

Materiały i metody: W latach 1992-1999 w Instytucie Onkologii w Gliwicach leczono paliatywnie BT HDR 28 chorych na zaawansowanego raka przełyku. Dawka frakcyjna promieniowania wynosiła 7–7,5 Gy w odległości 0,5 cm od powierzchni aplikatora o średnicy 6 mm. Dawka całkowita wynosiła 7–22,5 Gy, frakcja co 7 dni. Skuteczność BT oceniano na podstawie analizy subiektywnego odczucia poprawy, stopnia dysfagii po leczeniu, wzrostu masy ciała, regresji radiologicznej nacieku. Przeanalizowano rodzaj i częstość powikłań.

Wyniki: Regresję radiologiczną, zmniejszenie dysfagii oraz stabilizację masy ciała obserwowano odpowiednio u 17 (60%), 16 (57%) i 19 (68%) chorych. Odczucie subiektywnej poprawy podało 15 (54%) chorych. Czas trwania efektu paliatywnego wahał się w granicach od 1 tygodnia do ponad 1 roku i wynosił średnio 60 dni. Ciężkie powikłania w postaci przetoki i zapalenia przełyku wystąpiły odpowiednio u 5 i 1 chorego (21%).

Wnioski: W badanej grupie BT HDR okazała się skuteczną metodą paliatywnego leczenia zaawansowanego raka przełyku, aczkolwiek obarczoną znacznym odsetkiem powikłań. Dla tych chorych jednak alternatywą było wyłącznie leczenie objawowe.

16

BRACHYTERAPIA ŚRÓDOPERACYJNA MIĘSAKÓW PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ - OCENA WCZESNEJ TOLERANCJI

A. Kulik*, **J. Łyczek***, **W. Dziewirski****, **W. Ruka****, **A. Olszewska*****, **J. Jarosz******,
A. Kaspróicz*, **H. Dolińska***

Zakład Brachyterapii *, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości**, Zakład Fizyki Medycznej ***,
Zakład Anestezjologii****, Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Cel pracy: Celem pracy jest ocena wczesnej tolerancji i skuteczności śródoperacyjnej brachyterapii HDR w leczeniu mięsaków tkanek miękkich.

Metoda: W 1992 r.w Memorial Sloan-Kettering Cancer Center w NY opracowano metodę napromieniania śródoperacyjnego HDR z użyciem aplikatora typu HAM. Metodę tę w 1999r. zaczęto stosować w Zakładzie Brachyterapii CO w Warszawie. Do leczenia kwalifikowani są chorzy z histopatologicznie potwierdzonym mięsakiem zlokalizowanym w przestrzeni zaotrzewnowej (jako leczenie pierwotne lub leczenie wznowy miejscowej). Po wykonaniu badań obrazowych i wstępnym określeniu zakresu zabiegu przeprowadzana jest operacja usunięcia guza oraz oklipsowania łoży. Aplikator typu HAM umieszczany jest w łoży po usunięciu guza, a zakres objętości do napromieniania określany jest w zależności od sytuacji klinicznej i radykalizmu operacyjnego. Po weryfikacji radiologicznej położenia aplikatora i przygotowaniu indywidualnego planu leczenia z użyciem SPL Abacus 1.6 przeprowadzane jest napromienianie w warunkach znieczulenia ogólnego pod kontrolą podstawowych funkcji życiowych i na oddechu wspomaganym. Usunięcie aplikatora oraz opracowanie rany operacyjnej przeprowadzane jest w warunkach bloku operacyjnego. W dotychczas leczonej grupie chorych obserwowano dobrą tolerancję przedstawianej metody. Nie stwierdzono powikłań wynikających z jednoczesowego zastosowania leczenia operacyjnego oraz śródoperacyjnej brachyterapii HDR.

17

BRACHYTERAPIA PRZY UŻYCIU IRYDU 192 W LECZENIU ODROSTÓW GLEJAKÓW MÓZGU

R. Makarewicz **, **J. Furtak**, **M. Harat**, **T. Szyłberg***, **J. Terlikiewicz****

Klinika Neurochirurgii, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny, *Zakład Patomorfologii, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny, **Oddział Brachyterapii, Regionalne Centrum Onkologii w Bydgoszczy

W okresie od listopada 1996 do listopada 1999 w Oddziale Brachyterapii Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy i w Klinice Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy