

The value of combined-modality therapy in elderly patients with stage III nonsmall cell lung cancer

Schild SE, Mandrekar SJ, Jatoi A i wsp.
Cancer 2007;110: 363-8.

Celem badania była ocena skuteczności skojarzonego leczenia starszych chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w III stopniu zaawansowania.

Metody. *North Central Cancer Treatment Group* przeprowadziła dwa badania kliniczne III fazy wśród chorych na NSCLC w III stopniu zaawansowania. W badaniu NCCTG 90-24-51 porównywano 3 rodzaje leczenia: napromienianie jedną frakcją dziennie (QDRT), napromienianie dwiema frakcjami dziennie (BIDRT) oraz jednoczesną chemioterapię z BIDRT, a w badaniu NCCTG 94-24-52 jednoczesną radiochemioterapię QDRT i BIDRT. Chemioterapię (etopozyd i cisplatyna) w obu badaniach podawano jednocześnie z RT. Do niniejszej analizy włączono chorych z powyższych badań w wieku ≥ 65 lat.

Wyniki. Spośród 166 chorych włączonych do analizy, 37 otrzymało wyłącznie RT, a 129 jednoczesną radiochemioterapię. Mediana i udział 5-letnich przeżyć wyniosły odpowiednio 10,5 miesięcy i 5,4% w grupie RT, w porównaniu do 13,7 miesięcy i 14,7% w grupie poddanej RT w połączeniu z chemioterapią (*log-rank* $p=0,05$). U chorych poddanych radiochemioterapii znacząco częściej występowały ciężkie działania niepożądane (stopień ≥ 3), w porównaniu do poddanych wyłącznie RT (89,9% w porównaniu do 32,4%; $p<0,01$).

Wnioski. Starsi chorzy, uczestniczący w powyższych badaniach, uzyskali korzyść związaną z połączeniem RT z chemioterapią, w postaci wydłużenia czasu przeżycia, w porównaniu do wyłącznej RT. Podobnie, jak u chorych, ta korzyść łączyła się ze zwiększoną toksycznością.

Different strategies of sequential and combination chemotherapy for patients with poor prognosis advanced colorectal cancer (MRC FOCUS): a randomised controlled trial

Seymour MT, Maughan TS, Ledermann JA i wsp.
Lancet 2007; 370: 143-52.

W nieradykalnym leczeniu nowotworów sekwencja podawania leków oraz sposoby ich podawania (pojedynczo lub w skojarzeniu) mogą mieć istotne znaczenie i powinny

prowadzić do osiągnięcia jak najdłuższego efektu przeciwnowotworowego oraz jak najmniejszej liczby działań niepożądanych. Porównano leczenie sekwencyjne z wielolekową chemioterapią u uprzednio nieleczonych chorych na zaawansowanego lub rozsianego raka jelita grubego, nie kwalifikujących się do leczenia radykalnego, niezależnie od uzyskanej odpowiedzi na chemioterapię.

Metody. Do badania włączano chorych na raka jelita grubego, rozpoczynających leczenie z intencją nieradykalną. 2135 uprzednio nieleczonych chorych przydzielono losowo w proporcjach 1:1:1 do ramienia: A (grupa kontrolna): fluorouracyl z leukoworyną przez 48 godzin co 2 tygodnie do progresji, a następnie irinotekan; B: fluorouracyl do progresji, a następnie wielolekowa chemioterapia; C: od początku wielolekowa chemioterapia. W ramionach B i C, chorzy byli losowo przydzielani do leczenia fluorouracylem z irinotekaniem (grupy B-ir i C-ir) lub fluorouracylem z oksaliplatyną (grupy B-ox i C-ox). Oceniano całkowity czas przeżycia; analizę prowadzono zgodnie z zasadą intencji leczenia. Badanie zarejestrowano w *International Standard Randomised Controlled Trial* pod numerem ISRCTN 79877428.

Wyniki. Mediana czasu przeżycia chorych leczonych w grupie kontrolnej (ramię A) wyniosła 13,9 miesięcy, natomiast w grupach B i C była dłuższa (B-ir 15,0, B-ox 15,2, C-ir 16,7, C-ox 15,4 miesięcy). Porównanie każdej z grup z grupą kontrolną z zastosowaniem testu *log-rank* wykazało jednak, że tylko chemioterapia wielolekowa z irinotekaniem (C-ir), zastosowana w pierwszej linii leczenia, dawała znamienne lepsze wyniki ($p=0,01$). Wyniki porównania ramienia B z ramieniem C spełniały z góry określone kryteria *non-inferiority*, czyli założony współczynnik ryzyka 1,18 lub mniej (współczynnik ryzyka 1,06, 90% przedział ufności 0,97-1,17).

