

Nowotwory

Journal of Oncology



**XIX ZJAZD
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII
ONKOLOGICZNEJ**



Nowotwory

Journal of Oncology

Redaktorzy Działów | Sections Editors

B. Bobek-Billewicz	— diagnostyka obrazowa diagnostic imaging
J. Didkowska	— epidemiologia epidemiology
J. Fijuth	— radioterapia radiotherapy
R. Kordek	— biologia nowotworów tumor biology
W. Polkowski	— chirurgia surgery
P. Rutkowski	— chirurgia surgery
K. Urbański	— ginekologia onkologiczna gynecological oncology
K. Warzocha	— onkohematologia oncohematology
M. Wełnicka-Jaśkiewicz	— onkologia kliniczna clinical oncology

Rada Redakcyjna | Editorial Board

M. Baum (Wielka Brytania UK)	J. Ostrowski (Polska Poland)
M. Baumann (Niemcy Germany)	J. Overgaard (Dania Denmark)
B. Bobek-Billewicz (Polska Poland)	L.J. Peters (Australia Australia)
H. Bonnefoi (Francja France)	W. Polkowski (Polska Poland)
L. Cataliotti (Włochy Italy)	J. Reguła (Polska Poland)
M. Dębiec-Rychter (Belgia Belgium)	M. Reinfuss (Polska Poland)
J. Didkowska (Polska Poland)	R. Rosell (Hiszpania Spain)
R. Dziadziuszko (Polska Poland)	P. Rutkowski (Polska Poland)
A. Eggermont (Francja France)	M.I. Saunders (Wielka Brytania UK)
A. Ferlito (Włochy Italy)	J.A. Siedlecki (Polska Poland)
J. Fijuth (Polska Poland)	B. Sikic (Stany Zjednoczone USA)
B. Gliński (Polska Poland)	A. Skowrońska-Gardas (Polska Poland)
M. Gospodarowicz (Kanada Canada)	I.E. Smith (Wielka Brytania UK)
S. Grodecka-Gazdecka (Polska Poland)	H.D. Suit (Kanada Canada)
H. zur Hausen (Niemcy Germany)	R. Suwiński (Polska Poland)
J. Jarosz (Polska Poland)	A. Szawłowski (Polska Poland)
J. Jassem (Polska Poland)	I. Tannock (Kanada Canada)
J. Jaśkiewicz (Polska Poland)	K.R. Trott (Wielka Brytania UK)
A. Kawecki (Polska Poland)	A. Turrisi (Stany Zjednoczone USA)
B. Koczwara (Australia Australia)	K. Urbański (Polska Poland)
R. Kordek (Polska Poland)	C.J.H. van de Velde (Holandia Netherlands)
J. Kornafel (Polska Poland)	J.B. Vermorken (Belgia Belgium)
I. Kozłowicz-Gudzińska (Polska Poland)	J. Walewski (Polska Poland)
M. Krawczyk (Polska Poland)	K. Warzocha (Polska Poland)
M. Krzakowski (Polska Poland)	M. Wełnicka-Jaśkiewicz (Polska Poland)
M. Litwiniuk (Polska Poland)	M. Werner-Wasik (Stany Zjednoczone USA)
B. Maciejewski (Polska Poland)	P.H. Wiernik (Stany Zjednoczone USA)
A. Nasierowska-Guttmejer (Polska Poland)	M. Wojtukiewicz (Polska Poland)
Z.I. Nowecki (Polska Poland)	

Redaktor Naczelny | Editor in Chief:

Edward TOWPIK (Polska | Poland)

Redaktor | Co-Editor:

Richard F. MOULD (Wielka Brytania | UK)

Nowotwory

Journal of Oncology

ukazuje się od 1923 roku, początkowo jako
Biuletyn Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka
od 1928 roku — *NOWOTWORY*
od 2001 roku — *NOWOTWORY Journal of Oncology*

established in 1923
as the *Bulletin of the Polish Committee Against Cancer*
renamed *NOWOTWORY* in 1928
renamed *NOWOTWORY Journal of Oncology* in 2001

dwumiesięcznik | bimonthly

oficjalny organ | official organ of the



POLSKIEGO TOWARZYSTWA
ONKOLOGICZNEGO

POLISH ONCOLOGICAL SOCIETY



CENTRUM ONKOLOGII — INSTYTUTU
im. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE

MARIA SKŁODOWSKA-CURIE
MEMORIAL CANCER CENTER
AND INSTITUTE OF ONCOLOGY

czasopismo | journal of the



POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

POLISH SOCIETY
OF SURGICAL ONCOLOGY

Redaktorzy techniczni | Managing Editors: Danuta Sadowska-Osmycka, Izabela Siemaszko

Journal Club: Anna Kowalczyk, Ewa Szutowicz-Zielińska, Anna Wrona, Krzysztof Konopa

Onkologia w Internecie | Oncology in the Internet: Wojciech Wysocki

Adres Redakcji | Address of the Editorial Office:

Centrum Onkologii — Instytut
im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, Poland
tel. (48) 22 546 20 21, faks (48) 22 643 93 80
e-mail: redakcja@coi.waw.pl
www.nowotwory.edu.pl

Adres Wydawcy | Address of the Publisher:

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

NOWOTWORY Journal of Oncology
jest indeksowany w: EMBASE/Excerpta Medica
i Index Copernicus (5,91)

NOWOTWORY Journal of Oncology
is indexed in: EMBASE/Excerpta Medica
and Index Copernicus (5.91)

PL ISSN 0029-540X

SUPLEMENT 1

XIX ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ



GDAŃSK, 23–25 MAJA 2013 ROKU

redakcja suplementu

Wojciech Zegarski
Tomasz Jastrzębski
Edward Towpik

Koleżanki i Koledzy,

Serdecznie zapraszamy do udziału w XIX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i poprzedzającej zjazd XXX konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTChO.

Jest nam tym bardziej miło, że w 2013 roku zjazd organizujemy w naszym rodzinnym Gdańsku. Myślą przewodnią tegorocznego spotkania będzie: „Jakość w chirurgii nowotworów — chirurg jako czynnik prognostyczny”. Obrady odbędą się w malowniczo położonej nad Motławą Polskiej Filharmonii Bałtyckiej im. F. Chopina w Gdańsku, a położone w pobliżu hotele zapewnią uczestnikom nocleg.

Zapraszając Państwa do udziału w tym przedsięwzięciu, głęboko wierzymy, że program naukowy i towarzyszący spełni Państwa oczekiwania, a pobyt w 1000-letnim mieście dostarczy wszystkim wielu miłych wrażeń.



Prof. Wojciech Zegarski
Prezes PTChO
Przewodniczący Komitetu Naukowego



Dr hab. n. med. Tomasz Jastrzębski
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

KOMITET NAUKOWY

Przewodniczący

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski

Członkowie

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Polkowski
Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Dr n. med. Janusz Słuszniaik
Prof. dr hab. n. med. Edward Towpik
Prof. dr hab. n. med. Sylwia Grodecka-Gazdecka
Prof. dr hab. n. med. Marek Bębenek
Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Herman
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Jastrzębski
Prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski
Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Nowecki
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Wysocki
Dr n. med. Sławomir Mazur
Dr n. med. Michał Jankowski
Dr n. med. Robert Szwed
Dr n. med. Jacek Piechocki
Dr n. med. Wirginiusz Dziewirski
Prof. dr hab. n. med. Ireneusz Krasnodębski

KOMITET ORGANIZACYJNY

Przewodniczący

Dr hab. n. med. Tomasz Jastrzębski

Wiceprzewodniczący

Prof. dr hab. n. med. Wiesław Kruszewski
Dr n. med. Zoran Stojčev

Spis treści

Prezentacje ustne	1
Prezentacje plakatowe	13
Skorowidz autorów	43

Prezentacje USTNE

Powikłania związane z dojściem przezpochwowym w minimalnie inwazyjnych resekcjach jelita grubego z powodu raka. Przegląd piśmiennictwa i doświadczenia własne

A.L. Komorowski¹, F. Alba Mesa², J.W. Mituś³, W.M. Wysocki³

¹Hospital Virgen del Camino, Sanlucar de Barrameda, Kadyks, Spain; ²Hospital San Juan de Dios, Bormujos, Sewilla, Spain; ³Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wprowadzenie. W grupie minimalnie inwazyjnych metod resekcji jelita grubego z powodu raka duże zainteresowanie wzbudzają eksperymentalne techniki z wykorzystaniem naturalnych otworów ciała. Wśród nich najczęściej wykorzystuje się dostęp przez pochwę (jako jedyne dojście operacyjne [klasyczna technika NOTES] lub jako uzupełnienie portów laparoskopowych [techniki hybrydowe]).

Materiał i metody. W ramach przeglądu systematycznego piśmiennictwa dokonano analizy wszystkich publikacji w bazach PubMed, Scopus i Medline opublikowanych do 1 marca 2012 r. w językach angielskim, francuskim, niemieckim, hiszpańskim i polskim, wyszukanych za pomocą słów kluczowych: *transvaginal*, *NOTES*, *hybrid NOTES*, *NOSE*. Odnaleziono 208 artykułów, a po wstępnej ocenie, jako kryterium włączenia przyjmując zaprezentowanie w danym artykule wyników operacyjnego leczenia chorych na raka jelita grubego z dojścia przezpochwowego hybrydowego lub w technice NOTES, liczbę analizowanych artykułów ograniczono do 17. Jednocześnie przeanalizowano własną grupę 21 chorych na raka jelita grubego operowanych techniką hybrydową i 1 chorej operowanej klasyczną techniką NOTES w Szpitalu San Juan de Dios w Bormujos w Sewilli, oceniając powikłania chirurgiczne.

Wyniki. W grupie utworzonej na podstawie przeglądu systematycznego u 74 chorych stwierdzono ogółem 18 (24%) powikłań, w tym tylko 4 (krwawienie, zbiornik płynu w miednicy mniejszej, przetoka odbytniczo-pochwowa oraz przepuklina wewnętrzna) sklasyfikowano jako stopień III lub wyższy w klasyfikacji Dindo i Claviena. W grupie 22 chorych operowanych w Szpitalu San Juan de Dios stwierdzono ogółem 6 (27%) powikłań, w tym tylko 1 (przepuklina w miejscu wprowadzenia trokaru laparoskopowego) sklasyfikowano jako stopień III w klasyfikacji Dindo i Claviena.

Wnioski. Dojście przezpochwowe do minimalnie inwazyjnej resekcji jelita grubego z powodu raka wiąże się z akceptowalnym ryzykiem powikłań chirurgicznych ogółem, w tym powikłań w stopniu co najmniej III w klasyfikacji Dindo i Claviena.

Identyfikacja chorych zagrożonych zwiększonym ryzykiem wznowy wewnątrzotrzewnowej po radykalnych zabiegach z powodu raka jelita grubego

T. Polec, T. Jastrzębski, K. Drucis, M. Kąkol, J. Jaśkiewicz
Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Proces rozwoju wszczepów wewnątrzotrzewnowych nowotworu jest dopiero poznawany. Głównym źródłem informacji na ten temat są badania prowadzone na liniach komórkowych raków jajnika i żołądka ze względu na ich duży potencjał do tworzenia wszczepów nowotworowych w otrzewnej. Rozwój przerzutów nowotworowych w otrzewnej jest procesem skomplikowanym, składającym się z kilku elementów, z których pierwszym jest pojawienie się wolnych, żywych komórek nowotworowych w jamie otrzewnej.

Materiał i metody. Do badania włączono 100 kolejnych chorych poddanych radykalnemu zabiegowi chirurgicznemu z powodu raka jelita grubego i wewnątrzotrzewnowej części odbytnicy. Do badania nie byli kwalifikowani chorzy po neoadiuwantowej radiochemioterapii w przypadku raka odbytnicy, pacjenci reoperowani z powodu wznowy i pacjenci z masywnymi zrostami w jamie brzusznej po wcześniejszych operacjach. Bezpośrednio po otwarciu jamy brzusznej pobierano płyn z otrzewnej w ilości około 50 ml, a w przypadku jego braku wykonywano płukanie jamy otrzewnej około 200 ml 0,9% roztworu NaCl i pobierano z tego z powrotem około 50 ml. Płyn umieszczano w sterylnym pojemniku z 5000 j. heparyny niefrakcjonowanej i wysyłało na badanie cytologiczne w trybie doraźnym.

Wyniki. Obecność wolnych komórek nowotworowych koreluje z głębokością nacieku ściany jelita w badaniu histopatologicznym (cecha T), obecnością przerzutów odległych (cecha M), obecnością zatorów z komórek nowotworowych

w naczyniach limfatycznych i krwionośnych, naciekaniem osłonek nerwów, stężeniem CEA i Ca 19-9 w surowicy oraz stężeniem CRP.

Wnioski. Istnieją kliniczne laboratoryjne i histopatologiczne czynniki umożliwiające identyfikację pacjentów zagrożonych zwiększonym ryzykiem obecności wolnych komórek nowotworowych w otrzewnej. Pacjenci ci cechują się większym ryzykiem rozwoju wznowy wewnątrzotrzewnowej i gorszym rokowaniem. Zidentyfikowanie tej grupy umożliwia zintensyfikowanie nadzoru i wdrożenie procedur zapobiegających takiemu przebiegowi choroby.

