



Szanowni Państwo,

Sierpniowy zeszyt „Endokrynologii Polskiej” w całości zawiera artykuły stanowiące plon III Konferencji Naukowej „Rak Tarczycy”, która odbyła się w Szczyrku w dniach 23–25 marca tego roku. Zanim przejdę do ich omówienia, chciałabym pokrótce przypomnieć, że Konferencja ta organizowana była jako wspólne przedsięwzięcie Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Patologów, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych i Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej. Wzięło w niej udział ponad 600 uczestników z całego kraju, a w toku jej obrad przedstawiono najnowsze badania dotyczące różnych aspektów raka tarczycy — od biologii molekularnej, poprzez wybrane zagadnienia epidemiologii, diagnostyki patomorfologicznej i obrazowej, terapii — zarówno leczenia operacyjnego, jak i leczenia jodem radioaktywnym do uzupełniających metod terapii oraz dalszego monitorowania chorych. Szczegółowo program Konferencji przypomnimy w specjalnym suplemencie do „Endokrynologii Polskiej”, przygotowywanym równoległe do tego zeszytu.

Bardzo dziękujemy wszystkim Autorom, którzy zechcieli odpowiedzieć na nasze zaproszenie i po Konferencji przekształcili swoje wystąpienia w artykuły do druku w „Endokrynologii Polskiej”. Gorące podziękowania należą się Pani Redaktor Naczelnej i Kolegium Redakcyjnemu za zaproszenie do wypełnienia sierpniowego zeszytu „Endokrynologii Polskiej” artykułami pokonferencyjnymi i udostępnienie łamów czasopisma. Zgodnie postanowiliśmy, aby wszystkie nadesłane artykuły poddać tradycyjnemu procesowi przyjmowania do druku.

Przewodniczący Komitetu Naukowego Konferencji, prof. Janusz Nauman, powołał w tym celu Zespół Redakcyjny, w skład którego oprócz niego weszły doc. Katarzyna Łącka i niżej podpisana. Zespół ten, z upoważnienia i w imieniu Redakcji „Endokrynologii Polskiej” rozesłał nadesłane artykuły do recenzentów i na podstawie ich ocen, w porozumieniu z Redaktorem Naczelnym — panią prof. Beatą Kos-Kudłą i Kolegium Redakcyjnym oraz za ich ostateczną akceptacją, dokonał kwalifikacji prac do druku oraz podziału artykułów

między regularny zeszyt sierpniowy „Endokrynologii Polskiej” i suplement.

Przyjęte kryteria, oprócz oceny samej pracy, nadesłanych recenzji i odpowiedzi autorów na zawarte w nich pytania, które stanowiły kryteria decydujące, obejmowały także ocenę Komitetu Naukowego, dokonaną w czasie kwalifikacji prac na Konferencję, a także oceny przewodniczących poszczególnych sesji w czasie samej Konferencji. Ostatecznie Redakcja „Endokrynologii Polskiej” zaakceptowała przyjęcie do druku 26 prac, które ukazują się w niniejszym zeszycie, a 14 dalszych ukaze się wkrótce w suplemencie zjazdowym. W suplemencie znajdą też Państwo cały program Konferencji i streszczenia tych doniesień, które nie stały się przedmiotem pełnych artykułów. Jedynie niektóre wykłady zaproszonych gości nie mają swojego odniesienia w streszczeniach, ich krótkie omówienie znajdą Państwo w suplemencie zjazdowym.

W 23 artykułach oryginalnych, zawartych w niniejszym numerze, są zarówno doniesienia omawiające kwestię ryzyka raka w różnych chorobach tarczycy, skuteczności diagnostyki cytologicznej i histopatologicznej, jej wspomaganie zarówno nowymi metodami obrazowymi, a także metodami molekularnymi, z szerokim omówieniem bardziej podstawowych zagadnień biologii raka tarczycy, jak i artykuły związane bezpośrednio z leczeniem raka i jego monitorowaniem. Popowicz i wsp. z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi omówili ryzyko raka w małych zmianach ogniskowych tarczycy, niezależnie od tego, czy zostały wykryte przypadkowo, czy też towarzyszyły palpacyjnie wyczuwalnym guzkom tarczycy, wskazując na te cechy w badaniu ultrasonograficznym, które zwiększają ryzyko raka. Inna praca łódzka, także z grupy kierowanej przez prof. Lewińskiego, autorstwa Słowińskiej-Klenckiej i wsp., poświęcona jest omówieniu częstości, powtarzalności i typów przewlekłego zapalenia tarczycy, rozpoznawanych cytologicznie, tylko pośrednio jest więc związana z kwestią raka tarczycy.

