

Czy rodzaj ośrodka, w którym przeprowadza się resekcję rozległych guzów nowotworowych kończyn i tułowia ma wpływ na przeżycie chorych?

Szanowny Panie Redaktorze,
nowoczesna chirurgia rekonstrukcyjna opiera się na odpowiednim wykorzystaniu dostępnych metod rekonstrukcyjnych, w tym mikronaczyniowych. Ich połączenie z radio- i chemioterapią umożliwia uzyskanie optymalnych wyników leczenia. Niemniej jednak temat jednoczasowych resekcji i rekonstrukcji w leczeniu rozległych zmian nowotworowych nadal budzi wiele niepotrzebnych kontrowersji.

Mimo iż geneza koncepcji równoczesnej rekonstrukcji przy zabiegach resekcyjnych sięga XVI stulecia [1], to tezy zawarte w fundamentalnych dla chirurgii onkologicznej pracach Halsteda z końca XIX wieku [2] sprawiły, że zamykanie ubytku poresekcyjnego – a tym bardziej zastosowanie zaawansowanych technik w celu uzupełnienia defektu – nabrało realnych kształtów dopiero w latach 90. XX wieku [3]. Wyniki badań z tego okresu dowiodły, że wykonanie jednoczasowej rekonstrukcji – nawet w przypadku rozległych zabiegów resekcyjnych – jest bezpieczne. Ponadto, zaplanowanie odpowiedniej operacji rekonstrukcyjnej umożliwia wykonanie maksymalnie szerokiej resekcji, co dodatkowo zwiększa radykalność zabiegu [4, 5].

Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, Oddziału w Gliwicach dysponuje bogatym materiałem klinicznym dotyczącym jednoczasowej rekonstrukcji w rozległych resekcjach nowotworów właściwie każdego regionu ciała. Każdego roku w klinice wykonuje się ponad 200 zabiegów mikrochirurgicznych.

Na bazie powyższej grupy pacjentów analizie poddano wyniki leczenia chorych z rozległymi zmianami nowotworowymi tułowia oraz kończyn (ryc. 1). Uzyskane wyniki przemawiają

za skutecznością technik mikrochirurgicznych w odtwarzaniu funkcji kończyn, a także stanowią cenny głos w dyskusji dotyczącej wykonywania rozległych resekcji poza ośrodkami dysponującymi odpowiednim doświadczeniem oraz bazą sprzętową odpowiednią dla tego rodzaju procedur.

Ostatnimi czasy zaznacza się tendencja do wykonywania rozległych resekcji nowotworów w ośrodkach, które nie mają bogatego doświadczenia w tego rodzaju procedurach. Istnieje obawa, że – z uwagi na brak możliwości wykonania jednoczasowej rekonstrukcji – zakres resekcji może być niewystarczający do uzyskania pełnej radykalności zabiegu.

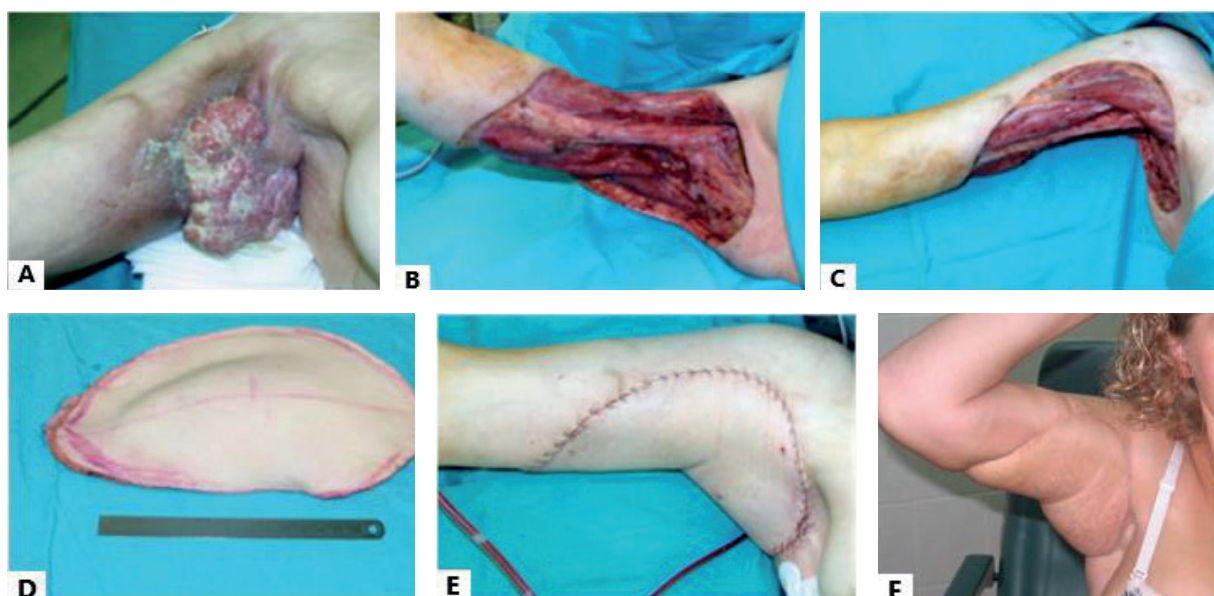
W Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, Oddziału w Gliwicach poddano analizie wyniki leczenia 71 chorych operowanych w latach 2006–2017 z powodu rozległych zmian nowotworowych tułowia i kończyn. Podstawowe dane kliniczne badanej grupy zawarto w tabelach I i II.

