

Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
Nowotwory



im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy



**XXVII Zjazd
Polskiego Towarzystwa
Chirurgii Onkologicznej**

**XXXVIII Konferencja
Naukowo-Szkoleniowa PTChO**

**Poznań
2–4 września 2021 roku**



**Suplement
1/2021**

Nowotwory. Journal of Oncology – indeksacja:
Scopus, EMBASE, Google Scholar, CrossRef; 100 punktów MEiN

WARSZAWA, 9 PAŹDZIERNIKA 2021 ROKU

WARSZAW SKIN CANCER CONFERENCE 2021

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:
prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

Szczegółowe informacje oraz rejestracja na stronie internetowej:

WWW.WSC.VIAMEDICA.PL

ORGANIZATOR



PATRONAT MEDIALNY



PATRONAT



PARTNER



20-6059.001.012

Konferencja jest skierowana tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 499).

Nowotwory

Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Redaktorzy Działów

B. Bobek-Billewicz	– diagnostyka obrazowa
J. Didkowska	– epidemiologia
J. Fijuth	– radioterapia
R. Kordek	– biologia nowotworów
P. Rutkowski	– chirurgia
M. Welnicka-Jaśkiewicz	– onkologia kliniczna

Rada Redakcyjna

M. Baum (Wielka Brytania)	L.J. Peters (Australia)
M. Baumann (Niemcy)	J. Piekarski
L. Cataliotti (Włochy)	W. Polkowski
M. Dębiec-Rychter (Belgia)	J. Reguła
R. Duchnowska	R. Rosell (Hiszpania)
R. Dziadziuszko	B. Sas-Korczyńska
A. Eggermont (Francja)	M.I. Saunders (Wielka Brytania)
K. Herman	J.A. Siedlecki
S. Grodecka-Gazdecka	E. Sierko
H. zur Hausen (Niemcy)	K. Skłodowski
J. Jassem	I.E. Smith (Wielka Brytania)
A. Jeziorski	H.D. Suit (Kanada)
A. Kawecki	R. Suwiński
M. Krawczyk	I. Tannock (Kanada)
M. Krzakowski	A. Turrisi (USA)
J. Kuźdżał	C.J.H. van de Velde (Holandia)
M. Litwiniuk	J.B. Vermorken (Belgia)
A. Maciejczyk	J. Walewski
B. Maciejewski	P.H. Wiernik (USA)
S. Mrowiec	M. Wojtukiewicz
A. Nasierowska-Guttmejer	P. Wysocki
Z.I. Nowecki	
J. Overgaard (Dania)	

Redaktor Naczelny:

Redaktor Honorowy:

Redaktor:

Wojciech M. WYSOCKI
Edward TOWPIK
Richard F. MOULD (Wielka Brytania)

Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Nowotwory

dwumiesięcznik

oficjalny organ



POLSKIEGO TOWARZYSTWA
ONKOLOGICZNEGO



czasopismo



POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

Redaktorzy prowadzący: Agnieszka Wrzesień, Aleksandra Cielecka

Journal Club: Anna Kowalczyk, Ewa Szutowicz-Zielińska, Magdalena Dróżka, Anna Kaczmarczyk

Adres Redakcji:

Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa

Adres korespondencyjny:

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków
pokój 309
tel. 512 177 774
e-mail: redakcja@nowotwory.edu.pl
www.nowotwory.edu.pl

Adres Wydawcy:

VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k.
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk
tel. (48) 58 320 94 94, faks (48) 58 320 94 60
e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl

ISSN 2543–5248

e-ISSN: 2543–8077



20-0800.023.001

XXVII Zjazd
Polskiego Towarzystwa Chirurgii
Onkologicznej

XXXVIII Konferencja
Naukowo-Szkoleniowa PTChO

Streszczenia

Redakcja suplementu:
Wojciech M. Wysocki, Dawid Murawa

Poznań, 2–4 września 2021 roku



XXIV KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA ONKOLOGII KLINICZNEJ

Kraków, 9–11 września 2021 roku

DoubleTree by Hilton Krakow Hotel
& Convention Center, ul. Dąbska 5

www.kongres.ptok.pl

ORGANIZATORZY



Polskie Towarzystwo
Onkologii Klinicznej



Onkoedu
Serwis dla lekarzy specjalistów

tvmed



ikamed.pl
Internetowa Księgarnia Lekarzy

PATRONAT MEDIALNY

PARTNER

Kongres jest skierowany tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 499).



20-0807.001.011

Szanowni Państwo,

wiele się wydarzyło przez ostatnie półtora roku. Stanęliśmy twarzą w twarz z pandemią, która nasze codzienne sprawy wywróciła do góry nogami. To był także trudny czas dla działalności Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (PTChO). Jednak we wrześniu ubiegłego roku udało nam się zrealizować hybrydowy zjazd w Krakowie. Wtedy wydawało się, że może pandemia COVID-19 nie wróci. Ale wróciła ze zdwojoną siłą.

Ten czas wymagał od nas zmiany działania i kontaktu z Państwem. W ramach Fundacji PTChO, we współpracy z firmami zewnętrznymi oraz innymi towarzystwami naukowymi zorganizowaliśmy wiele spotkań online. Wszystkie cieszyły się dużą popularnością. Ponadto, na wypadek podobnych sytuacji, poprawiliśmy nasze zaplecze informatyczne – zarówno pod względem technologicznym, jak i bezpieczeństwa. Mamy stałą opiekę informatyczną, kupiliśmy system informatyczny Sorga, który ułatwia kontakt z członkami Towarzystwa, rozszerzyliśmy zakres działalności Fundacji PTChO.

Obecny – XXVII – Zjazd PTChO to spotkanie wielodyscyplinarne współtworzone z wieloma towarzystwami naukowymi, które patronują poszczególnym sesjom. Mam nadzieję, że będą one dla Państwa ciekawe merytorycznie i każdy znajdzie grupy tematyczne ważne dla swojej codziennej praktyki. Tym bardziej, że zjazd odbywa się w wersji hybrydowej. Dzięki temu w wydarzeniu tak ważnym dla naszej zawodowej społeczności może wziąć udział znacznie więcej osób.

Mam nadzieję, że XXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej odbędzie się już zgodnie z planami – w maju 2022 roku w Białymstoku.

Życzę Państwu owocnych obrad, spełnienia marzeń i sukcesów zawodowych

Dawid Murawa
Prezes PTChO w kadencji 2020–2022

5th ESDO Masterclass



DO`s and DON`Ts in GASTROINTESTINAL ONCOLOGY

September 10–11, 2021 Krakow VIRTUAL with live sessions

www.esdo.viamedica.pl

The Virtual live sessions are intended only for persons authorized to prescribe drugs or pharmacists and for persons trading medicinal products — legal basis. Act of 6 September 2001. Pharmaceutical Law (Journal of Laws from 2019, item 499, as amended).



21-0211.001.004

Szanowni Państwo,

przypominam, że czasopismo *Nowotwory. Journal of Oncology* ufundowało nagrodę *Nowotwory Journal of Oncology – Best Original Paper Award* za najlepszą pracę oryginalną opublikowaną w piśmie w danym roczniku.

Wybór nagrodzonej pracy odbywa się w pierwszym kwartale kolejnego roku w oparciu o dyskusję redakcji z udziałem przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, a także Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej.

Autorzy wybranej pracy są honorowani podczas konferencji Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Nagroda ma także wymiar finansowy. Regulamin znajdą Państwo na stronie www.nowotwory.edu.pl w zakładce *Best Original Paper Award*.

Tytuł nagrodzonej pracy i nazwiska autorów tegorocznej edycji konkursu zostaną ogłoszone w pierwszym kwartale 2022 roku. Zapraszam do składania prac poprzez system elektroniczny dostępny na stronie czasopisma (www.nowotwory.edu.pl).

Wojciech M. Wysocki
Redaktor Naczelny Nowotwory. Journal of Oncology

RAK PIERSI 2021

Aktualne wytyczne postępowania diagnostyczno–terapeutycznego PTOK

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

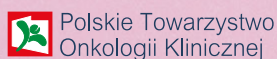
prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

- 
-  VIRTUAL MEETING **31.03.2021 r.**
 -  VIRTUAL MEETING **16.06.2021 r.**
 -  VIRTUAL MEETING **29.09.2021 r.**
 -  VIRTUAL MEETING **17.11.2021 r.**

Szczegółowe informacje
i rejestracja na stronie internetowej:

www.rakpiersiptok.viamedica.pl

PATRONAT



ORGANIZATOR



PATRONAT MEDIALNY



PARTNER



Virtual Meeting jest skierowany tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 499).



20-6108.001.003

Spis treści

Prezentacje ustne.....	1
Prezentacje plakatowe.....	11
Prezentacje na Sesję Młodych PTChO.....	24
Skorowidz autorów	29



**Od ponad 25 lat aktywnie uczestniczymy
w rozwoju nauki i edukacji medycznej**



wydajemy ponad 1200
publikacji oraz broszur



wydajemy
ponad 40 czasopism



organizujemy ponad
180 konferencji rocznie



udostępniamy ponad
8000 godzin filmów edukacyjnych



prowadzimy ponad
40 serwisów internetowych

**Zapraszamy do zapoznania się z różnorodną ofertą produktów
proponowanych przez Via Medica już teraz!**

www.viamedica.pl

Znajdź nas na



Prezentacje USTNE

Przydatność mammografii spektralnej w ocenie wielkości guza w chirurgicznym leczeniu raka piersi. Analiza 668 przypadków pierwotnie operacyjnych raków piersi

Andrzej Lorek

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp. Mammografia spektralna (CESM) to mammografia cyfrowa z dożylnym podaniem środka kontrastowego. Jest to obiecująca nowa metoda obrazowania piersi, która może być wykorzystywana do planowania leczenia chirurgicznego.

Cel. Ocena przydatności CESM w porównaniu z mammografią cyfrową (MG) w ocenie wielkości guza u pacjentek pierwotnie leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi.

Materiał i metody. U 668 chorych pierwotnie leczonych operacyjnie z powodu raka piersi od stycznia 2013 r. do stycznia 2019 r. porównano wymiary guza nowotworowego w CESM i MG z wielkością guza w badaniu histopatologicznym (HP). Dodatkowo zbadano korelację tych wymiarów w zależności od wieku chorych, typu histopatologicznego raka, stopnia złośliwości i podtypu biologicznego zdefiniowanego na podstawie biopsji gruczołowej (BG) w diagnostyce przedoperacyjnej oraz materiału pooperacyjnego.

Wyniki. Średnia różnica wymiarów pomiędzy CESM a badaniem histopatologicznym wynosiła 5 mm. Różnice pomiaru wielkości między CESM i MG były znaczące ($p = 0,00$). Współczynniki korelacji liniowej Pearsona CESM względem HP i MG względem HP wynosiły odpowiednio $-0,01$ przy $p = 0,79$ i $-0,25$ przy $p = 0,00$. Wskazywały, że nie zaobserwowano różnicy między CESM a HP w zależności od wielkości zmiany, natomiast w MG zaobserwowano słabą ujemną korelację pomiędzy tymi wielkościami. Nie stwierdzono zależności pomiędzy wielkością guza mierzonego w CESM a typem biologicznym i stopniem złośliwości raka i wiekiem chorych. Natomiast istotne różnice dotyczyły typu histopatologicznego raka ($p < 0,006$).

Wnioski. CESM stanowi nową przydatną metodę w chirurgicznym planowaniu leczenia raka piersi. Dokładność pomiaru wielkości guza za pomocą CESM nie zależy od wielkości zmiany, zawyża jednak wielkość średnio o ok 5 mm. Różnice w odwzorowaniu wielkości zmian w CESM nie zależą

od wieku chorych, stopnia złośliwości i podtypu biologicznego raka, dotyczą natomiast typu histopatologicznego i są istotnie większe w rakach przedinwazyjnych.

Rak przewodowy *in situ* gruczołu piersiowego zdiagnozowany po biopsji gruczołowej. Czy potrzebne są zmiany sposobu kwalifikacji chorych do procedury biopsji węzła wartowniczego

Tomasz Nowikiewicz¹, Marta Drzewiecka²,
Wojciech Zegarski¹

¹Katedra Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum
UMK, Bydgoszcz

²Centrum Onkologii, Bydgoszcz

Wstęp. Rak wewnątrzprzewodowy (DCIS) stanowi obecnie 15–30% przypadków nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego. Jest rozpoznawany najczęściej u kobiet poddanych mammografii skryningowej oraz biopsji gruczołowej (BG) podejrzanych zmian.

Cel. Ocena aktualnych wskazań do wykonania procedury biopsji węzła wartowniczego (SLNB) u chorych z DCIS.

Materiał i metody. 302 chorych z DCIS zdiagnozowanym po BG, leczonych w latach 2016–2019. Określono liczbę przypadków i czynniki związane z rozpoznaniem zmian inwazyjnych po leczeniu operacyjnym (*upstaging*), liczbę i rodzaj zmian przerzutowych w węźle wartowniczym oraz zasadność wykonania SLNB.

Wyniki. 211 chorych (69,9%) poddano leczeniu oszczędzającemu gruczoł piersiowy (BCT – grupa I), pozostałych 91 (30,1%) wymagało mastektomii (grupa II). W 77 przypadkach (25,5%) po wycięciu zmiany pierwotnej rozpoznano postać inwazyjną raka (19,4% vs. 39,6%; $p = 0,002$). *Upstaging* rozpoznania histopatologicznego dotyczył najczęściej guzów palpacyjnych, o wielkości >5 cm, uwidoczniomych w badaniu ultrasonograficznym ($p < 0,005$). SLNB wykonano u 140 chorych (66,4%) z grupy I oraz w każdym przypadku mastektomii. Zmiany przerzutowe w węźle wartowniczym zdiagnozowano u 17 chorych. Jednak w grupie I nie stanowiły one w żadnym przypadku wskazania do wykonania uzupełniającej limfadenektomii pachowej.

Wnioski. Możliwa w wybranych grupach chorych na raka piersi deeskalacja postępowania chirurgicznego stanowi ugruntowany trend dotyczący aktualnego standardu leczenia tej choroby. Wyniki obserwacji wskazują na konieczność zmodyfikowania kolejnych zaleceń terapeutycznych – zasad sposobu kwalifikacji chorych z DCIS do SLNB. Zasadne jest całkowite odstąpienie od wykonania SLNB u chorych z DCIS poddanych BCT (niezależnie od ostatecznego wyniku weryfikacji histopatologicznej zmiany pierwotnej).

Analiza wczesnych wyników leczenia uzupełniającego chorych na czerniaka po radykalnej resekcji

Piotr Rutkowski, Joanna Placzke, Aneta Borkowska, Zespół Zachowawczy Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków – reprezentant: Hanna Kosela-Paterczyk, Marcin Zdzienicki

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Wstęp. Leczenie uzupełniające inhibitorami BRAF/MEK lub immunologicznymi punktami kontrolnymi (ICI) jest stosowane u chorych na czerniaka po radykalnej resekcji w III/IV stopniu zaawansowania.

Cel. Analiza danych rzeczywistych dotycząca skuteczności i bezpieczeństwa leczenia uzupełniającego czerniaka w jednym ośrodku referencyjnym.

Materiał i metody. Analiza danych 69 pacjentów po resekcji czerniaka w stopniu III/IV, którzy ukończyli leczenie uzupełniające w okresie od kwietnia 2019 r. do października 2020 r. Stosowano niwolumab i pembrolizumab (36 chorych) lub dabrafenib z trametynibem (DT) (33 chorych). Mediana wieku: 62 lata (IQR: 47–68), 57% z chorobami współistniejącymi; 58% w stopniu sprawności 0 wg WHO, u 64% wykryto mutację BRAF. Rozkład stopni zaawansowania wg AJCC8: IIIA – 3%, IIIB – 19%, IIIC – 64%, IIID – 6% i IV – 6%.

Wyniki. Planowe zakończenie rocznego leczenia uzupełniającego istotnie zwiększyło prawdopodobieństwo 18-miesięcznego przeżycia bez nawrotu (RFS): 92% wobec 61% w grupie z nieplanowo zakończonym leczeniem ($p < 0,001$). Terapię przerwano z powodu: zdarzeń niepożądanych (AE) u 11 (16%) osób, nawrotu choroby u 12 (17%) osób. AE obserwowano u 64% chorych; więcej w grupie DT w porównaniu z anty-PD1; odpowiednio 73% i 55% ($p = 0,05$). Odsetek 18-miesięcznego RFS wyniósł w całej grupie 80,7% (95% CI: 0,71–0,91), u pacjentów z AE: 88,5%, bez AE: 67,6% ($p = 0,005$). W grupie leczonej anty-PD1 po 18 miesiącach wskaźnik RFS wyniósł 84,4% u chorych z AE w porównaniu z 61,4% u chorych bez AE ($p = 0,0641$). Rodzaj stosowanego leku nie wpłynął istotnie na 18-miesięczny RFS: 74% w grupie anty-PD-1 i 87% w DT ($p = 0,117$).

Wnioski. Zebrane dane pokazują, że leczenie uzupełniające chorych na czerniaka jest dobrze tolerowane i daje podobne wczesne wskaźniki przeżycia bez nawrotów do tych obserwowanych w badaniach klinicznych.

Leczenie przedoperacyjne chorych na resekcyjnego czerniaka w stopniu III i IV

Anna M. Czarnecka¹, Krzysztof Ostaszewski¹, Aneta Borkowska¹, Katarzyna Kozak¹, Joanna Placzke¹, Tomasz Świtaj¹, Paweł Rogala¹, Iwona Kalinowska¹, Hanna Kosela-Paterczyk¹, Konrad Zaborowski¹, Paweł Teterycz¹, Andrzej Tysarowski², Donata Makula³, Anna Szumera-Ciećkiewicz⁴, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

²Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

³Zakład Radiologii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

⁴Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Wstęp. Leczenie przedoperacyjne chorych na miejscowo zaawansowanego czerniaka może pozwolić na radykalną resekcję zmian oraz przyczynić się do długotrwałej kontroli choroby. Historycznie chorzy na czerniaka zaawansowanego lokoregionalnie mieli złe rokowanie.

Cel. Ocena skuteczności leczenia neoadjuwantowego chorych na resekcyjnego czerniaka w stopniu III/IV.

Materiały i metody. Do analizy włączano chorych na czerniaka poddanych leczeniu neoadjuwantowemu inhibitorami BRAF/MEK lub immunoterapią anty-PD1 (1 października 2014 r. – 30 czerwca 2020 r.). Terapię przedoperacyjną stosowano przez co najmniej 12 tygodni, a po resekcji terapia uzupełniająca była kontynuowana przynajmniej przez rok. Badania obrazowe wykonywano co 3 miesiące.

Wyniki. 37 chorych leczono dabrafenibem z trametynibem, 3 – wemurafenibem z kobimetynibem, 5 – monoterapią wemurafenibem i 1 – dabrafenibem. Immunoterapię pembrolizumabem otrzymało 7 chorych, niwolumabem – 5, a 1 chory – kombinację ipilimumabu z niwolumabem. Po terapii celowanej uzyskano 72% resekcji R0, a po immunoterapii – 69%. Spośród chorych z resekcją R1 wznowa miejscowa wystąpiła u 2 chorych po terapii ukierunkowanej molekularnie i u 3 po immunoterapii. U chorych leczonych inhibitorami BRAF/MEK całkowitą odpowiedź patologiczną

potwierdzono u 10 osób. Roczny OS wyniósł 90,9%, 2-letni – 73,7%, a PFS odpowiednio – 84,3% i 55,5%. U pacjentów, u których stwierdzono <10% komórek czerniaka w preparacie po resekcji, RFS i OS były istotnie dłuższe niż u pozostałych chorych ($p < 0,05$). Częstość powikłań w okresie okołoperacyjnym była typowa dla chorych poddanych limfadenektomii. Żaden z chorych nie przerwał terapii lub nie zmarł w czasie leczenia przedoperacyjnego z powodu toksyczności lub progresji choroby.

Wnioski. Leczenie okołoperacyjne kombinacją inhibitorów BRAF/MEK lub immunoterapią anty-PD1 jest skuteczne i bezpieczne w miejscowo zaawansowanym czerniaku. Leczenie przedoperacyjne z >90% odpowiedzią patologiczną koreluje z długotrwałym przeżyciem chorych.