Wśród prac związanych z diagnostyką patologiczną raka zwraca uwagę artykuł Langego i wsp., który podsumowuje wyniki analizy trafności rozpoznania raka tarczycy. Praca ta jest częścią dużego badania wielośrodkowego, zainicjowanego w 1999 roku, w którym

wzięło udział około 40 patologów z całego kraju, jej współautorów. Ta analiza pozwoliła każdemu z uczestników ocenić własną skuteczność rozpoznawania raka — pod warunkiem, że pamięta jeszcze pseudonim, którym się wówczas posługiwał. Nie to było bowiem jej głównym celem — chodziło o zwiększenie trafności rozpoznań i analizę przyczyn niepowodzeń diagnostycznych. Przedstawione podsumowanie uświadamia nam, jak trudną sprawą jest postawienie prawidłowej diagnozy w guzach tarczycy. Jakkolwiek najwięcej nietrafionych diagnoz dotyczyło nadrozpoznawania raka pęcherzykowego tarczycy, trudności te nie ograniczają się do najbardziej znanego problemu: rak czy gruczolak pęcherzykowy, i mają złożone podłoże. Inne prace analizują możliwości wsparcia diagnozy histopatologicznej przez dodatkowe badania immunohistochemiczne lub molekularne. Bogdańska i wsp. wartościują pod tym względem barwienie na CD15 i HBME1 w stosunku do stosowanej już od dłuższego czasu galektyny 3. Z kolei Kołomecki i wsp. analizują w tym kontekście możliwość oznaczania niektórych markerów molekularnych we krwi, wskazując przede wszystkim na wartość informacyjną oznaczania rozpuszczalnej formy liganda Fas. W interpretacji tej pracy pojawia się jednak pewna trudność, gdyż autorzy wyodrębniają grupę raka pęcherzykowego i gruczolaka pęcherzykowego, powołując się na badanie cytologiczne, niemniej odwołują się do późniejszego badania histopatologicznego i w ten sposób potwierdzają diagnostyczną wartość oznaczeń wykonanych przedoperacyjnie.

Wiele danych wskazuje, że w raku brodawkowatym dochodzi do nadekspresji wielu molekuł adhezyjnych, a galektyna 3 jest jedną z nich. Wskazuje na nie immunohistochemiczne badanie Nikiel i wsp., kolejne opisane zostały w następnych pracach, które znajdują Państwo w suplementach. Jakkolwiek można oczekiwać, że badania molekularne przyczynią się w końcu do wykrycia sprawnych markerów molekularnych, pozwalających nie tylko na przedoperacyjne rozpoznanie nowotworu złośliwego, ale także wspomagających decyzję o zakresie potrzebnego leczenia, to droga do tego celu nie jest wcale łatwa. Więcej wiemy w tej chwili o wydarzeniach molekularnych inicjujących raka tarczycy — rolę mutacji BRAF omawia przeglądowa praca Rusinek i wsp. — niż o markerach o znaczeniu prognostycznym lub diagnostycznym. Oryginalną perspektywę zarysowuje praca Balcerzaka i wsp., poświęcona możliwości konstrukcji bibliotek peptydowych ułatwiających rozpoznanie raka tarczycy.

