Sugárterápia / kiújuláskor

SUGÁRKEZELÉS=RADIOTERÁPIA

A sugárkezelés a daganatos elváltozás egyfajta kezelési lehetőségét jelenti, amely leggyakrabban röntgensugarakat, olykor radioaktív forrásokat használ. Az itt használt röntgensugarak erősebbek, mint a hagyományos diagnosztikai célú röntgensugarak. A sugárkezelés tehát a rák gyógyítását szolgálja, gátolja a daganat növekedését, hatására a korábbi fájdalom enyhül.

Sugárkezelés fajtái:

- Külső sugárkezelés (EBRT—External Beam Radiation Therapy)
- Belső sugárkezelés, közelterápia = Brachyterápia (HDR-AL- High Dose Rate)

Sugárkezelés alkalmazása:

- Definitív sugárkezelés: az alapkezelés a sugárterápia, inoperabilis (nem műthető) állapot esetén. Abban az esetben, mikor a betegség kiterjedése nem tesz lehetővé műtétet, definitív sugárkezelés (a betegség teljes gyógyítását célzó beavatkozás, gyakran kombinálva szisztémás kezelésekkel): a kezelés célja a teljes tumormentesség elérése külső sugárkezelés és közelterápia kombinációjában.

- Posztoperatív sugárkezelés: a műtétet követő sugárterápia, általában nyirokcsomó-áttét miatt indokolt. Műtétet követően adott sugárkezelés (adjuváns kezelés): ebben az esetben a daganat műtéti eltávolítását követően a sugárkezelés célja az, hogy ne keletkezzenek a kismedencében, illetve a hüvelycsonkon lokális kiújulások, döntően megelőző kezelésről van szó. Adható külső sugárkezelés (EBRT) vagy közelterápia (HDR-AL brachyterápia) formájában.

- Palliatív célú: a helyi vagy a metasztatikus (áttétes) tünetek enyhítésére használják. tüneti sugárkezelés (palliatív sugárterápia): előrehaladott betegségek esetén, mikor nem várható a betegség teljes gyógyulása, és a betegnek panaszai vannak (fájdalmat okozó áttétek, vérzést okozó tumor), alacsonyabb dózisban, rövidebb kezeléseket alkalmaznak tünetcsökkentés, életminőség-javítás céljából.

- Salvage: a korábban gyógyító kezelésen átesett betegnek kiújulása van és ezt a kiújulást újra kezelik.

A szeméremtesti daganatok mérsékelten sugárérzékeny tumorok.

Esetükben, ha a műtét során eltávolított szövetekben, a sebészi szélekben nem találnak daganatos sejteket, akkor általában nem javasolnak műtét után sugárkezelést. Ha azonban a sebészi szélek pozitívak - ami azt jelenti, hogy kevesebb mint 5 mm-re van daganatszövet -, és ismételt kimetszés nem jön szóba, akkor posztoperatív sugárkezelés javasolt. Ha az eltávolított lágyéki nyirokcsomókban áttét mutatható ki, akkor javasolt a kismedencei és lágyéki régió sugárkezelése is.

Ha olyan nagy a nyirokcsomó-konglomerátum, hogy a sebészi eltávolítás nem lehetséges, vagy csak nagyon nagy szövődmény árán, akkor előzetes sugárkezeléssel meg lehet zsugorítani a szövet tömegét, és utána lehet eltávolítani műtéttel.

Előrehaladott stádiumú szeméremtestrák esetén egy műtét előtti sugárkezeléssel a tumorszövet nagysága szintén kisebbíthető, és ezután a műtét elvégzése lehetővé válik, vagy pedig a radikalitása csökkenthető.

Előzetesen adott citosztatikumokkal a daganat sugárérzékenysége növelhető.

A sugárkezelés tehát lehet műtét előtti vagy műtét utáni is. Alkalmazási módját tekintve pedig mind külső, mind belső sugárkezelést lehet, illetve kell alkalmazni.

Azoknál az eseteknél, ahol magas a kiújulás veszélye, kiegészítő ún. adjuváns sugárkezelés szükséges, ami javítja a beteg túlélési esélyeit.

Abban az esetben, ha a daganat nem operálható, akkor palliatív sugárkezelést alkalmazható a tünetek enyhítésére.