Wnioski. Niniejsze dane podważają twierdzenie, że w grupie chorych leczonych z intencją nieradykalną należy w pierwszej linii podać maksymalne tolerowane leczenie. Stosowanie monoterapii ze zmianą na chemioterapię wielolekową, jeśli wystąpią wskazania, daje wyniki nie gorsze od chemioterapii wielolekowej, stosowanej w pierwszej linii leczenia i może stanowić opcję, którą należy przedyskutować z chorym.

Irinotecan fluorouracil plus leucovorin is not superior to fluorouracil plus leucovorin alone as adjuvant treatment for stage III colon cancer: results of CALGB 89803

Saltz LB, Niedzwiecki D, Hollis D i wsp.
J Clin Oncol 2007; 25: 3456-61.

W randomizowanych badaniach klinicznych wykazano, że irinotecan (CPT-11) zastosowany w drugiej linii leczenia oraz dodany do fluorouracylu (FU) z leukoworyną (LV) w pierwszej linii leczenia wydłuża czas przeżycia chorych na rozlanego raka jelita grubego. W czasie, gdy rozpoczynano badanie, FU z LV stanowił standard w uzupełniającym leczeniu raka okrężnicy w III stopniu zaawansowania. Oceniono skuteczność i bezpieczeństwo CPT-11 w połączeniu z FU i LV, podawanymi w krótkim wlewie dożylnym (bolusie) raz w tygodniu u chorych po doszczętnym wycięciu raka okrężnicy w III stopniu zaawansowania.

Metody. 1264 chorych przedzielono losowo do leczenia FU z LV lub do CPT-11 w połączeniu z FU z LV, podawanych w bolusie raz w tygodniu. Głównym wskaźnikiem końcowej oceny był całkowity czas przeżycia (OS) oraz czas do nawrotu (DFS).

Wyniki. Charakterystyka chorych oraz czynniki rokownicze były podobne w obu grupach. Nie było różnic w czasie do nawrotu ani w całkowitym czasie przeżycia pomiędzy obiema grupami. Toksyczność, w tym liczba zgonów w wyniku niepożądanych działań leczenia, była znacząco wyższa w grupie leczonej CPT-11 w połączeniu z FU z LV.

Wnioski. Dodanie CPT-11 do FU z LV, podawanymi w bolusie raz w tygodniu, nie wydłużyło czasu do nawrotu ani całkowitego czasu przeżycia u chorych na raka okrężnicy w III stopniu zaawansowania, ale zwiększyło toksyczność leczenia oraz liczbę zgonów związanych z leczeniem. Niniejsze badanie wykazuje, że korzyści w leczeniu choroby rozlanej nie muszą przekładać się na korzyści w leczeniu uzupełniającym, co podkreśla konieczność przeprowadzenia kontrolowanych randomizowanych badań klinicznych dotyczących leczenia uzupełniającego.

Prophylactic cranial irradiation in extensive small-cell lung cancer

Slotman B, Faivre-Finn C, Kramer G i wsp.
EORTC Radiation Oncology Group and Lung Cancer Group
N Engl J Med 2007; 357: 664-72.

Przeprowadzono randomizowane badanie oceniające profilaktyczne napromienianie mózgowia u chorych na drobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia, u których stwierdzono odpowiedź na chemioterapię.

Metody. Chorych na rozlanego drobnokomórkowego raka płuca w wieku 18-75 lat przydzielano losowo do profilaktycznego napromieniania mózgowia (grupa napromieniana) lub do obserwacji (grupa kontrolna). Oceniano czas do wystąpienia objawowych przerzutów do mózgu. Tomografię komputerową lub rezonans mózgu wykonywano, gdy u chorego występowały określone w protokole objawy, sugerujące wystąpienie przerzutów do mózgu.

