

OBSEVALNO ZDRAVLJENJE BOLNIC Z RAKOM MATERNIČNEGA TELESA

Marija Jeromen-Kavčič*

Zdravljenje bolnic z rakom materničnega telesa je primarno kirurško, vendar pa včasih operativni poseg kljub nižjemu stadiju obolenja, zaradi spremljajočih obolenj, oslabelosti ali visoke starosti, ne prihaja v poštev. Prav tako kirurški poseg ni možen v višjih stadijih bolezni, pa se v takih primerih odločimo za obsevalno zdravljenje. Glede na zdravstveno stanje in razširjenost bolezni, zdravimo bolnice z intrakavitarnim ali perkutanim obsevanjem, če je le mogoče pa obe obliki kombiniramo.

Ni dosti avtorjev, ki bi navajali komplikacije ali preživetje bolnic z rakom materničnega telesa, zdravljene zgolj s perkutanim obsevanjem, kajti večino zdravimo primarno s kirurgijo (1, 2, 3, 4). Preživetja in komplikacije so različna, zato nas je zanimalo, kakšne težave imajo naše bolnice med perkutanim obsevanjem in kako uspešni smo z zdravljenjem.

Material in metode

V letih od 1982 do 1986 smo na onkološkem inštitutu 52 bolnic z rakom materničnega telesa zdravili s perkutanim obsevanjem brez operacije, 7 bolnicam pa smo poleg perkutanega obsevanja dodali še intrakavitarno obsevanje. Bolnice so bile v glavnem starejše, najmlajša je imela 50, najstarejša pa 89 let (tabela 1). Poprečna starost je bila 72 let.

Tabela 1. Razporeditev bolnic z rakom materničnega telesa po starostnih skupinah

Starost	Število bolnic
50–59	8
60–69	13
70–79	21
80–89	10
Skupaj	52

Sorazmerno precej bolnic je prišlo na zdravljenje z nižjim stadijem obolenja (tabela 2), vendar pa pri njih operativni posegi niso bili možni zaradi srčnih in drugih obolenj, splošne oslabelosti ali pa same starosti. Prav tako zaradi neprimerne anatomije ni bilo mogoče uporabiti intrakavitarnega obsevanja.

Večkrat smo se kljub slabemu splošnemu stanju bolnic odločili za perkutano obsevanje, da bi ustavili vsaj krvavitev iz tumorja.

* Dr. Marija Jeromen-Kavčič, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 61000 Ljubljana

Tabela 2. Razporeditev bolnic po stadijih (FIGO)

Stadij	Število bolnic	N = 52
I	11	
II	9	
III	21	
IV	11	

Vsi malignomi so bili histološko verificirani (tabela 3), v večini primerov pa smo lahko določili stopnjo diferenciacije (tabela 4).

Tabela 3. Razporeditev bolnic po histološkem tipu karcinoma

Histološki tip	Število bolnic	N = 52
Adenoca (+ adenoacanthoma)	36	
Adenosquamozni ca	3	
Clear cell adenoca	3	
Serozni papilarni adenoca	10	

Tabela 4. Razporeditev bolnic po stopnji diferenciacije tumorja

Stopnja diferenciacije	Število bolnic	N = 52
Grade 1	15	
Grade 2	8	
Grade 3	17	
Stopnja ni določena	12	

Bolnice smo obsevali na linearnem akceleratorju z žarki X, energije 8 MeV. V obsevalno polje smo običajno zajeli nožnico, malo medenico in primarne bezgavke. Dnevno smo na tumor aplicirali od 1,5 do 2,5 Gy, vedno prek anteriornega in posteriornega polja. Obsevali smo jih petkrat tedensko. Ker so bile bolnice v glavnem v slabem splošnem stanju s spremljajočimi obolenji, nismo mogli vsem aplicirati potrebne tumorske doze (tabela 5). Obsevanja smo morali pogosto za kratek čas prekiniti, pri 13 bolnicah pa so prekinitve trajale od 3 do 5 tednov.

Tabela 5. Tumorska doza, ki so jo bolnice prejele pri perkutanem obsevanju

Prejeta doza	Število bolnic	N = 52
do 14 Gy	5	
15–29.5 Gy	9	
30–49.5 Gy	18	
50–60 Gy	20	

Rezultati

Komplikacije med obsevanjem

Težave zaradi obsevanja so se pokazale po prejeti tumorski dozi 36 Gy. 5 bolnic je imelo radiovulvitis, 3 so imele krče v trebuhu z driskami, pogostejše odvajanje blata je navajalo 8 obsevanj, dišurične težave pa je med obsevanjem imelo 5 bolnic. Razen pri dveh bolnicah so po simptomatski terapiji težave hitro minile.