W oparciu o uzyskane wyniki wykazano między innymi, że chorzy leczeni pierwotnie (zabieg resekcyjny) poza Narodowym Instytutem Onkologii charakteryzowali się znacząco krótszym czasem przeżycia do wznowy. Pacjenci, u których resekcję wykonano w Narodowym Instytucie Onkologii, przeżywali dłużej bez wznowy niż pacjenci leczeni w innych ośrodkach ($p < 0,05$). Porównanie wykazało, że istotna statystycznie różnica w pięcioletnim przeżyciu bez wznowy występuje w przypadku przeprowadzenia pierwotnego leczenia operacyjnego w Narodowym Instytucie Onkologii (ryc. 2).

Powyższe wyniki mogą być postrzegane jako istotny głos potwierdzający zasadność przeprowadzania rozległych zabiegów resekcyjno-rekonstrukcyjnych w przypadku zaawan-

Jak cytować / How to cite:

Drozdowski PH, Krakowczyk ŁJ, Maciejewski AJ. *Does the type of a centre in which the resection of extensive tumours of the limbs and trunk is performed, affect the patients' survival?* NOWOTWORY J Oncol 2020; 70: 158–160.



Rycina 1. A – rozległy guz ramienia i pachy prawej; B, C – ubytek po resekcji z zachowaniem naczyń pachowych i nerwów splotu ramiennego; D – wypreparowany płat przednio-boczny uda; E – płat w miejscu biórczym zespolony do naczyń podłopatkowych; F – odległy wynik pooperacyjny

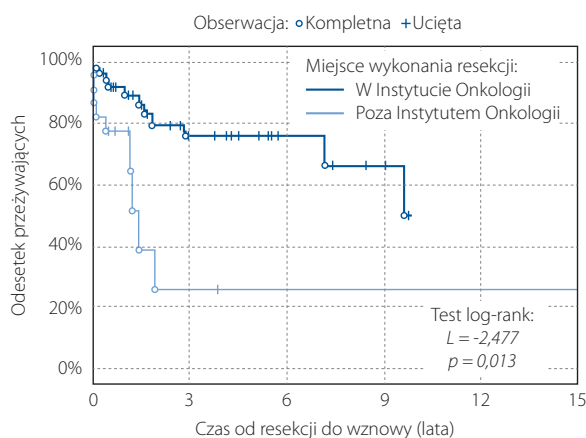
Tabela I. Charakterystyka wieku badanych pacjentów

Cecha (zmienna)	Razem	Kobiety	Mężczyźni	K vs. M
	n = 71	n = 27	n = 32	p
Wiek (rok życia)				
M ± SD	56,1 ± 15,5	59,7 ± 15,0	53,8 ± 15,5	
Me [Q ₁ ; Q ₃]	58 [46, 65]	62 [48, 72]	55 [46, 63]	0,121
Min–Max	19–86	29–82	19–86	

