publishing

TOM 8 / nr 2 (39)
kwiecień/czerwiec 2011 rok

KWARTALNIK

ISSN 1895-0485

# Onkologia *info*

MNiSW – 6
IC – 4,47

Cena 15 zł

Zbigniew Maciejewski *Pejzaż*

Ocena wczesnej tolerancji radioterapii kierowanej obrazowaniem (IGRT) u chorych na raka gruczołu krokowego

Rak gruczołowo-torbielowaty – rzadki nowotwór piersi. Opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Celowane onkologiczne leczenie kobiet w ciąży

Sprawozdanie z konferencji „VIII Warsztaty Akademickie „Rolnictwo, Technika, Zdrowie i Życie", Głuchołazy 2010"

V Zjazd Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej

Program jubileuszu 60-lecia Gliwickiego Oddziału Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

Program V Zjazdu PTRO

Streszczenia prac

1 h w zależności od tego, jak długo trwa sam proces weryfikacji ułożenia i izocentrum oraz jak bardzo stabilny jest tor oddechowy dla danego pacjenta.

**Omówienie i wnioski:** Radioterapia stereotaktyczna z bramkowaniem pozwala na podanie dawek zogniskowanych w guzie z jednoczesnym zminimalizowaniem dawek w narządach krytycznych.

## MARTWICA ASEPTYCZNA KOŚCI STAWU BIODROWEGO PO RADIOTERAPII – OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

**Łukasz Michalecki[1], Aleksandra Grządziel[2], Jerzy Wydmańsk[1], Dorota Gabryś[1], Krystyna Trela[1]**

[1]Zakład Radioterapii

[2]Zakład Planowania Radioterapii i Brachyterapii

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Pojęcie osteonekrozy (AVN – *Avascular Necrosis*) odnosi się do śmierci komponenty komórkowej kości w następstwie niedokrwienia lokalnego. Do czynników etiologicznych sprzyjających rozwojowi AVN zalicza się m.in. kortykosteroidoterapię, nadużywanie alkoholu, Zespól Cushinga, *vasculitis*, twardzinę, hemoglobinopatię. Podstawową metodą leczenia jest chirurgia, a wybór odpowiedniej procedury jest uzależniony od zaawansowania klinicznego choroby. AVN jest bardzo rzadkim powikłaniem radioterapii. Stanowi jednak istotny problem kliniczny wciąż niedoceniany w codziennej praktyce onkologicznej.

**Opis przypadku:** Przedmiotem pracy jest martwica aseptyczna kości stawu biodrowego po przeprowadzonej radykalnej radioterapii u 65-letniej chorej z rozpoznaniem raka szyjki macicy oraz 70-letniego chorego z rakiem pęcherza moczowego. W pierwszym przypadku chora została zakwalifikowana do radykalnej frakcjonowanej konwencjonalnie radioterapii pooperacyjnej. Zaplanowana dawka całkowita wynosiła 44 Gy. Chora ukończyła leczenie zgodnie z planem. Nie stwierdzono istotnego klinicznie odczynu popromiennego. Dziewięć lat od ukończonego leczenia chora zgłasza silne dolegliwości bólowe w okolicy pachwiny i talerza lewej kości biodrowej. Przeprowadzona diagnostyka obrazowa ujawniła znaczne zmiany w strukturze głowy kości udowej. Chora została zakwalifikowana do zabiegu endoprotezowania stawu biodrowego. Histopatologiczna analiza materiału pooperacyjnego potwierdziła martwicę aseptyczną głowy kości udowej. Kolejny chory z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego został w 1993 r. napromieniony na obszar guza z marginesem do łącznej dawki 66 Gy – frakcjonowanie konwencjonalne. Zastosowano technikę *box*. Dawką powyżej 50 Gy objęte zostało 60% prawej i lewej głowy kości udowej. Pierwsze symptomy AVN pod postacią dolegliwości bólowych okolicy stawów biodrowych pojawiły się po trzech latach. W badaniach obrazowych (RTG, TK) stwierdzono zaawansowaną protruzję panewki prawego stawu biodrowego oraz wtórną deformację głowy kości udowej – IV stopień wg ARCO (*Association Research Circulation Osseus*). Chory został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego endoprotezowania stawu biodrowego. Analiza patomorfologiczna potwierdziła osteonecrozę.

