

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.

3. Szczególnie dobre wyniki leczenia uzyskano u chorych: z centralną lokalizacją guza, o średnicy do 6 cm, z obecnością niedodmy, bez masywnych przerzutów do węzłów chłonnych śródpiersia, z naciekiem wewnątrz- lub zewnątrzopłucnowym z kompresją oskrzela
4. Brachyterapia w połączeniu z teleterapią, szczególnie przy dawce sumacyjnej powyżej 70 Gy, zwiększa ryzyko wystąpienia popromiennego zapalenia oskrzeli i śmiertelnego krwotoku płucnego. Wyznaczone dawki 5% i 50% ryzyka wynoszą odpowiednio 7 i 75 Gy oraz 15 i 85 Gy i świadczą, że wpływ brachyterapii na ryzyko ich wystąpienia może być wynikiem m. in. nieuwzględnienia w wyborze punktu referencyjnego średnicy i krzywizny oskrzela, kontaktu źródła ze ścianą oskrzela, dużego marginesu, połączenia z innymi metodami leczenia.

12

BRACHYTERAPIA PULSACYJNA PDR W LECZENIU PALIATYWNYM CHORYCH NA RAKA PRZEŁYKU I RAKA OSKRZELA

T. Sawicki, K. Serkies, A. Badzio, Z. Tarnawska, M. Górzyński, J. Jassem

Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii, Akademia Medyczna w Gdańsku

Wstęp: Brachyterapia pozwala na podanie w krótkim czasie wysokiej dawki na okolicę guza nowotworowego z jednoczesną ochroną zdrowych tkanek otaczających. W paliatywnym leczeniu chorych na nieoperacyjnego raka przełyku metoda ta może być użyteczna w leczeniu dysfagii. U chorych na raka oskrzela jest stosowana w przypadku krwioplucia i duszności spowodowanej obturacją dużych dróg oddechowych.

Materiał i metody: W okresie od 16.03.1999 do 31.07.2000 paliatywną brachyterapię pulsacyjną (PDR) zastosowano u 31 chorych na raka przełyku i 20 chorych na raka oskrzela. W grupie chorych na raka przełyku wiek chorych wahał się w granicach od 47 do 88 lat, średnio 69 lat. Chorzy otrzymali dawkę od 10 do 30 Gy w 1-3 aplikacjach liczoną w odległości 1 cm od osi aplikatora. Stosowano 1 Gy/puls, pulsy powtarzane co 1 godzinę. U 3 chorych zastosowano ponowne leczenie PDR po upływie 6-11 miesięcy. W grupie chorych na raka oskrzela wiek chorych wahał się od 50 do 72 lat, średnio 62 lata. Chorzy otrzymali dawkę od 6 do 18 Gy w 1-3 aplikacjach liczoną w odległości 1 cm od osi aplikatora. Czas trwania aplikacji wynosił od 15 do 75 minut. W obu grupach chorych kolejne aplikacje powtarzano w odstępach tygodniowych. Stosowano aparat Microselectron PDR firmy Nucletron, zawierający źródło Ir 192 o aktywności wyjściowej 1 – 1,5 Ci.

Wyniki: Tolerancja leczenia była bardzo dobra. Szczególnie dobry efekt paliatywny uzyskano pod wpływem brachyterapii skojarzonej z leczeniem wiązką zewnętrzną. Średni okres obserwacji chorych po leczeniu wynosił 8 miesięcy. W grupie chorych na raka przełyku ustąpienie lub zmniejszenie dysfagii, utrzymujące się przez kilka miesięcy, uzyskano u 19 chorych (61,3%), natomiast u chorych na raka oskrzela poprawę subiektywną obserwowano u połowy chorych.

Wnioski: Paliatywna brachyterapia PDR jest dobrze tolerowana i stanowi skuteczną metodę leczenia paliatywnego chorych na zaawansowane nowotwory przełyku i oskrzela.

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

13

ZASTOSOWANIE BRACHYTERAPII HDR W LECZENIU CHORYCH NA MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO RAKA PRZEŁYKU

H. Dolińska, J. Łyczek, A. Kasprowicz, A. Kulik, A. Olszewska*, J. Fijuth**

Zakład Brachyterapii, *Zakład Fizyki Medycznej, **Zakład Teleradioterapii Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Cel pracy: ocena skuteczności i tolerancji dojamowej brachyterapii HDR w paliatywnym leczeniu chorych na miejscowo zaawansowanego raka przełyku.

Materiał: od stycznia 1996 do lutego 2000 w Zakładzie Brachyterapii w Warszawie leczono 104 chorych na raka przełyku, w tym 82% mężczyzn i 18% kobiet w wieku od 42 do 90 lat. U chorych tych terapia miała charakter paliatywny. U 53% pacjentów przeprowadzono wyłącznie napromienianie