Zapobieganie nieszczelności zespolenia przełykowo-jelitowego przy pomocy śródoperacyjnego testu z błękitem metylenowym u chorych na zaawansowanego raka żołądka

Katarzyna Sędlak, Zuzanna Pelc, Sebastian Kobiółka, Agata Gąsławska-Kupisz, Magdalena Skórzewska, Karol Rawicz-Pruszyński, Andrzej Kurylcio, Wojciech Polkowski
Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Wstęp. Nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego (NZPJ) jest najpoważniejszym powikłaniem po gastrektomii, które zdarza się u 5–14% chorych na zaawansowanego raka żołądka (ZRŻ). Jedną z metod zapobiegania NZPJ jest śródoperacyjny test z błękitem metylenowym (ŚTBM).

Cel. Sprawdzenie użyteczności ŚTBM w zapobieganiu objawowego NZPJ po gastrektomii z powodu ZRŻ.

Materiał i metody. Do analizy włączono 114 chorych na ZRŻ, u których po gastrektomii lub proksymalnej resekcji żołądka dokonano rekonstrukcji przewodu pokarmowego odpowiednio metodą Roux-en-Y lub tzw. *double tract reconstruction*. Wszystkie zespolenia przełykowo-czce wykonywano standardowo: koniec do boku, za pomocą staplera okrężnego nr 25. ŚTBM wykonywano, podając 100 ml 2% roztworu błękitu metylenowego w soli fizjologicznej, pod ciśnieniem 20 kPa, przez sondę nosowo-jelitową, której koniec umieszczano kilka cm poniżej zespolenia, a jelito czce zamykano dystalnie miękką klemą jelitową. Sterylna gaza umieszczona wokół zespolenia służyła uwidocznieniu potencjalnego miejsca przecieku. W przypadku stwierdzenia przecieku ręcznie zakładano dodatkowe szwy uszczelniające zespolenie i powtarzano test – aż do potwierdzenia braku przecieku.

Wyniki. NZPJ wykryto śródoperacyjnie u 10 (8,8%) chorych. W przebiegu pooperacyjnym objawy kliniczne NZPJ stwierdzono u 5 (4,4%) chorych, w tym u 3, u których NZPJ wykryto śródoperacyjnie. W pozostałych 2 przypadkach objawowa

NZPJ pojawiła się pomimo ujemnego ŚTBM. Czułość, swoistość, pozytywna i negatywna wartość predykcyjna oraz dokładność ŚTBM wynosiły odpowiednio 60%, 90%, 30%, 98% i 92%.

Wnioski. ŚTBM może o połowę zmniejszyć odsetek NZPJ, co potwierdza jego skuteczność w zapobieganiu klinicznie jawnej NZPJ spowodowanej błędem technicznym chirurga. Prawdopodobnie inne przyczyny (niedożywienie, zaburzenia ukrwienia) są powodem pozostałych NZPJ, których pojawieniu się w przebiegu pooperacyjnym nie udało się zapobiec.

Leczenie chorych na miejscowo zaawansowanego raka z komórek Merkla. Wyniki badania wieloośrodkowego

Monika Dudzisz-Śledź¹, Paweł Sobczuk¹, Katarzyna Kozak¹, Tomasz Świtaj¹, Hanna Kosęła-Paterczyk¹, Anna M. Czarnecka¹, Sławomir Falkowski¹, Monika Dudzisz-Śledź¹, Tadeusz Morysiński¹, Mateusz Spalek¹, Marcin Zdzienicki¹, Tomasz Goryń¹, Marcin Ziętek², Bożena Cybulska-Stopa³, Stanisław Kłęk⁴, Grażyna Kamińska-Winciorek⁵, Barbara Ziółkowska⁶, Anna Szumera-Ciećkiewicz^{7,8}, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

²Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu; Oddział Chirurgii Onkologicznej, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław

³Klinika Onkologii Klinicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie, Kraków

⁴Klinika Chirurgii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie, Kraków

⁵Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice

⁶II Klinika Radioterapii i Chemioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice

⁷Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej; Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

⁸Zakład Diagnostyki Hematologicznej Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa

Wstęp. Rak z komórek Merkla (MCC) jest rzadko występującym, agresywnym nowotworem, wymagającym wielospo-

cialistycznego leczenia. Podstawą postępowania w chorobie zaawansowanej miejscowo (laMCC) jest chirurgia, niekiedy uzupełniona o radioterapię (RTH), rzadziej chemioterapię (CHT). W przypadku braku klinicznych przerzutów w węzłach chłonnych (LN) wskazane jest wykonanie biopsji węzła wartowniczego (SLNB).

Cel. Analiza charakterystyki chorych na laMCC i wyników ich leczenia.

Materiał i metody. Przeprowadzono retrospektywną analizę danych 161 chorych na laMCC leczonych w 4 ośrodkach. Zebrano informacje epidemiologiczne i kliniczne. Przeżycia analizowano metodą Kaplana-Meiera, testem log-rank i wieloczynnikowej regresji Coxa.

Wyniki. Mediana wieku wyniosła 72 lata. Lokalizacja MCC: kończyny dolne – 32,9%, kończyny górne – 29,2%, głowa i szyja – 29,2%. Mediana wielkości guza: 25,5 mm. Przerzuty w LN u 28,6% pacjentów przy rozpoznaniu. 96,9% poddano resekcji, 3,1% pacjentów otrzymało wyłącznie RTH, SLNB wykonano u 38%, resekcję blizny – u 51,3%, LND – u 26,7%. 51,9% leczono okołooperacyjne (RTH – 86,4%, CHT – 21%). Mediana obserwacji wyniosła 2,2 roku, odsetek nawrotów – 38,3%. Wskaźniki 2-letniego DFS, LRFS i DMFS wyniosły 57%, 61% i 86%, mOS – 6,8 roku. Negatywnymi czynnikami ryzyka dla DFS były: płeć męska, zajęcie LN, brak SLNB u pacjentów bez przerzutów klinicznych w LN (brak SLNB) i brak okołooperacyjnej RTH, dla OS: płeć męska, wiek >70 lat, zajęcie LN oraz brak SLNB.

Wnioski. Płeć męska, zajęcie LN w momencie rozpoznania oraz brak SLNB wiążą się ze złym rokowaniem pod względem DFS i OS. Okołooperacyjna RTH nie wpływa na OS, ale zmniejsza ryzyko progresji. Okołooperacyjna CHT nie wpływa na przeżycie.

Rola wskaźnika węzłowego u chorych na zaawansowanego raka żołądka leczonych w sposób skojarzony

Sebastian Kobiółka, Katarzyna Sędkak,

Agata Gaśławska-Kupisz, Zuzanna Pelc, Karol Rawicz-Pruszyński,

Magdalena Skórzewska, Wojciech Polkowski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medycznego w Lublinie, Lublin

Wstęp. Współczesne leczenie chorych na raka żołądka (RŻ) oparte jest na terapii skojarzonej, tj. chemioterapii neoadjuwantowej (NAC) i gastrektomii z limfadenektomią D2. Ta ostatnia obejmuje usunięcie węzłów chłonnych (LN) ze stacji: 1–7, 8a, 9, 10, 11p–d, 12a. Obecność przerzutów w węzłach chłonnych jest jedynym czynnikiem prognostycznym zależnym od chirurga po leczeniu skojarzonym. Wskaźnik węzłowy (LNR) to stosunek LN do wszystkich pobranych LN. Wysoki LNR, jako niezależny wskaźnik prognostyczny, jest związany z krótszym przeżyciem u chorych na zaawansowa-

nego RŻ. Brak jest jednoznacznych danych na temat wpływu NAC na LNR (ypLNR) u chorych na zaawansowanego RŻ.

Cel. Ocena wpływu NAC na ypLNR u chorych na zaawansowanego RŻ.

Materiał i metody. Badaniem objęto 265 chorych na zaawansowanego RŻ leczonych w sposób skojarzony, operowanych w sposób radykalny w latach 2015–2020 w Klinice Chirurgii Onkologicznej UM w Lublinie. Kryteria wykluczające z badania obejmowały brak chemioterapii neoadjuwantowej, nieadekwatną limfadenektomię (<D2 i/lub pobranie <15 LN) oraz brak odpowiedzi ogniska pierwotnego na NAC. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 95 pacjentów.

Wyniki. Wykazano istotność statystyczną pomiędzy ypLNR a średnicą i stopniem zaawansowania klinicznego ogniska pierwotnego ($p < 0,001$), podtypem histologicznym wg Laurena ($p = 0,001$) oraz odpowiedzią ogniska pierwotnego na NAC ($p < 0,0001$). Analiza wieloczynnikowa wskazywała ypLNR jako niezależny czynnik prognostyczny u chorych z typem jelitowym i brakiem odpowiedzi ogniska pierwotnego na NAC.

Wnioski. ypLNR jest prostym i obiektywnym wskaźnikiem oceniającym wpływ chemioterapii neoadjuwantowej na status węzłowy u chorych na zaawansowanego RŻ.

Nowotwory wtórne w trakcie leczenia systemowego (immunoterapia i terapia celowana) u chorych na czerniaki w stopniu III nieoperacyjnym oraz IV. Znaczenie i rola chirurgii onkologicznej

Bożena Cybulska-Stopa¹, Joanna Welanyk²,

Aleksandra Litewka², Nicole Kantor², Karolina Piejko¹,

Stanisław Kłęk²

¹Klinika Onkologii Klinicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie, Kraków

²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie, Kraków

Wstęp. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby nowotworów wtórnych u chorych po zakończonym leczeniu onkologicznym. Brakuje natomiast danych dotyczących częstości występowania oraz zasad postępowania z nowotworami wtórnymi występującymi w trakcie paliatywnego leczenia systemowego.

Materiał i metody. Do badania włączono 321 chorych na czerniaki w stopniu III nieoperacyjnym oraz IV, którzy rozpoczęli leczenie systemowe terapią celowaną (iBRAF+/-MEK) lub immunoterapią (inhibitory anty-PD-1) w latach 2013–2020. Zebrano dane kliniczne o chorych w momencie rozpoczęcia leczenia systemowego oraz informacje dotyczące wykonywanych zabiegów chirurg-

gicznych w trakcie terapii, a następnie oceniono ich wpływ na OS.

Wyniki. Mediana wieku wyniosła 63 lata (zakres: 22–93 lat). Mutacja BRAF była obecna u 57% chorych, przerzuty do mózgowia – u 23% chorych. 55% chorych otrzymało immunoterapię jako leczenie pierwszej linii. W trakcie leczenia systemowego zabiegi chirurgiczne z usunięciem zmian nowotworowych wykonywano 29 razy. U 10 (3%) chorych stwierdzono nowotwory wtórne i we wszystkich przypadkach przeprowadzono radykalne leczenie chirurgiczne. U chorych otrzymujących leczenie celowane stwierdzono tylko nowotwory wtórne skóry (4 przypadki raka podstawonokomórkowego i po jednym przypadku czerniaka pierwotnego oraz raka płaskonabłonkowego skóry). Natomiast u chorych leczonych immunoterapią stwierdzono nowotwory innych lokalizacji (2 nowotwory złośliwe piersi i po jednym przypadku raka jelita grubego i pęcherza moczowego). Wszyscy chorzy kontynuowali leczenie systemowe po chirurgicznym usunięciu nowotworów wtórnych (mediana czasu leczenia: 33 miesiące). Wykazano znamienne dłuższe OS u chorych, u których wykonywano zabiegi chirurgiczne ($p = 0,0187$; HR = 3,3; CI 95%: 1,3–21,5), jak również dla tych, u których stwierdzono nowotwory wtórne ($p = 0,0029$; HR = 0,3; CI 95%: 0,1–0,6).

Wnioski. W trakcie leczenia terapią celowaną lub immunoterapią może dojść do powstania wtórnych nowotworów, dlatego należy monitorować chorych pod tym kątem, jak również przeprowadzać diagnostykę różnicową nowopowstałych zmian. Nie należy rezygnować z przeprowadzenia radykalnych zbiegów chirurgicznych, ponieważ mogą one wpływać na wydłużenie OS.

Ocena skuteczności leczenia ukrytego raka piersi z zaoszczędzeniem piersi

Łukasz Kalinowski, Paweł Winter, Zbigniew I. Nowecki

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Wstęp. Ukryty rak piersi (OBC) stanowi 0,3–1% rozpoznanych raków piersi.

Cel. Ocena skuteczności leczenia ukrytego raka piersi z zaoszczędzeniem piersi.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 15 pacjentek w wieku 41–76 lat, u których rozpoznano OBC, leczonych przez 7 lat w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB w Warszawie. Rozpoznanie postawiono na podstawie biopsji gruboigłowej guza pachy oraz negatywnych wyników badań obrazowych. U 13 wykonano MRI piersi. Zaawansowanie kliniczne: cN1 (4 pacjentki), cN2 (10 pacjentek) i cN3 (1 pacjentka). Wśród chorych dominował podtyp biologiczny luminalny (8 pacjentek) i HER2+ (6 pacjentek). U 14 pacjentek zastosowano systemowe le-

czenie przedoperacyjne: u 11 chemioterapię, a u 3 hormonoterapię. U pacjentek z OBC wykonano limfadenektomię pachową bez mastektomii. U wszystkich chorych zastosowano pooperacyjną radioterapię oraz – w przypadku 11 pacjentek – hormonoterapię uzupełniającą.

Wyniki. pCR uzyskano u 7 (64%) kobiet po chemioterapii i u 1 (17%) chorej po hormonoterapii. Wszystkie pacjentki pozostają w obserwacji w Poradni Chirurgicznej Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB. W okresie obserwacji nie stwierdzono nawrotu choroby.

Wnioski. U chorych z rozpoznaniem ukrytym rakiem piersi limfadenektomia bez mastektomii z następową radioterapią +/- systemowym leczeniem pooperacyjnym jest bezpiecznym i skutecznym sposobem leczenia. Włączenie przedoperacyjnego leczenia systemowego pozwoliło na uzyskanie pCR u 8 pacjentek (57%).

Własna technika izolacji zakażonych owrzodzeń nowotworowych od reszty pola operacyjnego w radykalnych zabiegach resekcyjnych

Weronika Szczecińska¹, Sergii Girnyj², Artur Wiski³, Jakub Woźniak¹, Kinga Pachnik¹, Michalina Ciosek², Jacek Zieliński²

¹Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

³Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie, Koszalin

Wstęp. Owrzodzenia w obrębie skóry i tkanki podskórnej są jednymi z miejscowych objawów niektórych nowotworów. Metodą z wyboru w większości takich przypadków jest postępowanie chirurgiczne. Flora bakteryjna owrzodzeń nowotworowych została opisana jedynie w kilku publikacjach, natomiast nie opisano dotychczas technik resekcyjnych obejmujących izolację zainfekowanego owrzodzenia nowotworowego od reszty pola operacyjnego.

Cel. Przedstawienie własnej metody izolacji zakażonego owrzodzenia, której celem jest uniknięcie zakażenia miejsca operowanego (SSI).

Materiał i metody. Do badania zakwalifikowano 20 chorych z zakażonymi owrzodzeniami nowotworowymi. W każdym przypadku wykonywano badanie mikrobiologiczne z owrzodzenia. W celu izolacji owrzodzenia nowotworowego opracowano algorytm składający się z: odkażenia całego pola operacyjnego środkiem alkoholowym, pokrycia całego owrzodzenia wraz z marginesem tkanek zdrowych opatrunkiem nasączonym 10% roztworem *povidone iodine*, ponownego odkażenia pozostałego pola operacyjnego środkiem alkoholowym, wykonania resekcji radykalnej, wykonania pokrycia ubytku plastyką miejscową lub przeszczepem pośredniej grubości.

Wyniki. W grupie 20 chorych wykonano uzupełnienie ubytku po resekcji: plastykę miejscową – u 10 osób, a u pozostałych 10 – przeszczep pośredniej grubości. W wykonanej przedoperacyjnie mikrobiologii owrzodzeń nowotworowych stwierdzono bakterie tlenowe, głównie: *E. Coli*, *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium*, *Pseudomonas* oraz beztlenowe: *Fusobacterium spp.*, *Bacteroides spp.* W ocenie pooperacyjnej gojenia ran nie stwierdzono w żadnym z przypadków SSI. W raporcie patologicznym u wszystkich chorych stwierdzono wycięcie radykalne.

Wnioski. Technika metody izolacji owrzodzenia w trakcie zabiegu resekcyjnego z użyciem 10% roztworu *Povidone Iodine* jest skuteczną metodą profilaktyki SSI. Zastosowanie własnej metody izolacji owrzodzenia w trakcie zabiegu resekcyjnego z użyciem opatrunku poprawiło radykalność wykonanych zabiegów.

Biopsja węzła chłonnego wartowniczego metodą ferromagnetyczną u chorych na raka piersi po chemioterapii neoadjuwantowej.

Ocena skuteczności metody

Agata Gąsławska-Kupisz, Katarzyna Sędlak,
Sebastian Kobiółka, Zuzanna Pelc, Magdalena Skórzewska,
Andrzej Kurylcio, Karol Rawicz-Pruszyński,
Wojciech Polkowski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny
w Lublinie, Lublin

Wstęp. Biopsja węzła chłonnego wartowniczego (SNB) metodą ferromagnetyczną (SPIO) jest minimalnie inwazyjną metodą oceny stopnia zaawansowania klinicznego u chorych na raka piersi z węzłami chłonnymi wolnymi od przerzutów. U chorych po chemioterapii neoadjuwantowej (NAC) standardem postępowania jest metoda izotopowo-barwnikowa z identyfikacją przynajmniej 3SN.

Cel. Ocena skuteczności i bezpieczeństwa SNB metodą ferromagnetyczną u chorych na raka piersi poddanych NAC.

Materiały i metody. Analizą objęto 74 chore na raka piersi leczone w Klinice Chirurgii Onkologicznej UM w Lublinie w latach 2013–2020.

Wyniki. U 32 chorych (43%) guz był zlokalizowany w górnym zewnętrznym kwadrancie piersi. Najczęstszym guzem był rak przewodowy (71.6%). U 9 chorych (12%) stwierdzono klinicznie zajęte węzły chłonne przed NAC. W ultrasonograficznym badaniu kontrolnym u wszystkich chorych po przebyciu NAC opisano klinicznie węzły chłonne wolne od przerzutów. U 42 chorych (57%) stwierdzono całkowitą odpowiedź na leczenie systemowe. U 61 chorych (82%) nie stwierdzono przerzutów w SN w pooperacyjnym materiale patomorfologicznym. Współczynnik identyfikacji SN metodą SPIO wyniósł 100%. Zidentyfikowano średnio 4 SN. Średni czas pobrania SN wyniósł 20 minut.

Wnioski. Biopsja węzła chłonnego wartowniczego metodą ferromagnetyczną jest skutecznym i bezpiecznym onkologicznie sposobem identyfikacji SN u chorych na raka piersi poddanych chemioterapii neoadjuwantowej.