Wczesne wyniki laparoskopowych resekcji jelita grubego

M. Zeman, M. Strączyński, M. Widel, S. Półtorak, A. Kamiński, A. Chmielarz, M. Czarnecki, M. Kryj
Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. Laparoskopowe resekcje kolorektalne są obecnie powszechnie uznaną metodą leczenia raka jelita grubego. Dane literaturowe wskazują na korzyści dla chorych w okresie okołoperacyjnym wynikające z zastosowania małoinwazyjnej metody leczenia. Odległe wyniki onkologiczne po zabiegach laparoskopowych nie różnią się od wyników po operacjach metodą klasyczną.

Materiał i metody. Materiał stanowi 40 chorych (19 mężczyzn, 21 kobiet) leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii w Gliwicach, zakwalifikowanych do laparoskopowej resekcji jelita grubego w okresie od listopada 2009 do grudnia 2012 roku. Wiek chorych wahał się od 41 do 80 lat (średnia 63 lata). W 6 przypadkach (15%) wykonano konwersję do zabiegu otwartego, przy czym odsetek konwersji zmniejszył się w miarę upływu czasu i w ostatnim roku wyniósł 7%. Dalszej analizie poddano 34 chorych, u których wykonano zabieg laparoskopowy. Wykonano 12 hemikolektomii prawostronnych, 16 resekcji esicy i 6 przednich resekcji odbytnicy. Analizowano przyczyny konwersji, długość pobytu w oddziale po zabiegu, powikłania pooperacyjne, radykalność zabiegów oraz ilość usuniętych węzłów chłonnych.

Wyniki. Czas hospitalizacji po zabiegu operacyjnym wahał się od 5 do 27 dni. Średni czas i mediana hospitalizacji wyniosły odpowiednio 9 i 7 dni. Nie stwierdzono powikłań śródoperacyjnych ani zgonów okołoperacyjnych. W jednym przypadku, po przedniej resekcji odbytnicy, wystąpiła nieszczelność zespolenia jelitowego wymagająca reoperacji. W 5 przypadkach w przebiegu pooperacyjnym stwierdzono ropienie rany, a w 3 zapalenie płuc. We wszystkich przypadkach zabieg operacyjny był radykalny, co potwierdziło badanie histopatologiczne. Usunięto od 3 do 31 węzłów chłonnych (średnia i mediana wyniosły odpowiednio

16 i 15 węzłów chłonnych). Przyczynami konwersji były: otyłość (BMI > 35) oraz zrosty po wcześniejszych zabiegach operacyjnych.

Wnioski. Wczesna analiza laparoskopowych resekcji jelita grubego potwierdza onkologiczną radykalność przeprowadzonych zabiegów. Przyczyny konwersji były zgodne z doniesieniami innych autorów, a ich odsetek zmniejsza się wraz z czasem trwania krzywej uczenia.

Ocena powikłań po amputacji brzuszno-krzyżowej z powodu raka dolnego odcinka odbytnicy

J. Mielko¹, M. Bębenek², T. Leśniak³, A. Rutkowski⁴, W. Markiewicz⁵, W.J. Kruszewski⁶, W.P. Polkowski¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; ²Oddział Chirurgii Onkologicznej Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu; ³Oddział Chirurgii Onkologicznej, Beskidzkie Centrum Onkologii w Bielsko-Białej; ⁴Klinika Chirurgii Nowotworów Układu Pokarmowego, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; ⁵Oddział Chirurgii Onkologicznej, Białostockie Centrum Onkologii; ⁶Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpital Morski im. PCK w Gdyni

Wprowadzenie. Brzuszno-krzyżowe odjęcie odbytnicy, operacja po raz pierwszy wykonana w Polsce przez prof. T. Koszarowskiego w 1949 r., jest co raz częściej wykonywana u chorych na raka dolnej części odbytnicy. Prof. Koszarowski opisał wyniki wczesne i odległe 35 leczonych w ten sposób chorych na łamach *Polskiego Przeglądu Chirurgicznego* w 1956 r., zwracając uwagę już wtedy na przedłużone gojenie rany krocza/ok. krzyżowej. Mimo, że w latach 2000. metoda została spopularyzowana przez doc. Marka Bębenka na łamach anglojęzycznych czasopism z zakresu chirurgii onkologicznej, wciąż autorzy z innych krajów posługują się synonimami tej operacji (*cylindric abdomino-perineal resection, Holm procedure, extralevator resection*). Operacja ta umożliwia połączenie zalet całkowitego wycięcia *mezorectum* (TME) oraz uzyskania cylindrycznego kształtu preparatu operacyjnego z szerokim mankietem tkanek otaczających guz. Zastosowanie dostępu brzuszno-krzyżowego (ze zmianą pozycji chorego na brzuch w etapie krzyżowym) pozwala poprawić wyniki leczenia w porównaniu do operacji z dostępu brzuszno-krocowego (w pozycji ginekologicznej). Celem pracy jest ocena powikłań po amputacji brzuszno-krzyżowej z powodu raka dolnego odcinka odbytnicy na podstawie doświadczenia wieloośrodkowego.

Materiał i metody. Ankietę na temat powikłań po brzuszno-krzyżowej amputacji wysłano do 6 krajowych ośrodków chirurgii onkologicznej wykonujących taką operację. W ankietowanych ośrodkach wykonano 1422 brzuszno-

-krzyżowe amputacje odbytnicy z powodu raka. Ze względu na brak pełnych danych z dalszej analizy wyłączono 270 chorych. Operację poszerzono o resekcję pochwy u 63 (5,5%) chorych, wycięcie jajników u 46 (4%), resekcję gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego i/lub moczowodu u 41 (3,5%), egzenterację tylną lub całkowitą wykonano u 39 (3,4%) chorych, metastazekotomię (resekcje wątroby) u 15 (1,3%) chorych, resekcję okrężnicy u 7 (0,6%) chorych. Do oceny powikłań pooperacyjnych zastosowano 5-stopniową klasyfikację Dindo-Clavien.

Wyniki. W okresie pooperacyjnym (90 dni po operacji) zmarło 8 (0,7%) chorych (V°), 63 (5,5%) chorych wymagało reoperacji (uwolnienie zrostów, częściowa resekcja jelita cienkiego) z powodu niedrożności przewodu pokarmowego na skutek wpadnięciem pętli jelita cienkiego do miednicy (III°), 40 (3,5%) chorych wymagało leczenia na oddziale intensywnej terapii z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej (IV°). Ropienie rany pooperacyjnej oraz wydłużony okres gojenia rany krocza stwierdzono u 242 (21%) chorych (II°), ale z reguły nie wymagały ponownej hospitalizacji.

Wnioski. Brzuszo-krzyżowa amputacja odbytnicy jest operacją bezpieczną, a najczęstszym późnym powikłaniem pooperacyjnym, wymagającym ponownej hospitalizacji, jest niedrożność jelita cienkiego spowodowana zrostami do struktur miednicy. Uciążliwym powikłaniem dla chorych jest wydłużony okres gojenia rany krocza. Konieczne są dalsze badania nad profilaktyką tego typu powikłań oraz ocena wyników odległych.

Ocena wyników leczenia u pacjentów geriatrycznych operowanych z powodu nowotworu złośliwego okrężnicy w latach 2004–2011

A. Szulgo

Oddział Chemioterapii, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Wprowadzenie. Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie. W Polsce zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności u obu płci i stanowi drugą przyczynę zgonu u mężczyzn, a trzecią u kobiet z powodu choroby nowotworowej (standaryzowany wskaźnik umieralności u mężczyzn — 17,4/105/rok, u kobiet — 11,1/105/rok). W 2008 r. wg Krajowej Bazy Danych Nowotworowych w Polsce rozpoznano nowotwór złośliwy okrężnicy u 9103 pacjentów i odnotowano 7196 zgonów z tego powodu. Obliczono, że w populacji mężczyzn z rozpoznaniem raka jelita grubego 62% występuje powyżej 65 roku życia, podczas gdy u kobiet 66%. Szacunki epidemiologiczne wydają się wskazywać, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego w Polsce będzie nadal rosła w najbliższych dekadach, a na pewno w grupie powyżej 65 roku

życia. Podstawową rolą w terapii raka okrężnicy odgrywa leczenie chirurgiczne. W przypadku potwierdzenia histopatologicznego nowotworu w III i II stopniu zaawansowania, istnieją wskazania do stosowania leczenia uzupełniającego przez okres 6 miesięcy. Na podstawie wieloosrodkowych badań klinicznych udowodniono uzyskanie przez chorych korzyści z zastosowania chemioterapii adiuwantowej poprzez zwiększenie odsetek przeżyć całkowitych, odsetek 3-letnich przeżyć wolnych od choroby i zmniejszenie ryzyka wznowy. Mimo prowadzenia wielodyscyplinarnego leczenia wg danych pochodzących z badania EUROCARE-4 odsetek 5-letnich przeżyć u chorych na raka okrężnicy w Polsce wynosi 38,7% (średnia w Europie 54,5%). W związku z doniesieniami o systematycznym wzroście zachorowań na raka okrężnicy u pacjentów po 65 roku życia, uznawanych przez ONZ i WHO za pacjentów geriatrycznych, poddano analizie właśnie tę grupę chorych, szczególnie pod kątem chemioterapii uzupełniającej u tych pacjentów.

Materiał i metody. Ocena wyników leczenia opracowano na podstawie analizy dokumentacji medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem raportów z zabiegów operacyjnych przeprowadzonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy przez zespół chirurgów onkologicznych Oddziału Klinicznego Chirurgii Onkologicznej oraz wyników badań histopatologicznych ocenianych w Zakładzie Patologii Nowotworów i Patomorfologii w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Przeanalizowano 564 historii chorób pacjentów operowanych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2004–2011, z tego 494 z powodu nowotworu złośliwego okrężnicy. Szczegółowej analizie poddano 376 pacjentów z rakiem okrężnicy po zabiegu operacyjnym w 0, I, II i III stopniu zaawansowania wg WHO.

Wyniki. Przedmiotem badania była ocena wyników leczenia u pacjentów operowanych z powodu raka okrężnicy, w latach 2004–2011 w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Dokładnej analizie poddano 376 chorych operowanych radykalnie z powodu nowotworu złośliwego okrężnicy w 0, I, II i III stopniu zaawansowania. W badaniu uwzględniono szczególnie grupę chorych po 65 roku życia, którzy stanowili 202 pacjentów czyli 53%. Zauważono wzrost liczby pacjentów operowanych od 2004 r. do 2011 r., w tym pacjentów z rakiem okrężnicy w 0, I, II i III stopniu zaawansowania. Pacjenci powyżej 65 roku życia stanowili w 2004 r. 19 pacjentów z 38 operowanych z powodu raka okrężnicy, a w 2011 już 48 z 108. W grupie chorych geriatrycznych wyraźny jest wzrost liczby pacjentów leczonych chirurgicznie radykalnie ze wskazaniami do chemioterapii uzupełniającej. W 2004 r. zakwalifikowano do chemioterapii 76% pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia mających wskazania do leczenia uzupełniającego, a w roku 2011, mimo prawie trzykrotnego wzrostu liczby pacjentów w tej grupie chorych, tylko 39%. Przeprowadzono analizę porównawczą pacjentów powyżej i poniżej 65 roku życia, mając na uwadze m.in.

kwalfikacje do chemioterapii uzupełniającej. Sprawdzone, że z 376 pacjentów, 207 zakwalifikowano do chemioterapii uzupełniającej, a 201 chorych przeżyło leczenie, w tym 77 w grupie pacjentów powyżej 65 roku życia. Obliczono, że z liczby 151 chorych mających wskazania do leczenia adiuwantowego, czyli z 74,7% pacjentów w wieku geriatrycznym, zostało zakwalifikowanych i przeżyło leczenie 77 pacjentów, co stanowiło 50,9%. Tylko 38% pacjentów powyżej 65 roku życia otrzymało leczenie chemiczne uzupełniające, 27% chorych w wieku geriatrycznym zostało zdyskwalifikowanych, z tego ok. 22% tylko z powodu wieku. W grupie chorych poniżej 65 roku życia, z 76% pacjentów mających wskazania do chemioterapii uzupełniającej zakwalifikowało się i otrzymało leczenie 90% pacjentów.

Wnioski. Stwierdzono wzrost procentowy pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia leczonych operacyjnie, w tym operowanych radykalnie z powodu nowotworu złośliwego okrężnicy, w latach od 2004 r. do 2011 r. Nie obserwuje się zwiększenia liczby chorych w grupie pacjentów geriatrycznych otrzymujących leczenie uzupełniające, mimo wzrostu procentowego pacjentów kwalifikujących się do tego leczenia. Mniejszy procent pacjentów w wieku geriatrycznym jest kwalifikowanych do leczenia uzupełniającego w porównaniu z pacjentami w wieku poniżej 65 roku życia. Analiza danych wskazuje, że tylko 50% pacjentów mających wskazania do chemioterapii uzupełniającej w wieku geriatrycznym otrzymało leczenie systemowe. Znaczna liczba chorych powyżej 65 roku życia nie otrzymała chemioterapii z powodu chorób towarzyszących i złego stanu ogólnego, istniała również grupa pacjentów, w której jedyną przyczyną dyskwalifikacji był wiek.

