

## „Clinical approach to well-differentiated thyroid cancers”

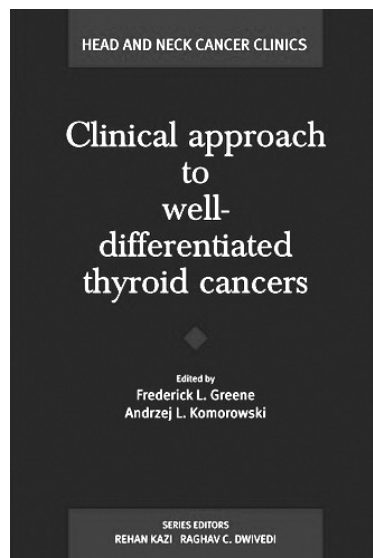
pod redakcją Fredericka L. Greene’a i Andrzeja L. Komorowskiego  
 Delhi: Byword Books Private Limited; 2011, stron 180, ISBN: 978-81-8193-082-8

Do rąk czytelników trafia niezwykle cenna pozycja, tj. kompleksowe opracowanie zagadnień związanych z patogenezą, diagnostyką i leczeniem zróżnicowanego raka tarczycy.

Dobór autorów i nazwiska osób piszących komentarze do poszczególnych rozdziałów gwarantują czytającym, że monografia ma wysoką wartość naukową i praktyczną, a wiadomości w niej zawarte są niezbędne dla endokrynologów, onkologów, histopatologów i chirurgów podejmujących się leczenia nowotworów tarczycy. Osobiste refleksje i uwagi po przeczytaniu książki, które przedstawię poniżej, nie umniejszają jej wartości i mam nadzieję, że autorzy uwzględnią je w kolejnym wydaniu.

W rozdziale czwartym „Imaging in thyroid cancer” S.J. Gwyther nie wspomina o sonoelastografii, która to technika, w opinii wielu endokrynologów i diagnostów, będzie niezbędna w typowaniu guzków do badania biopsyjnego. Powyższego badania nie uwzględniły również B. Jarząb i D. Handkiewicz-Junak w rozdziale szóstym (patrz tab. 6-2, str. 45). Ciągłe kontrowersje budzi użycie ultrasonografu z funkcją Dopplera w ocenie ruchomości fałdów głosowych, lecz wydaje się, że należy wspomnieć o możliwościach jego zastosowania przed operacją i we wczesnym okresie pooperacyjnym.

Na stronie 48 autorki rozdziału przedstawiają algorytm diagnostyczny w guzkach tarczycy (ryc. 6-2), w którym wysokie miejsce zajmuje badanie scyntygraficzne w rozpoznawaniu guzków toksycznych. Nie należy umniejszać roli badań izotopowych, stąd wyraźnie brakuje komentarza, dlaczego wielu endokrynologów rezygnuje z tego cennego



badania. Uważam, że w tekście rozdziału siódmego, na stronie 53, należałoby podkreślić wyniki badań wielośrodkowych, które wyraźnie wskazują na wyższość techniki odślaniania nerwu na całej długości i użycia neuromonitoringu celem jego lokalizacji i potwierdzenia ciągłości funkcjonalnej. Pozostawienie tylnej ściany torebki płata istotnie zmniejsza ryzyko pooperacyjnej niedoczynności przytarczyc.

Na kolejnych stronach rozdziału siódmego autor, M. Barczyński, przedstawia kolejne etapy tyreoidektomii, m.in. na zdjęciu 7-6 poprzeczne przecięcie lewych mięśni podgnykowych, co moim zdaniem — jest zbędne. W Klinice, którą reprezentuję, poprzeczne przecięcie

mięśni rezerwujemy jedynie dla chorych z zaawansowanym rakiem i naciekiem tkanek okolicznych. U większości operowanych wystarczy odsunięcie mięśni przy użyciu haka. Również przedstawiona na stronie 65 kolejność preparowania płata uległa w ostatnim okresie zmianie. Odsłonięcie płata, podobnie jak wielu chirurgów ze Stanów Zjednoczonych i Europy, rozpoczynamy od dolnego bieguna, gdzie najprościej jest uwidocznić pień nerwu krtaniowego wstecznego. Dalsze etapy preparowania polegają na systematycznym odsłonięciu nerwu wzdłuż tylnobocznej powierzchni płata, do momentu uwidocznienia gałązek nerwu lub całego pnia w miejscu jego wejścia do krtani. Tętnicę tarczową górną podwiązujemy w miejscu wejścia do płata po odsłonięciu wszystkich struktur towarzyszących, w ostatnim etapie zabiegu.

Na podkreślenie zasługuje z kolei bardzo precyzyjne przedstawienie przez autora rozdziału przebiegu prawe-

go i lewego nerwu krtaniowego wstecznego. Na stronie 65 (wiersz 20) osobiście dodałbym słowo „zalecany” — odnosi się to do śródoperacyjnego neuromonitoringu, podobnie w metodach prezerwacji nerwu krtaniowego, omówionych na stronie 73. Na stronie 88, pod prezentowanym zdjęciem 8–8, znajdujemy podpis „subtotalnie wycięty gruczoł tarczowy w technice MIVAT”. Wydaje się to błędem literowym i w opisie powinny się raczej znaleźć słowa „całkowicie wycięty” (*totally resected*). Na stronie 90/91, w spisie zalecanego piśmiennictwa, brakuje — według mnie — pozycji z zakresu techniki robotowej tyreoidektomii.

Nie zgadzam się ze zdaniem zawartym w rozdziale 12, str. 123, wiersz 28: „porażenie nerwu krtaniowego wstecznego jest najczęstszym powikłaniem operacji tarczycy”. Po rozszerzeniu radykalności resekcji wola najczęściej bowiem spotykamy się z pooperacyjną niedoczynnością przytarczyc. Nie mogę się przy tym zgodzić z podaną na dalszym miej-

scu w tekście częstością pooperacyjnej niedoczynności, określoną przez autora na 0,7–2% (wiersz 31, strona 126).

Przedstawione przeze mnie uwagi merytoryczne wymagają dyskusji w szerszym gronie ekspertów, na tegorocznych zjazdach i sympozjach z zakresu endokrynologii oraz na posiedzeniu Klubu Chirurgii Endokrynologicznej w maju bieżącego roku. Uwagi powyższe nie umniejszają wartości książki.

Reasumując, oceniana pozycja winna trafić do rąk wszystkich zajmujących się leczeniem zróżnicowanego raka tarczycy i jest czołowym opracowaniem zagadnień związanych z patogenezą, diagnostyką i leczeniem nowotworów gruczołu tarczowego.

**Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kuzdak**

*Klinika Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej*

*Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

*e-mail: chirendoclodz@poczta.onet.pl*