Chirurgia dołu pachowego po leczeniu neoadjuwantowym

M Banys-Paluchowski^{1, 2}, M Gasparri^{3, 4}, J De Boniface^{5, 6},
O Gentilini⁷, E Stickeler⁸, S Hartmann⁹, M Thill¹⁰, IT Rubio¹¹,
R Di Micco⁷, EA Bonci^{12, 13}, L Niinikoski¹⁴, M Kontos¹⁵,
GK Cakmak¹⁶, M Hauptmann¹⁷, F Peintinger¹⁸, D Pinto¹⁹,
Z Matrai²⁰, D Murawa²¹, G Kadayaprath²², L Dostalek²³,
H Nina²⁴, P Krivorotko²⁵, JM Classe²⁶, E Schlichting²⁷,
M Appelgren⁵, P Paluchowski²⁸, C Solbach²⁹, JU Blohmer³⁰,
T Kühn³¹, A Ławnicka³², M Bąk^{21,32}, R Balicka-Poźniak³³,
AXSANA study group

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Campus
Lübeck, University Hospital of Schleswig Holstein, Lübeck,
Germany

²Medical Faculty, Heinrich-Heine-University Düsseldorf,
Düsseldorf, Germany

³Department of Gynecology and Obstetrics, Ente Ospeda-
liero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano, Lugano,
Switzerland

⁴Faculty of Biomedicine, University of the Italian Switzer-
land, Lugano, Switzerland

⁵Department of Molecular Medicine and Surgery, Karolin-
ska Institutet, Stockholm, Sweden

⁶Department of Surgery, Capio St. Göran's Hospital, Stock-
holm, Sweden

⁷Breast Surgery Unit, San Raffaele Hospital Milan, Milan, Italy

⁸Department of Gynecology and Obstetrics, University
Hospital Aachen, Aachen, Germany

⁹Department of Gynecology and Obstetrics, University
Hospital Rostock, Rostock, Germany

¹⁰Department of Gynecology and Gynecological Onco-
logy, AGAPLESION Markus Krankenhaus, Frankfurt am
Main, Germany

¹¹Breast Surgical Unit, Clínica Universidad de Navarra,
Madrid, Spain

¹²Department of Surgical Oncology, Prof. Dr. Ion Chiricut,ă
Institute of Oncology, Cluj-Napoca, Romania

¹³11th Department of Oncological Surgery and
Gynecological Oncology, Iuliu Hatieganu University of
Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

¹⁴Breast Surgery Unit, Comprehensive Cancer Center, Helsin-
ki University Hospital, University of Helsinki, Helsinki, Finland

¹⁵1st Department of Surgery, Laiko Hospital, National and
Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

¹⁶Breast and Endocrine Unit, General Surgery Depart-
ment, Zonguldak BEUN The School of Medicine, Kozlu/
Zonguldak, Turkey

¹⁷Brandenburg Medical School Theodor Fontane, Neuruppin, Germany

¹⁸Institut für Pathologie, Medical University of Graz, Graz, Austria

¹⁹Champalimaud Clinical Center, Breast Unit, Champalimaud Foundation, Lisboa, Portugal

²⁰Department of Breast and Sarcoma Surgery, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary

²¹Collegium Medicum, University of Zielona Gora, Zielona Gora, Poland

²²Breast Surgical Oncology and Oncoplastic Surgery, Max Institute of Cancer Care, Max Healthcare Delhi, Delhi, India

²³Gynecologic Oncology Center, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University, General University Hospital, Prague, Czech Republic

²⁴Oncology Hospital, University Hospital Center Nene Tereza, Tirana, Albania

²⁵Petrov Research Institute of Oncology, Saint-Petersburg, Russia

²⁶Department of surgical oncology, Institut de cancerologie de l'Ouest Nantes, Saint Herblain, France

²⁷Department for Breast and Endocrine Surgery, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

²⁸Department of Gynecology and Obstetrics, Regio Klinikum Pinneberg, Pinneberg, Germany

²⁹Breast Center, Department of Gynecology and Obstetrics, University of Frankfurt, Frankfurt am Main, Germany

³⁰Department of Gynecology and Breast Cancer Center, Charite Berlin, Berlin, Germany

³¹Department of Gynecology and Obstetrics, Klinikum Esslingen, Esslingen, Germany

³²Clinical Department of General and Oncological Surgery, University Hospital in Zielona Gora, Zielona Gora, Poland

³³Clinical Department of Radiotherapy, Department of Radiotherapy, University Hospital in Zielona Gora, Zielona Góra, Poland

Wstęp. AXSANA to prospektywne wieloośrodkowe badanie kohortowe w celu oceny różnych metod chirurgicznych określających stopień zajęcia układu chłonnego dołu pachowego u pacjentek z klinicznie zdiagnozowanym rakiem piersi z przerzutami do węzłów chłonnych leczonych chemioterapią neoadjuwantową. Docelowo badaniem będzie objętych 3000 pacjentek. Badanie planowane jest na 10 lat. Dotychczas do udziału w badaniu zostało zgłoszonych 20 państw, w tym Polska.

Cel. Podstawowe cele badania to ocena 5-letniego czasu przeżycia wolnego od choroby inwazyjnej u pacjentek z cN+–ycN0 leczonych różnymi technikami; ocena odsetka nawrotów pachowych w okresie trzyletnim; ocena jakości życia i chorobowości ze strony kończyny górnej.

Materiał i metody. Do kryteriów włączenia należą: pierwotny inwazyjny rak piersi; cN+; cT1–cT4c; zaplanowana neoadjuwantowa terapia systemowa. Według wstępnych danych zrekrutowano dotychczas 583 pacjentki, średnia wieku: 52 lata. Zaawansowanie choroby to cT2 (62%), cT1 (22%), cT3 (14%) oraz cT4 (3%). Rak jednoogniskowy obecny był u 75% pacjentek, dwuogniskowy u 15%, 3- i więcej ogniskowy – u 10%, multicentryczny – u 14%. Status węzłów chłonnych: 67% było podejrzane w badaniu palpacyjnym, a 97% w badaniu ultrasonograficznym. U 38% 1 węzeł chłonny pachowy był podejrzany o przerzuty, u 21% były to 2 węzły, u 17% – 3 węzły, a u 24% – co najmniej 4 węzły. U 61% pacjentek węzły były klipsowane przed chemioterapią. Typy używanych znaczników węzłowych: 14% – znacznik węglowy, 0% – radioizotop, 10% – znacznik magnetyczny, 0,6% – znacznik radarowy, 76% – klips/spirala. Planowany typ operacji pachowej prezentował się dotychczas następująco: 38% – ALND, 13% – SLNB, 46% – TAD, 1% – TLNB, 2% – inne. Badanie jest w początkowej fazie. Końcowe wyniki mają na celu ujednolicenie i poprawę schematów leczenia oraz przyczynienie się do zminimalizowania powikłań po leczeniu chirurgicznym pachy u pacjentek z rakiem piersi.

Realizacja, wskazania i powikłania procedur CRS + HIPEC w leczeniu pierwotnych i wtórnych nowotworów otrzewnej – 7 lat doświadczeń Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu

Krzysztof Szewczyk^{1, 2}, Mirosław Wapłak¹, Joanna Mazurak¹, Aleksandra Laskowska¹, Marek Bębenek¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław

²Katedra Onkologii, Zakład Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Wstęp. Wybrani chorzy z rozsiewem otrzewnowym nowotworów przewodu pokarmowego (zwłaszcza żołądka i jelita grubego), jajnika oraz z pierwotnymi nowotworami otrzewnej odnoszą korzyść z zastosowania chirurgii cytoredukcyjnej (CRS) połączonej z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (HIPEC). W Polsce tylko kilka ośrodków onkologicznych wykonuje regularnie procedury CRS + HIPEC, podczas gdy zapotrzebowanie na nie określono na minimum 2000 rocznie.

Cel. Analiza liczby, wskazań i powikłań procedur CRS + HIPEC wykonanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej I Dolnośląskiego Centrum Onkologii (DCO) od stycznia 2014 r. do marca 2021 r.

Materiał i metody. Utworzono bazę danych (demograficznych, klinicznych, onkologicznych i technicznych) wszystkich pacjentów DCO poddanych procedurze CRS + HIPEC. Przeprowadzono analizę statystyczną danych z wykorzystaniem programu Statistica wersja 12.5 (StatSoft).

Wyniki. Od stycznia 2014 r. do marca 2021 r. wykonano w DCO łącznie 202 procedury CRS + HIPEC, średnio 26 rocznie (zakres 20–35). Wskazaniami były głównie nowotwory jajnika (40%) i jelita grubego (39%), rzadziej międzybłonniak otrzewnej (7%), śluzak rzekomy otrzewnej (6%), nowotwory żołądka (3%) i inne (5%). Zakres cytoredukcji chirurgicznej (CRS) był szeroki: od pojedynczych guzków otrzewnej do rozległych resekcji wielonarządowych radykalnych (CC–0) lub prawie radykalnych (CC–1). Wszystkie procedury HIPEC wykonano w technice zamkniętej. Powikłania III i IV stopnia wg Clavien-Dindo wystąpiły u 12% leczonych. Nie odnotowano zgonów okołoperacyjnych.

Wnioski. Zabiegi CRS + HIPEC są rzadko wykonywane, jakkolwiek bezpieczną i obiecującą, opcją terapeutyczną dla wielu pacjentów z pierwotnymi i wtórnymi nowotworami otrzewnej.

Jednoczasowa, jednoetapowa rekonstrukcja ubytków po resekcji guza piersi w leczeniu oszczędzającym z zastosowaniem uszypułowanych tkanek własnych

Sławomir Cieśla, Mateusz Wichtowski, Dawid Murawa
Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
Szpital Uniwersytecki, Zielona Góra

Wstęp. Operacje oszczędzające pierś w leczeniu raka stanowią standard postępowania. Głównym celem jest uzyskanie wolnych od nowotworu marginesów i zarazem dobrego wyniku estetycznego. Zastosowanie metod onkoplastycznych zarówno I i II stopnia, jak i bardziej złożonych III stopnia, z przeniesieniem tkanek własnych spoza gruczołu piersiowego do ubytku po resekcji nowotworu umożliwia realizację tego zadania.

Cel. Przedstawienie wstępnych wyników leczenia chirurgicznego 25 pacjentek z rakiem piersi, u których zastosowano rekonstrukcję ubytku po resekcji guza uszypułowanymi płatami skórno-podskórnymi.

Materiał i metody. Od 2020 do 2021 r. wykonano 25 operacji częściowej amputacji piersi z powodu raka z jednoczasową rekonstrukcją ubytku z wykorzystaniem płatów skórno-tłuszczowych unaczynionych przez perforatory 5 lub 6 tt. międzyżebrowych. Kontrola pooperacyjna przebiegała wg ustalonego planu. Czas obserwacji wynosił od 2 do 12 miesięcy. Po 4–5 tygodniach podczas kontroli chore wypełniły ankietę BREAST-Q dotyczącą zadowolenia z jakości operowanej piersi.

Wyniki. U 25 pacjentek wykonano szerokie wycięcie guza z jednoczesnym badaniem węzła wartowniczego. U 24 chorych uzyskano histopatologiczne potwierdzenie czystości marginesów, a w 1 przypadku konieczne było poszerzenie wycięcia. U 20 chorych ubytek uzupełniono płatem LICAP; u 4 – płatem MICAP i u 1 – płatem AICAP. W każdym przypadku uzyskano dobre wgojenie przeniesionych tkanek. U jednej osoby stwierdzono częściową martwicę tłuszczową płata,

wygojoną zachowawczo. Ocena jakości operowanej piersi na podstawie 4 stopniowej skali (BREAST-Q) dokonana po 4–5 tygodniach od operacji przez pacjentki wykazała bardzo wysoki poziom zadowolenia (średnio 82,005 pkt w skali RASH).

Wnioski. Stosowanie uszypułowanych płatów skórno-tłuszczowych w częściowej rekonstrukcji gruczołu piersiowego znacznie poszerza możliwości chirurgicznego leczenia zachowującego pierś. Ukryte cięcia chirurgiczne prowadzone w naturalnych fałdach dają doskonałe wyniki estetyczne.

Wielonarządowe resekcje u chorych leczonych operacyjnie z powodu raka żołądka

Marek Sierżęga, Łukasz Bobrzyński, Piotr Kołodziejczyk, Antoni Szczepanik, Piotr Richter
I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum, Kraków

Wstęp. U części chorych na raka żołądka konieczne jest wykonanie resekcji poszerzonych obejmujących poza żołądkiem narządy sąsiadujące. Opisywane dotychczas wyniki takiego postępowania w krajach europejskich dotyczyły zazwyczaj niewielkich populacji chorych.

Cel. Ocena wyników leczenia raka żołądka w zależności od rozległości zabiegu operacyjnego.

Materiał i metody. Dokonano analizy prospektywnie gromadzonej bazy danych 1788 chorych, u których wykonano zabiegi resekcji żołądka z powodu raka gruczołowego, w okresie od 1996 do 2020 w I Katedrze Chirurgii UJ CM. Porównano wyniki okołoperacyjne i rokowanie chorych, u których zabieg ograniczono jedynie do resekcji żołądka (n = 1237) lub zabieg poszerzono o resekcję śledziony (n = 426), trzustki (n = 65) i jelita grubego (n = 60).

Wyniki. U chorych wymagających poszerzonych resekcji stwierdzono wyższy odsetek powikłań w stopniu 3a lub wyższym wg klasyfikacji Claviena i Dindo (29% vs. 16%, p < 0,001), reoperacji (14% vs. 8%, p < 0,001) oraz czasu hospitalizacji (mediana 13 vs. 9 dni, p < 0,001). Spośród poszerzonych resekcji, najniższą wartość wskaźnika powikłań (Comprehensive Complication Index) stwierdzono dla splenektomii, podczas gdy w przypadku trzustki i jelita grubego był on znamienne większy. Mediana czasu przeżycia u chorych podanych jedynie resekcji żołądka wynosiła 39,6 miesiąca (95% CI: 32,8–46,5) i była znamienne większa (p < 0,001) niż dla zabiegów poszerzonych o resekcję śledziony (14,0; 95% CI: 11,9–16,1), trzustki (13,3; 95% CI: 7,3–19,3) czy jelita grubego (8,7; 95% CI: 2,9–14,5). Niemniej w modelu proporcjonalnego hazardu Coxa rodzaj dodatkowo wycinanego narządu nie był niezależnym czynnikiem rokowniczym, a najistotniejszym czynnikiem ryzyka zgonu był brak radykalności onkologicznej.

Wnioski. Rokowanie chorych wymagających resekcji wielonarządowych z powodu raka żołądka uwarunkowane jest przede wszystkim możliwością osiągnięcia radykalności onkologicznej, a nie rodzajem wycinanych narządów.

Obserwacja chorych z rakiem dystalnym odbytnicy i całkowitą odpowiedzią kliniczną po leczeniu przedoperacyjnym. Materiał własny

*Michał Jankowski, Dorian Wiśniewski, Karol Tkaczyński,
Joanna Reszke, Tomasz Wiśniewski,
Manuela Las-Jankowska, Wojciech Zegarski*
Centrum Onkologii, Bydgoszcz

Wstęp. Rak odbytnicy należy do najczęstszych nowotworów przewodu pokarmowego, a jego leczenie jest oparte na interdyscyplinarnym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym.

Cel. Ocena postępowania zachowawczego w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi klinicznej po przedoperacyjnym leczeniu raka odbytnicy.

Materiał i metody. Od 1 lipca 2018 r. do 31 lipca 2021 r. zoperowano radykalnie 308 chorych z powodu raka dystalnej części odbytnicy. U 212 chorych (69%) zastosowano przedoperacyjną radioterapię z chemioterapią lub bez chemioterapii. Całkowitą odpowiedź potwierdzano badaniem klinicznym, RM miednicy oraz badaniem endoskopowym, wykonywanym 11 tygodni od rozpoczęcia radioterapii przedoperacyjnej. W przypadku potwierdzenia całkowitej odpowiedzi klinicznej i braku zgody chorego na zabieg resekcyjny prowadzono nadzór oparty na badaniu przedmiotowym, endoskopowym i badaniach obrazowych (TK, RM).

Wyniki. Obserwację po potwierdzeniu całkowitej odpowiedzi klinicznej prowadzono u 26 chorych (średni wiek: 67 lat; 16 K, 10 M). Czas obserwacji wynosił średnio 11 miesięcy. Nawrót miejscowy rozpoznano u 7 chorych, czas do nawrotu wyniósł średnio 5 miesięcy; 7 chorych było operowanych z intencją radykalności. Jedna chora zmarła w okresie okołoperacyjnym, u pozostałych 6 chorych nie odnotowano nawrotu miejscowego.

Wnioski. Obserwacja w przypadku potwierdzenia całkowitej odpowiedzi klinicznej, może być alternatywnym postępowaniem, w przypadku braku zgody chorego na radykalny zabieg operacyjny.

Czy warto wykonywać operacje ratunkowe po nieudanej rekonstrukcji jednoczasowej piersi u pacjentek z rakiem piersi. Opis przypadku

*Barbara Madej-Czerwonka¹, Paweł Bogacz²,
Maciej Czerwonka², Krzysztof Kozak²*

¹Zakład Anatomii Prawidłowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

²Oddział Chirurgii Piersi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. S. Kard. Wyszyńskiego, Lublin

Wstęp. Rekonstrukcje jednoczasowe piersi uważane są obecnie za metodę z wyboru w leczeniu pacjentek z rakiem piersi w sytuacji klinicznej, gdy operacja oszczędzająca gruczołu piersiowego nie jest możliwa. Stosowanie pooperacyjnej chemioterapii lub/i radioterapii może prowadzić do powikłań wymagających usunięcia implantu. W przeszłości w przypadku powikłań zalecanym postępowaniem było usunięcie implantu. Obecnie zalecenia uległy zmianie.

Opis przypadku. U 38-letniej kobiety z rozpoznaniem wieloogniskowym rakiem piersi lewej wykonano operację podskórnej mastektomii z zaoszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka z biopsją węzła chłonnego wartowniczego oraz jednoczasową rekonstrukcją prepektoralną. Pierwotnie założony implant był zbyt duży i powodował znaczną asymetrię piersi. W trakcie leczenia uzupełniającego doszło do miejscowej infekcji. Brak efektów leczonej infekcji oraz pojawiające się objawy septyczne i cechy martwicy skóry skłoniły chorą do zgłoszenia się do innego ośrodka. Pacjentkę hospitalizowano w Oddziale Chirurgii Piersi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie. W trakcie pobytu chorej prowadzono dożylną celowaną antybiotykoterapię bez usuwania implantu. Po 3 tygodniach terapii usunięto uszkodzony implant i przeprowadzono operację naprawczą. W trakcie zabiegu usunięto martwicze tkanki i założono mniejszy implant. W leczeniu pooperacyjnym stosowano doustną antybiotykoterapię zgodną z posiewem. Stan pacjentki po operacji, jak i w trakcie okresu pooperacyjnego, był dobry. Chora jest pod obserwacją od ponad 6 miesięcy. Zarówno stan miejscowy, jak i efekt estetyczny są bardzo dobre.

Wnioski. Planując zabieg naprawczy, ważne jest utrzymanie jak możliwie najdłużej dotychczasowego implantu w celu zapobiegnięcia obkurczania skóry utrudniającego operację naprawczą. W przypadku pojawienia się infekcji po rekonstrukcji piersi zalecane jest jak najszybsze rozpoczęcie antybiotykoterapii dożylną lekami o szerokim spektrum działania, a następnie podawanie antybiotyków zgodnie z posiewem.

Ocena możliwości prognozowania przebiegu leczenia okołoperacyjnego na podstawie wyniku spirometrii po radykalnym zabiegu u chorych z rakiem przełyku

Michał Jankowski¹, Dariusz Bała¹, Paweł Woropaj²,
Bartosz Skonieczny², Karol Tkaczyński², Dorian Wiśniewski²,
Manuela Las-Jankowska², Wojciech Zegarski¹

¹Katedra Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum
Uniwersytetu M. Kopernika, Bydgoszcz

²Oddział Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii,
Bydgoszcz

Wstęp. Zabieg resekcyjny pozostaje zasadniczym elementem radykalnego leczenia raka przełyku. Jednak z uwagi na rozległość interwencji chirurgicznej jest obarczony dużym ryzykiem powikłań.

Cel. Ocena możliwości prognozowania przebiegu okołoperacyjnego na podstawie przedoperacyjnej spirometrii.

Materiał i metody. Analizie poddano retrospektywnie dane operowanych chorych od stycznia 2016 r. do czerwca

2021 r. Wśród 73 chorych (McKeown – 27, Ivory-Lewis – 43, przezroczowo – 3) okres okołoperacyjny bez istotnych powikłań przeżyło 40 osób (55%). Leczenie przedoperacyjne otrzymało 47 pacjentów (65%). Śmiertelność 90-dniowa wyniosła 12,3% (9 chorych), 30-dniowa – 4% (3 chorych). W okresie pooperacyjnym nieszczelność zespolenia wykryto u 10 chorych (13,7%), u 11 chorych rozpoznano zapalenie płuc (15%). Przeżycia całkowite powyżej 24 miesięcy potwierdzono u co najmniej 25 chorych (34%).

Wyniki. W grupie chorych niepowikłanych średni wynik natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV%) przed zabiegiem operacyjnym wyniósł 87%. U chorych powikłanych: 82%, u chorych z rozpoznaną nieszczelnością zespolenia – 74%. Z uwagi na małe grupy chorych nie przeprowadzano analizy statystycznej.

Wnioski. Niższy wynik natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV%) może wiązać się z powikłanym przebiegiem po resekcji raka przełyku.