Wyniki leczenia oszczędzającego chorych na wczesnego raka piersi z napromienianiem śródoperacyjnym przy użyciu fotonów X o energii 50 kV: 5 lat obserwacji

M. Jankiewicz^{1, 2}, A. Kurylcio¹, J. Romanek¹, J. Mielko¹, M. Lewicka¹, B. Ciseł¹, M. Skórzewska¹, W.P. Polkowski¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; ²Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

Wprowadzenie. Radioterapia śródoperacyjna (IORT) wysoką dawką promieniowania jonizującego podaną bezpośrednio po usunięciu guza nowotworowego, z wykorzystaniem fotonów o niskiej energii jest coraz częściej stosowaną metodą w leczeniu oszczędzającym chorych na wczesnego raka piersi. Może być wyłączną metodą napromieniania łoży po usuniętym guzie (badanie TARGIT) lub stanowić alternatywną metodę podwyższenia dawki (*boost*) w obszarze najwyższego ryzyka nawrotu nowotworu przy minimalnym ryzyku

popęśnienia błędu geograficznego. Celem pracy jest ocena powikłań oraz wyników leczenia oszczędzającego chorych na wczesnego raka piersi z napromienianiem śródoperacyjnym przy użyciu fotonów X o niskiej energii (< 50 kV).

Materiał i metody. Do analizy włączono 85 chorych na wczesnego inwazyjnego raka piersi leczonych od grudnia 2005 r. do marca 2008 r. w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, u których w czasie operacji oszczędzającej pierś zastosowano IORT na łożę po guzie. Czas obserwacji wynosił od 54 do 80 (mediana 63) miesięcy. W leczeniu wykorzystano aparat INTRABEAM PRS 500 (Carl Zeiss Meditec AG, Jena, Niemcy) generujący promieniowanie X o niskiej energii (≤ 50 kV). Podawano dawkę 20 Gy na powierzchni tkanek łoży po guzie. Oceną objęto 2 grupy chorych: w I grupie zastosowano wyłącznie IORT, w II grupie dodatkowo przeprowadzono radioterapię na obszar całej piersi dawką 50 Gy. Analizowano powikłania wczesne i późne oraz wyniki leczenia (odsetek wznów miejscowych, czas wolny od nawrotu choroby, czas przeżycia specyficzny dla raka piersi i czas przeżycia całkowitego), a także efekt estetyczny. Do oceny wczesnego odczynu popromiennego stosowano skalę RTOG/EORTC. Dokonano analizy porównawczej późnych odczynów popromiennych (wg skali LENT-SOMA) pomiędzy obiema grupami oraz oceny efektu estetycznego.

Wyniki. Powikłania wczesne wystąpiły u 20% chorych, przy czym nie obserwowano powikłań ciężkich. Najczęściej stwierdzanym (11,3%) powikłaniem późnym, stwarzającym trudności diagnostyczne w okresie obserwacji, było zwłóknienie II stopnia ograniczone do leczonego kwadrantu piersi. U ponad 10% chorych zwłóknienia były przyczyną ponownej ingerencji chirurgicznej. Nie stwierdzono zwłóknień III i IV stopnia w 48 miesiącu obserwacji. Najczęściej stwierdzanymi zmianami w strukturze piersi po operacji oszczędzającej z IORT były zbiorniki płynowe. W grupie I leczonej wyłącznie IORT wznowę miejscową stwierdzono u jednej chorej w 40 miesiącu obserwacji. Nie obserwowano wznów miejscowych w grupie II (*boost*-IORT i EBRT). Pięcioletnie przeżycie całkowite i specyficzne przeżycie dla raka piersi w I grupie chorych leczonych wyłącznie IORT wyniosło 100%. Natomiast w II grupie chorych (*boost*-IORT i EBRT) 5-letnie całkowite przeżycie wyniosło 95,1%, a 5-letnie przeżycie specyficzne dla raka piersi wyniosło 96,7%. Bardzo dobry i dobry efekt estetyczny uzyskano u ok. 90% chorych.

Wnioski. Radioterapia śródoperacyjna przy użyciu aparatu INTRABEAM z zastosowaniem niskoenergetycznego promieniowania X 50 kV w skojarzeniu z operacją oszczędzającą we wczesnym raku piersi jest metodą dobrze tolerowaną i bezpieczną, z niskim odsetkiem powikłań, zapewnia dobrą kontrolę miejscową w obserwacji 5-letniej, jest procedurą skuteczną, pozwalającą uzyskać wysoki odsetek przeżycia, a także zapewnia dobry efekt estetyczny.

SNOLL jako precyzyjna metoda w lokalizacji i leczeniu chirurgicznym niepalpacyjnych raków piersi — doświadczenia własne ośrodka

B. Adamczyk, D. Murawa, A. Spychała, P. Murawa

I Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wprowadzenie. Upowszechnienie badań skryningowych mammograficznych spowodowało wzrost rozpoznawania wczesnego raka piersi, niewyczuwalnego w badaniu klinicznym. SNOLL (*sentinel node and occult lesion localization*) jest metodą, która pozwala na dokładną przedoperacyjną lokalizację podejrzanych niepalpacyjnych zmian gruczołu piersiowego, co umożliwia przeprowadzenie właściwego leczenia oszczędzającego piersi u pacjentek kwalifikowanych do tego rodzaju terapii. Procedura SNOLL jest połączeniem dwóch technik wykonywanych jednocześnie: ROLL (*radioguided occult lesion localization*) czyli radioizotopowej lokalizacji niepalpacyjnych zmian w piersi oraz SNB (*sentinel node biopsy*) czyli biopsji węzła wartowniczego. Praca przedstawia doświadczenie ośrodka w zastosowaniu tej techniki lokalizacyjnej u pacjentek z rozpoznaniem niewyczuwalnym rakiem piersi.

Materiał i metody. Od maja 2008 do sierpnia 2012 roku na I Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu poddano procedurze SNOLL 372 pacjentki. U wszystkich pacjentek w badaniach obrazowych i biopsyjnych rozpoznano niepalpacyjnego raka piersi lub zmiany wysoce podejrzane o złośliwość, kwalifikujące chore do leczenia oszczędzającego. W przeddzień operacji pacjentkom podano radiofarmaceutyki odpowiednio doguzowo (ROLL) oraz śródskrónie nadguzowo (SNB), a następnie wykonano limfoscintyografię. W czasie operacji przy pomocy ręcznej sondy scyntylicyjnej (Neoprobe 2000) zlokalizowano i wycięto wyznakowany guz piersi wraz z marginesem tkanek zdrowych oraz węzeł(y) wartowniczy(e). Wycięty kwadrant piersi oznakowano w sposób umowny i wykonano jego radiogram, a następnie przesłano go do badania histopatologicznego śródoperacyjnego celem oceny guza i marginesów. Węzeł(y) wartowniczy(e) również poddano badaniu śródoperacyjnemu histopatologicznemu, rozszerzając zabieg o limfadenektomię w przypadku rozpoznanego przerzutu w węzle wartowniczym.

Wyniki. Technikę SNOLL wykonano prawidłowo u wszystkich 372 pacjentek (podaż znaczników odpowiednio doguzowo i śródskrónie). U 257 (71,78%) pacjentek potwierdzono histopatologicznie wyciętego raka, bez konieczności poszerzenia wycięcia. 87 (24,30%) chorych miało wykonaną radykalizację wycięcia po śródoperacyjnej ocenie marginesów. U 14 (3,91%) chorych z uwagi na brak możliwości radykalizacji zabiegu wykonano mastektomię. Węzeł(y) wartowniczy(e) zidentyfikowano u wszystkich pacjentek z rakiem piersi. U 40 (11,17%) pacjentek

znaleziono przerzuty w obrębie węzła wartowniczego w badaniu śródoperacyjnym i wykonano następną limfadenektomię pachową.

Wnioski. SNOLL jest metodą, która pozwala na precyzyjne jednoczesne wycięcie podejrzanych niepalpacyjnych zmian gruczołu piersiowego oraz biopsję węzła wartowniczego u pacjentek kwalifikowanych do leczenia oszczędzającego piersi. Jako metoda łatwa i bezpieczna oraz dobrze tolerowana przez pacjentki, SNOLL znajduje szczególne zastosowanie w leczeniu wczesnego raka piersi.

Wyniki wstępne prospektywnego randomizowanego badania klinicznego porównującego wpływ wczesnego usunięcia drenu z późnym usunięciem drenu na objętości chłonkotoku u pacjentek po amputacji piersi z powodu raka

J. Zieliński¹, R. Jaworski², I. Chruścicka¹, P. Rak¹, M. Bobowicz¹, P. Kabata¹, Jaśkiewicz¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny; ²Oddział Kardiochirurgii, Pomorskie Centrum Traumatologii w Gdańsku

Wprowadzenie. Według danych z piśmiennictwa czas utrzymywania drenażu nie jest jednoznacznie ustalony. Najczęściej jest on usuwany, gdy wartość drenażu chłonnego osiąga objętość poniżej 20–50 ml/24 h lub łączna objętość uzyskana w ciągu 3 dni wynosi poniżej 250 ml. Wczesne usunięcie drenu może przyczynić się do zwiększenia ilości chłonki, a z drugiej strony dłuższe utrzymywanie drenażu pozwala na zmniejszenie ilości chłonki, wydłuża czas pobytu w szpitalu i zwiększa ryzyko infekcji rany. Dalsze leczenie pacjentów z drenażem ambulatoryjnie zmniejszyło koszty leczenia związane z przedłużonym pobytem szpitalnym. Celem pracy jest porównanie całkowitej objętości chłonki i całkowitego czasu trwania chłonkotoku u pacjentek z chłonkotokiem w pierwszej dobie równej lub poniżej 150 ml podzielonych w sposób losowy (badanie prospektywne, randomizowane) na chore z wczesnym usunięciem drenu (24 godziny po operacji) oraz późnym usunięciem drenu (dobowa zbiórka chłonki 20–40 ml/24 godz.).

Materiał i metody. Do badania zakwalifikowano pacjentki z rakiem piersi w II stopniu zaawansowania klinicznego, u których w ciągu 24 godzin pooperacyjnych uzyskano ≤ 150 ml chłonki z drenażu rany, leczonych za pomocą zmodyfikowanej radykalnej amputacji piersi w Klinice Chirurgii Onkologicznej w Gdańsku w okresie od lipca 2010 do października 2012 roku. W przypadku MRM wykonywano cięcie poprzeczne lub skośne przebiegające w kierunku dołu pachowego. Do przecinania tkanek stosowano elektrokoagulację. Zakres limfadenektomii pachowej w MRM był jednakowy i obejmował I, II i III poziom węzłów chłonnych

z zaoszczędzeniem pęczka piersiowo-grzbietowego oraz nerwu piersiowego długiego. Ranę drenowano przy użyciu drenażu czynnego (silikonowe dreny Redona, średnicy 15 Fr) wyprowadzonego w zakresie płata dolnego po stronie bocznej. Liczba drenów użytych do zbiegu uzależniona była od krwawienia śródoperacyjnego. Mobilizację po zabiegu rozpoczynano od pierwszej lub drugiej doby pooperacyjnej. Pacjentki wypisywano do domu z drenem lub bez drenu na podstawie tabeli liczb losowych. Dalsze kontrole przeprowadzano w Poradni Onkologicznej. Drenaż czynny usuwano u pacjentek, gdy objętość chłonki wynosiła 20–40 ml/24 h w ciągu trzech kolejnych dni, a w grupie chorych leczonych za pomocą punkcji leczenie badania kontrolne przeprowadzano do czasu zakończenia obecności chłonki.

Wyniki. Do badania włączono łącznie 47 chorych, z których u 25 chorych (53%) wykonano wczesne usunięcie drenażu oraz u 22 (47%) chorych z późnym usunięciem drenu, tzn. aż do zakończenia chłonnokotoku. Średnia wieku u chorych z wczesnym usunięciem drenu wynosiła 58,8 lat, a w grupie z późnym usunięciem drenu 56,4 lat. Średnia liczba dni leczenia chłonnokotoku w grupie po wczesnym usunięciu drenu wynosiła 19 dni (zakres: 2–41 dni), a w grupie z późnym usunięciem drenażu wynosiła 17 dni (zakres: 7–29 dni), bez znamienności statystycznej ($p = 0,48$; Test U Manna-Whitneya). Średnie objętości chłonnokotoku w grupie po wczesnym usunięciu drenu wynosiła 905 ml, a w grupie drugiej 947 ml, bez znamienności statystycznej ($p = 0,16$).

Wnioski. 1. Porównanie metody wczesnego usunięcia drenażu z drenażem przedłużonym nie wykazało istotnie statystycznych różnic zarówno pod względem liczby dni utrzymywania się chłonnokotoku oraz pod względem uzyskiwanych objętości chłonki. 2. Z uwagi na brak różnic w czasie trwania chłonnokotoku oraz w uzyskiwanych objętościach chłonki wydaje się, że w grupie chorych z drenażem ≤ 150 ml w pierwszej dobie pooperacyjnej w celu poprawy jakości życia możliwe jest rozważenie wczesnego usunięcia drenu z rany.

Ocena bezpieczeństwa onkologicznego amputacji piersi typu SSM i NSSM z jednoczasową jednoetapową rekonstrukcją u chorych na raka piersi

J. Skokowski¹, P. Woźniacki¹, M. Górski¹, J. Glich², J. Jaśkiewicz¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny; ²Oddział Chirurgii Ogólnej, PZC w Malborku

Wprowadzenie. W województwie pomorskim roczny wskaźnik amputacji piersi z jednoczasową rekonstrukcją (JRP) systematycznie rośnie. Ta tendencja będzie się utrzymywać wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa na te-

mat możliwości wykonania JRP, jaki i dostępności do tej formy leczenia. W licznych publikacjach już udokumentowano korzyści zdrowotne wynikające z przeprowadzenia JRP, opisując ją, jako „wysokiej wartości” procedurę w nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej. Celem tej pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń związanych z wykonywaniem podskórnej amputacji typu SSM i NSSM z jednoczasową jednoetapową rekonstrukcją piersi.

