

To właśnie nowotwór ginekologiczny – rak szyjki macicy – był jednym z pierwszych, w którego przypadku w 2. dekadzie XX wieku wykazano skuteczność radioterapii. Ernst Wertheim, autor stosowanej do dziś metody leczenia operacyjnego raka szyjki macicy, stwierdził podobno wówczas, że era chirurgii w terapii tego raka dobiegła końca. W kolejnych dziesięcioleciach nastąpił dynamiczny rozwój nowych technik umożliwiających wykorzystanie promieniowania jonizującego w leczeniu nowotworów, uwieńczony wynalezieniem przyspieszaczy liniowych z kolimatorami wielolistkowymi oraz metod brachyterapii dopochwowej after-loading. Umożliwiło to z jednej strony ochronę personelu, a z drugiej – precyzyjne podawanie dawki promieniowania na ograniczony obszar. Ostatnie lata przyniosły dalszą poprawę precyzji napromieniania dzięki wykorzystaniu nowych technik (radioterapia z modulacją intensywności wiązki, CyberKnife itp.) i nowych rodzajów wiązek (radioterapia protonowa).

Radioterapię określa się czasami jako „skończoną” metodę leczenia. Opisano i opanowano bowiem wszystkie rodzaje promieniowania jonizującego występujące w przyrodzie, które mogą znaleźć zastosowanie w medycynie. Obecnie rozwój radioterapii polega na ciągłym zwiększaniu precyzji podawania wiązki promieniowania, ochrony narządów krytycznych oraz prostoty i szybkości metody. Należy jednak pamiętać, że w ujęciu globalnym radioterapia jest najczęściej stosowaną metodą leczenia nowotworów złośliwych o zaawansowaniu miejscowym, także w ginekologii. Szacuje się, że na całym świecie 70% chorych na raka szyjki macicy jest leczonych z wykorzystaniem radioterapii radykalnej, uzupełniającej lub paliatywnej, a w przypadku raka trzonu macicy częstość ta sięga 50%.

Autorzy artykułu podjęli się próby przedstawienia roli radioterapii w leczeniu nowotworów ginekologicznych, nie rezygnując ze szczegółowego opisu niektórych metod, na przykład brachyterapii dopochwowej. Z punktu widzenia ginekologa-onkologa warto jednak wyjaśnić i uporządkować niektóre zagadnienia. Wiele kontrowersji budzi zastosowanie radioterapii w leczeniu uzupełniającym raka endometrium. Około połowy przypadków tego nowotworu stanowią raki małego i umiarkowanego ryzyka wznowy, w których przypadku leczenie uzupełniające nie przynosi żadnych korzyści, w związku z czym należy unikać stosowania radioterapii u chorujących na nie kobiet. Wiadomo, że promieniowanie jonizujące nie przedłuża życia chorym z tej grupy, a u części pacjentek wpływa jedynie na zmniejszenie ryzyka wznowy miejscowej, które w tej populacji i tak jest bardzo małe (2–6%). Trzeba pamiętać, że radioterapia uzupełniająca zwiększa toksyczność leczenia onkologicznego, co skutkuje rozwojem przewlekłych i trudnych w leczeniu zaburzeń, takich jak przewlekłe zapalenie odbytnicy, chroniczne biegunki, nawracające zapalenia pęcherza moczowego, objawy pęcherza nadreaktywnego, przewlekła niedokrwistość lub leukopenia czy zwłóknienie torebek stawów biodrowych. Odnotowuje się także przetoki pęcherzowo-pochwowe i odbytniczo-pochwowe, których leczenie utrudniają zwłóknienia popromienne. Dlatego jeśli tylko to możliwe, w grupie chorych małego i umiarkowanego ryzyka wznowy nie należy stosować radioterapii, lecz traktować ją jako skuteczną metodę leczenia ewentualnego nawrotu miejscowego.