Wyniki. Charakterystyka kliniczna obu grup (143 chorych w każdej) była podobna. W grupie napromienianej ryzyko wystąpienia objawowych przerzutów do mózgu było niższe (współczynnik ryzyka 0,27; 95% przedział ufności 0,16 do 0,44; $p < 0,001$). Skumulowane ryzyko wystąpienia przerzutów do mózgu w ciągu roku wyniosło 14,6% w grupie napromienianej (95% przedział ufności 8,3 do 20,9) i 40,4% w grupie kontrolnej (95% przedział ufności 32,1 do 48,6). Napromienianie wydłużyło medianę czasu do progresji z 12,0 do 14,7 tygodni oraz medianę czasu przeżycia z 5,4 do 6,7 miesięcy od randomizacji. Udział rocznych przeżyć wyniósł 27,1% (95% przedział ufności 19,4 do 35,5) w grupie napromienianej oraz 13,3% (95% przedział ufności 8,1 do 19,9) w grupie kontrolnej. Napromienianie było związane z występowaniem powikłań, które nie wpływały znacząco na ogólny stan zdrowia chorych.

Wnioski. Profilaktyczne napromienianie mózgowia zmniejsza ryzyko wystąpienia objawowych przerzutów do mózgu oraz wydłuża czas przeżycia do progresji oraz całkowity czas przeżycia.

Rofecoxib and cardiovascular adverse events in adjuvant treatment of colorectal cancer

Kerr D, Dunn JA, Langman MJ i wsp.
N Engl J Med 2007; 357: 360-9.

Selektywne inhibitory cyklooksygenazy mogą opóźnić progresję nowotworu, ale podwyższają ryzyko zakrzepów. Niniejsza praca opisuje częstość sercowo-naczyniowych działań niepożądanych u chorych otrzymujących rofekoksyb w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu raka jelita grubego.

Metody. Dokonano analizy wszystkich sercowo-naczyniowych incydentów zakrzepowych, jakie wystąpiły wśród 2434 chorych na raka jelita grubego w II lub III stopniu zaawansowania, którzy brali udział w randomizowanym badaniu z placebo w grupie kontrolnej, oceniającym rofekoksyb w dawce 25 mg dziennie. Leczenie rozpoczynano po zabiegu operacyjnym, chemioterapii i radioterapii, w zależności od wskazań. Badanie przerwano przedwcześnie ze względu na wycofanie rofekoksybu na świecie. Aby ocenić ryzyko, które mogłoby występować po zakończeniu leczenia, oceniano zakrzepowe zdarzenia sercowo-naczyniowe odnotowane do 24 miesięcy po zamknięciu badania.

Wyniki. Mediana czasu trwania leczenia wyniosła 7,4 miesięcy. Charakterystyka kliniczna 1167 chorych

otrzymujących rofekoksyb oraz 1160 chorych otrzymujących placebo była podobna, mediana czasu obserwacji wyniosła odpowiednio 33,0 miesiące (27,6 do 40,1) oraz 33,4 miesiące (27,7 do 40,4). Z 23 potwierdzonych zakrzepowych incydentów sercowo-naczyniowych 16 wystąpiło w grupie otrzymującej rofekoksyb w trakcie leczenia lub do 14 dni po jego zakończeniu, oszacowane ryzyko względne 2,66 (model Coxa; 95% przedział ufności, 1,03 do 6,86; $p=0,04$). Analiza zdarzeń określonych przez *Antiplatelet Trialists' Collaboration* (połączone występowanie zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, krwotocznych oraz nieznanych; zawałów serca oraz udarów krwotocznych i niedokrwiennych nie zakończonych zgonem) dała nieskorygowane ryzyko względne 1,60 (95% przedział ufności 0,57 do 4,51; $p=0,37$). 14 kolejnych zakrzepowych incydentów sercowo-naczyniowych, z tego 6 w grupie otrzymującej rofekoksyb, stwierdzono w ciągu 2 lat po zamknięciu badania; całkowite nieskorygowane ryzyko względne wyniosło 1,50 (95% CI 0,76 do 2,94; $p=0,24$). Czterech chorych w grupie otrzymującej rofekoksyb i dwóch otrzymujących placebo zmarło z powodu powikłań zakrzepowych w trakcie leczenia lub w ciągu 14 dni od jego zakończenia oraz w czasie obserwacji; jeden chory otrzymujący rofekoksyb i pięciu otrzymujących placebo zmarło z przyczyn sercowo-naczyniowych.

Wnioski. Leczenie rofekoksybem (o medianie czasu leczenia 7,4) wiązało się ze zwiększoną częstością zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Clinical outcomes of breast cancer in carriers of *BRCA1* and *BRCA2* mutations

Rennert G, Bisland-Naggan S, Barnett-Griness O i wsp.
N Engl J Med 2007; 357: 115-23.