Prezentacje PLAKATOWE

Incidentally detected breast apocrine carcinoma on chest CT scan. A case report Abdalla Saad

Abdalla Saad Abdalla Al-Zawi¹, Philip Idaewor¹, Noreen Rasheed¹, Mohamed Elamass¹, Kevin George¹, Vignesh Babu², Ali Salih¹

¹Basildon & Throuck University Hospital, Basildon, United Kingdom

²University College London Hospital, London, United Kingdom

Introduction. Breast apocrine carcinoma (BAC) is a rare type of breast cancer, characterized by large cell size, eosinophilic cytoplasm, and prominent nucleoli. Pure BAC immune-profile show triple negative breast cancer pattern with androgen receptors (AR) expression.

Case report. A 75 year old female has attended chest CT scan which revealed mediastinal and axillary lymphadenopathy, in addition to a small left breast lesion. She has multiple comorbidities as COPD, chronic kidney disease, hypertension, osteoarthritis, limited mobility, glucose intolerance, high cholesterol level and hyperthyroidism. Clinically breasts were unremarkable and axilla examination revealed a thickened tissue area in the left axilla. Breast mammogram and ultrasound showed a 13 mm lesion in the left breast at the 12 o'clock position. The biopsy was consistent with node positive triple negative apocrine carcinoma, with Ki-67 <5%. The patient declined any further management, accordingly was referred to the palliative care team.

Discussion. The apocrine glands are normally located in the breast, sweat glands and salivary glands. BAC is a rare type of breast malignancy, its incidence ~1% of all breast cancers. Apocrine morphology of more than >90% needed to establish the diagnosis the pure BAC. The published revealed that triple negative apocrine carcinomas had a better prognosis than other triple negative breast cancers and the chemotherapy was linked with survival advantages in the triple negative BAC.

Conclusions. BAC is a rare variety of breast cancer, its clinico-pathological characteristics, prognosis, and potential treatment strategies impact stand unclear.

The Oncotype DX recurrence score guided management in hormone positive, HER2 negative, node negative operable early breast cancer

Abdalla Saad Abdalla Al-Zawi¹, Zina Aladili², Wayne Chicken¹, Wafaa Ramadan¹, Muhammad Alshibshoubi³, Qasif Qavi¹

¹Basildon & Throuck University Hospital, Basildon, United Kingdom

²Southend University Hospital, Southend-On-Sea, United Kingdom

³Weston General Hospital, Weston-super-Mare, United Kingdom

Introduction. The Oncotype DX recurrence score is based on the 21-gene quantitative real-time reverse transcription polymerase chain reaction assay (qRT-PCR) for operable early breast. It predicts chemotherapy benefit if the score is high where the low levels are an indicator for low recurrence risk, which means that, chemotherapy can be omitted in those patients.

Aim. Assess the Oncotype Dx recurrence score impact on the early ER+VE, HER2-VE, node negative operable early breast cancer.

Material and methods. A cohort of 76 patients (78 tumours) with early breast cancer included. All the patients had been operated for ER +VE, HER2-VE, lymph node - VE early breast cancer. Hormone status, HER2 expression Oncotype DX recurrence score results and offered treatment modality for each case were analysed.

Results. Using oncotype Dx recurrence score as a predictive tool, the patients eligible for adjuvant chemotherapy formed 36% of the group. Ten patients have had a chemotherapy absolute survival benefit of >15% at 10 years, where 18 (24%) patients has a chemotherapy relative survival benefit of ~6.5%. The rest of the group (60%) had a low recurrence risk and had been spared from the chemotherapy potential side effects.

Conclusions. Oncotype DX recurrence score is an effective good move toward precision medicine provides a credible prediction of local and distant disease recurrence risk in

early breast cancer. It is not only guides the clinician to offer adjuvant chemotherapy when it is necessary, however also spares others from the potential adverse events related to the systemic therapy.

Związek cukrzycy z polipami oraz rakiem jelita grubego

Tomasz Miłek¹, Karolina Jeleńska², Piotr Ciostek¹

¹Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²Szpital Bródnowski, Warszawa

Wstęp. Typ 2 cukrzycy (DM) jest połączony z hiperinsulinemią, co może prowadzić do zwiększonego ryzyka karcynogenezy i zwiększać czynnik wzrostu – 1 poziom insuliny. W tym badaniu staraliśmy się ustalić związek między cukrzycą typu 2 i gruczolaków jelita grubego (CRC).

Cel. Retrospektywna ocena związku polipów oraz raka jelita grubego z cukrzycą.

Materiał i metody. W latach 2009–2021 wykonano kolonoskopię u 1976 pacjentów. Porównywano liczbę polipów z dysplazją dużego stopnia oraz rakiem jelita grubego. W grupie z cukrzycą dodatkowo oceniono zależność pomiędzy poziomem HbA1C a występowaniem polipów z dysplazją dużego stopnia i raka jelita grubego. Dane opracowano statystycznie. Zmienne jakościowe zostały przedstawione jako procenty. Do ich analizy wykorzystano test chi-kwadrat z odpowiednimi poprawkami stosowanymi w zależności od liczebności w podgrupach. Za istotne statystycznie przyjęto różnice dla wartości statystyki $p < 0,05$.

Wyniki. Chorzy z cukrzycą mają zdecydowanie więcej polipów z dysplazją dużego stopnia/raków w porównaniu z chorymi bez cukrzycy – 35,16% w grupie z cukrzycą i 15,37% w grupie bez cukrzycy ($p < 0,001$). Chorzy z cukrzycą mają zdecydowanie więcej polipów z rakiem w porównaniu z chorymi bez cukrzycy – 9,89% w grupie z cukrzycą i 2,03% w grupie bez cukrzycy ($p < 0,001$). Raki vs. dysplazje – raki występują istotnie częściej w niewyrównanej cukrzycy ($p = 0,022$). Raki i duże dysplazje vs. małe dysplazje – raki występują istotnie częściej w niewyrównanej cukrzycy ($p < 0,001$).

Wnioski. Badanie wykazuje istotny związek między cukrzycą typu 2 i gruczolakami jelita grubego. Ustalenie to może prowadzić do włączenia chorych na cukrzycę do grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego.

Wpływ stopnia akceptacji choroby i strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej na subiektywną ocenę jakości życia pacjentek leczonych z powodu raka piersi

Magdalena Tarkowska¹, Iwona Głowacka-Mrotek²,

Tomasz Nowikiewicz³, Piotr Jarzemski⁴, Wojciech Zegarski³

¹Katedra Fizjoterapii, Uniwersytet M. Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

²Katedra Rehabilitacji, Uniwersytet M. Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

³Katedra Chirurgii Onkologicznej, Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

⁴Katedra Urologii, Uniwersytet M. Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

Wstęp. Jednym z wyznaczników jakości życia pacjentek leczonych z powodu raka piersi jest stopień akceptacji choroby oraz strategia przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej.

Cel. Ocena wpływu stopnia akceptacji choroby oraz strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej na jakość życia pacjentek z rakiem piersi.

Materiał i metody. Badaniem objęto 338 pacjentek hospitalizowanych w Oddziale Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Posłużono się skalami QLQ C30, QLQ BR23, Skalą Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) oraz Skalą Akceptacji Choroby (AIS). Pomiaru zmiennej zależnej dokonano trzykrotnie.

Wyniki. Wraz ze wzrostem stopnia akceptacji choroby wyniki skal funkcjonalnych QLQ C30 i QLQ BR23 były wyższe, co oznacza lepszą jakość życia chorych. W skalach objawowych korelacje z AIS były istotnie ujemne ($p < 0,05$), czyli wraz z wyższymi wynikami skali AIS stwierdzono mniejsze nasilenie objawów związanych z leczeniem. Ze stylem destrukcyjnym Mini-MAC istotnie ujemnie ($p < 0,05$) skorelowane były skale funkcjonalne, a dodatnio skale objawowe. Co oznacza, że im wyższe wyniki strategii składających się na styl destrukcyjny, tym niższe wyniki składowych jakości życia i znamienne większe nasilenie objawów. Wyższe wyniki stylu konstruktywnego Mini-MAC to mniejsze nasilenie negatywnych skutków terapii i lepsza jakość życia pacjentek. Odnotowano dodatnią korelację ($p < 0,05$) skali AIS ze stylem konstruktywnym i ujemną ze stylem destrukcyjnym – czyli wyższy poziom akceptacji choroby, wiązał się z przyjęciem konstruktywnego stylu radzenia sobie.

Wnioski. Im wyższy stopień akceptacji choroby nowotworowej oraz konstruktywnych strategii radzenia sobie, tym lepsza subiektywna ocena jakości życia pacjentek leczonych z powodu raka piersi.

Uszkodzenie szyjnego odcinka przewodu piersiowego z masywnym chłonnokotkiem jako powikłanie całkowitego usunięcia tarczycy z lewostronną limfadenektomią szyjną.

Opis przypadku

Paweł Dutkiewicz, Robert Chmielewski

Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie,
Wieliszew

Wstęp. Rak tarczycy stanowi 0,9% nowotworów złośliwych mężczyzn i 4,1% kobiet. W leczeniu nowotworu stosuje się wycięcie tarczycy z limfadenektomią przedziału VI szyi oraz leczenie uzupełniające jodem promieniotwórczym. W przypadku przedoperacyjnego podejrzenia zajęcia węzłów chłonnych innych przedziałów w trakcie operacji należy je usunąć. Rzadkim powikłaniem jest uszkodzenie przewodu piersiowego w odcinku szyjnym powodujące masywny chłonnokotek. Zwykle związane jest z limfadenektomią szyjną lewostronną i spowodowane różnorodnością anatomicznego ujścia oraz trudnością w identyfikacji przezroczystych ścian przewodu chłonnego.

Opis przypadku. 64-letnia pacjentka z rozpoznaniem w BAC rakiem brodawkowatym lewego płata tarczycy i rozpoznaniem w tomografii patologicznymi węzłami chłonnymi, została przyjęta do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego celem leczenia operacyjnego. Wykonano całkowitą resekcję tarczycy z limfadenektomią szyjną lewostronną przedziałów II, III, IV oraz limfadenektomię przedziału VI. Śródoperacyjnie stwierdzono powiększony węzeł chłonny przedziału Ib, który usunięto. W okresie pooperacyjnym stwierdzono mleczny chłonnokotek z drenów pooperacyjnych w ilości ok. 500 ml/dobę. Wdrożono leczenie zachowawcze: całkowite żywienie pozajelitowe, 24-godzinny wlew somatostatyny, drenaż ssący. Pomimo zastosowanego leczenia obserwowano pogarszanie się stanu ogólnego pacjentki i systematyczne zwiększanie się chłonnokotoku do ponad 1700 ml/dobę. Pacjentkę reoperowano w 26. dobie leczenia zachowawczego. Odnaleziono 2 miejsca uszkodzonego przewodu piersiowego (okolica kąta żylnego oraz ok. 3 cm powyżej w kierunku kąta żuchwy). Miejsca wycieku zaopatrzone szwami oraz dodatkowo tachosilem. Uzyskano zatrzymanie wycieku chłonki.

Wnioski. Pomimo trudności technicznych reoperacji tarczycy oraz wysokiego ryzyka kolejnych powikłań w przypadku braku skuteczności zachowawczego leczenia chłonnokotoku wskazane jest leczenie operacyjne. Długotrwały chłonnokotek wysokoobjętościowy prowadzi do systematycznego pogarszania się stanu ogólnego pacjenta i zmniejsza skuteczność leczenia zachowawczego.

Recurrent breast radiation induced angiosarcoma. A case report

*Abdalla Saad Abdalla Al-Zawi¹, Kaji Hosne Ara¹,
Mohamed Elamass¹, Zina Aladili², Wayne Chicken¹,
Philip Idaewor¹*

¹Basildon & Throuck University Hospital, Basildon,
United Kingdom

²Southend University Hospital, Southend-On-Sea,
United Kingdom

Introduction. Breast radiation induced angiosarcoma (BRIAS) is a rare aggressive complication of radiotherapy, its etiologic mechanisms are not understood where some reports claim that genome instability may contribute to the pathogenesis.

Case report. A 78 years old female presented with a blue-reddish coloured chest wall lump at the upper aspect of sternum. Fourteen years earlier was treated for right breast DCIS with lumpectomy and radiotherapy. Five years later has been diagnosed with radiation induced right breast angiosarcoma, subsequently underwent mastectomy. Clinically also there are 2 left breast lumps. The biopsy from all the lesions showed grade 3 angiosarcoma. PET scan showed a focus of avid uptake in the the sternum and in left axillary lymph nodes. Due to poor physiological reserve and disease extent, the patients has been advised for best supportive care.

Discussion. Primary breast angiosarcoma arises *de novo* in the breast of young females, where secondary breast angiosarcoma appears after radiotherapy or Stewart-Treves syndrome and is more common in the older age group. Due to very low incidence of this disease, not much is known about its management. The current standard therapy for BRIAS is surgical excision mastectomy. Early disease detection and intervention is crucial to ensure radical tumour resection and better management outcome.

Conclusions. BRIAS is a rare malignancy, difficult to diagnose and many patients have a poor prognosis. Since it is a rare, there is little evidence regarding angiosarcoma adjuvant therapy however chemotherapy and re-irradiation are considered for women with disseminated or recurrent BRIAS.

Ocena środowiska sali operacyjnej a ryzyko biofilmu w przypadku implantów piersi.

Badanie pilotażowe

Agnieszka Ławnicka¹, Michał Bąk¹, Dawid Murawa^{1,2},
Mateusz Wichtowski^{1,2}, Massimiliano Veroux^{3,4}

¹Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,

Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

²Katedra Chirurgii i Onkologii, Wydział Lekarski i Nauk

o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

³Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Uniwersytecki
w Katanii, Katania, Włochy

⁴Wydział Nauk Medycznych i Chirurgicznych oraz
Zaawansowanych Technologii, Szpital Uniwersytecki
w Katanii, Katania, Włochy

Wstęp. BIA-ALCL, czyli anaplastyczny chłoniak wielkokomórkowy, to rzadki nowotwór związany z implantami piersiowymi. Spekulowanych jest kilka teorii mogących stanowić jego czynniki etiologiczne: rodzaj powierzchni implantu, predyspozycje genetyczne, biofilm, czynniki zapalne oraz mikrouszkodzenia implantu.

Materiał i metoda. W przeprowadzonym badaniu analizie poddano próbki powietrza pobrane w zmiennych warunkach w odpowiednich odstępach czasowych przez urządzenie MicroFlow Alfa 90 na sali operacyjnej podczas 5 operacji wszczepienia implantów piersiowych.

Wyniki. Wykazano, że zachodzi istotna różnica pomiędzy ogólną liczbą drobnoustrojów podczas poborów powietrza dokonywanych bez i z nawiewem powietrza służącym do oczyszczenia danego obszaru poprzez recyrkulację powietrza sali operacyjnej i czyszczenia go z bakterii i cząsteczek. Z próbek powietrza pobranych w nawiewie nie wyhodowano jednostek tworzących kolonie bakteryjne. Natomiast z próbek powietrza pobranych bez nawiewu wyhodowano je w różnej ilości.

Wnioski. Laminarny mobilny przepływ powietrza używany w warunkach sali operacyjnej znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operowanego i pośrednio może redukować ryzyko zachorowania na anaplastycznego chłoniaka wielkokomórkowego u pacjentek poddawanych operacjom plastyczno-rekonstrukcyjnym w obrębie gruczołu piersiowego, za którego występowanie może odpowiadać obecność przewlekłego procesu zapalnego spowodowanego kontaminacją bakteryjną miejsca operowanego.

Stopień zaawansowania raka jelita grubego a poziom CEA i CA19-9 w surowicy oraz popłuczynach z jamy otrzewnej

Michał Bąk, Dawid Murawa

Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

Wstęp. Wznowa raka jelita grubego w otrzewnej po leczeniu operacyjnym jest dużym wyzwaniem diagnostyczno-terapeutycznym dla współczesnej onkologii.

Cel. Analiza związku między poziomami markerów nowotworowych – antygenem rakowo-płodowym (CEA) i antygenem CA19-9, oznaczonych zarówno w surowicy jak i w śródoperacyjnych popłuczynach z jamy otrzewnej, a stopniem zaawansowania raka jelita grubego.

Materiał i metody. Materiał do badania stężenia markerów nowotworowych w płynie z jamy otrzewnej był pobierany bezpośrednio po otwarciu powłok jamy brzusznej. Do jamy brzusznej wlewano 200 ml 0,9% NaCl w okolicę guza pierwotnego i ręcznie rozprowadzano płyn po jamie otrzewnej. Następnie pobierano 10 ml, w których oznaczano stężenie CEA oraz CA 19-9. W przypadku obecności wolnego płynu w jamie otrzewnej procedura wyglądała analogicznie do tej bez wolnego płynu, ale bez płukania jamy otrzewnej. Pacjent miał także pobraną krew w celu oceny stężenia CEA oraz CA19-9 w surowicy.

Wyniki. Grupę badawczą stanowiło 28 chorych z jednego ośrodka – 12 pacjentów leczonych z powodu raka okrężnicy i kątnicy, oraz 15 z rakiem odbytnicy. Wyniki porównywano z anatomopatologicznym stadium zaawansowania raka jelita. Podwyższony poziom CA19-9 i CEA w płukaniu otrzewnej i surowicy był istotnie związany z obecnością przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych bez związku z ilością przerzutowych węzłów. Poziomy markerów w surowicy jak i płukaniu otrzewnej korelowały z głębokością naciekania ściany jelita grubego.

Wnioski. Śródoperacyjne oznaczenie poziomu markerów nowotworowych w popłuczynach otrzewnej może być potencjalnym czynnikiem predykcyjnym złego rokowania u pacjentów z rakiem jelita grubego. Wniosek ten jednak wymaga zbadania na większych grupach pacjentów.

Zastosowanie terapii podciśnieniowej w zgorzeli Fourniera w przebiegu posocznicy wywołanej przez *Staphylococcus epidermidis*

Mateusz Bes¹, Weronika Szczecińska², Kinga Pachnik²,

Jakub Woźniak², Sergii Girnyj³, Michalina Ciosek³,

Isabella Chojnacka², Jacek Zieliński³

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej SPS ZOZ,

Lębork

²Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum
Kliniczne, Gdańsk

Wstęp. Zgorzel Fourniera (ZF) jest rzadko występującą chorobą infekcyjną. Charakteryzuje się szybko postępującą martwicą skóry i powięzi okolic zewnętrznych narządów płciowych, krocza, odbytu, podbrzusza i brzucha. W przypadku nasilenia choroby obserwowana jest martwica tkanek miękkich. ZF zwykle występuje u mężczyzn i cechuje się wysoką śmiertelnością. Czynnikiem etiologicznym są bakterie zarówno tlenowe, jak i beztlenowe, najczęściej gronkowce,

pacjorkowce, bakterie jelitowe takie jak: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterococcus species*, *Clostridium species*. W literaturze opisuje się również występowanie ZF u chorych onkologicznych, w tym na nowotwory dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Cel. Przedstawienie diagnostyki oraz leczenia dość rzadko występującej zgorzeli Fourniera.

Materiał i metody. Autorzy pracy opisują przebieg martwicy Fourniera u 34-letniego mężczyzny z zespołem zależności alkoholowej w przebiegu posocznicy wywołanej przez *Staphylococcus epidermidis* MSSE. Leczenie chorego polegało na wczesnej interwencji chirurgicznej z rozległym wycięciem tkanek martwiczych, antybiotykoterapii dożylną, leczeniu w komorze hiperbarycznej oraz na zastosowaniu opatrunków podciśnieniowych (NPWT).

Wnioski. Przedstawiony przypadek pokazuje, że mimo dużej skali trudności i złożoności procedur wykorzystywanych w terapii tej jednostki chorobowej, jej leczenie można prowadzić w każdym szpitalu, niezależnie od stopnia jego referencyjności. Leczenie zgorzeli Fourniera wymaga leczenia interdyscyplinarnego.