Leczenie operacyjne jest podstawową formą leczenia raka tarczycy. Czarniecka i wsp. pokazują na dużym materiale, że całkowite wycięcie tarczycy przynosi korzyść także w mniej zaawansowanym raku tarczycy, ale nie jest potrzebne w jednoogniskowym raku

o średnicy do 1 cm, o ile nie towarzyszą mu przerzuty węzłowe czy odległe. W drugiej pracy analizują bardziej formalnie zysk terapeutyczny, wynikający z leczenia radykalnego raka tarczycy, także o większym zaawansowaniu, porównując korzyści wynikające ze zmniejszenia ryzyka wznowy lub wręcz śmierci z powodu raka ze stratami związanymi z ryzykiem powikłań pooperacyjnych. To ryzyko w całej populacji chorych, operowanych w różnych ośrodkach naszego kraju, musi być nadal oceniane jako wysokie i tym bardziej zainteresowała nas praca Barczyńskiego i wsp., którzy dzielą się swoimi doświadczeniami ze stosowania neuromonitoringu nerwu krtaniowego wstecznego w czasie operacji raka tarczycy. Dwie kolejne prace, Mikosińskiego i wsp. z Łodzi i Gubały i wsp. z Gliwic, analizują przydatność immunochemicznego bądź molekularnego wykrywania tyreoglobuliny dla identyfikacji przerzutów do węzłów chłonnych, a Makarewicz i wsp. powracają do kwestii, jakie stężenie tyreoglobuliny badane w surowicy przed leczeniem jodem radioaktywnym prognozuje przerzuty.

Leczenie operacyjne i leczenie jodem radioaktywnym uzupełniają się i w tym kontekście należy czytać pracę z ośrodka gliwickiego, w której Handkiewicz i wsp. oceniają zasadność radykalnego leczenia operacyjnego u dzieci, wykazując ryzyko resztkowej choroby nowotworowej w miększu tarczycy pozostawionym po operacji mniej radykalnej. Ustosunkowując się do często wyrażanej potrzeby oparcia leczenia izotopowego o dowody, Krajewska i wsp. wykazują, że zastosowanie jodu radioaktywnego po operacji obniża ryzyko wznowy u chorych z guzem T3-T4, a Kukulska i wsp. prospektywnie porównują skuteczność leczenia jodem radioaktywnym po podaniu 60 i 100 mCi, potwierdzając pełną skuteczność tej niższej dawki u chorych niskiego ryzyka, ale i przywołując wcześniejsze prace gliwickie stawiające pod znakiem zapytania zasadność stosowania 30 mCi, może poza chorymi najniższego ryzyka. Cennym uzupełnieniem tej tematyki jest praca Baldys-Waligórskiej i wsp. analizująca skuteczność leczenia ablacyjnego w kontekście scyntygrafii diagnostycznej, wykonywanej przed leczeniem dla jego planowania. Z kolei praca przeglądowa Hasse-Lazar i wsp. omawia dotychczasowe wyniki stosowania rekombinowanego TSH we wspomaganiu leczenia izotopowego rozsianego raka tarczycy — jedynie ten zakres leczenia izotopowego nie jest jeszcze objęty rejestracją dla leku, podczas gdy zarówno zastosowanie rhTSH do leczenia ablacyjnego, jak i do dalszego monitorowania jest już w pełni uznane, co zresztą znalazło wyraz w modyfikacji obowiązujących rekomendacji (do tej sprawy powrócę w dalszej części naszego wstępu).

Możliwości leczenia chorych na zaawansowanego raka tarczycy dotyczy także oryginalna praca

Adamczewskiego i wsp., którzy nie potwierdzają sugerowanej w piśmiennictwie przydatności kwasu retinowego we wzbudzaniu istotnej terapeutycznie jodochwytności u chorych z przerzutami raka tarczycy. Doświadczenie ośrodka gliwickiego jest w tej kwestii bardzo podobne. Autorzy łódzcy w pracy Muchy i wsp. opisują także swoje pierwsze doświadczenia w kierowaniu chorych z rakiem tarczycy do scyntygrafii PET.

Na Konferencji nie brakło tematów związanych z rakiem rdzeniastym tarczycy. Chciałabym zwrócić uwagę na uzupełniające się wzajemnie prace Wygody i wsp. i Czetwertyńskiej i wsp., podsumowujące blisko dziesięcioletnie doświadczenia polskie w diagnostyce mutacji protoonkogenu *RET*, a więc rozpoznawaniu dziedzicznej postaci raka rdzeniastego tarczycy. Ta diagnostyka jest konieczna we wszystkich przypadkach raka rdzeniastego, gdyż klinicznie nie różni się on od postaci sporadycznej, o ile nie pojawiają się inne cechy zespołu MEN2. Co więcej, jak wskazuje praca Oczko-Wojciechowskiej, Włocha i wsp., między postacią sporadyczną i dziedziczną nie ma większych różnic w ich profilu molekularnym. Autorzy poznańscy — Kosowicz i wsp. oraz Czepczyński i wsp. — skupili się na poszukiwaniu nowych możliwości obrazowania rozsiewu raka rdzeniastego z użyciem znaczników peptydowych. Ma to szczególne znaczenie wobec trudności z lokalizacją ognisk raka u chorych, u których stwierdzamy wysokie stężenie kalcytoniny.

