

ATITUDINEA NOASTRĂ IN TRATAMENTUL CANCERELOR CUTANATE CU METODA CHAOU

I. Krepsz, Z. Szecsei

Intr-o perioadă de 14 ani s-a prezentat în clinica noastră un număr de 810 bolnavi suferind de cancer cutanat (femei 53% și bărbați 47%).

La 721 de bolnavi tumoarea a fost localizată la nivelul capului (89%) și la 89 bolnavi la nivelul trunchiului sau membrilor (11%).

În ceea ce privește vârsta, toate grupele de la 20—99 de ani sînt reprezentate în materialul studiat.

75% din cancerele cutanate au fost întîlnite la persoane între 50—80 de ani. 76,87% au provenit din mediu rural, majoritatea bolnavilor fiind agricultori, iar 23,13% din mediul urban. S-a putut constata că vârsta înaintată și, îndeosebi, alterațiile pielii feței, cauzate atît de expunerea la razele solare, vînt și praf, cît și de senilitate, favorizează dezvoltarea cancerului cutanat.

La nivelul pielii frunții incidența tumorilor a fost mai scăzută la bărbați decît la femei, ceea ce s-ar putea explica prin faptul că pălăria protejază fruntea mai bine ca baticul. În schimb, baticul protejază mai bine urechile contra variațiilor de timp și poate că acest fapt explică pentru ce am găsit o localizare mai rară a tumorilor la nivelul urechii femeilor.

În antecedentele personale ale bolnavilor figurează ca factori declanșatori: frecături produse de ramele ochelarilor, tăieturi cu lame de ras, plăgi impuse de corn de vite, arsuri, modificări cutanate produse de chimicale. Am găsit 18 cazuri de cancer cutanat dezvoltat pe teren lupic.

În privința clasificării tumorilor pe stadiu, 594 bolnavi (73,3%) s-au prezentat în stadiul I (proces neinvaziv, ulceros sau exofitic, diametrul tumorii nedepășind 2 cm).

În stadiul II (diametrul tumorii fiind mai mare de 2 cm) și în stadiul III (proces invaziv cu baza aderentă sau cancer cutanat dezvoltat pe teren primar alterat — lupus) s-au prezentat 26,7% a bolnavilor.

În stadiul al IV-lea (cu metastaze) nu s-a prezentat nici un bolnav.

În ceea ce privește atitudinea terapeutică adoptată în cancerul cutanat, am recurs la intervenția chirurgicală numai în cazuri de forță majoră (lipsa de timp a bolnavului) sau în unele cazuri de recidivă postradioterapeutică.

La început am confirmat diagnosticul clinic în fiecare caz prin examen histopatologic, mai târziu l-am efectuat numai în cazuri dubioase.

Procedeele radioterapice aplicate a fost în funcție de mărimea, localizarea tumorii și de teren, iar doza administrată în funcție de apariția reacției erozive a pielii indemne din jurul tumorii. Iradierile au fost continuate până la apariția reacției erozive și în cazuri, cind tumoarea eventual a dispărut în cursul iradierilor.

Metoda iradierii cu doză unică a fost aplicată la 18 bolnavi cu tumori nedepășind diametrul de 5 mm, localizate în regiuni cu vascularizație bună (de ex.: pielea feței). Doza totală de 2500—3000 r administrată într-o singură ședință, de la o distanță locală de 1,5 cm, a fost bine tolerată de țesuturile indemne peritumorale din cauza dozei de volum mic. La 16 bolnavi am obținut o vindecare definitivă, 2 tumori au recidivat, însă și acestea s-au vindecat definitiv prin iradierii cu metoda fracționată.

În cazul celor 448 de tumori de dimensiuni mai mari s-a aplicat metoda iradierilor fracționate cu fracțiuni zilnice de 400—500 r până la o doză totală de 6000—8000 r, în funcție de reacția individuală a țesuturilor. S-au observat 58 de recidive (13%), dintre care 4 au evoluat și au cauzat moartea pacienților.

Într-un număr de 195 de tumori cutanate localizate în regiuni bine vascularizate am încercat metoda iradierilor prin saturație, în fracțiuni descrescînde de la 1000 de r pînă la 300 r. Am avut 7 recidive dintre care una a evoluat fatal.

