

Radioterapia w leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego

Radiotherapy of advanced colorectal cancer

Krzysztof Bujko

Zakład Radiologii, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa

Rak jelita grubego jest nowotworem promienioopornym, dlatego napromienianie jako leczenie samodzielne jest stosowane u chorych na raka odbytnicy, u których towarzyszące schorzenia i zły stan ogólny uniemożliwiają operację. W tych przypadkach możliwe jest uzyskanie niewielkiego odsetka wyleczeń. Napromienianie jest bardziej skuteczne w skojarzeniu z chirurgią, gdyż efektywność napromieniania zależy od masy guza. Jest ona niedostateczna w przypadku zmian makroskopowych, natomiast możliwe jest wyjątkowo ognisk mikroskopowych leżących poza granicami resekcji guza. W badaniu z doborem losowym chorych na zaawansowanego raka okrężnicy po operacji udowodniono, że dodanie uzupełniającego napromieniania nie poprawia wyników odległych, zwiększa natomiast toksyczność leczenia. Z tych powodów, napromienianie uzupełniające radykalną operację nie ma zastosowania u chorych na raka okrężnicy. W porównaniu do raka okrężnicy, u chorych na raka odbytnicy, nawroty miejscowe obserwowane są częściej, a ponadto rzadziej towarzyszą im przerzuty odległe. Także toksyczność napromieniania jest mniejsza u chorych na raka odbytnicy, gdyż tylko niewielka objętość jelita cienkiego otrzymuje wysoką dawkę. Badania z randomizacją dowiodły, że napromienianie uzupełniające operację u chorych na raka odbytnicy zmniejsza odsetek nawrotów miejscowych o ok. 30 proc., gdy zastosowano je po operacji i o ok. 50–60 proc., gdy zastosowano przed operacją. Przewaga napromieniania przedoperacyjnego nad pooperacyjnym widoczna jest także przy porównaniu toksyczności zarówno wczesnej, jak i późnej – jest ona niższa, gdy radioterapia stosowana jest jako pierwsze leczenie. Ponadto metaanaliza badań z randomizacją wykazała poprawę przeżyć odległych po zastosowaniu napromieniania pooperacyjnego w porównaniu z samą chirurgią, natomiast w przypadku napromieniania pooperacyjnego, różnica ta była statystycznie nieistotna. Z powyższych powodów, radioterapia przedoperacyjna jest obecnie uważana za standard i zastępuje napromienianie pooperacyjne. Wprowadzenie do szerokiej praktyki klinicznej całkowitego wycięcia *mesorectum* jako obowiązującego standardu chirurgicznego, zmieniło poglądy na rolę radioterapii uzupełniającej. Holenderskie badanie z randomizacją, w którym wzięło udział blisko 2 tys. chorych leczonych tą nową techniką chirurgiczną, wykazało zmniejszenie odsetka nawrotów miejscowych z 12 proc. po samej operacji do 6 proc. przy zastosowaniu przedoperacyjnego napromieniania, przy braku poprawy odległych przeżyć. Toksyczność napromieniania, polegająca głównie na nasileniu objawów zespołu resekcji przedniej sprawia,

że wskazania do napromieniania przed- i pooperacyjnego są ograniczane w przypadkach stosowania techniki całkowitego wycięcia *mesorectum*. Dotyczą one guzów nisko położonych do 10 cm od brzegu odbytu o zaawansowaniu T3–4 i/lub przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych. Niektórzy ograniczają wskazania tylko do przypadków zajęcia obwodowego marginesu chirurgicznego. W przypadkach guzów uznanych za nieresekcyjne, czyli nieruchomych w badaniu palcem *per rectum* i naciekających narządy sąsiednie, napromienianie przedoperacyjne stwarza szansę na wyleczenie. Przez zmniejszenie masy guza, umożliwia radykalną operację u większości leczonych w ten sposób chorych.