Drugą grupę stanowią chorzy rzeczywiście wymagający napromieniania i/lub chemioterapii, a szczególne zalecenia dotyczące tych pacjentów przedstawiono w artykule „Rak trzonu macicy. Podsumowanie aktualnych (2016) zaleceń European Society for Medical Oncology (ESMO), European Society of Gynecologic Oncology (ESGO) oraz European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO) odnośnie do diagnostyki, leczenia i obserwacji chorych” (www.mp.pl/onkologia/wytyczne/141559,

rak-trzonu-macicy- aktualne-2016-zalecenia). Wskazane jest staranne przestudiowanie i zapamiętanie zwłaszcza tabeli 2, uwzględniającej nowy czynnik ryzyka, jaki stanowi naciekanie naczyń chłonnych. Warto w tym miejscu przypomnieć przedstawione w czerwcu tego roku na zjeździe American Society of Clinical Oncology wyniki badania PORTEC III, wskazujące na zasadność łączenia napromieniania z chemioterapią w grupie chorych dużego ryzyka wznowy, wyodrębnionych właśnie według nowej klasyfikacji.

Radioterapia jest cenną metodą leczenia nawrotów raka szyjki i trzonu macicy uprzednio nienapromienianych, umożliwiającą niekiedy uzyskanie trwałego wyleczenia. Oczywiście osiągnięcie sukcesu terapeutycznego wymaga spełnienia pewnych warunków, z których najważniejszy stanowi brak rozsiewu choroby nowotworowej. Nowoczesne metody radioterapii wspomniane przez autorów pozwalają na przeprowadzenie ponownej radioterapii w niektórych okolicach, rzadko jednak zapewniają dostarczenie radykalnej dawki promieniowania bez nieakceptowalnego zwiększenia ryzyka poważnych powikłań.

Z punktu widzenia radioterapeuty, do którego trafia większość zoperowanych chorych na nowotwory szyjki macicy, endometrium czy sromu, bezwzględnie konieczne jest spełnienie przez operującego ginekologa następujących warunków pozwalających na podjęcie właściwej decyzji odnośnie do radioterapii uzupełniającej:

- 1) przeprowadzenie dokładnej diagnostyki przedoperacyjnej, obejmującej szczególnie tomografię komputerową miednicy, jamy brzusznej i klatki piersiowej;
- 2) przeprowadzenie operacji zgodnie z obowiązującym protokołem, z usunięciem odpowiedniej liczby węzłów chłonnych (co najmniej 10–12), zarówno miednicznych, jak i okołoaortalnych, i udokumentowaniem miejsc pobrania poszczególnych grup węzłów chłonnych w celu umożliwienia określenia lokalizacji ewentualnego przerzutu;
- 3) sporządzenie szczegółowego raportu patologicznego, uwzględniającego typ i podtyp histologiczny nowotworu, stopień zróżnicowania histologicznego G, ocenę naciekania naczyń chłonnych i przy-macicz oraz szerokości marginesu operacyjnego, a także liczbę i rodzaj przerzutów (mikro- lub makroprzerzuty, ewentualnie izolowane komórki raka) w węzłach chłonnych.

Radioterapia jeszcze bardzo długo pozostanie globalnie najskuteczniejszą metodą w walce z nowotworami. Szczególnie szerokie zastosowanie znajduje w leczeniu nowotworów ginekologicznych, może z wyjątkiem raka jajnika. Dlatego niezwykle ważna jest współpraca operujących nowotwory ginekologów z radioterapeutami oraz onkologami klinicznymi w celu podniesienia jakości leczenia dzięki unikaniu stosowania zarówno zbyt agresywnego, jak i niedostatecznego leczenia, wynikającego z braku dokładnych danych chirurgiczno-patologicznych

Przygotował:

prof. dr hab. n. med. Paweł Blecharz

*Klinika Ginekologii Onkologicznej Centrum Onkologii
Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział Kraków*