Uspešnost obsevanja

Učinek obsevanja smo ocenjevali neposredno po prejeti tumorski dozi ter s stopnjo celokupnega preživetja. Pri 28 bolnicah lokalnega efekta (brez odgovora RT) nismo opazili, pri 9 je bil opazen zmeren regres (delni odgovor), pri 15 bolnicah pa je bil regres tumorja dober (kompleten odgovor).

Preživetje

Preživetje je bilo od 1 meseca do 10 let, kolikor traja najdaljša kontrola (tabela 6). Mediana preživetja je 12 mesecev. Kakor smo pričakovali je bilo slabše preživetje pri višjih stadijih obolenja in pri bolnicah s slabše diferenciranimi tumorji (tabela 7).

Tabela 6. 5 letno preživetje bolnic z rakom materničnega telesa po stadijih

Stadij	Vse bolnice	Preživele	Odstotek
I	11	5	45
II	9	1	11
III	21	2	9
IV	11	0	0
Skupaj	52	8	15

Tabela 7. 5 letno preživetje po stadiju, stopnji diferenciacije in prejeti tumorski dozi

Stadij	Stopnja diferenciacije	Prejeta tumorska doza v Gy
I	9	60
I	1	58
I	1	58 + 1 × intrakavitarno
I	1	60
I	2	50 + 2 × intrakavitarno
II	1	56 + 1 × intrakavitarno
III	1	60
III	9	60

Razprava in sklep

Za perkutano obsevanje kot edino obliko zdravljenja bolnic z rakom materničnega telesa smo se odločili zaradi njihovega splošnega slabega stanja, številnih spremljajočih boleznih in starosti oz. napredovalega obolenja, ko primarna operativna terapija ni bila več možna.

Med obsevanjem so bolnice imele težave v gastrointestinalnem traktu, nekatere radiovulvitis, druge pa radiocistitis.

Težave so bile le nekoliko pogostejše kot jih sicer opažamo pri bolnicah, ki jim obsevamo predel male medenice in nožnico z enakim režimom (5, 6), kar si razlagamo z nižjo prejeto tumorsko dozo in pavzami med obsevanjem.

Kljub temu, da vseh bolnic nismo uspeli obsevati do predvidene tumorske doze, smo v 15 primerih vendarle dosegli dober regres tumorja (CR), pri 9 pa opazili zmeren regres tumorja. Če bi bolnice lahko obsevali do višje tumorske doze (1, 3), bi vsekakor dosegli boljše preživetje, kar je razvidno iz tabele 7.

Pet let je preživel 8 bolnic (15%). Glede na starost, spremljajoče bolezni in posebej glede na nizko tumorsko dozo, je odstotek preživetja primeren, nikakor pa ne slab. Pet bolnic je v prvih 5 letih umrlo zaradi drugih obolenj.

Kljub slabemu splošnemu stanju bolnic, komplikacije med obsevanjem niso bile bistveno hujše in pogostnejše, uspešnost zdravljenja pa smo glede na tumorske doze, ki jih je bilo potrebno in možno aplicirati, pričakovali.

Literatura

1. Grigsby PW, Kuske RR, Perez CA et al. Medically inoperable stage I adenocarcinoma of the endometrium treated with radiotherapy alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1987; 13: 143–8
2. Roger AP. Abdominal radiotherapy for cancer of the uterine cervix and endometrium. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989; 16: 1453–8
3. Trimble EL, Jones HW. Management stage II endometria adenocarcinoma. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 323–6
4. Cuisenier J, Nabholz JM, Perez A, Brechet E, Horiot JC. Stage I and II cancer of the endometrium. Value of the combination of pelvic radiotherapy and curietherapy followed by total hysterectomy without lymph node removal. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1990; 19 (1): 107–12
5. Valente S, Onnis GL. Urologic complication an urodynamics in gynecological oncology. *Eur J Gynaec Oncol* 1987; 7: 174–6
6. Kuhelj J, Kavčič M. Frequency of subacute complication in the high dose radiation therapy of cancer of the uterine cervix. *Radiol Jugosl* 1974; 8: 21–7