Niektóre cechy raka piersi u nosicielek mutacji *BRCA1* sugerują gorsze wyniki leczenia chorych na rodzinnego raka piersi. Przeprowadzono narodowe badanie populacyjne w Izraelu w celu oceny wpływu mutacji *BRCA1* lub *BRCA2* na rokowanie chorych na raka piersi.

Metody. Dane dotyczące wszystkich zachorowań na inwazyjnego raka piersi, rozpoznanego od 1 stycznia 1987 r. do 31 grudnia 1988 r., uzyskano z *Israel National Cancer Registry*. DNA guza z bloków parafinowych analizowano pod kątem występowania 3 mutacji w *BRCA1* i *BRCA2*.

Wyniki. Spośród 2514 chorych materiał do analizy molekularnej uzyskano z guzów u 1794 (71%) chorych, a dane kliniczne od 1545 (86%) chorych. Mutacje *BRCA1* lub *BRCA2* znaleziono u 10% aszkenazyjskich Żydówek. Skorygowane ryzyko zgonu z powodu raka piersi nie różniło się znacząco pomiędzy nosicielkami mutacji, a chorymi bez mutacji (współczynnik ryzyka dla nosicielek mutacji *BRCA1* 0,76; 95% przedział ufności [CI] 0,45 do 1,30; $p=0,31$; współczynnik ryzyka dla nosicielek mutacji *BRCA2* 1,31; 95% CI 0,80 do 2,15; $p=0,28$). Wśród kobiet poddanych chemioterapii współczynnik ryzyka zgonu

dla nosicielek mutacji *BRCA1* wyniósł 0,48 (95% CI 0,19 do 1,21; $p=0,12$).

Wnioski. Współczynniki zgonu z powodu raka piersi wśród kobiet z Izraela były podobne u kobiet z mutacją i bez mutacji w genach *BRCA*.

High-dose chemotherapy and stem-cell rescue for metastatic germ-cell tumors

Einhorn LH, Williams SD, Chamness A i wsp.
N Engl J Med 2007; 357: 340-8.

Rozsiane guzy jądra, które nie zostały wyleczone po zastosowaniu wstępnej chemioterapii, mogą być uleczalne przy zastosowaniu ratunkowej chemioterapii.

Metody. Oceniono retrospektywnie 184 chorych na rozsianego raka jądra z progresją po wielolekowej chemioterapii zawierającej cisplatynę. 173 chorym podano 2 cykle wysokodawkowej chemioterapii, zawierającej karboplatinę w dawce 700 mg/m² oraz etopozyd w dawce 750 mg/m² w dniach 1.-3. w połączeniu z przeszczepieniem autologicznych komórek macierzystych krwi obwodowej, a 11 chorych otrzymało 1 cykl leczenia. U 110 chorych chemioterapia wysokodawkowa była poprzedzona cytoredukcją oraz 1-2 cyklami winblastyny z ifosfamidem i cisplatyną.

Wyniki. Spośród 184 chorych, u 116 uzyskano całkowitą remisję bez nawrotu choroby w czasie obserwacji o medianie 48 miesięcy (zakres 14 do 118). Spośród 135 chorych, którzy otrzymywali drugą linię leczenia, 94 nie miało objawów choroby w czasie obserwacji; 22 spośród 49 chorych, którzy otrzymali trzecią lub kolejną linię leczenia, nie miało objawów choroby. Spośród 40 chorych na raka opornego na standardową dawkę platyny, 18 nie miało objawów choroby. Objawów choroby nie stwierdzono u 98 spośród 144 chorych na raka wrażliwego na pochodne platyny, u 26 spośród 35 chorych na nasieniaka oraz 90 spośród 149 chorych na nienasieniaka. Spośród 184 chorych trzech chorych zmarło z powodu powikłań leczenia. Po zakończeniu leczenia u 3 chorych doszło do rozwoju ostrej białaczki.

Wnioski. Raki jądra są potencjalnie uleczalne przy zastosowaniu wysokodawkowej chemioterapii w połączeniu z przeszczepieniem macierzystych komórek krwi obwodowej, nawet w trzeciej lub kolejnej linii leczenia oraz u chorych na raka opornego na pochodne platyny.

Sequential versus combination chemotherapy with capecitabine, irinotecan, and oxaliplatin in advanced colorectal cancer (CAIRO): a phase III randomised controlled trial

Koopman M, Antonini NF, Douma J i wsp.
Lancet 2007; 370: 135-42.