Materiał i metody. W latach 2008–2012 w Oddziale Chirurgii Ogólnej w Szpitalu PZC w Malborku oraz w Klinice Chirurgii Onkologicznej w Gdańsku wykonano łącznie 75 podskórnych amputacji z jednoczasową jednoetapową rekonstrukcją. Do operacji kwalifikowano pacjentki w zaawansowaniu TisN0 do cT2N0. Rekonstrukcje wykonano z użyciem teksturowanych anatomicznych implantów silikonowych w 66 (88%), z użyciem tkanek własnych (TRAM) w 2 (2, 7%) i techniką mieszaną z użyciem implantu silikonowego oraz m. najszerzego grzbietu (LD) w 7 przypadkach (9,3%). Część pacjentek była już po wstępnej próbie leczenia oszczędzającego, ale ze względu na wieloogniskowość zmian lub „dodatnie” marginesy wycięcia zostały zakwalifikowane do amputacji piersi. Dwie pacjentki zakwalifikowano do JRP po neoadiuwantowej chemioterapii

Wyniki. Najdłuższy czas obserwacji wynosi 40 miesięcy (średnio 21 miesięcy). Czas pobytu na Oddziale wynosił średnio około 2 dób, a czas operacji od 2 do 3,5 godziny. W przypadku technik mieszanych (implant i pokrycie tkankami własnymi) czas operacji wydłużył się do 3,5 godziny, a średni czas pobytu do 2,5 doby. Najdłuższy czas operacji odnotowano przypadku rekonstrukcji przy użyciu tylko tkanek własnych 4,5 godziny i czas pobytu wydłużył się do 5 dni. W przebiegu pooperacyjnym u niektórych pacjentek stwierdzono jedynie dłuży okres utrzymywania się chłonnokotoku do 1,5–2 tygodni. U 6 (8%) usunięto kompleks brodawka-otoczek ze względu na bliskość guza lub dodatknią linię cięcia (w podstawie brodawki sutkowej) — SSM. U 2 (2,7%) doszło do późnych powikłań: pęknięcia mięśnia i krwawienia (po tygodniu) oraz protruzji implantu (po 3 miesiącach). U 1 (1,3%) pacjentki usunięto implant z powodu dodatknych linii cięcia. Zaobserwowano w 3 (4%) przypadkach wznowy miejscowe. Wznowy dotyczyły pacjentek z rakiem typu DCIS — *high grade* — podtyp *comedocarcinoma i papillare*. Wszystkie wznowy miały daleki charakter raka przedinwazyjnego (w 1 przypadku z mikroinwazją). W 1 przypadku pojawiła się wznowa w brodawce sutkowej. Natomiast w przypadku raków inwazyjnych nie zaobserwowano wznów miejscowych. W obserwowanej grupie nie odnotowano żadnego przypadku zgonu z przyczyn nowotworowych.

Wnioski. Doświadczenia własne, chociaż z krótkim czasem obserwacji, potwierdzają wstępne światowe doniesienia światowe o onkologicznym bezpieczeństwie JRP. W naszej opinii jest to metoda godna polecenia w każdym ośrod-

ku specjalizującym się w chirurgii raka piersi, obarczona stosunkowo niskim odsetkiem powikłań, bezpieczna przy odpowiedniej kwalifikacji chorych i w pełni akceptowana przez pacjentki, wymagająca jednak dalszych badań.

Analiza wpływu Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi na leczenie chirurgiczne raka piersi

P. Woźniacki, J. Skokowski, J. Jaśkiewicz

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wprowadzenie. Metaanaliza 8 randomizowanych wieloosrodkowych badań klinicznych przeprowadzona przez Gøtzsche i Nielsena udowodniła, że wykonywanie u kobiet w wieku 50–69 lat mammografii w interwale co 2–3 lata, zmniejsza umieralność na raka piersi (RP) od 15 do 20%. W związku z istotnym zmniejszeniem umieralności na RP po wprowadzeniu programów skryningowych w USA oraz w krajach zachodniej Europy, w styczniu 2007 roku Minister Zdrowia powołał ogólnopolski, ujednoczony Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (PWRP).

Materiał i metody. Praca ma charakter retrospektywny. Do badania zakwalifikowano kobiety chore na RP, leczone w KCHO UCK w Gdańsku w latach 2007–2010. Materiał dotyczący chorych uzyskano z historii chorób KCHO i Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z Centralnych Systemów Informatycznych. Materiał obejmuje grupę 1184 chorych na RP, leczonych w KCHO UCK w Gdańsku od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2010 r., w tym 334 (28%) chore zdiagnozowane w PWRP. W grupie badanej znajdowały się chore z rozpoznaniem raka naciekającego oraz różne postacie raka *in situ*.

Wyniki. W grupie objętej PWRP odnotowano więcej zabiegów oszczędzających gruczoł piersiowy (40% vs 24%), pachowe węzły chłonne (20% vs 16%), biopsji węzła wartownika (18% vs 11%), ale mniej zabiegów rekonstrukcyjnych (1% vs 5%). W grupie objętej PWRP odnotowano mniej nowotworów w stadium III (13% vs 17%), oraz mniejszy stopień złośliwości guza (I — 16%, II — 63%, III — 21% vs I — 14%, II — 52%, III — 33%, a więcej chorych z pNO (67% vs 61%). Nie obserwuje się różnic co do typu histologicznego, liczby konwersji i wznów miejscowych.

Wnioski. 1. Chorzy na RP uczestniczący w PWRP charakteryzują się mniejszym zaawansowaniem klinicznym w chwili leczenia chirurgicznego, co wpływa korzystnie na rokowanie. 2. W wyniku PWRP w województwie pomorskim znacznie zwiększyła się ilość operacji oszczędzających pierś oraz możliwość wykonania metody węzła wartowniczego z cechą N0.

Charakterystyka molekularna i wyniki leczenia chorych na czerniaki o nieznanym ognisku pierwotnych z przerzutami do węzłów chłonnych

P. Rutkowski¹, A. Gos¹, M. Jurkowska², A. van Akkooi³, C. Robert⁴, P. Pluta⁵, W. Dziewirski¹, M. Zdzienicki¹, S. Koljenovic³, N. Kamsukom⁴, W. Michej¹, C. Voit⁶, J.A. Siedlecki¹, A. Eggermont⁴, Z.I. Nowecki¹, A. Jeziorski⁵

¹Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; ²Instytut Reumatologii w Warszawie; ³Erasmus University Medical Centre — Daniel den Hoed Cancer Centre, Rotterdam, the Netherlands; ⁴Institute Gustave Roussy, Villejuif Paris Sud, France; ⁵Uniwersytet Medyczny w Łodzi; ⁶Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité — University of Medicine, Berlin, Germany

Wprowadzenie. Czerniak o nieznanym ognisku pierwotnym (MUP — *Melanoma of Unknown Primary site*) to nie do końca poznana sytuacja kliniczna, której najczęstszą manifestacją są przerzuty do węzłów chłonnych. Celem tej wieloosrodkowej pracy była ocena częstości i rodzaju onkogennych mutacji *BRAF/NRAS/KIT* u chorych na MUP z klinicznymi przerzutami ograniczonymi do węzłów chłonnych oraz zależność z czynnikami kliniczno-patologicznymi.

Materiał i metody. Analizie poddano grupę 95 chorych MUP (mediana wieku: 56 lat) po radykalnej terapeutycznej limfadenektomii — LND lata: 1992–2010, 35 — pachowa, 44 — pachwinowa, 16 — szyjna), nieleczonych za pomocą inhibitorów *BRAF* oraz przeprowadzono charakterystykę molekularną statusu mutacji *BRAF/NRAS/KIT* przerzutów do węzłów chłonnych za pomocą bezpośredniego sekwencjonowania odpowiednich sekwencji kodujących. Mediana okresu obserwacji wyniosła 51 miesięcy.

Wyniki. Mutacje *BRAF* stwierdzono w 55 (58%) przypadkach (51 V600E — 93%, 4 inne — 7%), a wzajemnie wykluczające się mutacje *NRAS* w 10 (10,5%) przypadkach (6 Q61K, 2 Q61H, 1 Q61R, 1 Q13R). Nie stwierdziliśmy żadnej mutacji w genie *KIT*. 5-letnie przeżycia całkowite (OS) wyniosły 34%, mediana — 24 miesiące (od daty limfadenektomii). Nie stwierdziliśmy istotnych korelacji pomiędzy statusem mutacji (*BRAF* lub *NRAS*) i OS, jednak dla czerniaków z obecnością mutacji *BRAF* stwierdziliśmy znacząco krótsze przeżycia wolne od nawrotu choroby (DFS) w porównaniu z chorymi bez stwierdzonych mutacji (*wild-type*) ($p = 0,02$; 5-year DFS 31% vs 18%). Najistotniejszym czynnikiem rokowniczym dla OS i DF była liczba przerzutowo zajętych węzłów chłonnych > 1 ($p = 0,01$).

Wnioski. Prezentowana duża analiza oparta na współczesnej grupie chorych dotycząca charakterystyki molekularnej MUP z przerzutami do węzłów chłonnych wykazała, że MUP mają podobne cechy molekularne jak czerniaki

zlokalizowane w skórze nienarażanej na przewlekłe działanie promieniowania ultrafioletowego. Obecność mutacji *BRAF* miała negatywny wpływ na DFS w analizowanych grupie chorych, status mutacji *NRAS* nie miał znaczenia rokowniczego. Wyniki te mogą mieć potencjalne znaczenie dla leczenia uzupełniającego.

Wznovy miejscowe w materiale własnym Kliniki Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

*M. Jankowski, D. Bała, M. Las-Jankowska, T. Nowikiewicz,
W. Zegarski*

Katedra i Kliniki Chirurgii Onkologicznej Collegium
Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu

Wprowadzenie. Rak odbytnicy należy do najczęstszych nowotworów w krajach rozwiniętych. Uniknięcie wznowy miejscowej po radykalnym leczeniu chirurgicznym jest jednym z najważniejszych zadań chirurga i świadczy o jakości leczenia.

Materiał i metody. Analizie poddano 368 chorych z rakiem odbytnicy w wieku 28–90 lat, leczonych w Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej CM UMK w Bydgoszczy, w latach 2001–2007, u których wykonano radykalny zabieg chirurgiczny. Przeprowadzono 225 przednich resekcji odbytnicy z pierwotnym zespoleniem, 134 brzuszno-kroczywych resekcji odbytnicy oraz 9 zabiegów sposobem Hartmanna. Na podstawie raportów patologicznych, III stopień zaawansowania określono u 152 (41%) chorych. Radioterapię zastosowano u 301 (82%) chorych, z czego u 216 (59%) osób tzw. krótki program (5 x 5 Gy) radioterapii przedoperacyjnej.

Wyniki. Wznovy miejscowe wystąpiły u 30 (8,1%) chorych, najczęściej u chorych w III stopniu zaawansowania (20 chorych, 67%). Dotyczyły 10 (33%) chorych, u których zastosowano krótki program radioterapii przedoperacyjnej, 7 (23%) chorych po radioterapii przedoperacyjnej tzw. długim kursem (50,4 Gy) skojarzonej najczęściej z chemioterapią, i 3 (10%) chorych po radioterapii pooperacyjnej. Stanowiło to odpowiednio 4,6%, 14% i 12,5% wszystkich chorych leczonych w/w rodzajami radioterapii, oraz 15% chorych, którzy nie byli napromieniani.

Wnioski. Zastosowanie leczenia skojarzonego pozwala na uzyskanie dobrych wyników leczenia. Staranna kwalifikacja do leczenia skojarzonego, prawidłowo przeprowadzony zabieg operacyjny i wyczerpujący raport patologiczny są kluczowymi w leczeniu raka odbytnicy.

Jak wyniki leczenia chorych na zaawansowane nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) uległy poprawie w ciągu 10 lat: analiza nieoperacyjnych/ przerzutowych/nawrotowych GIST leczonych imatynibem w latach 2001–2009.

Kim są chorzy o najdłuższych przeżyciach?

*J. Andrzejuk¹, E. Bylina¹, C. Osuch², T. Świtaj¹, P. Hudziec³,
W. Melerowicz⁴, B. Czartoryska-Arlukowicz⁵, M. Matłok²,
A. Jerzak vel Dobosz¹, J. Limon⁶, J.A. Siedlecki¹, P. Rutkowski¹*

¹Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; ²Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie; ³Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu; ⁴Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu; ⁵Białostockie Centrum Onkologii; ⁶Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie; ⁷Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Wprowadzenie imatynibu do praktyki klinicznej zrewolucjonizowało leczenie zaawansowanych GIST, ale dane dotyczące długoletnich przeżyć mogą stać się obecnie przedmiotem głębszej analizy.

Materiał i metody. Analizie poddano dane 370 chorych na nieoperacyjne/przerzutowe/nawrotowe GIST leczonych imatynibem (IM) w latach 2001–2009 w ośrodkach polskich i porównano wyniki terapii w 3 okresach inicjowania leczenia IM: 2001–2003, 2004–2006, 2007–2009. Ocenie poddano możliwe czynniki związane z długotrwałymi przeżyciami. Mediana okresu obserwacji wyniosła 48 miesięcy.