Wpływ techniki otwarcia jamy brzusznej w chirurgii nowotworów przewodu pokarmowego na częstość zakażenia miejsca operowanego

Weronika Szczecińska¹, Sergii Girny², Artur Wiski³, Jakub Woźniak², Kinga Pachnik¹, Michalina Ciosek², Jacek Zieliński²

¹Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

³Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie, Koszalin

Wstęp. W Polsce według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2018 r. rozpoznano ponad 167,5 tys. nowych zachorowań na tę chorobę. Po uwzględnieniu prognoz długoterminowych do 2025 r. powyższa liczba wzrośnie o kilkanaście procent. Przy założeniu, że wśród wszystkich chorych z nowotworami przewodu pokarmowego leczenie operacyjne będzie możliwe jedynie u 20–25%, to liczba operacji onkologicznych będzie systematycznie wzrastała. Optymalny, zaplanowany dostęp operacyjny w nowotworach jamy brzusznej jest jednym z istotnych elementów zabiegu onkologicznego.

Cel. Porównanie przebiegu gojenia miejsca operowanego u chorych po wycięciu pępka z chorymi bez wycięcia pępka leczonych z powodu nowotworów przewodu pokarmowego.

Materiał i metody. W retrospektywnym badaniu oceniano przebieg gojenia ran w grupie chorych A (n = 70) – po wycięciu pępka, w porównaniu z grupą B (n = 70) leczoną tradycyjnie, czyli bez wycinania pępka. Pozostałe procedury

chirurgiczne, takie jak szycie rany w obu grupach były wykonywane jednakowo. Oceniono w pracy stan miejscowy rany w okresie pooperacyjnym w 1., 2., 3. dobie oraz w dniu wypisu w oparciu o międzynarodową klasyfikację zakażenia miejsca operowanego (SSI).

Wyniki. Powikłania infekcyjne miejsca operowanego występowały w całej grupie u 5% badanych. W grupie A powikłania wystąpiły u 1,5% pacjentów, natomiast w grupie B – w 6%.

Wnioski. Wprowadzenie wycinania pępka u starszych chorych wpływa na zmniejszenie powikłań pooperacyjnych poprzez zmniejszenie częstości zakażeń miejsca operowanego oraz nie pogarsza jakości życia.

Wpływ zastosowanej techniki operacyjnej na ilość powikłań oraz efekt kosmetyczny w przypadku mastektomii podskórnej z jednoczasową rekonstrukcją implantem i siatką TIGR

Mateusz Wichtowski, Dawid Murawa, Sławomir Cieśla
Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki, Zielona Góra

Wstęp. Mastektomia podskórna z jednoczasową rekonstrukcją stała się jednym ze standardów w przypadku leczenia chirurgicznego pierwotnego raka piersi. Początkowo podstawową techniką implantacji protezy piersi była technika podmięśniowa. W ostatnich 20 latach nastąpił skok technologiczny związany z siatkami syntetycznymi oraz biologicznymi, co przełożyło się na powstanie nowych technik operacyjnych – początkowo z częściowym zastąpieniem mięśni w kapsule implantu, a ostatecznie z całkowitym pokryciem implantu siatkami bez wykorzystania mięśnia.

Materiał i metody. W pracy porównujemy efekty kosmetyczne – oceniane zarówno subiektywnie przez pacjentkę jak i przez lekarza prowadzącego oraz ilość powikłań w trzech grupach: w przypadku mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją podmięśniową bez wykorzystania siatki; w przypadku mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją z częściowym pokryciem pola bocznego przez siatkę TIGR; oraz w przypadku mastektomii prepectoralnej i całkowitym pokryciu implantu z wykorzystaniem siatki TIGR. Do analizy włączono łącznie 75 pacjentek – po 25 w każdej grupie.

Wyniki. Najmniejsza liczba poważnych powikłań dotyczyła grupy pacjentek z rekonstrukcją prepectoralną. Była to też grupa, w której efekt kosmetyczny – zarówno oceniany przez pacjentkę jak i przez lekarza – był najwyższy. Często za to w tej grupie obserwowano surowiczkaki, które wymagały średnio od 1 do 5 punkcji. Efekt kosmetyczny w przypadku częściowego zastąpienia mięśnia siatką nie różnił się istotnie od efektu w przypadku braku wykorzystania siatki, nie mniej zauważono istotne różnice w liczbie powikłań – na korzyść grupy z wykorzystaniem siatki.

Wnioski. Zarówno dane literaturowe jak i doświadczenia własne wykazują, że materiały syntetyczne są użytecznym narzędziem przy rekonstrukcji piersi, pozwalają zmniejszyć liczbę powikłań, a technika prepectoralna przy pominięciu aspektów finansowych może stać się podstawową techniką rekonstrukcyjną.

Dermatofibrosarcoma protuberans klatki piersiowej z przerzutem do płuca i żołądka – czy możliwe jest leczenie radykalne? Opis przypadku

Jan W. Wroński, Maciej Kukla, Maciej Munzberger, Piotr Wójcik
Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II, Krosno

Wstęp. *Dermatofibrosarcoma protuberans* (DFSP) to rzadki nowotwór skóry. Najczęstsza lokalizacja obejmuje tułów, kończyny oraz głowę i szyję. Charakteryzuje się małą dynamiką wzrostu oraz rzadko daje przerzuty.

Cel. Prezentacja wyników leczenia u 60-letniego mężczyzny ze wznową miejscową DFSP oraz przerzutami do płuc i wątroby.

Materiał i metody. 60-letni chory, któremu w październiku 2013 r. wycięto guz skóry przedniej ściany klatki piersiowej zlokalizowany po stronie prawej. W utkaniu histopatologicznym stwierdzono DFSP. W kwietniu 2014 r. stwierdzono u chorego wznowę miejscową i wykonano radykalne wycięcie. Następnie u chorego w grudniu 2017 r. stwierdzono guz płuca prawego i wykonano resekcję klinową guza. Histopatologicznie – mikroskopowo przerzut mięsaka pleomorficznego z różnicowaniem gładkomięśniowym – zabieg radykalny w grudniu 2017 r. We wrześniu 2018 r. u chorego stwierdzono guz żołądka. W badaniach obrazowych klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy bez cech rozsiewu.

Wyniki. Wykonano gastrektomię Roux Y z limfadenektomią D2. W badaniu histopatologicznym preparatu pooperacyjnego stwierdzono utkanie mięsaka niezróżnicowanego z przerzutami do 8 z 18 węzłów chłonnych – zabieg radykalny. Pacjent konsultowany i pod kontrolą Centrum Onkologii w Warszawie. W wykonanych aktualnie badaniach obrazowych nie stwierdza się cech wznowy, ani rozsiewu mięsaka.

Wnioski. W przypadku DFSP z przerzutami do narządów odległych warto rozważyć radykalne leczenie chirurgiczne.

Rak żołądka po zabiegu ESD. Wznova miejscowa czy wieloogniskowość?

Jan W. Wroński, Maciej Kukla, Maciej Munzberger, Piotr Wójcik, Witold Chajec

Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II, Krosno

Wstęp. Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa (ESD) jako metoda małoinwazyjna znalazła szerokie zastosowanie w leczeniu wczesnego raka żołądka.

Cel. Prezentacja wyników leczenia u 61-letniej kobiety z rakiem wczesnym żołądka, poddanej zabiegowi ESD.

Materiał i metody. Chora, lat 61, z rodzinnym obciążeniem nowotworami przewodu pokarmowego, u której w badaniu endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego w *antrum* żołądka zlokalizowano linijny fałd w okolicy blizny powrzodowej. W pobranych wycinkach stwierdzono utkanie wczesnego raka gruczołowego śródszluzówkowego (klasyfikacja wiedeńska kat. 5.1).

Wyniki. Wykonano staplerową hemigastrektomię sposobem Rydygiera, posługując się śródoperacyjną endoskopią celem lokalizacji zmiany, niebadalnej palpacyjnie. W preparacie pooperacyjnym stwierdzono 2 ogniska raka gruczołowego wczesnego. W opisywanym przypadku wszystkie diagnostyczne badania endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego zostały wykonane przez tego samego lekarza.

Wnioski. Przy kwalifikacji chorych do zabiegu ESD należy rozważyć możliwość wykonania gastroskopii wysokiej rozdzielczości czy gastroskopii z barwieniem, co pozwala lepiej ocenić zmianę i zminimalizować ryzyko wieloogniskowości.

Lokalizacja niewyczuwalnych guzów piersi przy użyciu znacznika Magseed. Doświadczenia własne

Marcin Cieciorowski, Mateusz Wichtowski, Sławomir Cieśla, Dawid Murawa

Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

Wstęp. Dzięki postępowi technologicznemu metod obrazowania gruczołu piersiowego oraz dzięki upowszechnieniu badań przesiewowych coraz wyższy odsetek raków piersi wykrywanych jest w pierwszym stopniu zaawansowania, co umożliwia leczenie oszczędzające. Ze względu na rozpowszechnienie choroby (najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet – w 2018 r. rozpoznano 18,8 tys. nowych zachorowań) i oczekiwania społeczne dotyczące jakości życia (skuteczne leczenie onkologiczne z dobrym efektem kosmetycznym po operacji) istotnym problemem jest precyzyjne oznaczenie guza przed operacją. Usunięcie jak najmniejszej objętości tkanki zapewnia zachowanie odpowiedniego kształtu piersi, jednak nie może się to odbywać kosztem radykalności zabiegu. Obecnie stosuje się wiele metod lokalizacyjnych. Oprócz metody igłowej (WL) wykorzystuje się detekcję promieniowania jonizującego (RSL lub ROLL), pola magnetycznego (Magseed), promieniowania podczerwonego (Savi Scout) lub fal radiowych (LOCalizer chip).

Cel. Przedstawienie własnych doświadczeń z zastosowaniem przedoperacyjnego oznaczania guza piersi przy użyciu znacznika Magseed.

Materiał i metody. Grupa badana to 23 pacjentki Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, u których wykonywano operację oszczędzającą w zakresie gruczołu piersiowego. U każdej z pacjentek zakwalifikowanych do badania dzień przed zabiegiem oznaczano guz, podając znacznik Magseed pod kontrolą USG. W trakcie zabiegu lokalizowano guz za pomocą sondy Sentimag oraz śródoperacyjnego USG. Analizie poddawano dane kliniczne dotyczące pacjentek oraz dane patomorfologiczne dotyczące preparatów pooperacyjnych.

Wyniki. Wskaźnik detekcji wyniósł 100%, zabieg był radykalny w 87% przypadków.

Wnioski. Metoda lokalizacji zmian niepalpacyjnych w gruczole piersiowym z wykorzystaniem magnetycznego znacznika Magseed jest prosta w zastosowaniu, a wysoki wskaźnik detekcji bezpośrednio przekłada się na ograniczenie odsetka zabiegów nieradykalnych w przypadku leczenia oszczędzającego.

Obiektywna ocena ukrwienia tkanek trzustki po operacji sp. Whipple jako profilaktyka nieszczelności zespolenia trzustkowego.

Doniesienie wstępne

Dawid Murawa, Michał Bąk

Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

Wstęp. Pankreatoduodenektomia to jedyna możliwość dająca szansę na wyleczenie chorych z rakami pola trzustkowo-dwunastniczego. W ostatnich latach dzięki postępowi opieki śród- i okołoperacyjnej zmniejszono śmiertelność, natomiast liczba powikłań towarzysząca tej procedurze chirurgicznej jest nadal wysoka. Najczęstszym powikłaniem po operacji sp. Whipple jest niewydolność zespolenia trzustkowego. Zgodnie z literaturą, jednym z czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tego powikłania jest niedostateczne ukrwienie zespalanego kikuta trzustki.

Cel. Ocena ukrwienia kikuta trzustki po pankreatoduodenektomii jako profilaktyka wystąpienia nieszczelności zespolenia.

Materiał i metody. U kolejnych 6 chorych, u których wykonano operację sp. Whipple, oceniano obiektywnie ukrwienie kikuta trzustki przed wykonaniem zespolenia trzustkowego. Do tego celu zastosowano system IC-Flow oraz preparat zieleni indocyjaninowej. Preparat zieleni Verdye – Indocyanine Green w dawce 7,5 mg tuż przed wykonaniem zespolenia trzustkowego podawano dożylnie i dalej w systemie wizualizacyjnym IC-Flow oceniano ukrwienie kikuta trzustki.

Wyniki. We wszystkich przypadkach udało się wykonać procedurę. U wszystkich chorych klinicznie kikut trzustki przed zespoleniem nie budził wątpliwości co do ukrwienia. U jed-

nego chorego w obrazie ICG stwierdzono niedokrwienie 1 cm fragmentu brzegu kikuta trzustki. U wszystkich chorych wykonano zespolenia trzustkowo-żołądkowe do tylnej ściany żołądka. W okresie pooperacyjnym stwierdzono jedną nieszczelność zespolenia trzustkowo-żołądkowego. Dotyczyła ona chorego, u którego obserwowano niedokrwienie w systemie ICG. Śródoperacyjnie w trakcie relaparotomii stwierdzono nieszczelność właśnie we wcześniej obserwowanym miejscu (dodatkowa ocena retrospektywna obrazów z pierwotnej operacji).

Wnioski. Wstępna analiza wskazuje, że obiektywna ocena ukrwienia systemem zieleni indocyjaninowej zespalanego po pankreatoduodenektomii kikuta trzustki może stanowić dobrą profilaktykę zmniejszającą ryzyko nieszczelności zespolenia trzustki z przewodem pokarmowym.

Analiza powikłań po amputacji piersi z jednoczasową rekonstrukcją implantem prepektoralnie lub pod mięsień piersiowy w materiale własnym

Tomasz Buczek, Jakub Walczak, Cezary Warężak, Róża Kaczorowska-Walaszek, Wiesław J. Kruszewski
Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital Pomorskie w Gdyni, Gdynia

Wstęp. Amputacja piersi z jednoczasową rekonstrukcją (IBR) jest uznaną metodą leczenia raka piersi. Statystyki prowadzone w ostatnich latach w Breast Unit Gdynskiego Centrum Onkologii wskazują na rosnącą z każdym rokiem liczbę kobiet poddających się takiej operacji.

Cel. Analiza wczesnych powikłań po amputacji piersi z jej jednoczasową rekonstrukcją u kobiet z rakiem piersi, z uwzględnieniem pozycji wszczepienia implantu piersi względem mięśnia piersiowego większego.

Materiał i metody. Analizowano przypadki inwazyjnego raka piersi leczone amputacją z IBR w Oddziale Chirurgii Onkologicznej GCO w okresie od stycznia 2019 r. do czerwca 2021 r. Uwzględniono różnice w zależności od pozycji wszczepienia implantu. Poddano ocenie poddano następujące czynniki: usunięcie implantu, potrzeba korekty operacyjnej, martwica płata skóry, martwica brzeżna, aspiracja płynu >30 dni.

Wyniki. Wykonano 153 amputacje z IBR (23,6% operacji z powodu raka piersi). W 77 (50,3%) implant wszczepiono prepektoralnie. Siatkę TiLoopBra użyto w 57 przypadkach, a siatkę TIGR – w 9 przypadkach. Wszczepiając implant subpektoralnie wykorzystano siatkę TiLoopBra u 16 pacjentek. U 35 (23%) chorych stwierdzono martwicę brzeżną rany, w tym u 20 operowanych z implantem prepektoralnie i u 15 z implantem subpektoralnie. Potrzeba aspiracji płynu >30 dni wystąpiła u 20 (13%) pacjentek, 13 (65%) z nich wszczepiono implant prepektoralnie. Korektę operacyjną

położenia implantu wykonano u 4 (2,6%) pacjentek. Implant usunięto, wskutek zakażenia miejsca operowanego lub martwicy płata skórno-podskórnego u 9 (5%) pacjentek. 6 z nich miało pierwotnie wszczepiony implant prepektoralnie, 3 subpektoralnie.

Wnioski. Amputacja piersi z jednoczasową rekonstrukcją jest bezpieczną metodą leczenia operacyjnego o niewielkim odsetku powikłań wczesnych. Rekonstrukcje prepektoralne sprzyjają podwyższonemu ryzyku powikłań wczesnych w porównaniu z rekonstrukcjami pod mięsień piersiowy.

Lity pseudobrodawkowy nowotwór trzustki. Opis dwóch przypadków

Bartosz Kaczmarek, Aleksandra Własak, Rafał Uciński
Oddział Chirurgii Onkologicznej, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Szczecin

Wstęp. Lity pseudobrodawkowy nowotwór trzustki (SPN) jest rzadkim guzem trzustki o nieznanej etiologii. Stanowi 1-2% nowotworów trzustki, głównie u młodych kobiet. Najczęściej przebiega bezobjawowo lub ma niespecyficzne objawy kliniczne. Charakteryzuje się niskim potencjałem złośliwości i dobrym rokowaniem, jednak 15–20% wykazuje wznowy miejscowe lub przerzuty odległe. Leczeniem z wyboru jest radykalne usunięcie nowotworu, nawet w zaawansowanym stadium choroby.

Opis przypadków. W niniejszej pracy przedstawiono dwa przypadki SPN trzustki u pacjentek, leczonych w ośrodku autorów na przełomie 2020/2021 r. U 28-letniej pacjentki w trakcie pogłębienia diagnostyki choroby tarczycy wykryto w badaniach obrazowych lito-torbielowatego guza trzonu trzustki o wymiarach 76 x 56 x 50 mm. Wykonano biopsję cienkoigłową pod kontrolą EUS, stwierdzając zmianę o charakterze SPN. U 37-letniej pacjentki guza wykryto podczas kontrolnych badań po leczeniu raka odbytnicy. W trakcie pogłębienia diagnostyki przerzutów do wątroby stwierdzono litą zmianę trzustki o wymiarach 12 x 10 mm. Rozpoznanie SPN potwierdzono w biopsji śródoperacyjnej, wykonanej podczas bisegmentektomii 2/3 wątroby. U obu pacjentek markery nowotworowe były w normie.

Wyniki. Chore zakwalifikowano do subtotalnej resekcji trzustki ze splenektomią, bez powikłań. Obecnie w stanie ogólnym dobrym, bez cech wznowy, znajdują się pod ścisłą kontrolą Poradni Chirurgii Onkologicznej.

Wnioski. Ze względu na brak objawów lub ich niespecyficzny charakter SPN zwykle znajdujące się przypadkowo. W związku z ryzykiem wznowy miejscowej lub przerzutów

odległych, istotna jest radykalna resekcja guza z marginesem zdrowych tkanek oraz objęcie pacjentów długoletnią obserwacją.

Wpływ doustnych leków przeciwkrzepliwych na wykrywalność nowotworów przewodu pokarmowego. Doniesienie wstępne

Kinga Pachnik¹, Weronika Szczecińska¹, Jakub Woźniak¹, Sergii Girnyi², Marcin Ekman², Andrzej Mital³, Jacek Zieliński²

¹Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

³Klinika Hematologii i Transplantologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp. Wczesne stadia nowotworów przewodu pokarmowego oraz zmiany przednowotworowe najczęściej są bezobjawowe, a to one związane są z pomyślniejszym rokowaniem pacjentów. Często pierwszą manifestacją tych nowotworów są objawy związane z krwawieniem z przewodu pokarmowego. Krwawienia są też objawem niepożądanym podczas stosowania doustnych leków przeciwkrzepliwych.

Cel. W badaniu zakładamy, że krwawienia z przewodu pokarmowego występujące po rozpoczęciu doustnej terapii przeciwzakrzepowej, z innego powodu niż choroba nowotworowa, mogą być pierwszą manifestacją rozwijającego się raka przewodu pokarmowego.

Materiał i metody. Badanie prowadzone jest retrospektywnie, dane pobierane są z systemu ClniNet i dotyczą pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Włączeni do badania są chorzy ze stwierdzonym nowotworem przewodu pokarmowego przyjmujący doustne antykoagulanty, u których wystąpiły objawy krwawienia z przewodu pokarmowego. Porównujemy stadia nowotworów występujące u pacjentów stosujących ww. terapię do pacjentów nieprzyjmujących leków przeciwkrzepliwych, aby porównać wpływ leków na wykrywalność nowotworów we wcześniejszych stadiach.

Wyniki. Do badania zakwalifikowano łącznie 29 chorych z nowotworami przewodu pokarmowego. Liczba pacjentów z grupy badawczej – n = 9, liczba pacjentów z grupy kontrolnej – n = 22. Zaawansowanie nowotworu przewodu pokarmowego w grupie badanej określono jako stadium I i II – 33%, stadium III i IV – 67%. W grupie kontrolnej zaawansowanie I i II było u 9%, a stadium III i IV – 91%.

