

STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Siatkówczak jest najczęściej występującym, złośliwym guzem wewnątrzgałkowym u dzieci. Nie leczony, powoduje nacieczenie tkanek oczodołu, daje przerzuty odległe i prowadzi do śmierci.

Najważniejsze obecnie metody leczenia siatkówczaka to chemioterapia systemowa (podawana dożylnie), selektywna chemioterapia dotętnicza oraz chemioterapia doszkliskowa. Dodatkowo stosowane są metody miejscowego leczenia uzupełniającego, takie jak: przezręczniczna laserowa termoterapia, fotokoagulacja laserowa, krioterapia, brachyterapia.

Rozprawa doktorska, stanowiąca cykl publikacji, ma na celu ocenę skuteczności nowoczesnych metod miejscowego leczenia siatkówczaka, w szczególności iniekcji doszkliskowych melfalanu, przezręczniczej termoterapii laserowej z dożylnym podaniem indocyjaniny oraz brachyterapii z zastosowaniem radioaktywnej płytki ^{106}Ru .

Celem pierwszej pracy była ocena skuteczności przezręczniczej termoterapii laserowej z jednoczesnym dożylnym podaniem indocyjaniny (ICG) w leczeniu wewnątrzgałkowego siatkówczaka.

Było to jednośrodkowe, retrospektywne badanie 18 procedur w 11 oczach u 11 pacjentów z siatkówczakiem (12 guzów). Średni okres obserwacji: 31,94 miesiąca (zakres 1-44 miesięcy). Dziewięć guzów poddano jednej procedurze ICG-TTT, 3 guzy poddano więcej niż jednemu zabiegowi z powodu nawrotów. Technika zabiegów polegała na zastosowaniu przezręczniczej laserowej termoterapii (TTT) za pomocą oftalmoskopu pośredniego 30 sekund po dożylnym podaniu indocyjaniny w dawce 0,6 mg/kg.

W okresie obserwacji nawrót guza po ICG-TTT zaobserwowano po 11 zabiegach. Biorąc pod uwagę przypadki, w których ICG-TTT była jedyną metodą leczenia nawrotu siatkówczaka, wskaźnik powodzenia wyniósł 26,7% (4 skuteczne procedury z 15). We wszystkich przypadkach udało się uzyskać remisję oraz zachować gałkę oczną stosując samą ICG-TTT lub łącząc z innymi formami terapii, np. chemioterapia systemowa, chemioterapia dotętnicza, brachyterapia.

Najważniejsze wnioski: ICG-TTT jako jedyna terapia nawrotów siatkówczaka ma umiarkowany wskaźnik skuteczności. Nie odnotowano powikłań miejscowych lub ogólnoustrojowych.

Celem drugiej pracy była ocena skuteczności brachyterapii ^{106}Ru w leczeniu siatkówczaka.

Pracę stanowiła retrospektywna ocena 13 dzieci leczonych z zastosowaniem brachyterapii ^{106}Ru z powodu siatkówczaka.

Wyniki: 13 guzów leczono brachyterapią ^{106}Ru . We wszystkich przypadkach było to leczenie ratunkowe guzów opornych na inne metody terapii, po średnio 3,15 uprzednich wznowach. Kontrolę guza uzyskano w 12 przypadkach (92,3%). W 1 przypadku (7,7%) stwierdzono wznowę guza, która skutkowałą enukleacją. Powikłania popromienne obejmowały uporczywe krwotoki z neowaskularyzacji przedsiatkówkowej w 4 przypadkach (30,8%).

Najważniejsze wnioski: brachyterapia ^{106}Ru jest skutecznym sposobem leczenia wznów siatkówczaka.

Celem trzeciej pracy była ocena wyników leczenia rozsiewu siatkówczaka w ciele szklistym przy zastosowaniu doszklistkowych iniekcji melfalanu.

Pracę stanowiło retrospektywne, jednośrodkowe badanie kliniczne,. Do badania zakwalifikowano 26 dzieci (27 oczu), spełniających wszystkie następujące kryteria włączenia: aktywny rozsiew w ciele szklistym w momencie rozpoznania siatkówczaka, wykonanie doszklistkowej iniekcji melfalanu (IVIM) w okresie od 01.01.2017 do 30.09.2020 oraz okres obserwacji minimum 12 miesięcy od ostatniej IVIM. Stosowano dawki od 20 μg do 40 μg melfalanu na iniekcję.

Wyniki. Okres obserwacji oczu od ostatniej IVIM do ostatniego badania okulistycznego wynosił średnio 32,41 miesięcy. Sukces (brak aktywnych guzów w ciele szklistym) osiągnięto w 24 oczach (88,9 %), wynik wątpliwy (wznowy na siatkówce o etiologii trudnej do ustalenia) w 2 oczach (7,4 %). W jednym oku (3,7 %), pomimo zastosowanego leczenia, w ciele szklistym nadal były obecne aktywne guzy. Z pośród wszystkich 27 oczu, usunięto 4 gałki, ale bezpośrednią przyczyną enukleacji nie był rozsiew w ciele szklistym. Nie stwierdzono powikłań w postaci zapalenia wnętrza gałki ocznej, rozsiewu siatkówczaka poza gałkę oczną lub przerzutów odległych. Stwierdzono jeden przypadek zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej oraz jeden przypadek zaćmy.

Najważniejsze wnioski: IVIM jest wysoce skuteczną i bezpieczną formą leczenia rozsiewu siatkówczaka w ciele szklistym.

Czwarta praca stanowiła artykuł poglądowy poświęcony miejscowemu leczeniu siatkówczaka.

W artykule omówiono metody miejscowego leczenia siatkówczaka, takie jak: krioterapia, laserowa termoterapia przezręczna, laserowa termoterapia przezręczna z dożylnym podaniem indocyjaniny, brachyterapia, enukleacja, iniekcje dotętnicze i dokomorowe melfalanu. Szczególną uwagę zwrócono na najnowsze metody leczenia: chemioterapię miejscową w postaci iniekcji do ciała szklistego oraz chemioterapię dotętniczą.

Wnioski

Metody miejscowego leczenia siatkówczaka znacząco różnią się pomiędzy sobą skutecznością. Rozważając każdą z nich oddzielnie, najmniej skuteczna wydaje się przezręczna termoterapia laserowa z dożylnym podaniem indocyjaniny (ok 26% skuteczności w leczeniu guzów siatkówki), bardziej skuteczna chemioterapia doszklistkowa przy zastosowaniu melfalanu (co najmniej 88% skuteczności w leczeniu guzów w ciele szklistym oka), a najbardziej skuteczna brachyterapia ^{106}Ru (ok 92% skuteczności w leczeniu guzów siatkówki). Nowoczesne leczenie siatkówczaka polega na łącznym zastosowaniu wielu różnych metod leczniczych, co pozwala na osiągnięcie wysokiej skuteczności terapeutycznej, przy zminimalizowaniu działań niepożądanych. Właściwe zastosowanie opisanych metod leczenia pozwala na zachowanie życia, gałki ocznej i często użytecznej ostrości wzroku u leczonych dzieci.