Wyniki. W analizowanych okresach uległa zmniejszeniu mediana maksymalnej wielkości największego guza nowotworowego w chwili rozpoczęcia leczenia IM: 90,5 mm (2001–2003) vs 74 mm (2004–2006) vs 60 mm (2007–2009) [$p = 0,002$]. Mediana przeżycia wolnego od progresji choroby (PFS) podczas leczenia IM w 1-szej linii wyniosła 35,6 miesiąca, nie stwierdziliśmy różnic w PFS pomiędzy chorymi leczonymi w 3 analizowanych okresach czasu. Mediana przeżyć całkowitych (OS) wyniosła 6,8 roku, odsetek 8-letnich OS — 43%, nie stwierdzono różnic w OS między chorymi leczonymi w 3 analizowanych okresach czasu. Negatywne czynniki rokownicze dla OS były następujące: maksymalna wielkość guza przy rozpoczynaniu leczenia IM > 10 cm, brak mutacji lub mutacje zlokalizowane poza eksonami 9 i 11 genu *KIT*, zwiększony poziom neutrocytów, niskie stężenia hemoglobiny lub albumin, stan sprawności wg WHO > 1, brak resekcji zmian resztkowych w czasie terapii IM. Niezależne korzystne czynniki rokownicze dla dłuższych OS to: resekcja zmian resztkowych i PS 0/1.

Wnioski. Obecnie mediana OS w zaawansowanych GIST przekracza 6,5 roku. Chorzy o długim przeżyciu (OS > 5 lat) charakteryzowali się mniejszą maksymalną wielkością zmian nowotworowych w chwili rozpoczęcia leczenia IM, lepsze wyniki badań laboratoryjnych krwi, lepszy stan spraw-

ności i częstsze stosowanie resekcji zmian resztkowych. Leczenie chirurgiczne może zmniejszać wpływ wielkości guza nowotworowego i wyrównuje długotrwałe efekty leczenia w ciągu ostatniego dziesięciolecia od wprowadzenia IM; po wprowadzeniu kolejnych linii terapii wpływ pierwotnego statusu mutacyjnego na przeżycia odległe jest mniej dostrzegalny.

Identyfikacja oraz znaczenie kliniczne mikroprzerzutów i izolowanych komórek nowotworowych w obrębie układu chłonnego u chorych na raka żołądka

A. Spychała, D. Murawa, P. Murawa

I Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wprowadzenie. Wprowadzenie nowych technik badania histopatologicznego pozwoliło na identyfikację zmian, które nie były wcześniej wykrywane. Zastosowanie badania immunohistochemicznego przy ocenie układu chłonnego pozwala na identyfikację mikroprzerzutów i izolowanych komórek nowotworowych. Stan regionalnego układu chłonnego jest najważniejszym czynnikiem prognostycznym u pacjentów z rakiem żołądka. Celem pracy była identyfikacja oraz ocena znaczenia klinicznego mikroprzerzutów i izolowanych komórek nowotworowych w obrębie układu chłonnego u chorych operowanych z powodu raka żołądka

Materiał i metody. W latach 1998–2010 w I Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Wielkopolskiego Centrum Onkologii operowano grupę 694 pacjentów z rozpoznaniem rakiem żołądka, gdzie u 493 wykonano resekcję. U 153 (31,03%) pacjentów nie stwierdzono po wykonaniu standardowej oceny histopatologicznej przerzutów w obrębie układu chłonnego, spośród tej grupy chorych u 123 wykonano ponowną ocenę układu chłonnego. Wykonano badanie immunohistochemiczne z wykorzystaniem przeciwciał przeciwko cytokeratynie AE1/AE3 preparatów węzłów chłonnych, które zostały następnie ocenione przez histopatologa. Porównano prawdopodobieństwo 5-letniego przeżycia chorych, u których po wykonaniu badania immunohistochemicznego nie znaleziono żadnych komórek przerzutowych z grupą, w której zidentyfikowano mikroprzerzuty lub izolowane komórki nowotworowe.

Wyniki. Po wykonaniu badania immunohistochemicznego oraz ocenie histopatologicznej mikroprzerzuty zidentyfikowano u 22 pacjentów (17,89%), z czego u 9 (7,32%) chorych z tej grupy w pozostałych stacjach węzłowych znaleziono również izolowane komórki nowotworowe. Po wykonaniu badania immunohistochemicznego izolowane komórki nowotworowe w obrębie układu chłonnego znaleziono u 29 pacjentów (23,58%). Łącznie u 41 pacjentów (41,46%) wykonanie badania immunohistochemicznego oraz po-

nowna ocena histopatologiczna spowodowały identyfikację zmian w obrębie układu chłonnego, które nie zostały znalezione w czasie rutynowej oceny w barwieniu H+E. Prawdopodobieństwo 5-letniego przeżycia wyniosło w grupie chorych bez zmian przerzutowych w węzłach chłonnych 69,7%, a w grupie z mikroprzerzutami i/lub izolowanymi komórkami nowotworowymi 34,9%. Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,00719$). Obecność mikroprzerzutów lub izolowanych komórek nowotworowych miała istotny wpływ na przeżycie pacjentów.

Wnioski. 1. Mikroprzerzuty i izolowane komórki nowotworowe udało się zidentyfikować w grupie 41,46% pacjentów. 2. Obecność mikroprzerzutów i izolowanych komórek nowotworowych w węzłach chłonnych obniża prawdopodobieństwo przeżycia pacjentów w stosunku do chorych bez zajęcia regionalnego układu chłonnego.

Rak żołądka — analiza 25 lat leczenia pod kątem poprawy wyników

P. Murawa, A. Spychała, D. Murawa, J. Wasiewicz, W. Nowakowski

I Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wprowadzenie. Rak żołądka stanowi ogólnosiątkowy problem medyczny, pomimo iż od kilkunastu lat obserwuje się spadek zachorowalności. Rocznie na całym świecie raka żołądka diagnozuje się u 1 miliona pacjentów. Jednak to nie zachorowalność, ale złe rokowanie i w konsekwencji wysoki wskaźnik śmiertelności decyduje, iż nowotwór ten stanowi nadal istotny problem kliniczny.

Materiał i metody. W latach 1986–2010 w I Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Wielkopolskiego Centrum Onkologii z powodu zmian nowotworowych w obrębie żołądka operowano grupę 1518 pacjentów. Najczęstszym nowotworem spostrzeganym w analizowanej grupie były raki żołądka stanowiące 68,1% wszystkich operowanych zmian i tę grupę poddano dalszej analizie. Chorych celem porównania podzielono na dwie grupy: operowanych w latach 1986–1997 oraz 1998–2010.

Wyniki. W pierwszym analizowanym okresie (lata 1986–1997) procent resekowanych zmian wynosił 61,47%, natomiast w latach 1998–2010 resekcyjność wyniosła 71,04%. Odnotowany wzrost resekcyjności w ostatnich 13 latach z 61,47% do poziomu 71,04% jest istotny statystycznie ($p = 0,0021$). W ciągu ostatnich 13 lat wykrywanych jest coraz więcej wczesnych stadiów zaawansowania choroby nowotworowej, na co wskazuje istotny wzrost liczby chorych rozpoznawanych w I i II stopniu zaawansowania (stopień I 6,7% do 26,5%, stopień II 18,7% do 36,3%). Stwierdzono również istotnie więcej pacjentów bez przerzutów w obrębie układu chłonnego w pierwszym okresie — 11,5% w porów-

naniu z drugim — 31,0%. Odnotowano również poprawę prawdopodobieństwa 5-letniego przeżycia, która w latach 1986–1997 wyniosła 28,9%, a w latach 1998–2010 — 38,5%. W przeprowadzonej analizie wieloczynnikowej chorych operowanych w latach 1998–2010 najważniejszymi czynnikami wpływającymi na prawdopodobieństwo 5-letniego przeżycia były: stan regionalnego układu chłonnego, stopień zaawansowania guza oraz radykalność przeprowadzonego zabiegu.

Wnioski. 1. W ciągu 25 lat leczenia pacjentów z rakiem żołądka zwiększyła się ilość wczesnych rozpoznań oraz nastąpił istotny wzrost resekcyjności zmian co świadczy o poprawie w zakresie diagnostyki raka żołądka. 2. Do istotnych czynników rokowniczych u chorych operowanych z powodu raka żołądka w okresie 1998–2010 zaliczono stan regionalnego układu chłonnego, stopień zaawansowania guza oraz radykalność wykonanego zabiegu.

Mutacja V600E genu *BRAF* jako czynnik prognostyczny i predykcyjny u chorych na raka brodawkowatego tarczycy (PTC)

A. Czarniecka, A. Sacher, A. Maciejewski, S. Półtorak,
D. Rusinek, M. Kowalska, J. Żebracka-Gala, E. Stobiecka,
E. Zembala-Nożyńska, M. Jarzqb, J. Krajewska,
D. Handkiewicz-Junak, B. Jarzqb

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. Na tle innych uznanych czynników rokowniczych diskutowane jest obecnie znaczenie mutacji protoonkogenu *BRAF* jako niezależnego czynnika rokowniczego i predykcyjnego w raku brodawkowatym tarczycy. U uruchamia ona szlak kinaz białkowych zależny od mitogenów (szlak MAP) stymulując niekontrolowaną proliferację komórki pęcherzykowej tarczycy.

Cel. Analiza częstości mutacji *BRAF* w rakach brodawkowatych tarczycy oraz ocena przebiegu klinicznego procesu nowotworowego dla określenia znaczenia rokowniczego i predykcyjnego badanej mutacji.

Materiał i metody. Retrospektywnej analizie klinicznej i molekularnej poddano 197 chorych (171 kobiet i 26 mężczyzn) wyłonionych z populacji 258 chorych operowanych pierwotnie z powodu PTC w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej w Gliwicach w latach 2004–2006. Izolację RNA i DNA przeprowadzono z bloczków parafinowych. Analizę częstości mutacji wykonano poprzez reakcję PCR. Amplifikowano fragment eksonu 15, który sekwencjonowano na sekwencjonatorze firmy Applied Biosystems (AbiPrism 3130 xl). W analizie statystycznej użyto oprogramowania SPSS12 (testy: χ^2 , U-Manna-Whitneya oraz analiza przeżycia Kaplana-Meiera). Ze względu na konieczność oceny znacznie liczniejszej grupy chorych obserwowanych w dłu-

gim okresie czasu włączono polskie dane do wielośrodkowego, międzynarodowego badania retrospektywnego koordynowanego przez *John Hopkins University School of Medicine*, Baltimore. Dla oceny znaczenia predykcyjnego prowadzona jest analiza mutacji *BRAF* u chorych w stopniu T1N0M0 leczonych w ramach badania klinicznego ograniczającego zakres operacji u chorych na niskozaawansowanego PTC. Badanie rozpoczęto w 2011 r. i trwa ono nadal.

Wyniki. Występowanie mutacji *BRAF* stwierdzono u 52% badanych (102 chorych — grupa *BRAF+*). W grupie *BRAF+* raka w stopniu pT1a rozpoznano u 24 (24%) osób, w grupie *BRAF-* u 37 (39%). Częstość występowania raków o zaawansowaniu pT1a była znamienne wyższa w grupie bez mutacji ($p = 0,02$). Chorzy z grupy *BRAF+* byli starsi niż chorzy *BRAF-* (odpowiednio: średni wiek 51, mediana 55 lat i 41 oraz 40 lat; $p = 0,000$). W grupie *BRAF+* odnotowano 1 zgon oraz 4 nawroty, w grupie *BRAF-* 4 wznowy. Prawdopodobieństwo 5-letniego przeżycia bezobjawowego nie różniło się między grupami (wynosiło 97% w grupie *BRAF-* i 96% w grupie *BRAF+*). Wykazano pozytywną korelację między obecnością mutacji *BRAF* a wiekiem chorych ($p = 0,000$) i średnicą guza ($p = 0,004$). Nie potwierdzono związku mutacji z innymi analizowanymi kliniczno-patologicznymi czynnikami rokowniczymi. W badaniu międzynarodowym przeanalizowano populację 1849 chorych na PTC leczonych w 13 ośrodkach z 7 krajów świata w latach 1978–2011. U chorych *BRAF+* stwierdzono wyższe ryzyko występowania przerzutów do węzłów chłonnych oraz wyższe ryzyko zgonu z powodu PTC. **Wnioski.** W raku brodawkowatym tarczycy mutacja *BRAF* jest niezależnym, niekorzystnym czynnikiem prognostycznym. Ocena jej przydatności predykcyjnej wymaga dalszych analiz.

Leczenie operacyjne chorych na zróżnicowane raki tarczycy — czy możliwe jest bezpieczne ograniczenie zakresu operacji w rakach T1N0M0?

A. Czarniecka, A. Sacher, A. Maciejewski, S. Półtorak,
M. Jarzqb, J. Krajewska, E. Stobiecka, E. Chmielik,
D. Rusinek, M. Oczko-Wojciechowska, B. Jarzqb
Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. W retrospektywnej analizie grupy 1235 chorych operowanych w różnych ośrodkach chirurgicznych w Polsce z powodu raków zróżnicowanych tarczycy w latach 1986–1998 zakres leczenia operacyjnego okazał się samodzielnym, niezależnym czynnikiem rokowniczym. Nie miał on znaczenia jedynie dla nowotworów o średnicy do 1 cm. Ujawniono także zdecydowanie wyższe odsetki powikłań pooperacyjnych od raportowanych wcześniej. Obecnie w raku brodawkowatym tarczycy w stopniu zaawansowania

T1N0M0 dyskutowana jest możliwość operacji o mniejszym zakresie niż całkowite wycięcie tarczycy z radykalnym usunięciem układu chłonnego środkowego.