Wnioski. Doustne leki przeciwzakrzepowe w nowotworach przewodu pokarmowego wpływają na wcześniejszą ich wykrywalność, ze względu na wcześniejsze występowanie anemii lub objawowego krwawienia. Jednakże wskazane jest wykonanie badania na większych grupach chorych.

Przegląd metod oceny ukrwienia przewodu pokarmowego w celu poprawy jakości zespołów po resekcjach nowotworów

Jacek Zieliński¹, Adam Bujnowski², Tomasz Neuman², Weronika Szczecińska³, Norbert Szram¹, Jerzy Wtorek²

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

²Wydział Inżynierii Biomedycznej, Politechnika Gdańska, Gdańsk

³Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Wstęp. Po dokonaniu resekcji odcinka przewodu pokarmowego jednym z najważniejszych warunków prawidłowego gojenia jest wykonanie zespolenia w zakresie tkanek o prawidłowym ukrwieniu. Obecnie nieszczelności zespołów szacowane są w zakresie od 3–30%. Nie dysponujemy jakąkolwiek obiektywną metodą ukrwienia przewodu pokarmowego.

Cel. Przedstawienie obecnie stosowanych metod oceny ukrwienia przewodu pokarmowego w zabiegach resekcyjnych nowotworów.

Materiał i metody. Do analizy metod ukrwienia przewodu pokarmowego posłużono się takimi bazami jak: PubMed, Scopus oraz multiwyszukiwarka danych medycznych z okresu ostatnich pięciu lat.

Wyniki. Ocenę stanu ukrwienia fragmentu przewodu pokarmowego przeprowadza się za pomocą 3 technik: makroskopowej, czyli wzrokowej, palpacyjnej (dotykowej) oraz fluorescencyjnej. Dwie pierwsze metody oceny ukrwienia są subiektywne i zależą od doświadczenia chirurga. Oprócz dwóch powyżej wymienionych sposobów oceny można stosować techniki w sposób pośredni oceniające stan ukrwienia, ale są one kosztowne oraz związane z koniecznością przeprowadzania skomplikowanych procedur pomiarowo-analitycznych. Jedną z takich metod polega na wstrzyknięciu do układu krążenia znacznika, np. zieleni indocyjaninowej. Niemniej jednak możliwe jest wykorzystanie innych, istniejących technik pomiarowych do oceny ukrwienia tkanek przewodu pokarmowego, takich jak: fotopletyzmografia, spektroskopia optyczna, impedancja elektryczna.

Wnioski. W chwili obecnej nie dysponujemy żadną doskonałą metodą oceny przewodu pokarmowego. Jedyną metodą z zastosowaniem zieleni indocyjaninowej umożliwia ocenę stanu ukrwienia przewodu pokarmowego w chirurgii otwartej lub laparoskopowej. Najbardziej obiecującą metodą oceny ukrwienia przewodu pokarmowego może okazać się zastosowanie metody skojarzonej, wykorzystującej jednocześnie kilka metod pomiarowych.

Diagnostyka i leczenie raka piersi po wcześniejszej augmentacji. Opis przypadku

Paweł Winter, Aleksander Grous, Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld, Zbigniew Nowecki

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Wstęp. Diagnostyka i planowanie leczenia raka piersi u kobiet po wcześniejszej augmentacji implantami stanowi duże wyzwanie dla MDT i zespołu operującego. Obecność implantu utrudnia diagnostykę obrazową i ogranicza możliwości leczenia operacyjnego.

Opis przypadku. U 34-letniej pacjentki po augmentacji piersi, nosicielki mutacji *BRCA2* w trakcie kontrolnego badania USG w innym ośrodku stwierdzono zaburzenie architektury na pograniczu kwadrantów górnych piersi lewej o wymiarach 23 x 17 x 8 mm. Poszerzono diagnostykę o MR i BGI i USG/BAC powiększonych węzłów pachy – rozpoznano raka zrazikowego ER 100%; PRG 70%; HER2 (1+); Ki-67 40%; ze zweryfikowanym przerzutem w węźle chłonnym pachy – cT3 N1 M0. Chora została skierowana do dalszego leczenia w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB w Warszawie. Decyzją MDT pacjentkę zakwalifikowano do chemioterapii neoadjuwantowej wg. schematu 4 x ACdd + 12 x PCL. Uzyskano kliniczną całkowitą remisję – ycT0 N0 M0. Ze względu na obecność mutacji, wcześniejszą augmentację piersi implantami i niewielką objętość gruczołu piersiowego chorą zakwalifikowano do obustronnej NSSM z biopsją węzła wartowniczego (TAD) po stronie lewej z pozostawieniem implantów.

Wyniki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, dreny usunięto w 2. dobie. W pooperacyjnym badaniu histopatologicznym stwierdzono całkowitą remisję w obrębie gruczołu oraz obecność przerzutu 0,2 cm w węźle wartowniczym – RCB I, ypT0 pN1a R0. U chorej wykonano następnie limfadenektomię pachową lewostronną oraz zakwalifikowano do RTH. Pacjentka po leczeniu otrzymuje HTH i pozostaje w obserwacji ponad 2-letniej z bardzo dobrym efektem kosmetycznym zabiegu.

Wnioski. Wykonanie NSSM u chorych po wcześniejszej augmentacji z pozostawieniem implantu może stanowić jedną z opcji terapeutycznych umożliwiających osiągnięcie radykalności zabiegu i bardzo dobrego efektu estetycznego.

Rak piersi u mężczyzn. Doświadczenie jednoośrodkowe

Paweł Winter, Rafał Wójcik, Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld, Zbigniew Nowecki

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Wstęp. Rak piersi u mężczyzn stanowi poniżej 1% wszystkich raków piersi. Biologia tego nowotworu nie jest dobrze po-

znana, a większość strategii terapeutycznych zaczerpnięta jest z badań raka piersi u kobiet. Jednak dotychczasowe doświadczenia wskazują na znaczną odmienność biologiczną tych nowotworów.

Materiał i metody. W pracy wykonano 10-letnią analizę retrospektywną danych klinicznych epidemiologicznych i terapeutycznych 67 mężczyzn leczonych w latach 2011–2021 z powodu raka piersi w NIO-PIB w Warszawie. W analizowanej grupie chorych mediana wieku wyniosła 65 lat (22–93); 15 chorych (22%) miało dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób nowotworowych, dodatkowo u 17 (25%) stwierdzono występowanie innych nowotworów – raka prostaty, czerniaka, chłoniaka Hodgkina, raka tarczycy, NET. Wyjściowo u 44 (65%) pacjentów stwierdzono wczesnego raka piersi, u 9 (14%) – chorobę miejscowo zaawansowaną, a u 14 (21%) – przerzuty odległe. U 59 chorych rozpoznano raka przewodowego (88%), ekspresję receptorów – ER – 62 (92,5%); PGR – 60 (89,5%); HER2 – 15 (22%); a nowotwory potrójnie ujemnie u 4 (6%) chorych. Na 20 pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową, pCR uzyskano u 1 (1,5%); u 5 (7,5%) chorych stosowano hormonoterapię neoadjuwantową – tamoxifen. W trakcie obserwacji stwierdzono 31 zgonów (46%), wznowę miejscową u 1 (1,5%) i przerzuty odległe u 15 (22%) chorych. Najczęstszym miejscem przerzutów odległych były kości (20 – 69%).

Wyniki. Najczęściej występującym typem raka piersi jest rak hormonozależny. Wyniki analizy wskazują na wysokie ryzyko wystąpienia innych nowotworów u mężczyzn z rakiem piersi. Najczęstszym miejscem przerzutu odległego w analizowanej populacji były kości.

Wnioski. Uzyskane dane sugerują odmienność biologii nowotworu piersi u kobiet i mężczyzn.

Wpływ pandemii COVID-19 na dostępność i realizację procedur CRS + HIPEC w leczeniu pierwotnych i wtórnych nowotworów otrzewnej w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. Badanie jednoośrodkowe

Krzysztof Szewczyk^{1,2}, Marek Bębenek¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Wrocław

²Katedra Onkologii, Zakład Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Wstęp. Z ogłoszonego w lipcu b.r. raportu *Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej* wynika, że o 20% zmniejszyła się liczba nowych rozpoznań nowotworów złośliwych w Polsce oraz nastąpił spadek o 10–15% w obszarze procedur chirurgii onkologicznej. Wiadomo również, że zaawansowane zabiegi chirurgii cytoredukcyjnej (CRS) połączone z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii

(HIPEC) w leczeniu pacjentów z pierwotnymi i wtórnymi nowotworami otrzewnej od wielu lat wykonywane są w liczbach niewystarczających.

Cel. Analiza zmian w dostępności i realizacji procedur CRS + HIPEC wykonanych w Dolnośląskim Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu w okresie pandemii COVID-19.

Materiał i metody. Utworzono bazę danych (demograficznych, klinicznych, onkologicznych i technicznych) wszystkich pacjentów DCO poddanych procedurze CRS + HIPEC. Przeprowadzono analizę statystyczną danych z wykorzystaniem programu Statistica wersja 12.5 (StatSoft), ze szczególnym uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19 (od marca 2020 r.).

Wyniki. Od stycznia 2014 r. do marca 2021 r. wykonano w DCO łącznie 202 procedury CRS + HIPEC, średnio 26 procedur rocznie (zakres 20–35). W okresie pandemii COVID-19 (od marca 2020 r.) po początkowym całkowitym wstrzymaniu wykonywania zabiegów CRS + HIPEC (od marca do maja 2020 r.) nastąpił ich dynamiczny wzrost – łącznie od czerwca 2020 r. do marca 2021 r. wykonano 42 procedury. Głównymi wskazaniami pozostawały nowotwory jajnika (40%) i jelita grubego (39%). W czasie pandemii COVID-19 nie uległ zmianie odsetek powikłań III i IV stopnia wg Clavien-Dindo (12%), nie odnotowano również zgonów okołoperacyjnych.

Wnioski. W dobie pandemii COVID-19 zabiegi CRS + HIPEC pozostają bezpieczną i obiecującą opcją terapeutyczną dla wielu pacjentów z pierwotnymi i wtórnymi nowotworami otrzewnej.

Ocena równowagi u kobiet leczonych z powodu raka piersi po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego

Iwona Głowacka-Mrotek¹, Magdalena Tarkowska², Tomasz Nowikiewicz³, Wojciech Zegarski³

¹Katedra Rehabilitacji, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

²Katedra Fizjoterapii, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

³Katedra Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz

Wstęp. Podstawowa i najbardziej skuteczną metodą leczenia nowotworu piersi jest zabieg chirurgiczny. Jednostronna mastektomia jest przyczyną występowania zaburzeń rozkładu napięć mięśniowych pomiędzy prawą i lewą stroną ciała.

Cel. Ocena równowagi u pacjentek leczonych z powodu raka piersi metodą mastektomii.

Materiał i metody. Kliniczno-kontrolne badanie przeprowadzono wśród 90 chorych operowanych z powodu raka piersi metodą amputacji piersi, u których od wykonania zabiegu operacyjnego upłynęło 5–6 lat (BG). Grupę kontrolną (CG) stanowiły 74 zdrowe kobiety, ochotniczki. Analizę równowagi przeprowadzono przy pomocy platformy stabilograficznej Alfa. Do oceny równowagi wykorzystano

test statyczny (próba Romberga) z oczami otwartymi i zamkniętymi. Przeanalizowano następujące parametry oceny równowagi: długość ścieżki, pole powierzchni statokinezygramu, parametry oceniające wychylenie i prędkość centrum nacisku stóp.

Wyniki. Badania pokazały, że pacjentki w BG po upływie 5–6 lat od zabiegu operacyjnego osiągały gorsze wyniki parametrów równowagi zarówno z oczami otwartymi: maksymalne odchylenie w tył, maksymalne odchylenie w przód, średnie odchylenie Y, średnia prędkość Y, długość ścieżki oraz pole powierzchni ścieżki ($p < 0,05$); jak i oczami zamkniętymi: maksymalne odchylenie w tył, maksymalne odchylenie w przód, średnie odchylenie Y oraz długość ścieżki ($p < 0,05$).

Wnioski. Badania własne wykazały, że kobiety leczone z powodu raka piersi metodą mastektomii mają gorszą, pomimo uczęszczania na zajęcia rehabilitacji ruchowej, równowagę po upływie 5–6 lat od zabiegu w porównaniu z kobietami zdrowymi.

Leczenie chorych na raka piersi powyżej 70. r.ż. w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie podczas pandemii COVID-19

Paweł Winter, Rafał Wójcik, Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska, Zbigniew Nowecki

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Wstęp. Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i na świecie. Pandemia COVID-19 sparaliżowała funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej oraz narzuciła pilną potrzebę zmian organizacyjnych w ośrodkach onkologicznych celem minimalizacji ryzyka personelu i pacjentów. Według obserwacji szczególnie narażone na wystąpienie poważnych powikłań i zgon po infekcji COVID-19 są osoby starsze. W wyniku pandemii na całym świecie zaobserwowano wyraźny spadek liczby pacjentów zgłaszających się do ośrodków onkologicznych we wszystkich grupach chorych. W konsekwencji w najbliższym czasie prognozuje się znaczny wzrost nowych rozpoznań raka piersi.

Materiał i metody. W niniejszej pracy przedstawiono dokumentację medyczną, dokonano analizy retrospektywnej sposobu leczenia raka piersi u kobiet powyżej 70. roku życia w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie w latach

2019 i 2020. Porównano dane kliniczne: stopień zaawansowania w klasyfikacji TNM, rozpoznanie histopatologiczne, występowanie czynników predykcyjnych i prognostycznych – ekspresji receptorów ER, PGR, Ki-67, HER2, stopień złośliwości histologicznej, rodzaj leczenia systemowego i operacyjnego.

Wyniki. We wstępnych wynikach w grupie chorych po 70. r.ż. stwierdzono spadek liczby wykonanych zabiegów operacyjnych o 23%, spadek odsetka operacji oszczędzających o 5% i wzrost odsetka mastektomii o 3% – w 2020 r. w porównaniu z 2019 r.

Wnioski. Wyniki wstępne sugerują wyższy wyjściowy stopień zaawansowania klinicznego chorych na raka piersi po 70. r.ż. leczonych operacyjnie w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB.

Czy zabieg laparoskopowy raka jelita grubego wiąże się z mniejszą liczbą znalezionych węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym?

Karol Tkaczyński, Michał Jankowski, Dorian Wiśniewski, Wojciech Zegarski
Centrum Onkologii, Bydgoszcz

Wstęp. Rak jelita grubego to jeden z najczęstszych nowotworów w krajach rozwiniętych, a w leczeniu coraz częściej są wykorzystywane metody laparoskopowe.

Cel. Ocena radykalności zabiegu definiowana liczbą znalezionych węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym.

Materiał i metody. Retrospektywnej ocenie poddano 190 kolejnych chorych Kliniki Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy (102 K, 88 M), u których wykonano resekcję okrężnicy z powodu raka okrężnicy (91 zabiegów laparoskopowych (LAP), 99 zabiegów klasycznych (KLA)). Zabiegi wykonano od stycznia 2015 r. do grudnia 2016 r. Średnia wieku chorych wyniosła 67 lat (66 LAP, 68 KLA), BMI: 26,82 (25,56 LAP, 28,08 KLA). Laparoskopowo operowano 51 kobiet i 40 mężczyzn, klasycznie 48 mężczyzn i 51 kobiet.

Wyniki. W preparatach pooperacyjnych wszystkich chorych opisano średnio 18,86 węzłów chłonnych. U chorych operowanych laparoskopowo: 18,68, a po zabiegach klasycznych: 19,05.

Wnioski. Zabieg laparoskopowy skutkuje podobną liczbą znalezionych węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym w porównaniu z zabiegami metodą otwartą. W pośredni sposób może to potwierdzać podobną radykalność onkologiczną obu metod operacyjnych.

Przegląd technik znakowania nowotworów w diagnostyce i leczeniu

Jacek Zieliński¹, Weronika Szczecińska², Jakub Woźniak²,
Rafał Śmiechowski¹, Sergii Girnyi¹, Michał But³,
Adam Bukjnowski⁴, Jerzy Wtorek⁴

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

²Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

³Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych, Szpital Wojewódzki w Koszalinie, Koszalin

⁴Wydział Inżynierii Biomedycznej, Politechnika Gdańska, Gdańsk

Wstęp. W leczeniu nowotworów bardzo ważne jest wykonanie biopsji z oznaczeniem miejsca pobrania. Po wykonaniu biopsji znaczniki powinny być stosowane w większości przypadków.

Cel. Przedstawienie obecnie stosowanych metod znakowania nowotworów.

Materiał i metody. Do analizy metod ukrwienia przewodu pokarmowego posłużono się takimi bazami jak: PubMed, Scopus oraz multiwyszukiwarka danych medycznych za okres ostatnich 5 lat. Jako kryteria wyszukiwania przyjęto: znaczniki, znakowanie tkanek zmienionych patologicznie, chirurgię nowotworów.

Wyniki. Obecnie dysponujemy jedynie nielicznymi metodami znakowania guza lub obszaru narządu wymagającego usunięcia chirurgicznego, które można podzielić na znaczniki w postaci: podawanego barwnika, podawanego izotopu, pozostawienia tzw. kotwiczki, czyli zastosowania plecionego stalowego drutu zakończonego częścią rozprężaną na końcu. W małych guzach nowotworowych planowanych do zabiegu pozostawienie znacznika umożliwia chirurgowi w sposób optymalny dotarcie do guza i jego usunięcie w minimalnie inwazyjny sposób. Najczęściej wprowadzenie znacznika odbywa się pod kontrolą ultrasonografii, rzadziej pod kontrolą tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego. W większych guzach nowotworowych poddanych przedoperacyjnej chemio- i radioterapii znaczniki stosuje się w celu oznaczenia ich części centralnej. Tego typu zastosowanie znaczników jest potrzebne do lokalizacji miejsca guza w przypadku całkowitej remisji nowotworu.

Wnioski. W chwili obecnej nie dysponujemy żadną doskonałą metodą znakowania nowotworów. Z uwagi, że na rynku medycznym brakuje prostych, ale inteligen-

tnych znaczników, w leczeniu chirurgicznym nowotworów istnieje potrzeba stworzenia prototypu znacznika z łatwym w użyciu aplikatorem.

Mikrobiologia ekspanderów piersi

Maja Molska¹, Mateusz Wichtowski², Dawid Murawa²

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Poznań

²Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

Wstęp. Infekcje bakteryjne są jednym z najczęstszych powikłań pooperacyjnych. Zakażenie implantu piersi może powodować przykurcz torebki, powstanie przetok, martwicę tkanek, co wiąże się z ryzykiem konieczności usunięcia wszczepu. Obecność biofilmu bakteryjnego na powierzchni implantu nie zawsze manifestuje się klinicznie pod postacią zakażenia. Nadal jednak niewiele wiadomo na temat czynników wywołujących zmianę stanu łagodnego w patologiczny.

Cel. Zbadanie profilu drobnoustrojów związanych z torebką wszczepu po rekonstrukcji piersi ekspanderem oraz ocena pobierania śródoperacyjnych wymazów bakteriologicznych jako istotnego czynnika predykcyjnego.

Materiał i metody. Dwuosiłkowy przegląd wyników leczenia kobiet poddanych dwuetapowej rekonstrukcji piersi metodą ekspander-implant, w okresie od czerwca 2020 r. do czerwca 2021 r. U 53 pacjentek przeprowadzono 64 wymiany ekspanderów na implanty. Z każdej torebki wszczepu i powierzchni ekspandera pobrano wymaz bakteriologiczny i wykonano posiew mikrobiologiczny w warunkach tlenowych i beztlenowych. Uwzględniono charakterystykę pacjentek, zastosowanie i rodzaj siatek użytych podczas rekonstrukcji, rodzaj leczenia i stan kliniczny.

Wyniki. Wymianę ekspanderów przeprowadzano po 4–26 miesiącach. 6 pacjentek miało usuwany ekspander z powodu powikłań: infekcja/ uszkodzenie wszczepu. Spośród 53 ocenianych pacjentek 45 miało ujemny, a 8 dodatni wynik posiewu. Wyniki nie miały ścisłej korelacji ze stanem klinicznym pacjentek. Dane demograficzne, choroby współistniejące, obecność siatek, chemio- i radioterapia nie miały istotnego wpływu na wyniki posiewów.

