu zastosowano skalę trzystopniową:

- +++ ustąpienie objawów zapalnych
- ++ utrzymujące się objawy zapalne nie zmuszające do przerwania napromieniania
- + utrzymujące się objawy zapalne, konieczność zastosowania innego leku
- brak efektu.

W efekcie stosowania Vratizolinu uzyskano ustąpienie lub wyraźne zmniejszenie objawów zapalnych u 4 osób napromienianych z objęciem przedśionka nosa i u 5 napromienianych na inne okolice twarzy. U 6 pacjentów napromienianych na okolicę gałki ocznej obserwowaliśmy poprawę, ale utrzymywały się objawy zapalne, jednak u żadnego z tych chorych nie byliśmy zmuszeni przerwać leczenia. U 2 chorych zmuszeni byliśmy dodać inną maść z antybiotykiem, gdyż zauważany efekt był zbyt słaby i nasilenie objawów zapalnych następowało w 3 godziny po wchłonięciu Vratizolinu. Objawy niepożądane wystąpiły u 6 pacjentów pod postacią zwiększonego uczucia pieczenia, u 2 z nich dodatkowo nasilił się obrzęk i u 2 obserwowaliśmy nasilenie wszystkich objawów zapalnych.

Wnioski:

- preparat Vratizolin jest lekiem dobrze tolerowanym,
- stosując Vratizolin nie stwierdziliśmy ciężkich powikłań zmuszających do przerwania napromieniania,
- nasilenie odczynów zapalnych obserwowaliśmy jedynie u pacjentów napromienianych na okolicę oka,
- preparat Vratizolin poszerza gamę leków stosowanych do leczenia reakcji popromiennych w radioterapii.

78

WPŁYW PRECYZJI W WYZNACZANIU GTV W PLANOWANIU RADIOTERAPII NA OKREŚLENIE PRAWDOPODOBIENSTWA MIEJSCOWEGO WYLECZENIA NOWOTWORU I RYZYKA WYSTĄPIENIA PRZERZUTÓW

Rafał Suwiński

Zakład Radioterapii Centrum Onkologii – Instytutu, Oddział w Gliwicach

Objętość guza pierwotnego jest uznanym ilościowym wskaźnikiem prognostycznym dla prawdopodobieństwa miejscowego wyleczenia nowotworu w radioterapii (P) i dla ryzyka wystąpienia przerzutów. Większość opracowań klinicznych nie uwzględnia jednak tego wskaźnika, gdyż w rutynowym postępowaniu diagnostycznym – terapeutycznym rejestrowany zwykle jest stopień zaawansowania klinicznego nowotworu wg TNM lub FIGO, a nie przestrzenne wymiary guza. W bieżącym opracowaniu wykazano, że objętość guza (której odpowiada obszar GTV-Gross Tumor Volume), może być rutynowo mierzona w oparciu o dane przesyłane z Pracowni Tomografii Komputerowej do Pracowni Planowania Leczenia. Metoda ta nie wymaga dodatkowych nakładów

finansowych i zabiera niewiele czasu, gdyż objętość można mierzyć przy okazji wyznaczania GTV. Przedstawiane dane dokumentują, że w grupie chorych z określonym stopniem zaawansowania klinicznego guza pierwotnego T (np. T₃) istnieją ogromne (nawet 100-krotne) różnice w objętości guzów u poszczególnych chorych. Wstępne wyniki pracy wskazują też, że precyzja pomiarów objętości guzów w oparciu o dane z nowoczesnego systemu planowania leczenia jest w większości przypadków wystarczająca dla prawidłowej oceny P i R u poszczególnych chorych. Zdaniem autora, rutynowe pomiary objętości guza pierwotnego powinny być włączone do standardu diagnostycznego, niezależnie od oceny stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu wg TNM, czy też innych, arbitralnie przyjętych skal.

ERRATUM

37

ADVANCING THE ART.-A RENAISSANCE IN IMRT

C.P. Hoeppe, Siemens

The goals of conformal radiotherapy are achieved using Intensity Modulated Radiation Therapy.

Different techniques as well as considerations to decide about the technique are reviewed. Technical requirements for these techniques are a combination of an automated treatment delivery system a double focussed 3D-MLC an intuitive graphical user interface allowing full verification and documentation. To assure a correct and effective treatment delivery effects like tongue and groove, matchline, leakage and scatter are taken into account.

Treatment time is an important factor and tools to optimize the efficiency of treatment delivery are presented. IMRT is clinically possible within the time slot needed in conformal therapy today. This is not a special procedure but can be clinical routine to benefit many cancer patients. Dose escalation is possible without further increasing the dose to critical structures. Conformal avoidance may allow additional radiotherapy to patients within recurrences after previous radiotherapy.

Inversetreatment planning may be part of managing IMRT. A Therapy Information systems is needed to manage the data for this treatment technique. A complete solution for IMRT is presented including clinical results from various centers around the world.