Cel. Ocena porównawcza wczesnych wyników leczenia chorych na nisko zaawansowanego raka brodawkowatego tarczycy leczonych w ramach prospektywnego badania klinicznego rozpoczętego w 2011 r. z grupą chorych o tym samym zaawansowaniu klinicznym operowanych w latach 2004–2006 zgodnie z rekomendacjami Polskiej Grupy Nowotworów Endokrynnych.

Materiał i metody. Grupę 1 stanowi obecnie 124 chorych na raka brodawkowatego tarczycy wyjściowo w stopniu zaawansowania T1N0M0, leczonych w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej w Gliwicach w ramach prospektywnego badania klinicznego (64 osoby w stopniu T1a, u których wykonano usunięcie płata tarczycy z cieśnią i 60 w stopniu T1b poddanych całkowitemu wycięciu tarczycy z układem chłonnym środkowym po stronie ogniska raka i biopsją węzłową). Grupa 2 to 210 chorych — w stopniu T1N0M0 (78 T1a i 132 T1b). Wszyscy poddani całkowitemu wycięciu tarczycy z układem chłonnym środkowym i biopsją węzłów bocznych szyi. Analizę statystyczną wykonano w programie SPSS 12PL (test chi², analiza przeżycia Kaplana-Meiera).

Wyniki. W obu grupach pooperacyjne badanie histopatologiczne potwierdziło przedoperacyjne zaawansowanie kliniczne w podobnym odsetku przypadków (n.s.). W grupie 1 potwierdzono je u 98 chorych (79%) w grupie 2 u 158 osób (75%). W toku dotychczasowej obserwacji obecność przerzutów do węzłów chłonnych obserwowano rzadziej u chorych z grupy 1 (13 chorych — 10%) niż z grupy 2 (63–28%); ($p = 0,00$). Ryzyko wystąpienia przerzutów koreluje ze średnicą guza i obecnością pozatarczycowego nacieku nowotworu ($p = 0,0003$). Nie wykazano wpływu wieloogniskowego wzrostu raka na częstość występowania przerzutów do układu chłonnego szyi (n.s.). Obie grupy charakteryzują się bardzo dobrym rokowaniem. W grupie 1 odnotowano dotychczas 1 nawrót choroby (wznowa węzłowa w grupie VI), w grupie 2 — 7 nawrotów lokoregionalnych (3,3%). Wszyscy chorzy żyją. W grupie 2 prawdopodobieństwo 5-letniego przeżycia bezobjawowego dla chorych o zaawansowaniu T1a wynosi 97%, a T1b 95%. Nie odnotowano dotychczas istotnej różnicy w odsetku wczesnego jednostronnego porażenia nerwu krtaniowego między grupami. Wykonanie lobektomii z cieśnią u chorych w stopniu pT1a całkowicie eliminuje ryzyko wystąpienia niedoczynności przytarczyc.

Wnioski. Wczesne wyniki leczenia chorych na nisko zaawansowanego raka brodawkowatego tarczycy potwierdzają możliwość bezpiecznego wykonywania u tych chorych operacji mniej rozległych. Biologia i naturalny przebieg kliniczny raka brodawkowatego tarczycy dla wyciągnięcia ostatecznych wniosków wymaga znacznie dłuższego okresu obserwacji.

Leczenie operacyjne pierwotnej nadczynności przytarczyc z zastosowaniem śródoperacyjnego oznaczania PTH w materiale własnym Działu Chirurgii Onkologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

J. Słusznik¹, A. Kowalska², S. Trepka¹, A. Słusznik³, J. Haduch¹, J. Sygut⁴

¹Dział Chirurgii Onkologicznej; ²Dział Endokrynologii;

³Zakład Markerów; ⁴Zakład Patologii Nowotworów, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Wprowadzenie. Celem pracy jest ocena skuteczności leczenia operacyjnego pierwotnej nadczynności przytarczyc w materiale własnym z lat 2003–2012 z jednoczesną oceną krzywej uczenia.

Materiał i metody. W okresie od maja 2003 r. do grudnia 2012 r. w Dziale Chirurgii Onkologicznej ŚCO w Kielcach operowano 99 chorych z pierwotną nadczynnością przytarczyc (PNP). W latach 2003–2008 leczono 45 chorych (41 kobiet, 4 mężczyźn). W 8 przypadkach PNP była klinicznym przejawem zespołu MEN. (I grupa). W latach 2009–2012 leczono 54 chorych (44 kobiety, 10 mężczyźn). W 4 przypadkach PNP była klinicznym przejawem zespołu MEN (II grupa). Chorzy byli wcześniej diagnozowani w Dziale Endokrynologii ŚCO. U wszystkich wykonano przedoperacyjną scyntyografię przytarczyc MIBI i USG a od 2010 r. również SPECT. W I grupie na 45 chorych w 40 przypadkach, a w grupie II na 54 chorych w 51 przypadkach uzyskano wstępną lokalizację przytarczyc. Pacjenci zostali zakwalifikowani do leczenia operacyjnego. Eksplorację szyi rozpoczynano od miejsc odpowiadających lokalizacji ognisk patologicznych w badaniach obrazowych. W 10 przypadkach wykonano bezpośrednio przed zabiegiem scyntyografię MIBI, wspomagając się w trakcie zabiegu operacyjnego detektorem promieniowania gamma. W trzech przypadkach ektopowej lokalizacji gruczolaka przytarczycy w śródpiersiu wykonano mediastinotomię z rozcięciem mostka. Skuteczność wycięcia potwierdzano śródoperacyjnym (2–6-krotnym) oznaczeniem poziomu PTH, uzyskując minimum 50% jego spadek. Czas oczekiwania na wynik 20–30 minut.

Wyniki. W I grupie chorych w 5 przypadkach leczenie okazało się nieskuteczne (jeden chory operowany był dwukrotnie). Skuteczność leczenia 88,9%. W II grupie w 3 przypadkach leczenie okazało się nieskuteczne. Skuteczność leczenia 94,4%. We wszystkich przypadkach uzyskano histopatologiczne potwierdzenie gruczolaka, hiperplazji lub raka przytarczyc.

Wnioski. 1. USG, przedoperacyjna scyntygrafia przytarczyc MIBI, SPECT w połączeniu ze śródoperacyjnym oznaczeniem poziomu PTH pozwala na mniej inwazyjne leczenie pierwotnej nadczynności przytarczyc. 2. Oznaczanie poziomu PTH umożliwia śródoperacyjną ocenę skuteczności zastosowanego leczenia operacyjnego, ograniczając równocześnie-

nie konieczność eksploracji wielu miejsc w obrębie szyi.
3. Przydatność przedoperacyjnej scyntygrafii przytarczyc MIBI jest ograniczona położeniem gruczolaków przytarczyc w stosunku do mięszu gruczołu tarczowego — istnieje większa skuteczność uwidoczniania zmian patologicznych w przypadku ektopowego występowania gruczolaków.

4. Skuteczność prezentowanej metody leczenia w naszym materiale wyniosła 88,9 i 94,4%. 5. Ścisła współpraca wszystkich osób biorących udział z procesie leczenia (klinikistów i diagnostów) oraz wykonywanie zabiegów operacyjnych przez doświadczonych chirurgów ma bezpośredni wpływ na dobre wyniki leczenia.

Prezentacje PLAKATOWE

1

Rak piersi na 4 kontynentach — doświadczenia własne w latach 2002–2012

A. Kołacińska

Oddział Chirurgii Onkologicznej, Regionalny Ośrodek Onkologiczny w Łodzi

Wprowadzenie. W wielu krajach świata rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Istnieją jednakże różnice w zachorowalności, umieralności i jakości opieki onkologicznej pomiędzy kontynentami.

Materiał i metody. Niniejsza praca przedstawia doświadczenia własne autorki zdobyte podczas stypendiów naukowych w klinikach chirurgii piersi na 4 kontynentach: Europie (Polska, Włochy, Holandia, Wielka Brytania), Azji (Japonia), Ameryce Północnej (Stany Zjednoczone) oraz Ameryce Południowej (Brazylia, Argentyna) w latach 2002–2012. Porównano uwarunkowania narodowościowe, kulturowe i społeczne, styl życia, zachorowalność, programy profilaktyki, metody diagnostyki obrazowej i genomowej, częstość mastektomii i zabiegów oszczędzających, zakres chirurgii węzłowej oraz zabiegi odtwórcze wyniosłość piersiową.

Wyniki. Japonia jest krajem o niższej zachorowalności na raka piersi (współczynnik standaryzowany 43,9/100 000, wpływ polimorfizmów genów populacji azjatyckiej i diety japońskiej), Stany Zjednoczone o najwyższej zachorowalności (118,8–137,9/100 000, styl życia, adipokiny, przemiany frakcji estrogenów w tkance tłuszczowej; aczkolwiek wysokie przeżycia 5-letnie, wysoka jakość opieki, badania naukowe, nowoczesne technologie, nakłady finansowe). Włochy/Mediolan — to kolebka zabiegów oszczędzających, techniki onkoplastyczne, lipofilling, badanie naukowe, prospektywne, wieloośrodkowe, randomizowane SOUND (*Sentinel node vs Observation after axillary UltraSound*) — koncepcja zaniechania biopsji węzła wartowniczego we wczesnym raku piersi? Holandia/Amsterdam — to jedna z głównych instytucji badania prospektywnego, wieloośrodkowego, randomizowanego MINDACT (*Microarray In Node-negative and 1 to 3 positive lymph node Disease may Avoid ChemoTherapy*) — kliniczno-histopatologiczno-genomowego projektu oraz koncepcji chirurgii piersi w erze genomu. Wielka Brytania/Liverpool — techniki radiolokalizacji zmian niepalpacyjnych ROLL (*radioguided occult lesion localisation*) i SNOLL (*sentinel node and ROLL*). Brazylia — to znane ośrodki chirurgii plastycznej piersi, wybór implantów piersi, wpływ

na techniki onkoplastyczne, ale także biedne, zaniedbane *favele* — konieczność szerzenia wiedzy onkologicznej i programów profilaktycznych raka piersi. Stany Zjednoczone, Holandia — techniki mikrochirurgiczne w zabiegach odtwórczych (DIEP, free TRAM).

Wnioski. Doświadczenia zdobyte podczas stypendiów naukowych w prestiżowych klinikach chirurgii piersi na 4 kontynentach mogą korzystnie oddziaływać na jakość opieki nad polską chorą na raka piersi.

2

Multiple primary neoplasms on breast cancer survivors

N. Lukavetsky, T. Fetsych, O. Lukavetsky

Lviv National Medical University

Wprowadzenie. The data from the literature regarding subsequent second primary cancer after breast cancer therapy are less certain. Aim of the study is to detect regularity of appearance of second primary cancer in breast cancer survivors.

Materiał i metody. Data from all patient diagnosed with breast cancer were obtained from Lviv Cancer Registry over the period 1998–2003. The criterion of inclusion to detailed study was the diagnosis of breast cancer in association with another primary cancer. The criteria of exclusion to the study were as follows: lung cancer with synchronous cancer, association with skin cancer. We did not analyzed the cases of association of breast cancer with cancer at other sites, when they were diagnose less that 4 times. Multiple primary neoplasms were identified in accordance with the definition proposed by Warren and Gates.

Wyniki. 4536 patients with breast cancer were treated in our institution, including 300 persons (6.6%) who had association of breast cancer with cancer at other sites. Association of three cancers asdiagnosed in 5 patients. The most frequent sites of second primary cancer in breast cancer survivors were: skin 19% (12.8% in general population), *corpus uteri* 13% (8.2%), ovarian 8.6% (4.9%), *cervix uteri* 5.6% (6.2%), colon 3.6% (6.5%), rectum 3.3% (5.3%), thyroid 2.6% (2.6%), stomach 2.3% (6.4%), lung 1.6% (4.0%).

Wnioski. The sites of second primary malignancies after breast cancer treatment presented practically a similar distribution pattern as sites of malignancies in general wom-

en population but the rates are different. Evidence-based follow-up care of the cancer survivors is recommended to detect new cancer.

3

Analiza czynników prognostycznych wpływających na wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego

M. Mądrecki

I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

Wprowadzenie. Rak jelita grubego jest najczęstszym nowotworem przewodu pokarmowego i stanowi drugą (po raku płuca) przyczynę zgonów w Polsce. Zagrożenie dla potencjalnych chorych na raka jelita grubego wynika zarówno z dużej dynamiki wzrostu zachorowalności, jak również niezadowalających wyników leczenia. Analiza przeprowadzona przez Krajowy Rejestr Nowotworów wskazuje, że wskaźnik pięcioletniego przeżycia chorych na nowotwory jelita grubego jest w Polsce niższy o około 15% w porównaniu do krajów Europy Zachodniej. Przyczyn gorszego rokowania chorych na raka jelita grubego należy szukać w niezadowalającej sprawności systemu opieki zdrowotnej: niedostatecznej skuteczności w zakresie profilaktyki, opóźnieniu w rozpoznaniu i rozpoczęciu leczenia oraz czasami w niewłaściwym postępowaniu terapeutycznym.

Celem pracy była ocena korelacji klinicznych, histologicznych oraz innych czynników, mogących mieć wpływ na rokowanie z dalszym przebiegiem klinicznym chorych na raka jelita grubego.