La 149 de tumori exofitice iradierile au fost precedate de electroaplanare. În 53 de cazuri (34,8%) s-au produs recidive, dintre care 4 cu evoluție fatală. Pentru acest mare număr de recidive s-ar putea acuza în primul rînd faptul că bolnavii aparținînd stadiului III, s-au prezentat într-o stare foarte neglijată, majoritatea lor întreprînd tratamentul în ciuda recomandărilor noastre.

În cazul tumorilor localizate pe un substrat cartilajinos sau osos (nas, urechi, dosul minii), am iradiat într-un mod foarte precaut, cu o radiație caracterizată printr-o scădere vertiginosă a dozei în profunzime, administrată prin metoda fracționată, cu fracțiuni zilnice de max. 300 r, pînă la apariția reacției erozive a tegumentului peritumoral. Dacă în cazuri infiltrante am avut impresia că va trebui să administrăm o doză totală mai ridicată de 6000 r, am efectuat iradierile în două serii. Cu metoda aceasta am obținut vindecare definitivă în 92,56%.

S-a observat că terapia Chaoul e foarte eficientă pînă ce cartilajul sau oasele subjacente sînt indemne. Îndată ce procesul a invadat aceste teritorii, atît intervenția chirurgicală, cît și radioterapia eșuează.

În tumori localizate la nivelul unghiului intern al ochiului am efectuat iradierii fracționate. În ultima zi a seriei de radioterapie, am mai dat o doză complementară frînjată în mijlocul tumorii. În tumorile palpebrale, globul ocular a fost protejat cu o proteză plumbiferă.

Tumorile extinse la suprafață au fost iradiate în așa fel încît surplusul de doză rezultată prin încrucișarea cîmpurilor l-am obținut în incinta procesului tumoral.

Din totalul de 810 bolnavi cu cancer cutanat iradiati, 690 au devenit asimptomatici (85,18%), iar 120 au prezentat recidive (14,82%).

Majoritatea recidivelor s-au observat în primul an, iar după aceea numai sporadic. Dacă tumoarea nu recidivează în primul an, vindecarea primară are perspective favorabile, definitive.

Dintre cei 594 de bolnavi din stadiul I, s-au vindecat 564 (94,94%); dintre cei 160 de bolnavi stadiul II, s-au vindecat 115 (71,87%); dintre cei 56 din stadiul III, 11 au devenit asimptomatici (19,67%) într-o perioadă de observație de 14 ani.

Din punct de vedere estetic în locul tumorii iradiate rămîne o cicatrice plană, și de multe ori nici nu se mai cunoaște unde a fost tumoarea. În alte cazuri vedem o cicatrice plană cu o zonă depigmentată; rareori am observat la nivelul pielii iradiate o teleangiectazie moderată. Leziuni radiogene tardive, pericondrite nu s-au semnalat.

Iradierea pe teren lupic (pe față sau trunchi) au fost efectuate cu precauție, după o electroaplanare prealabilă a neregularităților marginale ale tumorii. Frațiuni de 300 r au fost administrate de 15—20 ori, pînă la o doză totală de 4500—6000 r. Dintre 18 bolnavi iradiați, 14 au devenit asimptomatici; în două cazuri procesul a evoluat; 2 bolnavi au murit în boli intercurrente.

În urma subdozării tumorii datorită localizării ei greu accesibile sau a întreruperii tratamentului de către bolnavi, s-au produs recidive în 10%. În caz de recidive, în-deosebi dacă tumoarea era localizată pe un substrat cartilagininos, seria a II-a de iradieri a fost administrată cu precauție în fracțiuni de 200—300 r, pînă la apariția reacției erozive a tegumentului peritumoral.

Totalizînd rezultatele noastre, dintre 810 bolnavi iradiați, 690 sînt primar asimptomatici sau vindecați definitiv, 49 bolnavi au prezentat recidive, vindecîndu-se ulterior după o a doua serie de radioterapie, în total deci 739 bolnavi (91,2%) vindecați.

Insuccese terapeutice am înregistrat la 71 bolnavi (8,8%).

În perioada actuală de observație, 7 bolnavi au recidive, 27 prezintă un proces evolutiv; am avut în total 37 decese. Sfirșitul letal se datorește bolilor intercurrente, vîrstei înaintate a bolnavilor ca și evoluției procesului tumoral.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.