**Podsumowanie:** Konieczne jest uwzględnianie wśród narządów krytycznych struktur kostnych znajdujących się w polu napromienianym. Szczegółowa analiza układu wiązek, rozkładu dawki w obszarze napromienianym i zastosowanie osłon kolimatora może skutecznie zmniejszyć dawkę promieniowania zdeponowaną w narządach. Systematyczne kontrole, diagnostyka obrazowa, a w przypadku rozpoznania pierwszych symptomów osteonekrozy bezzwłoczne leczenie może uchronić chorych przed nieodwracalnym kalectwem.

## OCENA EFEKTÓW UBOCZNYCH PO IMPLANTACJI ZŁOTYCH ZNACZNIKÓW GOLD ANCHOR™ DO GRUCZOŁU KROKOWEGO U CHORYCH NA RAKA STERCZA LECZONYCH PROMIENIAMI

**Wioletta Miśta, Leszek Miszczyk**

Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Cel pracy:** Celem pracy jest ocena efektów ubocznych po implantacji złotych znaczników Gold Anchor™ do gruczołu krokowego u chorych na raka stercza leczonych promieniami.

**Materiał i metoda:** Grupę badaną stanowiło 362 chorych na raka stercza zakwalifikowanych do radykalnego leczenia promieniami, u których od października 2009 r. do grudnia 2010 r. założono złoty znacznik do gruczołu krokowego umożliwiający prowadzenie radioterapii sterowanej obrazem (IGRT – *Image Guided Radiotherapy*). W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia infekcji chorzy przed zabiegiem byli odpowiednio przygotowywani. Stosowano środki przeczyszczające oraz antybiotyki. Implantacja znacznika odbywała się drogą przezodbytniczą pod kontrolą obrazu z endorektalnej głowicy ultrasonograficznej. Wiek chorych zawierał się w przedziale od 50 do 85 lat (średnia 68). 1-3 tyg. po implantacji, przy rozpoczęciu leczenia promieniami, oceniano toksyczność zabiegu w oparciu o przygotowaną ankietę. Oceniano w niej:

- ból przy wkłuciu oraz jego nasilenie w skali od 0 do 10 (0 – brak bólu, 10 – największy wyobrażalny ból);
- krwawienie po wkłuciu (z odbytnicy, z dróg moczowych);
- objawy zapalenia stercza po implantacji znacznika (bóle stercza, gorączka, częstomocz, pobierane z tego powodu leki przeciwzapalne i przeciwbakteryjne);
- inne objawy uboczne.

| Nasilenie bólu | Liczba chorych |
|---|---|
| 1 | 27 (7,4%) |
| 2 | 30 (8,3%) |
| 3 | 16 (4,4%) |
| 4 | 5 (1,4%) |
| 5 | 6 (1,7%) |
| 6 | 1 (0,3%) |
| 7 | 2 (0,6%) |

**Wyniki:** 275 (76%) chorych nie odczuwało żadnego bólu w trakcie implantacji znacznika. W analizowanej grupie chorych wartość średnia odczuwanego bólu wynosiła 0,57, a mediana 0,0. Odsetki chorych z poszczególnymi stopniami nasilenia bólu zaprezentowano w tabeli obok.
Krwawienie z odbytnicy po zabiegu wystąpiło u 10 (2,8%) chorych, krwiomocz u 12 (3,3%), bóle stercza u 6 (1,7%), gorączka u 4 (1,1%) a częstomocz u 21 (5,8%) – u części chorych ostatni wymieniony objaw występował już przed implantacją znacznika. U 1 chorego po implantacji złotego markera wystąpiło zapalenia jądra. W związku z wystąpieniem powyższych objawów u 8 chorych wdrożono leczenie przeciwbakteryjne oraz u 2 – przeciwzapalne.
**Wnioski:** Implantacja znaczników Gold Anchor™ jest małoinwazyjną i bezpieczną metodą obarczoną niewielkim ryzykiem powikłań.