Materiał i metody. Przedmiotem niniejszego badania była retrospektywna analiza 129 chorych operowanych w I Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku w latach 2000–2004 z powodu raka jelita grubego. W analizowanej grupie było 61 kobiet (47%) i 68 mężczyzn (53%). Leczone zarówno chorych z terenów miejskich i wiejskich, odpowiednio 76 (59%) i 53 (41%). Najczęściej operowano chorych w wieku od 61 do 70 lat (43 chorych, 33,3%). Oceniano sprawność chorych wg skali WHO, 80,4% badanych miało ograniczoną sprawność (1–3 stopień sprawności). U 98 chorych (76%) występowały inne schorzenia oprócz raka jelita grubego, najczęściej były to choroby układu krążenia. W I stopniu zaawansowania klinicznego (TNM wg UICC) było 12% chorych, II — 36%, III — 24%, IV — 28%. Analizowano wiek, płeć, umiejscowienie guza, zaawansowanie choroby nowotworowej, pilność wykonania operacji, resekcyjność oraz rodzaj zabiegu operacyjnego i wpływ tych czynników na rokowanie.

Wyniki. Sześćdziesięciu chorych przeżyło 5 lat po leczeniu operacyjnym raka jelita grubego, co stanowi 47% wszystkich leczonych z powodu tego nowotworu. Wiek ($p = 0,41$)

i płeć ($p = 0,22$) nie miały w analizowanym materiale wpływu na długość przeżycia chorych operowanych z powodu raka jelita grubego. Nie wykazano zależności pomiędzy umiejscowieniem guza w różnych odcinkach jelita grubego, a przeżyciami 5-letnimi. Resekcyjność zmian nowotworowych miała znamienny wpływ na odległe wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego ($p < 0,0001$). W badanym materiale resekcję radykalną R0 wykonano u 87 chorych. Resekcję R1 u 4 chorych. Resekcją R2 u 16 chorych. Nie wykonano resekcji guza u 22 chorych (ze względu na zaawansowanie choroby nowotworowej lub ciężki stan chorego). Fakt wykonania operacji w trybie ostrodyżurowym pogarsza rokowanie chorego. Wszyscy chorzy w I stopniu zaawansowania przeżyli 5 lat. Natomiast w IV stopniu zaawansowania 1 rok przeżyło 30% chorych, 5 lat nie przeżył żaden chory. Stopień zaawansowania TNM (wg UICC) miał istotny wpływ na odległe wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego ($p < 0,0001$).

Wnioski. W ocenie odległych wyników leczenia operacyjnego chorych na raka jelita grubego klasyczne czynniki kliniczno-patologiczne (TNM) i radykalność wykonanej resekcji mają nadal najważniejsze znaczenie rokownicze.

4

Edukacja a jakość w chirurgii piersi. Europejski Egzamin w zakresie Chirurgii Piersi (EBSQBS) — punkt widzenia egzaminatora

A. Kołacińska

Oddział Chirurgii Onkologicznej, Regionalny Ośrodek Onkologiczny w Łodzi

Wprowadzenie. Dane statystyczne piśmiennictwa onkologicznego jednoznacznie wskazują, że najwyższy poziom opieki nad chorą na raka piersi zapewniają dedykowane instytucje tzw. *breast cancer units*. W Europie istnieje specjalizacja szczegółowa/certyfikat chirurgii piersi European Board of Surgery Qualification in Breast Surgery (EBSQBS).

Materiał i metody. Przedstawiono koncepcję, kryteria i metodologię powyższego egzaminu na podstawie doświadczeń egzaminatora: EBSQBS wrzesień 2011, Sztokholm podczas Europejskiego Kongresu Onkologii; EBSQBS marzec 2012, Wiedeń podczas Europejskiej Konferencji Raka Piersi oraz EBSQBS wrzesień 2012, Walencja podczas Konferencji Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Omówiono szczegółowo zakres procedur chirurgicznych (*log book*), część testową i ustną egzaminu — przykłady przypadków klinicznych (*case*) i analizowanych artykułów naukowych (*paper*), podejście psychoonkologiczne do chorej kandydata (*attitude*).

Wnioski. Coraz większe zainteresowanie chirurgów europejskich i spoza Europy podnoszeniem kwalifikacji w zakresie chirurgii piersi wpisuje się w nowoczesną tendencję tworze-

nia *breast cancer units* — wielodyscyplinarnej, najwyższej jakości opieki nad chorym na raka piersi.

5 W chirurgicznym leczeniu chorych na raka żołądka obowiązuje limfadenektomia D2 — chirurg jest czynnikiem rokowniczym w tej procedurze

A. Jeziorski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie. Według podziałów anatomicznych jest sześć obszarów spływu chłonki z żołądka i sześć grup regionalnych węzłów chłonnych I piętra. Obszar pierwszy, wpustowy, obejmuje okolice wpustu żołądka, i część brzusznej przelyki; z tego obszaru chłonka spływa do węzłów chłonnych okołowpustowych. Obszar drugi, obejmujący krzywiznę mniejszą żołądka na ścianie przedniej i tylnej; chłonka spływa do węzłów chłonnych żołądkowych prawych. Z obszaru trzeciego, obejmującego obydwie ściany żołądka w okolicy odźwiernika chłonka spływa do węzłów chłonnych odźwiernikowych i wątrobowych. Z czwartego obszaru, obejmującego część odźwiernikową, przylegającą do krzywizny większej chłonka spływa do węzłów chłonnych odźwiernikowych i żołądkowo-sieciowych prawych. Część ściany przedniej i tylnej żołądka, przylegające do krzywizny większej, należą do następnego, piątego obszaru, odprowadzającego chłonek do węzłów chłonnych żołądkowo-sieciowych lewych. Obszar szósty znajduje się w okolicy dna żołądka. Regionalnymi dla tego obszaru węzłami chłonnymi są węzły chłonne trzustkowo-śledzionowe.

Materiał i metody. Węzłami chłonnymi drugiego piętra spływu chłonki są dla żołądka węzły chłonne trzewne, czyli węzły chłonne okolicy pnia trzewnego, okolicy tętnicy śledzionowej, okolicy tętnicy wątrobowej wspólnej, okolicy tętnicy wątrobowej właściwej, okolicy więzadła wątrobowo-dwunastniczego, okolicy żyły nerkowej lewej. Następnie chłonka płynie do węzłów chłonnych lędźwiowych i poprzez splot chłonny lędźwiowy do przewodu piersiowego.

Wyniki. Badacze japońscy podzielili węzły chłonne żołądka na poszczególne grupy w zależności od lokalizacji ogniska pierwotnego. Podział ten jest wynikiem wieloletnich badań nad spływem chłonki, przy różnych lokalizacjach ogniska pierwotnego, które brały pod uwagę odsetek przeżyć długoletnich, w zależności od obecności przerzutów w każdej z grup regionalnych węzłów chłonnych żołądka. Wyróżnia się trzy stacje węzłów chłonnych. Zajęcie węzłów chłonnych przez przerzuty wiąże się ze złym rokowaniem szczególnie wtedy, kiedy przerzuty znajdują się w stacji trzeciej.

Wnioski. Według aktualnych standardów postępowania chirurgicznego w raku żołądka obowiązuje usunięcie węzłów

typu D2 — wyniki leczenia chorych zależą między innymi od doświadczenia chirurga i staranności jej wykonania.

6 Zabiegi cytoredukcyjne i dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii w leczeniu przerzutów do otrzewnej

T. Jastrzębski, K. Drucis, T. Polec, A. Sommer, M. Kąkol, P. Cichon, J. Jaśkiewicz

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Rokowanie w przypadku nieleczonych przerzutów do otrzewnej jest złe. Przeżycie wynosi około 6–9 miesięcy. W przypadku wczesnych, izolowanych przerzutów raka jelita grubego, śluzaka rzekomego otrzewnej, raka jajnika, raka żołądka i międzybłoniaka otrzewnej możliwe jest skuteczne leczenie polegające na wykonaniu zabiegu cytoredukcyjnego połączonego z wykonaniem dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii. Rokowanie wyrażone w przeżyciach 5-letnich wynosi ponad 90% w przypadku śluzaka otrzewnej oraz, w najlepszych ukierunkowanych na tego typu zabiegi ośrodkach, ponad 40% w raku jelita grubego. Klinika Chirurgii Onkologicznej jest pierwszym w Polsce ośrodkiem, w którym rozpoczęto tego typu zabiegi. Od 2010 r. są one wykonywane z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu Performer HT (Modena, Italy).

Materiał i metody. W okresie od października 2010 r. do grudnia 2012 r. leczono 47 chorych z przerzutami do otrzewnej wykonując zabiegi cytoredukcyjne skojarzone z dootrzewnową chemioterapią perfuzyjną w hipertermii (HIPEC — *HyPERthermic Intraperitoneal Chemotherapy*) z wykorzystaniem sprzętu dedykowanego do tego typu procedury — Performer HT. Średnia wieku chorych wynosiła 48 lat (od 22 do 73 lat). U 19 chorych zabiegi wykonano z powodu przerzutów do otrzewnej raka jelita grubego, u 15 — śluzaka rzekomego otrzewnej, u 6 — raka jajnika, u 3 — raka żołądka, u 2 — międzybłoniaka otrzewnej oraz w pojedynczych przypadkach w raku jądra i raku jelita cienkiego. Procedura HIPEC była wykonana z użyciem mitomycyny C (rak jelita grubego, cienkiego, żołądka, śluzaka otrzewnej), oksaliplatyny (rak jajnika) oraz cisplatyny i mitomycyny C (*mesothelioma*).

Wyniki. U 41 chorych wykonano zabiegi cytoredukcyjne uzyskując całkowitą lub prawie całkowitą cytoredukcję masy nowotworu (CC 0/1). U 6 zakres cytoredukcji wynosił CC 2/4. *Peritoneal Cancer Index* (PCI) przed wykonaniem cytoredukcji wynosił od 1 do 27 pkt, po cytoredukcji: od 0 do 6 pkt. Powikłania związane z zabiegami cytoredukcyjnymi i procedura HIPEC obserwowano u 14 chorych, w tym jedynie jedno wymagające interwencji chirurgicznej z powodu martwicy ściany jelita grubego. U pozostałych 13 zastosowano

wano leczenie zachowawcze i objawowe z powodu stanów gorączkowych w okresie pooperacyjnym, niedokrwistości wymagającej podania masy erytrocytarnej (10 chorych), silnych dolegliwości bólowych w obrębie jamy brzusznej, trombocytopenii, odmy opłucnowej po założeniu cewnika do żyły podobojczykowej. Nie obserwowano zgonów w okresie pooperacyjnym związanych z procedurą terapeutyczną. Średni okres pobytu pooperacyjnego wynosił 8 dni (od 6 do 21 dni).

Wnioski. Zabiegi cytoredukcyjne i dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii są skutecznym i bezpiecznym sposobem leczenia izolowanych przerzutów do otrzewnej w ośrodku posiadającym doświadczenie w tego typu leczeniu. Zastosowanie odpowiednich procedur przygotowujących pacjenta do leczenia (Program Leczenia Żywieniowego), zastosowanie procedur Fast Track oraz modyfikacja niektórych procedur chirurgicznych stosowanych w zabiegach cytoredukcyjnych pozwala na zminimalizowanie powikłań pooperacyjnych i możliwość wdrożenia odpowiedniego leczenia uzupełniającego (chemioterapia) tak szybko, jak to jest możliwe.

7

Ocena jakości biopsji węzłów chłonnych wartowniczych (WW) u chorych z wczesną postacią raka piersi operowanych w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej przez poszczególnych chirurgów po 8 latach od jej wprowadzenia do praktyki klinicznej

J. Piechocki, Z. Mentrak, M. Nagadowska, S. Mazur, T. Majewski, T. Majewski, K. Czerniawski, W. Kwiatkowski, L. Sienko-Sienkiewicz, A. Szubert

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wprowadzenie. Biopsja WW wartowniczych u chorych z wczesną postacią raka piersi jest obecnie standardowym postępowaniem chirurgicznym. Ocena jakości tej procedury, w przeciwieństwie do wielu innych zabiegów chirurgicznych, możliwa jest do przeprowadzenia metodami statystycznymi. Tak jak wprowadzenie tej metody w każdym ośrodku poprzedzone winno być „krzywą uczenia”, tak po kilku latach stosowania biopsji WW powinno się ocenić aktualną jakość jej wykonania w danym ośrodku. Chirurgzy zatrudnieni w Oddziale Zabiegowym KNPiChR poddali analizie własne wyniki biopsji w 8 lat od wprowadzenia tej procedury do praktyki klinicznej.

Materiał i metody. W 2012 roku (I–X) w Oddziale Zabiegowym KNPiChR wykonano 458 biopsji WW u chorych operowanych z rozpoznaniem raka piersi. Kwalifikowana chore z guzem piersi do 3 cm i N0. Identyfikowano WW przy

zastosowaniu techniki izotopowej i barwnikowej. Chore operowane były przez 10 chirurgów.

Wyniki. W 96,5% procedura zakończyła się identyfikacją WW. Niemniej dla poszczególnych chirurgów ta identyfikacja mieściła się w przedziale 100–85%. Liczba zabiegów WW dla poszczególnych chirurgów wahała się pomiędzy 20% a niemal 8% z całej puli zabiegów wykonanych w Klinice. Liczba usuniętych WW — średnia 2,6, dla poszczególnych zabiegowców wynosiła pomiędzy 1,5 a 6,9. Konieczność limfadenektomi w grupie chorych zakwalifikowanych do WW wynosiła 18,1%, a dla poszczególnych chirurgów mieściła się w przedziale 10,7% do 25%.