Wnioski. Bakterie kolonizują zarówno klinicznie prawidłowe jak i zakażone ekspandery. Trudno jest ustalić specyficzną florę związaną z dwuetapową rekonstrukcją piersi. Każdorazowe pobieranie wymazu bakteriologicznego nie wpływa na powodzenie leczenia. Należy zwracać większą uwagę na występujące u pacjentek czynniki ryzyka, związane ze zwiększonym ryzykiem infekcji.

Przedoperacyjne żywienie immunomodulujące vs. bogatobiałkowe. Wyniki badania z randomizacją

Stanisław Kłęk^{1,2}, Kamila Kret¹,
Magdalena Pisarska-Adamczyk³, Jerzy Sałówa²,
Ryszard Choruz², Tomasz Cegielný^{1,2}, Wojciech Łobaziewicz¹,
Elżbieta Marczyk¹, Mariusz Wilczek¹, Jerzy W. Mitus¹,
Jacek Tabor¹, Wojciech Kibil¹, Joanna Welanyk¹,
Michał Pędziwiatr³

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie, Kraków

²Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. S. Dudricka, Skawina

³Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków

Wstęp. Uważa się, że żywienie immunomodulujące (IM) zmniejsza liczbę powikłań pooperacyjnych u pacjentów poddawanych rozległym zabiegom chirurgicznym jamy brzusznej. Ostatnio niektóre badania wykazały jednak, że diety bogatobiałkowe (HP) miały podobną skuteczność, z kolei inni autorzy kwestionowali wartość IM. Celem pracy było porównanie efektu klinicznego IM i HP w okresie przedoperacyjnym.

Materiał i metody. Od stycznia 2015 r. do grudnia 2020 r. w trzech ośrodkach chirurgii onkologicznej przeprowadzono badania na grupie 299 dobrze odżywionych pacjentów (130 K, 169 M, m. wiek 60,8) poddanych rozległej operacji w obrębie jamy brzusznej. Pacjentów losowo przydzielono do przedoperacyjnej diety IM lub HP, którą otrzymywali przez 7 dni przed operacją. U wszystkich w okresie okołoperacyjnym zastosowano protokół ERAS. Analizie poddano liczbę i rodzaj powikłań, długość hospitalizacji oraz śmiertelność.

Wyniki. Obie grupy były porównywalne pod względem wieku, płci i rodzaju operacji. Mediana hospitalizacji w okresie pooperacyjnym wyniosła 8 dni (6–12) w grupie IM i 7 dni (6–10) w grupie HP ($p = 0,153$). Powikłania pooperacyjne zaobserwowano u 29 pacjentów (21,3%) w grupie IM i 28 (17,8%) w grupie IMEN ($p = 0,442$). Ryzyko ponownej hospitalizacji było porównywalne: 5,1% vs. 4,9% ($p = 0,924$) – odpowiednio dla IM i HP. Nudności i wymioty wystąpiły u 21 (15,4%) i 17 (10,4%) pacjentów IM i HP ($p = 0,195$). Nie zaobserwowano różnicy w czynności przewodu pokarmowego ($p = 0,272$).

Wnioski. Przeprowadzone badanie nie wykazało różnic między dietą immunomodulującą a wysokobiałkową, tym samym nie ma uzasadnienia, aby zalecać IM wszystkim pacjentom przed operacją.

Wczesne zamknięcie ileostomii protekcyjnej po przedniej niskiej resekcji odbytnicy. Badanie wieloośrodkowe z randomizacją

Stanisław Kłęk^{1,2}, Kamila Kret¹,
Magdalena Pisarska-Adamczyk³, Jerzy Sałówa²,
Ryszard Choruz², Tomasz Cegielný^{1,2}, Wojciech Łobaziewicz¹,
Elżbieta Marczyk¹, Mariusz Wilczek¹, Jerzy W. Mitus¹,
Jacek Tabor¹, Wojciech Kibil¹, Joanna Welanyk¹,
Michał Pędziwiatr³

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie, Kraków

²Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. S. Dudricka, Skawina

³Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków

Wstęp. Protekcyjna ileostomia pętlowa (PIP) jest stosowana w celu zmniejszenia ryzyka nieszczelności zespolenia po przedniej niskiej resekcji odbytnicy. Jest to procedura skuteczna, aczkolwiek uciążliwa dla pacjenta i zwiększająca koszty ochrony zdrowia. Wczesne zamknięcie (WZ) PIP może przyczynić się do zmiany tego stanu rzeczy.

Cel. Analiza skuteczności wczesnego zamknięcia PIP.

Materiał i metody. Badanie kliniczne z randomizacją przeprowadzono w okresie od 1 października 2016 r. do 31 grudnia 2020 r. Wzięło w nim udział 116 dorosłych pacjentów (48 K, 68 M, średnia wieku 56,7 i 57,2) operowanych z powodu raka odbytnicy. Zgodnie z protokołem ERAS chorzy zostali losowo podzieleni na dwie grupy: z późnym (PZ) lub wczesnym (WZ) zamknięciem (14 dni po wypisie) PIP. Analizie poddano czas rozpoczęcia chemioterapii adjuwantowej, częstość powikłań i koszty opieki zdrowotnej.

Wyniki. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w zakresie czasu trwania zabiegu (83,2 min. $\pm$ 15,9 min. vs. 87,1 min. $\pm$ 21,7 min. – odpowiednio w WZ i PZ), śródoperacyjnej utraty krwi (odpowiednio 15,2 ml $\pm$ 7,5 ml vs. 17,3 ml $\pm$ 11,1 ml), mediany pobytu w szpitalu, ani czasu na oddawanie gazów i stolca. Różnicę w czasie potrzebnym do rozpoczęcia leczenia uzupełniającego (38,7 dn. $\pm$ 5,7 dn. vs. 33,2 dn. $\pm$ 5,8 dn., $p < 0,01$) zrekomensowano skróceniem życia ze stomią (17,2 dn. vs. 299,0 dn.) i kosztów opieki zdrowotnej liczonej jedynie kosztem worków stomijnych (165,90 zł vs. 2663,8 zł).

Wnioski. WZ jest bezpiecznym i skutecznym podejściem terapeutycznym, które usprawnia powrót pacjenta do zdrowia i nie zaburza skuteczności leczenia.

Prezentacje na Sesję Młodych PTChO

Pacjentka z masywną zmianą o charakterze nowotworowym w jamie brzusznej i mnogimi przerzutami do wątroby. Opis przypadku

Anna Rodzajewska, Paweł Polski, Katarzyna Szklener, Sławomir Mańdziuk

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Onkologii Klinicznej i Chemioterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Wstęp. Przedstawiamy przypadek 56-letniej kobiety, dotychczas nieleczonej, bez istotnych chorób przewlekłych, która zgłosiła się do szpitala z powodu bólu w lewym nadbrzuszu.

Opis przypadku. Dolegliwości bólowe utrzymywały się od tygodnia i nasilały się przy kaszlu. Towarzyszyły im nudności, wymioty, brak apetytu. Miesiąc wcześniej pacjentka zauważyła powiększenie obwodu brzucha. W badaniach laboratoryjnych z odchyleniem od normy stwierdzono podwyższone stężenie markerów nowotworowych: CA 125 – 243,2 U/ml, CEA – 9,6 ng/ml. Badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy w obrębie części centralnie-lewobocznej uwidoczniło patologiczną zmianę lito-torbielowatą z częścią płynową otorebkowaną o wymiarze 15 x 15 x 18 cm oraz niejednorodną komponentę tkankową o wymiarze 7 x 5 x 11 cm po stronie lewej. Guz znacznie uciskał i modelował trzon trzustki, żołądek, lewy płąt wątroby, żyłę nerkową lewą oraz przemieszczał głowę trzustki, aortę brzuszną na stronę prawą, lewe nadnercze i lewą nerkę ku dołowi. Badanie obrazowe wykazało także powiększoną wątrobę z licznymi zmianami meta (średnica największej zmiany wynosiła 4,2 cm). Wykonano kilkakrotnie zabieg przezskórnego drenażu torbielowatej masy z ewakuacją łącznie 6 litrów brunatnego płynu. Obraz kliniczny oraz wyniki badań obrazowych najbardziej odpowiadały rozpoznaniu nowotworu neuroendokrynnego układu pokarmowego. Wycinki pobrane podczas biopsji wątroby przekazano do badania histopatologicznego.

Wyniki. Wyniki badań immunohistochemicznych sugerują pierwotny guz jajnika, z niewielkim prawdopodobieństwem raka płaskonabłonkowego. Rak jajnika jest główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych ginekologicznych.

Wnioski. Ze względu na brak swoistych objawów nowotworu jajnika, zdecydowana większość przypadków rozpoznawana jest zwykle w stadium zaawansowanym miejscowym

bądź w stadium uogólnienia. Wiąże się to z potrzebą wprowadzenia agresywnego leczenia onkologicznego i niepewnym rokowaniem.

Chemoembolizacja jako metoda terapii raka wątrobowokomórkowego. Opis przypadku

Klaudia Piwowar, Arkadiusz Grunwald, Katarzyna Szklener, Łukasz Świątłowski, Paweł Polski, Kinga Brzuszkiewicz, Katarzyna Nowak, Sławomir Mańdziuk

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Onkologii Klinicznej i Chemioterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Wstęp. Rak wątrobowokomórkowy (HCC) to najczęstszy pierwotny nowotwór wątroby. Wybór metody leczenia zależy od stadium zaawansowania. Chemoembolizacja to najczęściej stosowana metoda leczenia nieresekcyjnego HCC. **Cel.** Przedstawienie przypadku pacjenta z HCC u którego zastosowano dwuetapową chemoembolizację i uzyskano całkowitą regresję zmiany.

Materiał i metody. Do przygotowania pracy użyto kart informacyjnych pacjenta, wyników badań pozytonowej tomografii emisyjnej połączonej z komputerową (PET/CT) i badań rezonansu magnetycznego (MR), jak również opisów przebiegu chemoembolizacji.

Opis przypadku. W badaniu MR z 3 listopada 2020 r. u pacjenta rozpoznano raka wątrobowokomórkowego segmentu IV wątroby o wymiarach 41 x 32 x 30 mm. Z powodu utrzymującej się idiopatycznej trombocytopenii w badaniach laboratoryjnych oraz po konsultacji z lekarzem hematologiem, pacjenta zdyskwalifikowano z resekcji zmiany i zakwalifikowano do chemoembolizacji. 4 grudnia 2020 r. wykonano chemoembolizację przy użyciu cząstek Tandem nasączonych doksorubicyną oraz mikrospirali Interlock (2 x 6 mm) z wyłączeniem patologicznego łożyska naczyniowego z krążenia zaopatrującego zmianę w wątrobie. W badaniu MR z 26 stycznia 2021 r. stwierdzono regresję zmiany do wymiarów 25 x 31 x 32 mm, następnego dnia wykonano drugi etap chemoembolizacji taką samą metodą jak uprzednio. W badaniu MR z 6 kwietnia 2021 r. – dalsza regresja do wymiarów 26 x 22 mm, zaś w badaniu MR z 5 lipca 2021 r. zmiana była niemal niewidoczna.

Wyniki. Na skutek uzyskanego leczenia uzyskano całkowitą regresję zmiany nowotworowej. Chemoembolizacja stosowa-

na jest w leczeniu raka wątrobowokomórkowego o pośrednim stadium zaawansowania, jak również w przypadku istnienia przeciwwskazań do zabiegu resekcji zmiany nowotworowej.

Wnioski. Metoda okazała się skuteczna u przedstawionego chorego uzyskując całkowitą regresję zmiany nowotworowej oraz ustąpienie objawów bólowych zgłaszanych przez pacjenta.

Wykonanie angioplastyki balonowej i implantacji stentu zabiegiem ratującym życie u pacjentki z zespołem żyły głównej górnej. Opis przypadku

Jakub Klas, Katarzyna Szklener, Łukasz Świątłowski, Paweł Polski, Natalia Kluz, Sławomir Mańdziuk
Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Onkologii Klinicznej i Chemioterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Wstęp. Zespół żyły głównej górnej (SVCS) definiowany jest jako zespół objawów spowodowanych utrudnieniem odpływu krwi z żyły głównej górnej do prawego przedsionka serca i jest zaliczany do onkologicznych stanów nagłych. Poprawę drożności zwężonego naczynia można uzyskać, zakładając stent i wykonując balonowe poszerzenie miejsca zwężenia. Po zaprotezowaniu żyły objawy zespołu ustępują w ciągu kilkunastu godzin.

Cel. Przedstawienie przypadku pacjentki z rakiem płaskonabłonkowym płuca z przerzutami odległymi, u której dwukrotnie stwierdzono kliniczny SVCS i dwukrotnie zastosowano angioplastykę balonową i implantację stentu.

Materiał i metody. Do przygotowania pracy wykorzystano dokumentację pacjentki zawierającą opis i przebieg zabiegów, wyniki badań obrazowych i laboratoryjnych.

Opis przypadku. W trakcie pierwszego zabiegu po podaniu kontrastu uwidoczono krytyczne zwężenie w żyłę główną górnej na wysokości spływu żyły ramiennie-głowej lewej (średnica ŻGG ok. 2–3 mm). Przystąpiono do zabiegu i wykonano angioplastykę balonową oraz implantowano stent w ŻGG. Po miesiącu pacjentka wróciła z klinicznym SVCS, a w badaniu obrazowym uwidoczono niedrożność żyły ramiennie-głowej lewej. Przystąpiono do zabiegu, wykonano angioplastykę cewnikiem balonowym i implantację 2 stentów do zwężonej żyły. Kontrolna flebografia uwidoczniła prawidłowe udrożnienie protezowanej żyły oraz prawidłową drożność wcześniej implantowanego stentu. Po wykonaniu obu zabiegów pacjentka została zakwalifikowana do badania klinicznego, w którym otrzymuje terapię niwolumabem i relatlinabem.

Wnioski. Omówiony przypadek kliniczny potwierdza skuteczność wykonywania angioplastyki naczyń żylnych u pacjentów z krytycznym SVCS. Wykonanie zabiegów nie tylko uratowało życie pacjentce, ale także pozwoliło jej wziąć udział w badaniu klinicznym, dającym szansę zastosowania skutecznej terapii w leczeniu choroby podstawowej.

Ektopia gruczołu piersiowego a ryzyko raka.

Opis przypadku

Agnieszka Ławnicka¹, Dawid Murawa^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,

Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

²Katedra Chirurgii i Onkologii Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

Wstęp. Nieprawidłowości rozwojowe gruczołu piersiowego dotyczą 0,4–6% populacji. Anomalie mogą objawiać się jako nadliczbowe brodawki lub dodatkowe gruczoły. W ektopowej tkance piersiowej może rozwinąć się rak, chociaż jest to zjawisko rzadkie i stanowi 0,2–0,6% wszystkich przypadków raka piersi.

Opis przypadku. Opisywany przypadek dotyczy 47-letniej chorej będącej homozygotyczną nosicielką zmian C142G, G355T, G4326C w obrębie genu *CYP1B1*. Kobieta zaczęła się uskarżać na niebolesne zgrubienie w lewym dole pachowym, któremu w badaniu USG odpowiadał 4 mm odczynowo zmieniiony węzeł chłonny. Poza tym nie stwierdzono zmian ogniskowych litych w piersiach, ani cech limfadenopatii w dołach pachowych. Wykonano biopsję węzła chłonnego, uzyskując fragmenty tkanki łącznej oraz naskórka. W wyniku histopatologicznym patomorfolog podkreślił, że materiał może nie być reprezentatywny. Po 1,5 roku w USG stwierdzono w lewej jamie pachowej podskórnie w miejscu zgrubienia powiększone ognisko normoechogenne o wzmożonym unaczynieniu o wymiarach 12 x 11 mm, sugerując, iż może być to węzeł chłonny zmieniony w przebiegu bartonellozy. W różnicowaniu polecono uwzględnić zapalną zmianę gruczołu skórniego. Miesiąc później w znieczuleniu miejscowym pacjentka poddała się radykalnemu wycięciu opisywanego odczynowo zmienionego węzła chłonnego. Materiał o wymiarach 1,5 x 1,3 x 0,9 cm oddano do badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano gruczolowego raka piersi z utkaniem dodatkowego gruczołu mlekowego na obwodzie. Po konsultacji z chirurgiem onkologicznym zdecydowano się na poszerzone wycięcie blizny celem weryfikacji doszczętności usunięcia tkanki nowotworowej oraz biopsję węzła wartowniczego.

Wyniki. Dzięki regularnym kontrolom i wzmożonej czujności pacjentki, pierwotny nowotwór złośliwy zlokalizowany w dodatkowym gruczole piersiowym w okolicy pachowej został zdiagnozowany w zaawansowaniu T1c, co pozwoliło na przeprowadzenie radykalnego leczenia chirurgicznego.

Nieszczelność zespolenia szyjnego po całkowitej resekcji przełyku jako przykład możliwego ciężkiego powikłania chirurgicznego

Katarzyna Dubieńska

Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,

Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

Wstęp. Ezofagektomia jest operacją wykonywaną głównie z powodu nowotworów złośliwych przełyku. Istnieje kilka sposobów

bów jej przeprowadzenia w zależności m.in. od lokalizacji guza – z dostępu przez torakotomię prawostronną, przez laparotomię i rozwór przełykowy, przez torakolaparotomię lewostronną lub laparotomię z prawostronną torakotomią i cerwikotomią. Każdy z nich jest związany z wysokim ryzykiem powikłań, takich jak: odma opłucnowa, wysięk opłucnowy, zapalenie płuc, niewydolność oddechowa, zakażenie rany. Szczególnie groźne są zapalenie śródpiersia i sepsa w przebiegu nieszczelności zespolenia.

Opis przypadku. Pacjent 51-letni leczony operacyjnie z powodu raka przełyku ypT2N0M0 – wykonano radykalną ezofagektomię poprzez prawostronną torakotomię z laparotomią i zespoleniem żołądkowo-przełykowym na szyi (29 marca 2021 r.). Kilukrotnie reoperowany z powodu klinicznych cech nieszczelności zespolenia – w 2. dobie torakotomia, w 5. dobie laparotomia, w trakcie których nie stwierdzono ubytku. W 14. dobie w TK klatki piersiowej uwidoczniło się rozucie na poziomie zespolenia szyjnego po stronie prawej z obecnością przetoki w śródpiersiu górnym tylnym i wtórną odma opłucnową. Zastosowano szerokospektralną antybiotykoterapię i żywienie pozajelitowe, natomiast przeciek powstrzymano w trakcie interwencji endoskopowej poprzez założenie łącznie 3 stentów samorozprężalnych (13 i 20 kwietnia 2021 r.). Dodatkowo wykonano dekortykację płuca prawego (19 kwietnia 2021 r.). 8 czerwca 2021 r. w kontrolnym TK klatki piersiowej stwierdzono obecność ślepo zakończonej przetoki w miejscu rozęcia zespolenia, co pozwoliło usunąć protezy z rekonstruowanego przełyku (15 czerwca 2021 r.).

Wnioski. Resekcja przełyku jest operacją związaną z licznymi, potencjalnie śmiertelnymi powikłaniami, jak m.in. nieszczelność zespolenia. Ryzyko to można zmniejszyć poprzez wczesną diagnostykę obrazową (brak uwidocznienia rozęcia w trakcie obu reoperacji), zespolenie na wysokości szyi, a nie klatki piersiowej (ograniczona przestrzeń, łatwiejsza interwencja) oraz współpracę doświadczonego zespołu specjalistów.

Niekonwencjonalne wykorzystanie sondy Sentimag

Michał Bąk^{1,2}, Jakub Migoń¹

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

²Katedra Chirurgii i Onkologii Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

Wstęp. Urządzenia wykorzystujące zmienne pole magnetyczne stosowane są w chirurgii onkologicznej od 2012 r. Ich podstawowymi zastosowaniami są lokalizacja węzłów wartowniczych i niepalpacyjnych guzów piersi.

Cel. Niekonwencjonalne wykorzystanie sondy Sentimag w przypadkach klinicznych z dziedziny chirurgii ogólnej i onkologicznej, na przykładzie dwóch przypadków klinicznych.