Dotychczas nie ustalono optymalnego sposobu stosowania cytostatyków w zaawansowanym raku jelita grubego. Celem badania była ocena, czy wielolekowa chemioterapia jest skuteczniejsza od sekwencyjnego podawania tych samych leków u chorych na zaawansowanego raka jelita grubego.

Metody. Spośród 820 chorych na zaawansowanego raka jelita grubego, po 410 przydzielono losowo do leczenia sekwencyjnego (kapecytabina w pierwszej, irinotekan w drugiej i kapecytabina z oksaliplatiną w trzeciej linii) lub do wielolekowej chemioterapii (kapecytabina z irinotekaniem w pierwszej, kapecytabina z oksaliplatiną w drugiej linii). Oceniano całkowity czas przeżycia. Analizę przeprowadzono zgodnie z zasadą intencji leczenia. Badanie zarejestrowano w *ClinicalTrials.gov* pod numerem NCT00312000.

Wyniki. Z analizy wyłączono 17 chorych, nie spełniających kryteriów włączenia do badania (9 w grupie leczonej sekwencyjnie, 8 w grupie otrzymującej chemioterapię wielolekową). 675 chorych (84%) zmarło w trakcie badania: 336 w grupie leczonej sekwencyjnie i 339 w grupie otrzymującej chemioterapię wielolekową. Mediana całkowitego czasu przeżycia wyniosła 16,3 (95% przedział ufności 14,3-18,1) miesięcy w grupie leczonej sekwencyjnie, a 17,4 (15,2-19,2) miesięcy w grupie otrzymującej chemioterapię wielolekową ($p=0,3281$). Współczynnik ryzyka dla leczenia skojarzonego, w porównaniu z leczeniem sekwencyjnym, wyniósł 0,92 (95% przedział ufności 0,79-1,08; $p=0,3281$). Nie stwierdzono różnic pomiędzy grupami w częstości występowania działań niepożądanych 3. i 4. stopnia w trakcie kolejnych linii leczenia, za wyjątkiem zespołu ręka-stopa, który w 3. stopniu występował częściej w grupie leczonej sekwencyjnie (13% w porównaniu do 7% w grupie poddanej chemioterapii wielolekowej; $p=0,004$).

Wnioski. Stosowanie chemioterapii wielolekowej, w porównaniu do leczenia sekwencyjnego, nie prowadzi do znamiennego wydłużenia czasu przeżycia chorych na zaawansowanego raka jelita grubego. Leczenie sekwencyjne stanowi rozsądną opcję leczenia tych chorych.

Early interim 2-[¹⁸F]fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography is prognostically superior to international prognostic score in advanced-stage Hodgkin's lymphoma: a report from a joint Italian-Danish Study

Gallamini A, Hutchings M, Rigacci L i wsp.
J Clin Oncol 2007; 25: 3902-7.

Od listopada 2001 r. 260 chorych na ziarnicę złośliwą włączano do badań klinicznych, prowadzonych równolegle we Włoszech i Danii, aby ocenić rokowniczą wartość pozytronowej tomografii emisyjnej z zastosowaniem 2-[¹⁸F]fluoro-2-deoksy-D-glukozy (FDG-PET) oraz międzynarodowego wskaźnika rokowniczego *International Prognostic Score* (IPS) u chorych na zaawansowaną ziarnicę złośliwą, leczonych według schematu ABVD (dokso-rubicyna, bleomycyna, winblastyna, dakarbazyna).

Materiał i metody. U większości chorych ($n=190$) w chwili rozpoznania stwierdzono stopnie zaawansowania od IIB do IVB, a u 70 chorych – stopień zaawansowania IIA z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi. Wszystkich, z wyjątkiem 11 chorych, poddano standardowej chemioterapii według schematu ABVD, a następnie przeprowadzano radioterapię konsolidującą u chorych z wyjściowo dużą masą guza lub z chorobą resztkową, obecną po zakończeniu chemioterapii. Wyjściową ocenę stopnia zaawansowania przeprowadzano z zastosowaniem klasycznych badań radiologicznych. FDG-PET przeprowadzono przed rozpoczęciem leczenia oraz po 2 cyklach chemioterapii ABVD (PET-2). Leczenia nie modyfikowano na podstawie wyniku PET-2.

