

Stosowano indywidualne plany leczenia opracowane za pomocą komputerowego systemu planowania leczenia (PLATO). W przypadkach chorych na raka oskrzela i przełyku, leczonych paliatywnie, wykorzystywano własne standardy rozkładu dawki.

Wyniki: Tolerancja leczenia BT PDR była bardzo dobra, również u chorych leczonych przez okres kilku dni. U 1 chorego na raka przełyku nie zastosowano kolejnej aplikacji z uwagi na wystąpienie objawów sugerujących popromienne zapalenie przełyku. U większości chorych z objawami choroby nowotworowej leczonych paliatywnie uzyskano poprawę subiektywną.

Nie stwierdzono nawrotu nowotworu u chorych napromienianych radykalnie, jakkolwiek względnie krótki okres obserwacji większości chorych nie pozwala na wyciągnięcie ostatecznych wniosków.

Wnioski: BT PDR pozwala na zastosowanie leczenia śródjamowego i śródtkankowego niemal we wszystkich lokalizacjach zmian nowotworowych. Poprzez zastosowanie różnych metod optymalizacji dawki oraz względnie szerokiego zakresu mocy dawki w pulsie, metoda ta pozwala na optymalny dobór sposobu leczenia u poszczególnych chorych.

Praca zrealizowana w ramach Programu „MARIA 98” finansowanego przez Fundację na Rzecz Nauki Polskiej.

9

ODCZUCIA CHORYCH NA NOWOTWÓR NARZĄDU RODNEGO OTRZYMUJĄCYCH RÓŻNE FORMY BRACHYTERAPII

J. Łuczak-Wawrzyniak, M. Kuczyński, A. Roszak, K. Bratos

Oddział Radioterapii Ginekologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu

Rak to choroba otoczona nimbem grozy, pełnią lęku i ludzką niewiedzą. Z rozpoznaniem tej choroby każdorazowo łączy się poddanie bardzo specyficznym metodom leczenia, których wyobrażenie sobie przez pacjentów niejednokrotnie przerasta utarte stereotypy. U kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy i raka błony śluzowej macicy proponowaną formą leczenia jest radioterapia składająca się z teleterapii i brachyterapii. Stosowane rodzaje brachyterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii to metody afterloading – Seletron LDR i HDR. U większości pacjentek przed przystąpieniem do leczenia występuje wysoki poziom lęku, który w znacznej mierze burzy racjonalne sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Celem pracy było przeanalizowanie odczuć i zachowań chorych w związku z czekającą ich brachyterapią.

Badaniem objęto grupę 72 chorych na raka szyjki macicy i raka błony śluzowej macicy, leczonych od stycznia do czerwca 2000 roku na Oddziale Radioterapii Ginekologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Metodą badania była rozmowa psychologiczna i obserwacja.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono:

- źródłem informacji na temat proponowanego sposobu leczenia są najczęściej inne chore, które to leczenie już przeszły lub przebywają na oddziale stosunkowo długo i posiadają własną opinię na ten temat,
- przekazywane przez inne chore informacje są subiektywne w opisie i ocenie przeżyć, które poprzez silne emocje oddziałują na wyobraźnię,
- rozmowy na temat brachyterapii z lekarzem nie wpływają uspokajająco na pacjentki,
- największą wyobraźlaną trudnością dla chorych związaną z założeniami Seletronu-LDR wydaje się trwające ponad 20 godzin leżenie w stałej pozycji, bez możliwości jej zmiany, ból, ograniczona samodzielność, przebywanie długiego czasu w zamkniętych pomieszczeniach, z dala od innych pacjentek
- druga aplikacja Seletronu-LDR jest w ocenie pacjentek zdecydowanie trudniejszym doświadczeniem, aniżeli pierwsza,
- pacjentki opisują swój wielki niepokój przed pierwszą aplikacją HDR-u, który nie znajduje pokrycia w rzeczywistości, problemem dla chorych jest to, że aplikacje odbywają się w zamkniętym pomieszczeniu, zlokalizowanym w bunkrze, w którym znajduje się aparat do teleterapii,
- metoda HDR w porównaniu z Seletronem-LDR jest metodą leczenia bardziej preferowaną ze względu na krótki czas aplikacji,
- indywidualnie każda chora ocenia brachyterapię jako najtrudniejszy sposób leczenia, jednakże możliwy do zaakceptowania ze względu na istniejącą nadzieję i wiarę w jej skuteczność.