## WIEDZA PACJENTÓW Z CHOROBĄ NOWOTWOROWĄ LECZONYCH Z ZASTOSOWANIEM BRACHYTERAPII

**Beata Morawska, Bogumiła Prażmowska, Joanna Domin-Piątek, Alicja Morawiec**
Zakład Brachyterapii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wprowadzenie:** Chorzy z chorobą nowotworową to często ludzie, dla których diagnoza stanowi problem natury psychicznej. W odczuciu większości ludzi fakt zachorowania na nowotwór jest wydarzeniem silnie stresującym. Chory zaczyna wówczas poszukiwać informacji na temat choroby i sposobów jej leczenia korzystając z wielu niekompetentnych źródeł. Zdobywa informacje różnej jakości, częstokroć błędne czy niekompletne. Dlatego personel medyczny, który jest najbardziej kompetentnym źródłem informacji dla chorego powinien orientować się w zakresie posiadanej przez niego wiedzy.
**Cel:** Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy chorych leczonych w Zakładzie Brachyterapii na temat:
– znajomości zagadnienia brachyterapii, celu i efektu leczenia tą metodą;
– ocena wiedzy na temat występowania objawów ubocznych i ich zapobiegania;
– ocena przestrzegania zleceń dotyczących trybu życia chorych w trakcie i po brachyterapii.
**Materiał i metoda:** Badania przeprowadzono w Zakładzie Brachyterapii Instytutu Onkologii w Gliwicach. Objęto nimi 100 chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej. W celu przeprowadzenia badań posłużono się kwestionariuszem ankiety, który składał się z 25 pytań zamkniętych.
**Wyniki:** 80% ankietowanych posiada dostateczną widzę na temat choroby i leczenia. 20% stanowią chorzy, którzy nie przyswoili wiedzy na temat metody leczenia, jakiej zostali poddani. Brak dostatecznej wiedzy powoduje negatywne podejście do leczenia (10% badanych), potęguje objawy uboczne i związane z nimi dolegliwości.
**Wnioski:** Na personelu medycznym spoczywa obowiązek przybliżenia choremu pojęć dotyczących brachyterapii. Większość chorych uważa, że otrzymała rzetelne i przydatne informacje. Nie wszyscy jednak wiedzą, że brachyterapia polega na leczeniu promieniami; twierdzą, iż jest to leczenie przeprowadzane za pomocą lasera. Nieliczna grupa chorych nie przyswoiła wiedzy na temat objawów ubocznych, co w konsekwencji może powodować wiele nieprzyjemnych dolegliwości. Z opinii badanych wynika, że posiadają wiedzę na temat zaleceń dotyczących trybu życia w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. Ciągła weryfikacja poziomu wiedzy chorych jest niezbędna, gdyż ma znaczący wpływ na przebieg procesu leczenia i zdrowienia.

## OCENA PRZYDATNOŚCI KLINICZNEJ MARKERÓW SCC-AG, CYFRA 21.1, OSTEOPONTYNY ORAZ BIAŁKA C-REAKTYWNEGO W MONITOROWANIU LECZENIA CHORYCH NA PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA GŁOWY I SZYI

**Jolanta Mrochem-Kwarciak[1], Barbara Masłyk[1], Regina Deja[1], Aleksandra Chmura[1], Tomasz Rutkowski[2], Andrzej Wygoda[2], B. Pilecki[2], Maria Goleń[2], Marcin Hutnik[2], W. Przeorek[2], Beata Lukaszczyk-Widel[2], A. Hajduk[2], Zofia Kołosza[3], Krzysztof Składowski[2]**
[1]Zakład Analityki i Biochemii Klinicznej
[2]I Klinika Radioterapii
[3]Zakład Epidemiologii Nowotworów
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wprowadzenie i cel:** Niewielka przydatność markerów nowotworowych w diagnozowaniu raka głowy i szyi powoduje, że oznaczenia laboratoryjne próbuje się wykorzystywać dla oceny efektywności leczenia oraz w kontroli celem wykrycia wznowy