Wyniki. Po czasie obserwacji o medianie 2,19 lat (0,32 do 5,18 lat) 205 chorych pozostawało w pierwszej całkowitej remisji, a 2 chorych w częściowej remisji. U 43 chorych stwierdzono progresję w trakcie leczenia lub bezpośrednio po jego zakończeniu, u 10 chorych wystąpił nawrót choroby. Udział dwuletnich przeżyć do progresji wśród chorych, u których w badaniu PET-2 stwierdzano obecność choroby, wyniósł 12,8%, natomiast wśród chorych z wynikiem negatywnym 95% ($p<0,0001$). W analizie jednoczynnikowej wynik leczenia był znamiennej związany z PET-2 ($p<0,001$), IV stopniem zaawansowania ($p<0,0001$), leukocytozą powyżej 15.000 ($p<0,0001$), limfopenią ($p<0,001$), IPS jako zmienną ciągłą ($p<0,0001$), lokalizacją pozawzłową ($p<0,0001$) oraz dużą masą guza ($p=0,012$). W analizie wieloczynnikowej wyłącznie wynik PET-2 był znamienny ($p<0,0001$).

Wnioski. Rokowniczą wartość PET-2 przewyższa rokowniczą wartość IPS i wydaje się jedynym i najważniejszym narzędziem, na podstawie którego należy planować leczenie dostosowane do poziomu ryzyka u chorych na zaawansowaną ziarnicę złośliwą.

Two cycles of doxorubicin, bleomycin, vinblastine, and dacarbazine plus extended-field radiotherapy is superior to radiotherapy alone in early favorable Hodgkin's lymphoma: final results of the GHSB HD7 trial

Engert A, Franklin J, Eich HT i wsp.
J Clin Oncol 2007; 25: 3495-502.

Cel. Ocena, czy skojarzone leczenie 2 cyklami doksorubicyny, bleomycyny, winblastyny i dakarbazyny (ABVD), poprzedzającym napromienianiem z rozszerzonych pól (*extended-field radiotherapy*; EF-RT), jest skuteczniejsze od wyłącznego EF-RT u chorych na wczesne postacie chłoniaka Hodgkina (HL), bez niekorzystnych czynników ryzyka.

Chorzy i metody. Od 1993 r. do 1998 r., 650 chorych na HL w stadiach zaawansowania IA do IIB, bez czynników ryzyka, włączono do wieloośrodkowego badania klinicznego i przydzielono losowo do napromieniania: 30 Gy EF-RT oraz 10 Gy na obszary zajęte przez chorobę (*involved field*; ramię A) lub do chemioterapii 2 cyklami ABVD, poprzedzającej taką samą radioterapię (ramię B).

Wyniki. Podczas mediany czasu obserwacji 87 miesięcy nie stwierdzono różnicy w udziale całkowitych odpowiedzi (ramię A 95%; ramię B 94%), ani w całkowitym czasie przeżycia (po 7 latach: ramię A 92%; ramię B 94%; $p=0,43$). Natomiast czas do nawrotu był znacząco różny: udział 7-letnich przeżyć bez nawrotu wyniósł 67% w ramieniu A (95% CI, 61% do 73%) oraz 88% w ramieniu B (95% CI, 84% do 92%; $p\leq 0,0001$). Wiązało się to głównie ze znacząco większą liczbą nawrotów po wyłącznej EF-RT (ramię A, 22%; ramię B, 3%). U chorych poddanych CMT nie stwierdzono nawrotów przed upływem 3 lat. Nawroty leczono głównie bleomycyną, etopozydem, doksorubicyną, cyklofosfamidem, winkrystyną, prokarbazyną i prednizonem, lub połączeniem cyklofosfamidu, winkrystyny, prokarbazyny i prednizonu/ABVD; leczenie nawrotu było znacząco skuteczniejsze w ramieniu A w porównaniu do ramienia B ($p=0,017$). Rozpoznano 39 wtórnych nowotworów, w tym 21 w ramieniu A oraz 18 w ramieniu B; częstość występowania wyniosła 0,8% na rok w latach 2.-9. i była wyższa wśród starszych chorych ($p<0,0001$) oraz wśród chorych z objawami choroby „B” ($p=0,012$).

Wnioski. Leczenie skojarzone, zawierające 2 cykle chemioterapii ABVD z połączeniem z EF-RT, jest bardziej skuteczne niż wyłączna EF-RT.

Opracowali:
dr n. med. Anna Kowalczyk
dr n. med. Ewa Szutowicz
dr n. med. Krzysztof Konopa
dr n. med. Rafał Dziadziuszko