Wnioski: Brachyterapia jest taką formą leczenia, która do momentu poddania się jej nigdy nie zyskuje w opinii chorych aprobaty. Obie metody – Seletron-LDR i HDR odbierane są przez pacjentki jako trudne, ale w ich przekonaniu bardzo skuteczne.

10

ZASTOSOWANIE BRACHYTERAPII W LECZENIU CHORYCH NA NOWOTWORY REGIONU GŁOWY I SZYI

Jacek Fijuth

Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie

Autor przedstawia historyczny rys rozwoju śródtkankowej i dojamowej brachyterapii, zastosowanej w przypadkach nowotworów regionu głowy i szyi jako wyłącznej metody leczenia, w połączeniu z napromienianiem wiązkami zewnętrznymi lub chirurgią. Ilustruje i omawia techniki brachyterapii LDR i HDR stosowane w guzach regionu głowy i szyi. Przedstawia możliwości optymalizacji rozkładu dawki. Autor prezentuje wyniki brachyterapii LDR 134 chorych na raka jamy ustnej o zaawansowaniu T1-T3. Analizuje wpływ czynników klinicznych i związanych z leczeniem na szansę miejscowego wyleczenia i ryzyko powikłań popromiennych. Następnie Autor przedstawia wyniki analizy charakterystyki operacyjnej odbiorcy (ROC) na materiale 413 chorych na raka jamy ustnej o zaawansowaniu T1-T3 poddanych brachyterapii śródtkankowej. Analizie poddany jest wpływ czynników: czasu, wieku, płci, dawki, mocy dawki, aktywności liniowej na częstość miejscowego niepowodzenia i powikłań popromiennych. Autor przedstawia możliwości zastosowania brachyterapii HDR i PDR w guzach regionu głowy i szyi. Przedstawia wskazania i wyniki paliatywnej brachyterapii LDR i HDR w nawrotach raka omawianego regionu.

11

BADANIA NAD ROLĄ BRACHYTERAPII HDR W LECZENIU CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA

R. Makarewicz

Regionalne Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Ustalenie optymalnego postępowania u chorych na zaawansowanego, niedrobnokomórkowego raka płuca (NDKRP) jest przedmiotem wielu sprzecznych opinii. Brachyterapia śródoskrzelowa z użyciem źródła o wysokiej aktywności Ir 192 została

wprowadzona do praktyki klinicznej pod koniec lat 80., a w Polsce przez autora w 1993 roku.

Celem przeprowadzonych badań było określenie wpływu brachyterapii na wyniki leczenia chorych na zaawansowanego NDKRP, opracowanie kryteriów klinicznych przydatnych w kwalifikacji chorych do brachyterapii oraz optymalizacja i standaryzacja tej metody napromieniania.

Przedmiotem analizy była grupa 516 chorych na NDKRP, w tym 325 chorych napromienianych z zastosowaniem brachyterapii w latach 1994-1998 w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Brachyterapia była stosowana jako metoda samodzielna lub stanowiła połączenie z radykalną lub paliatywną teleterapią (60 Gy/30 frakcji lub 20 Gy/4-5 frakcji). Wyniki zostały porównane z wynikami uzyskanymi w historycznych grupach kontrolnych chorych, napromienianych tylko w warunkach teleterapii. Analiza porównawcza badanych grup chorych, uwzględniająca szereg cech klinicznych mających znaczenie prognostyczne, w większości przypadków nie wykazała różnic statystycznie istotnych.

Przeprowadzone badania prowadzą do następujących wniosków:

1. Połączenie brachyterapii z teleterapią zwiększa odsetek odpowiedzi klinicznych, wydłuża czas ich trwania oraz zmniejsza odsetek chorych wymagających leczenia II rzutu.
2. Brachyterapia stosowana samodzielnie jest skuteczną metodą leczenia paliatywnego chorych na NDKRP i pozwala uzyskać wyniki leczenia porównywalne z teleterapią.