Tabela II. Charakterystyka kliniczna guza pierwotnego i jego leczenia w badanej grupie pacjentów

Cecha (zmienna)	Razem		Kobiety		Mężczyźni		K vs. M
	n = 71		n = 27		n = 44		p
	n	%	n	%	n	%	
Lokalizacja guza pierwotnego							
dłoń i przedramię	9	12,7%	4	14,8%	5	11,4%	0,045
ramię i obręcz barkowa	10	14,1%	2	7,4%	8	18,2%	
stopa, podudzie	17	23,9%	3	11,1%	14	31,8%	
uda, pachwina, pośladek	22	31,0%	14	51,9%	8	18,2%	
klatka piersiowa – przód	11	15,5%	3	11,1%	8	18,2%	
klatka piersiowa – tył	2	2,8%	1	3,7%	1	2,3%	
Wynik badania histopatologicznego guza pierwotnego							
ca plano	24	33,8%	9	33,3%	15	34,1%	0,316
mięsaki	26	36,6%	10	37,0%	16	36,4%	
czerniak	6	8,5%	2	7,4%	4	9,1%	
BCC	5	7,0%	1	3,7%	4	9,1%	
inne	7	9,9%	5	18,5%	2	4,5%	
nieonkologiczne	3	4,2%	0	0,0%	3	6,8%	
Klasyfikacja TNM guza pierwotnego							
1 – T1 i T2	50	70,4%	25	92,6%	25	56,8%	0,022
2 – T3 i T4	7	9,9%	0	0,0%	7	15,9%	

Cecha (zmienna)	Razem		Kobiety		Mężczyźni		K vs. M p
	n = 71		n = 27		n = 44		
	n	%	n	%	n	%	
3 – N+ przy T1 i T2	8	11,3%	1	3,7%	7	15,9%	
4 – N+ przy T3 i T4	3	4,2%	1	3,7%	2	4,5%	
5 – nie dotyczy	3	4,2%	0	0,0%	3	6,8%	
Miejsce przeprowadzenia zabiegu							
w IO	49	69,0%	21	77,8%	28	63,6%	
poza IO	11	15,5%	3	11,1%	8	18,2%	0,457
resekcja poza IO, rekonstrukcja w IO	11	15,5%	3	11,1%	8	18,2%	



Rycina 2. Krzywe Kaplana-Meiera przeżycia od resekcji do wznowy w grupach pacjentów różniących się miejscem wykonania zabiegu

sowanych zmian nowotworowych, w ośrodkach o bogatym doświadczeniu w tym zakresie. Ma to znaczenie zwłaszcza w czasach, kiedy część rozległych procedur resekcyjnych, ze względów ekonomicznych, jest przenoszona do ośrodków, które nie mają odpowiedniego przygotowania do kompleksowego leczenia i nie mogą zagwarantować pacjentom możliwie najlepszych wyników leczenia.

Piotr H. Drozdowski, Łukasz J. Krakowczyk,

Adam J. Maciejewski

Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

– Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

e-mail: piotr_drozdowski@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Tagliacozzi G. De Curtorum Chirurgia per insitionem. Bindoni, Venecja 1597.
2. Halsted WS. I. The Results of Radical Operations for the Cure of Carcinoma of the Breast. *Ann Surg.* 1907; 46(1): 1–19, doi: 10.1097/0000658-190707000-00001, indexed in Pubmed: 17861990.
3. Ho AL, Lyonel Carre A, Patel KM. Oncologic reconstruction: General principles and techniques. *J Surg Oncol.* 2016; 113(8): 852–864, doi: 10.1002/jso.24206, indexed in Pubmed: 26939879.
4. Parrett BM, Kashani-Sabet M, Leong SPL, et al. The safety of and indications for immediate reconstruction of head and neck melanoma defects: our early experience. *Ann Plast Surg.* 2014; 72 Suppl 1: S35–S37, doi: 10.1097/SAP.0000000000000166, indexed in Pubmed: 24691340.
5. Gieni M, Avram R, Dickson L, et al. Local breast cancer recurrence after mastectomy and immediate breast reconstruction for invasive cancer: a meta-analysis. *Breast.* 2012; 21(3): 230–236, doi: 10.1016/j.breast.2011.12.013, indexed in Pubmed: 22225710.