Materiał i metody. Pierwszy przypadek medyczny to 59-letni mężczyzna po wycięciu polipowatej zmiany okrężnicy

typu-LST, w której następnie zdiagnozowano raka. Zmianę usunięto we fragmentach, co utrudniło ocenę radykalności. Miejsce po usunięciu polipa oznaczono hemoklipsami. Śródoperacyjne wykorzystanie sondy Sentimag w celu lokalizacji hemoklipsów umożliwiło resekcję części jelita grubego z zachowaniem prawidłowej granicy zdrowej tkanki. Kolejnym pacjentem jest 32-letni mężczyzna, który zgłosił się do Chirurgicznej Izby Przyjęć z powodu postrzelenia tapicerskim pistoletem pneumatycznym. Zastosowanie sondy Sentimag pozwoliło na precyzyjną lokalizację metalicznego ciała obcego oraz usunięcie go po wykonaniu niewielkiego cięcia chirurgicznego.

Wnioski. Wykorzystanie nowych technologii w medycynie umożliwia szybszą diagnostykę oraz bezpieczniejsze zaopatrzenie pacjentów chirurgicznych. Sonda Sentimag wytwarzająca zmienne pole magnetyczne, przejściowo magnetyzuje cząstki tlenku żelaza. Poza standardowymi wskazaniami jej potencjał w lokalizacji ciał metalicznych może zostać wykorzystany również w innych przypadkach – przyspieszając proces diagnostyczny, skracając czas operacji oraz jej zakres, ograniczając narażenie pacjenta na promieniowanie rentgenowskie.

Olbrzymi wszczep raka gruczołowego jelita grubego w miejscu wyjęcia preparatu po laparoskopowej resekcji przedniej. Opis przypadku

Wojciech Kaźmierczak

Oddział Zabiegowy, Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Wstęp. Powikłania pooperacyjne można podzielić na wczesne i późne. Jednym z późnych powikłań, o których często zapominamy w zgodach na operację, mogą być wszczyki nowotworowe w miejscach dostępu chirurgicznego.

Opis przypadku. 56-letni pacjent z rakiem gruczołowym jelita grubego zgłosił się do oddziału z powodu olbrzymiego wszczepu w powłokach jamy brzusznej w podbrzuszu. Trzydzieści miesięcy wcześniej pacjent miał wykonaną laparoskopową resekcję przednią, w trakcie której usunięto raka gruczołowego zagięcia esiczo-odbytniczego pT3 N1 M0. W ostatnim badaniu tomografii komputerowej guz miał wymiary 140 x 135 x 138 mm i stwierdzono możliwe naciekanie pęcherza moczowego. W badaniu nie zaobserwowano cech nieresekcyjności. Pacjent został zakwalifikowany do operacji. Wykonano radykalną resekcję guza z odtworzeniem powłok jamy brzusznej, przy użyciu siatki IPOM. Przebieg pooperacyjny powikłany był ropieniem rany. Pacjent został wypisany do domu w dwudziestą dobie po operacji.

Wnioski. Resekcja dużych wszczepów w powłokach jamy brzusznej jest możliwa, jednakże wymaga niestandardowego działania i doświadczonego wielodyscyplinarnego zespołu.

Powikłania po prepektoralnych rekonstrukcjach gruczołu piersiowego. Opis przypadku

Agnieszka Ławnicka¹, Katarzyna Dubieńska¹,

Piotr Idkowiak¹, Sławomir Cieśla¹, Dawid Murawa^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Zielona Góra

²Katedra Chirurgii i Onkologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

Wstęp. Prepektoralną rekonstrukcję piersi po raz pierwszy wykonano na początku lat 60., jednak wówczas zakończyło się to niepowodzeniem i utratą implantu. Wprowadzenie na początku XXI wieku siatek syntetycznych i naturalnych pozwoliło na bezpieczny powrót do tej idei. Zaletą tego typu operacji jest m.in. prostsza technika chirurgiczna, mniejsza inwazyjność, krótszy czas trwania zabiegu, mniejsze dolegliwości bólowe, mniejsze ryzyko krwawienia, szybszy powrót pacjentki do sprawności fizycznej, większa ruchomość implantu oraz naturalny wygląd piersi. Coraz szersze wskazania do prepektoralnych rekonstrukcji niosą za sobą większe ryzyko powikłań. Postępowanie w przypadku powikłań stanowi ważny element leczenia.

Opis przypadku: 51-letnia pacjentka po obustronnej profilaktycznej mastektomii z jednoczasowym wszczepieniem implantów w położeniu prepektoralnym – leczona w 2019 r. Operacja przeprowadzona była z powodu mutacji *BRCA1*. W 2020 r. wystąpiła przetoka piersi lewej i odsłonięcie implantu. Wykonano kapsulotomię, wycięto tkanki bliznowate oraz wszyto siatkę Seragyn. Mimo tego po 2 miesiącach nastąpił nawrót przetoki. Wówczas pacjentka przyjęta została do naszej kliniki. Ponownie wycięto przetokę piersi lewej oraz usunięto protezę. Pod mięsień piersiowy większy założono ekspander Polytech 40637-400, 400 ml, który wypełniono 80 ml 0,9% NaCl, dodatkowo boczenie założono siatkę TIGR o wymiarach 10 x 15 cm. W kilkumiesięcznej kontroli obserwowano prawidłowe gojenie rany.

Wnioski. W ośrodkach wykonujących rekonstrukcje prepektoralne celowe jest prowadzenie stałej obserwacji ewentualnych powikłań i stałej analiza skutków postępowania ratunkowego w tych przypadkach.

Pierwotny naczyniakomięsak piersi. Opis przypadku

Paweł Bogacz¹, Barbara Madej-Czerwonka²

¹Oddział Chirurgii Piersi, Wojewódzki Szpital

Specjalistyczny im. S. Kard. Wyszyńskiego, Lublin

²Zakład Anatomii Prawidłowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Wstęp. Pierwotny naczyniakomięsak (ASB) jest jednym z najrzadziej występujących nowotworów gruczołu piersiowego. Jest guzem agresywnym o złym rokowaniu. Wczesne rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia umożliwiają poprawę wyników terapii. Podstawową metodą postępowania pozostaje radykalne leczenie chirurgiczne.

Opis przypadku. W pracy przedstawiono przypadek 36-letniej pacjentki, która zgłosiła się z powodu widocznych klinicznie nasilonych zmian zapalnych piersi lewej i z agresywnym jej wzrostem. Stwierdzono patologicznie powiększone węzły chłonne pachowe lewe. Pacjentka była diagnozowana, a następnie leczona na Oddziale Chirurgii Piersi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie. W diagnostyce wstępnej wykonano oligobiopsję. Ocena patomorfologiczna materiału tkankowego była niejednoznaczna. Po konsultacji preparatów rozpoznano proces nowotworowy złośliwy. Wykonano również rutynowe badania obrazowe celem oceny stopnia zaawansowania choroby. Z uwagi na niepewny charakter zmiany pacjentkę zakwalifikowano do zmodyfikowanej radykalnej mastektomii. Szczegółowe badania pooperacyjne i ponowne konsultacje preparatów patomorfologicznych pozwoliły rozpoznać pierwotnego naczyniakomięsaka piersi lewej.

Dyskusja. Pierwotne naczyniakomięsaki piersi występują rzadko (0,04% wszystkich złośliwych guzów piersi) i mogą rozwijać się obustronnie. Zmiany pierwotne pojawiają się u młodszych kobiet, zwykle w trzeciej i czwartej dekadzie życia. Mediana czasu przeżycia wynosi zazwyczaj 24 miesiące, a pięcioletni wskaźnik przeżycia wolnego od nawrotu wynosi zaledwie 33%. Diagnostyka różnicowa, a tym samym pierwotna kwalifikacja do leczenia, sprawia zwykle znaczne problemy z powodu rzadkiego występowania tych nowotworów.

Wnioski. Podstawowym leczeniem naczyniakomięsaków piersi pozostaje radykalna resekcja chirurgiczna guza z marginesem tkanek zdrowych. Selektywne wycięcie węzłów chłonnych pachowych nie jest zalecane.

Gruczolakorak śluzotwórczy przewodu pokarmowego z komponentą raka sygnetykomórkowego – trudności diagnostyczne oraz leczenie skojarzone z wykorzystaniem CRS + HIPEC. Opis przypadku

Mirosław Waplak¹, Krzysztof Szewczyk²

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Wrocław

²Katedra Onkologii, Zakład Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Opis przypadku. 47-letnia pacjentka zgłosiła się do lekarza w lutym 2019 r. z powodu kolkowych bólów brzucha i ubytku masy ciała (20 kg/rok). W marcu 2019 r. wykonano laparoskopię zwiadowczą rozpoznając rozsiew gruczolakoraka śluzowokomórkowego z komponentą raka sygnetykomórkowego wychodzący najpewniej z żołądka. Od kwietnia do sierpnia 2019 r. chora otrzymała 6 kursów ECX. W PET-CT z października 2019 r. nie wykazano rozsiewu nowotworowego, a pacjentkę zakwalifikowano do próby gastrektomii totalnej D2 w połączeniu z cytoredukcją zmian w otrzewnej (CRS) oraz chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (HIPEC). W laparotomii eksploratywnej z 10 stycznia 2020 r. stwierdzono rozsiew wewnątrzoatrzewnowy nowotworu oraz zaburzoną drożność jelita krętego. Wskaźnik zmian śródotrzewnowych PCI wyniósł 21 pkt. Wobec braku możliwości doszczętniej cytoredukcji chirurgicznej (CCR 0–1) wykonano zespolenie omijające na jelicie krętym i pobrano wycinki, potwierdzając pierwotne rozpoznanie raka gruczolowego śluzowokomórkowego z przewodu pokarmowego (żołądek lub jelito grube). Od lutego do lipca 2020 r. pacjentka otrzymała 7 kursów FLOT. Wobec stabilizacji zmian otrzewnowych, braku przerzutów odległych, dobrego stanu ogólnego chorej (ECOG-WHO 1) oraz niejasnego punktu wyjścia nowotworu, 19 sierpnia 2020 r. usunięto zmiany guzowate otrzewnej, prawą połowę okrężnicy z jelicem krętym, przydatki i pęcherzyk żółciowy w połączeniu z HIPEC: podawano 855,6 mg oksaliplatyny w 5% glukozie w 43 stopniach C przez 30 minut PCI wyniósł 20 pkt., resekcję określono jako CCR 1, zabieg operacyjny trwał 305 minut. Histopatologicznie potwierdzono rozsiew gruczolakoraka z naciekiem obejmującym całą ścianę wyrostka robaczkowego – potencjalne ognisko pierwotne nowotworu. Od października 2020 r. do marca 2021 r. pacjentka otrzymała xelodę w monoterapii, a w kontrolnych TK (kwiecień 2021 r.) nie uwidoczniło wznowy otrzewnowej ani innych zmian przerzutowych.

Uszkodzenie implantów piersi.

Opis przypadku

Maja Molska

Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Poznań

Wstęp. Pierwsze zabiegi augmentacji piersi przy użyciu implantów przeprowadzano w latach 60. XX wieku. Jako materiału wypełniającego początkowo używano roztworu soli fizjologicznej lub żelu silikonowego. Od tamtej pory przeprowadzono wiele badań klinicznych, udoskonalano implanty, tworząc kolejne generacje implantów silikonowych, starając się wyeliminować ryzyko powikłań związanych z wieloletnim okresem rezydowania wszczepu w ciele pacjenta.

Cel. Przedstawienie przypadku obustronnego samoistnego uszkodzenia implantów piersi po 26 latach od augmentacji.

Opis przypadku. 43-letnia pacjentka zgłosiła się do lekarza z powodu uczucia nierówności w strukturze obu piersi. Pacjentka przeszła operację augmentacji piersi implantami silikonowymi 26 lat wcześniej. Z zewnątrz brak widocznych cech uszkodzenia implantów, brak wykładników stanu zapalnego organizmu. W badaniu USG torebki implantów z cechami uszkodzenia. Przeprowadzono zabieg operacyjny wymiany implantów. Pobrano wymazy mikrobiologiczne. Torebki implantów piersi przekazano do badania histopatologicznego. W trakcie 3-godzinnej zabiegu usunięto całkowicie zniszczone, rozfragmentowane implanty. Pierś wewnątrz, wokół implantu otoczona grubą łącznotkankową torebką, bez cech nacieku zapalnego. W badaniu patomorfologicznym torebki z obecnością metaplastji synowialnej. Badanie mikrobiologiczne wykazało obecność bakterii *Cutibacterium acnes*.

Wnioski. Pacjentki po augmentacji piersi, u których zastosowano jedno z pierwszych generacji implantów silikonowych, stanowią dość liczną grupę wymagającą wymiany implantów, z uwagi na uszkodzenie ich torebki. Wyjściowo producentom trudno było oszacować okres trwałości implantu, stąd nie ma jednoznacznych wytycznych dotyczących konieczności wymiany nieuszkodzonych implantów w konkretnym oknie czasowym. Regularne kontrole radiologiczne pozwalają wykryć ewentualne uszkodzenie torebki implantu na jego wczesnym etapie. Umożliwia to zaplanowanie i przeprowadzenie zabiegu wymiany implantów bez zwiększonego ryzyka powikłań.

Skorowidz AUTORÓW

A		F		Litewka A.		4
Aladili Z.	11, 13	Falkowski S.	3	Lorek A.		1
Alshibshoubi M.	11	G		Ł		
Al-Zawi Abdalla Saad A.	11, 13	Gasparri M. L.	6	Ławnicka A.	6, 14, 25, 27	
Appelgren M.	6	Gąsławska-Kupisz A.	3, 4, 6	Łobaziewicz	23	
Ara Kaji H.	13	Gentilini O.	6	M		
B		George K.	11	Madej-Czerwonka B.	9, 27	
Babu V.	11	Girnyi S.	5, 14, 15, 18, 22	Makuła D.	2	
Balicka-Pożniak R.	6	Głowacka-Mrotek I.	12, 20	Mańdziuk S.	24, 25	
Bała D.	10	Goryń T.	3	Marczyk E.	23	
Banyś-Paluchowski M.	6	Grous A.	19	Matrai Z.	6	
Bąk M.	14, 17, 26	Grunwald A.	24	Migoń J.	26	
Bes M.	14	H		Milek T.	12	
Bębenek M.	7, 20	Hartmann S.	6	Mital A.	18	
Blohmer J. U.	6	Hauptmann M.	6	Mituś J. W.	23	
Bobrzyński Ł.	8	I		Molska M.	22, 28	
Bogacz P.	9, 27	Idaewor P.	11, 13	Morysiński T.	3	
Bonci E. A.	6	Idkowiak P.	27	Munzberger M.	16	
Borkowska A.	2	J		Murawa D.	6, 8, 14, 15, 16, 17, 22, 25, 27	
Brzuskiewicz K.	24	Jagiello-Gruszczyński A.	19, 21	N		
Buczek T.	17	Jarzowski P.	12	Neuman T.	19	
Bujnowski A.	19	Jeleńska K.	12	Niiniowski L.	6	
But M.	22	K		Nina H.	6	
C		Kaczmarek B.	18	Nowak K.	24	
Cakmak G. K.	6	Kaczorowska-Walaszek R.	17	Nowecki Z.	5, 19, 21	
Cegielny T.	23	Kadayaprath G.	6	Nowikiewicz T.	1, 12, 20	
Chajec W.	16	Kalinowska I.	2	O		
Chicken W.	11, 13	Kalinowski Ł.	5	Ostaszewski K.	2	
Chmielewski R.	13	Kamińska-Winciorek G.	3	P		
Chojnacka I.	14	Kantor N.	4	Pachnik K.	5, 14, 15, 18	
Choruz R.	23	Kaźmierczak W.	26	Paluchowski P.	6	
Cieciorowski M.	16	Kibil W.	23	Peintinger F.	6	
Cieśla S.	8, 15, 16, 27	Klas J.	25	Pelc Z.	3, 4, 6	
Ciosek M.	5, 14, 15	Kluz N.	25	Pędziwiatr M.	23	
Ciostek P.	12	Kłęk S.	3, 4, 23	Piejko K.	4	
Classe J. M.	6	Kobińska S.	3, 4, 6	Pinto D.	6	
Cybulska-Stopa B.	3, 4	Kołodziejczyk P.	8	Pisarska-Adamczyk M.	23	
Czarnecka A. M.	2, 3	Kontos M.	6	Piwowar K.	24	
Czerwonka M.	9	Kosela-Paterczyk H.	2, 3	Placzke J.	2	
D		Kozak K.	9	Polkowski W.	3, 4, 6	
De Boniface J.	6	Kret K.	23	Polski P.	24, 25	
Di Micco R.	6	Krivorotko P.	6	Q		
Dostalek L.	6	Kruszewski W. J.	17	Qavi Q.	11	
Drzewiecka M.	1	Kühn T.	6	R		
Dubieńska K.	25, 27	Kukla M.	16	Ramadan W.	11	
Dudzisz-Śledź M.	3	Kurylcio A.	3, 6	Rasheed N.	11	
Dutkiewicz P.	13	L		Rawicz-Pruszyński K.	3, 4, 6	
E		Las-Jankowska M.	9, 10	Reszke J.	9	
Ekman M.	18					
Elamass M.	11, 13					

Richter P. 8
 Rodzajewska A. 24
 Rogala P. 2
 Rubio I.T. 6
 Rutkowski P. 2, 3

S

Salih A. 11
 Sałowska J. 23
 Schlichting E. 6
 Sędlak K. 3, 4, 6
 Sierżęga M. 8
 Skonieczny B. 10
 Skórzewska M. 3, 4, 6
 Sobczuk P. 3
 Solbach C. 6
 Spalek M. 3
 Stickeler E. 6
 Szczecińska W. 5, 14, 15, 18, 19, 22
 Szczepanik A. 8
 Szewczyk K. 7, 20, 28
 Szklener K. 24, 25
 Szram N. 19
 Szumera-Ciećkiewicz A. 2, 3

Ś

Śmiechowski R. 22
 Światłowski Ł. 24, 25
 Świtaj T. 2, 3

T

Tabor J. 23
 Tarkowska M. 12, 20
 Teterycz P. 2
 Thill M. 6
 Tkaczyński K. 9, 10, 21
 Tysarowski A. 2

U

Uciński R. 18

V

Veroux M. 14

W

Walczak J. 17
 Waplak M. 7, 28
 Warężak C. 17

Waśniewski D. 10
 Welanyk J. 4, 23
 Wichtowski M. 8, 14, 15, 16, 22
 Wilczek M. 23
 Winter P. 5, 19, 21
 Wiski A. 5, 15
 Wiśniewski D. 9, 21
 Wiśniewski T. 9
 Własak A. 18
 Woropaj P. 10
 Woźniak J. 5, 14, 15, 18, 22
 Wójcik P. 16
 Wójcik R. 19
 Wroński J. W. 16
 Wtorek J. 19, 22

Z

Zaborowski K. 2
 Zdzenicki M. 2, 3
 Zegarski W. 1, 9, 10, 12, 20, 21
 Zieliński J. 5, 14, 15, 18, 19, 22
 Ziętek M. 3
 Ziółkowska B. 3



VIRTUAL MEETING



NOWOTWORY SKÓRY 2021 UPDATE DLA CHIRURGÓW

Przewodniczący Komitetu Naukowego:
prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski



- 12 lutego 2021 roku
- 14 maja 2021 roku
- 3 lipca 2021 roku
- 24 września 2021 roku
- 19 listopada 2021 roku

Szczegółowe informacje i rejestracja na
stronie internetowej:

www.nowotworyskory.viamedica.pl

ORGANIZATOR



PATRONAT



PATRONAT MEDIALNY

tvmed

PARTNER



20-6116.001.003

Konferencja jest skierowana do wszystkich osób zainteresowanych tematyką. Sesje satelitarne firm farmaceutycznych, sesje firm farmaceutycznych oraz wystawy firm farmaceutycznych są skierowane tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.)



V KONGRES

ONKOLOGII POLSKIEJ

WROCŁAW, 20–23 PAŹDZIERNIKA 2021 ROKU

online



www.kongres.pto.med.pl

ORGANIZATOR



PATRON GŁÓWNY



Kongres jest skierowany do wszystkich osób zainteresowanych tematyką. Sesje satelitarne firm farmaceutycznych, sesje firm farmaceutycznych oraz wystawy firm farmaceutycznych są skierowane tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.).



21-0098.001.012