Konferencja stanowiła nie tylko forum wymiany poglądów naukowych związanych z badaniami nad rakiem tarczycy, ale także dała możliwość omówienia standardów leczenia raka tarczycy. W toku przygotowań do Konferencji i potem w czasie jej obrad Komitet Naukowy Konferencji, poszerzony o grono ekspertów formalnie oddelegowanych przez poszczególne towarzystwa naukowe, dokonał oceny aktualnie obowiązujących rekomendacji diagnostyki i leczenia raka tarczycy i ich aktualizacji. Omówieniu najważniejszych punktów tych zmian poświęcona była specjalna sesja w ostatnim dniu Konferencji, a zgłoszone w jej czasie propozycje zmian zostały jeszcze raz przeanalizowane i uzgodnione w gronie zespołu redagującego aktualną wersję Rekomendacji i ostatecznie przez nich przyjęte w końcu czerwca bieżącego roku. W tej postaci Reko-

mendacje ukazują się w druku w niniejszym numerze. Należy podkreślić, że Polska należy do krajów, które już dawno uregulowały swoje wymagania w zakresie diagnostyki i leczenia raka tarczycy — pierwsze rekomendacje zostały zredagowane w październiku 1995 roku na pierwszej konferencji „Rak tarczycy” w Szczyrku i ukazały się w 1996 roku. Ich szersza wersja z 2000 roku została przyjęta praktycznie we wszystkich standardach polskich. Jest mi szczególnie miło poinformować, że przyjęta wówczas praktyka w świetle opublikowanych ostatnio rekomendacji obu najważniejszych Towarzystw Tarczycowych — Europejskiego i Amerykańskiego nie wymaga żadnych większych korekt. Niemniej, postęp wiedzy wymagał wprowadzenia wielu zmian, z których najistotniejsza dotyczy szerokiego zastosowania rekombinowanego TSH, co umożliwia przeprowadzanie pooperacyjnego, uzupełniającego leczenia izotopowego w czasie leczenia tyroksyną i prowadzenie monitorowania chorych bez szkodliwych następstw związanych z przerwą w podawaniu tyroksyny.

Na zakończenie naszego omówienia chciałabym bardzo serdecznie podziękować organizatorom Konferencji, dr Elżbiecie Gubale, przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego, dr Jolancie Krajewskiej, jej skarbnikowi, dr Zbigniewowi Wygodzie, sekretarzowi i całemu Zespołowi Komitetu Organizacyjnego. Osobne, bardzo gorące podziękowanie chciałabym skierować dla Sponsorów Konferencji: firm Genzyme i Brahms oraz Nobifarm, a także Novartis, Berlin-Chemie, Merck, Lilly, Philips, Siemens, Edo Med, Amersham, Servier, Roche, PTO, ING Bank Śląski, Polatom, oraz Centrum Onkologii — Instytutowi im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddziałowi w Gliwicach. Ich wsparcie pozwoliło zapewnić konferencji wysoki poziom naukowy i przyczyniło się do jej uatrakcyjnienia.

Oddając Państwu do rąk ten numer „Endokrynologii Polskiej”, zachęcam do uważnego zapoznania się z jego treścią, ale też uzupełnienia jej o suplement, który ukaże się niebawem. Dopiero obydwie tomy razem pozwalają na szerszy obraz działań polskiego środowiska tyreologicznego w zakresie raka tarczycy, którego wyrazem była III Konferencja Naukowa „Rak Tarczycy”.

*W imieniu Zespołu Redakcyjnego, w skład którego weszli
prof. Janusz Nauman
doc. Katarzyna Łacka
i prof. Barbara Jarząb*

Barbara Jarząb