Wnioski. Przedstawione dane obrazują różnice w jakości co do kwalifikacji i techniki operacyjnej chorych z rakiem piersi poddanych biopsji WW w jednym ośrodku dla poszczególnych chirurgów. Wielowariantowa analiza danych niemal jednoznacznie udowodniła związek jakości chirurgicznej zabiegów z liczbą tych zabiegów dla poszczególnych chirurgów.

8

Ocena wpływu przedoperacyjnego stężenia fibrynogenu oraz stosunku liczby neutrofilów do limfocytów krwi obwodowej na przeżycia bezobjawowe po resekcji wątroby z powodu przerzutów raka jelita grubego

M. Zeman, A. Maciejewski, S. Półtorak, M. Kryj
Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. 5-letnie przeżycia bezobjawowe po resekcji wątroby z powodu przerzutów raka jelita grubego (RJG) wahają się od 8% do 48% w zależności od autorów. Poza analizą klasycznych kliniczno-patologicznych czynników rokowniczych po resekcji wątroby rośnie zainteresowanie wpływem odpowiedzi zapalnej na rokowanie. Jednym z wyznaczników stopnia uogólnionej niespecyficznego odpowiedzi zapalnej ustroju jest stosunek liczby neutrofilów do limfocytów krwi obwodowej (NLR — *neutrophil to lymphocyte ratio*). W kręgu zainteresowań pozostaje również stężenie fibrynogenu, którego rokowniczy wpływ został potwierdzony w raku płuca, trzonu macicy, żołądka czy pierwotnym RJG. Wpływ fibrynogenu na progresję nowotworu, pomimo licznych hipotez, pozostaje nieznanym.

Materiał i metody. 96 kolejnych chorych leczonych operacyjnie z powodu przerzutów raka jelita grubego do wątroby w latach 2001–2009 w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii w Gliwicach poddano analizie retrospektywnej. Wykonano 76 resekcji anatomicznych i 20 nieanatomicznych. Badanie histopatologiczne wykazało w 78 przypadkach resekcję R0, a w 18 resekcję R1. Oceniono przeżycia bezobjawowe za pomocą metody

Kaplana-Meiera oraz czynniki prognostyczne za pomocą jedno- i wieloczynnikowych regresji Coxa. Wśród czynników ryzyka analizowano stopień zaawansowania ogniska pierwotnego i ognisk przerzutowych, typ resekcji, stan marginesów operacyjnych, jak również przedoperacyjne stężenie fibrynogenu oraz poziom morfologicznych parametrów krwi obwodowej.

Wyniki. 3- i 5-letnie przeżycia bezobjawowe wyniosły odpowiednio 32% i 30,5%. Wpływ na przeżycia bezobjawowe w analizie jednoczynnikowej okazały się mieć zaawansowanie węzłowe i stopień zróżnicowania ogniska pierwotnego, średnica jedyne lub największego guza przerzutowego, szerokość marginesów resekcji przerzutów, przedoperacyjne stężenie fibrynogenu oraz NLR krwi obwodowej. W analizie wieloczynnikowej istotność statystyczną potwierdzono dla średnicy guza przerzutowego, szerokości marginesów, przedoperacyjnego stężenia fibrynogenu (powyżej 400 mg/dl) oraz NLR (powyżej 5) krwi obwodowej.

Wnioski. Stopień zaawansowania i zróżnicowania ogniska pierwotnego, jak również średnica guza przerzutowego i stan marginesów operacyjnych po resekcji wątroby, należą do powszechnie uznanych czynników prognostycznych. W analizie potwierdzono niekorzystną wartość prognostyczną wysokiego NLR, co jest zgodne z nielicznymi doniesieniami innych autorów. Niekorzystny rokowniczo wpływ wysokiego przedoperacyjnego stężenia fibrynogenu na przeżycia po resekcji wątroby z powodu przerzutów RJG nie został do tej pory opisany w literaturze.

9

Analiza oceny leczenia chorych z rakiem jelita grubego w badaniach własnych

T. Kulpa

Oddział Chirurgii Ogólnej II, Szpital im. T. Marciniaka, Dolnośląskie Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu

Wprowadzenie. Rak jelita grubego (CRC) to najczęstszy nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego. Ostatnio zaobserwowano wzrost zachorowań osób w średnim wieku zarówno tak z powodu raka okrężnicy, jak i odbytnicy. Celem obecnej pracy jest retrospektywna ocena leczenia chorych w średnim wieku cierpiących na tą chorobę.

Materiał i metody. Analizowano dokumentację medyczną 100 losowo wybranych chorych w wieku 48–75 lat leczonych w naszym Oddziale z powodu raka jelita grubego w latach 2000–2012. Analizowano następujące czynniki: położenie, rodzaj przeprowadzonej operacji, typ histologiczny raka, stopień jego złośliwości histologicznej i zaawansowania klinicznego. Następnie przeanalizowano stopień zaawansowania i wczesną śmiertelność pooperacyjną.

Wyniki. Wczesne powikłania pooperacyjne obserwowano u 50 chorych, 2 osoby zmarły. Wśród powikłań miejscowych przeważało ropienie rany. Wśród powikłań ogólnych najczęściej pojawiała się gorączka.

Wnioski. Rak jelita grubego obserwowany u naszych chorych charakteryzował się wysokim stopniem zaawansowania klinicznego i różnym stopniem złośliwości.

10

Zaburzenia depresyjno-lękowe u chorych operowanych z powodów onkologicznych

R. Chrzan, T. Kulpa

Oddział Chirurgii II, Dolnośląskie Centrum Medycyny Ratunkowej im. T. Marciniaka we Wrocławiu

Wprowadzenie. Schorzeniom nowotworowym towarzyszą zaburzenia emocjonalne oraz depresyjne. Obserwuje się zaburzenia snu, nadmierną pobudliwość nerwową, niepokój, zaburzenia nastroju i emocji, zaburzenia afektywne. Objawy te często utrudniają prawidłowy kontakt lekarza z chorym. Celem pracy była ocena poziomu zaburzeń depresyjno-lękowych u chorych leczonych operacyjnie z powodu schorzeń nowotworowych.

Materiał i metody. Badaniem objęto losowo wybranych 100 chorych (50 kobiet i 50 mężczyzn) w wieku 46–80 lat leczonych operacyjnie z powodów onkologicznych w latach 2008–2012. Pacjenci wypełniali autorską anonimową ankietę opartą o skalę HADS-M służącą do pomiaru lęku, agresji i depresji. Udział w badaniu był dobrowolny.

Wyniki. U 25% chorych obserwowano objawy agresji, u 98% objawy lęku, a objawy depresji u 97%.

Wnioski. Powyższe zaburzenia są typowe dla chorób onkologicznych i występują u przeważającej większości chorych. Mogą one powodować zaburzenia poznawcze wpływając na stosunek chorych do leczenia, udział pacjentów w procesie leczniczym oraz na relację pacjent–lekarz. Chorzy tacy wymagają specjalnego podejścia odnośnie informowania o ich chorobie i podejmowanych działaniach leczniczych.

11

Potrzeby psychospołeczne chorych na nowotwory w badaniach własnych

R. Chrzan, T. Kulpa

Oddział Chirurgii II, Dolnośląskie Centrum Medycyny Ratunkowej im. T. Marciniaka we Wrocławiu

Wprowadzenie. Choroba nowotworowa poważnie destabilizuje zdrowie psychiczne i fizyczne nie tylko chorego, ale także jego najbliższych. Dodatkowo wpływa negatywnie na więzi społeczne łączące chorego i najbliższych z innymi.

Pacjent przeważnie ma problemy aby odnaleźć się w sytuacji nowej tak dla niego, jak i najbliższego otoczenia. Nie wszyscy chorzy wyrażają w sposób jasny swoje oczekiwania, potrzeby i odczucia. Wielu osobom należy w tym pomóc. Poznanie oczekiwań chorych powoduje możliwość zwiększenia jakości życia. Celem pracy była ocena potrzeb psychospołecznych chorych operowanych z powodu choroby nowotworowej.

Materiał i metody. Badaniem objęto losowo wybranych 85 chorych leczonych w tutejszym Oddziale od stycznia 2008 r. do grudnia 2012 r. Wypełniano wraz z chorymi autorską anonimową ankietę zawierającą pytania odnośnie aktywności psychospołecznej pacjenta, udziału chorego w leczeniu, relacji z personelem, komunikacji z personelem, adaptacji do warunków w Oddziale.

Wyniki. 58% chorych określiło swoją aktywność psychospołeczną jako niską, udział chorego w leczeniu zadeklarowało 23%, relacje z personelem jako poprawne określiło 89%, jako prawidłową komunikację z personelem podało 78% chorych. Do warunków na Oddziale zaadaptowało się 74% pacjentów.

Wnioski. Poznanie oczekiwań pacjentów pozwoli na wypracowanie modelu opieki lekarsko-psychologicznej, który pomoże zwiększyć jakość życia osób leczonych z powodów onkologicznych.

12

Wyniki leczenia raka przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego

S. Gluszek^{1,2}, M. Kot², B. Kotucha²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach; ²Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Wprowadzenie. Rak zlokalizowany w przełyku i w połączeniu przełykowo-żołądkowym stanowi złożony problem kliniczny, a wyniki jego leczenia są wciąż niezadowalające. Celem pracy jest kliniczna analiza grupy chorych z rakiem przełyku i rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego poddanych leczeniu chirurgicznemu i skojarzonemu.

Materiał i metody. Analizie poddano grupę 130 chorych z rozpoznaniem raka przełyku lub raka połączenia przełykowo-żołądkowego (typ I i II wg Siewerta), ze szczególnym uwzględnieniem tych, których poddano zabiegom resekcyjnym z intencją wyleczenia. Oceniano średni wiek zachorowania, czynniki ryzyka, rodzaj wykonanej operacji, stopień zaawansowania wg klasyfikacji TNM, postać histopatologiczną nowotworu, powikłania pooperacyjne (nieszczelność zespoleń), śmiertelność pooperacyjną, średni czas przeżycia.

Wyniki. W grupie 130 chorych z rozpoznaniem raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego zabiegom

resekcyjnym poddano 50 osób (38,5%), w tym 37 mężczyzn i 13 kobiet. Średni wiek zachorowania w tej grupie wyniósł 59 lat (38–82), dla mężczyzn 59,7 (47–82), dla kobiet 57,4 (38–74). Palaczami tytoniu było 35 osób; u 15 z nich ustalono dodatkowo wywiad alkoholowy. Jedna chora przeżyła wcześniej radioterapię w obszarze klatki piersiowej. U 8 chorych wykonano górną resekcję żołądka i resekcję dolnej części przełyku z zespoleniem żołądkowo-przełykowym „koniec do końca” bez otwierania klatki piersiowej, u 8 — górną resekcję żołądka i resekcję dolnej części przełyku z zespoleniem żołądkowo-przełykowym „koniec do boku” przez lewostronną torakotomię, u 11 — całkowite wycięcie żołądka i dolnej części piersiowego odcinka przełyku z zespoleniem jelitowo-przełykowym sposobem Roux-en-Y w śródpiersiu bez otwierania klatki piersiowej, u 8 — całkowite wycięcie żołądka i dolnej 1/2 piersiowego odcinka przełyku z zespoleniem jelitowo-przełykowym sposobem Roux-en-Y przez lewostronną torakotomię, u 15 — prawie całkowite wycięcie przełyku sposobem Akiyamy przez prawostronną torakotomię (zespolenie żołądkowo-przełykowe na szyi). Największą grupę — 24 osoby stanowili chorzy w stadium zaawansowania T3N1M0. We wszystkich przypadkach raka zlokalizowanego w 1/3 dolnej przełyku w badaniu histopatologicznym stwierdzono utkanie *adenocarcinoma*, natomiast w przypadku raków zlokalizowanych w 1/3 środkowej i w 1/3 górnej piersiowego odcinka przełyku — utkanie *carcinoma planoepitheliale*. Nieszczelności zespoleń wystąpiły u 7 chorych (7/50 — 14%): 3 — po operacji Akiyamy, 2 — po górnej resekcji żołądka z torakotomią, 2 — po gastrektomii z torakotomią. Nieszczelności były leczone zachowawczo, z zastosowaniem skutecznego drenażu i żywienia pozajelitowego, a w dwóch przypadkach — endoskopowego protezowania miejsca nieszczelności. W okresie pooperacyjnym zanotowano 6 zgonów (6/50 — 12%), dotyczyły one chorych w wieku podeszłym lub chorych z dużym zaawansowaniem choroby nowotworowej: 1 — po operacji Akiyamy (chory l. 56), 4 — po wycięciu żołądka, dolnej części przełyku i zespoleniu przełykowo-jelitowym w klatce piersiowej (chorzy l. 75, l. 68, l. 64, chora l. 49), 1 — po wycięciu żołądka, dolnej części przełyku i zespoleniu przełykowo-jelitowym bez otwierania klatki piersiowej (chory l. 82). Średni czas przeżycia w analizowanej grupie chorych wyniósł 2 lata. Najdłużej w obserwacji (14 lat) pozostaje chora po operacji Akiyamy; w chwili operacji miała 38 lat i była nałogowym palaczem tytoniu; przeżyła przedoperacyjną chemioterapię; stadium zaawansowania oceniono jako T1N0M0; w badaniu histopatologicznym przedoperacyjnym — *carcinoma planoepitheliale*; w materiale pooperacyjnym utkania nowotworowego nie znaleziono.

Wnioski. Leczenie raka przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego jest nadal jednym z najtrudniejszych problemów onkologicznych, obciążonych wysokim ryzykiem powikłań.

13

Rak piersi z przerzutem do synchronicznego raka nerki. Opis przypadku

M. Zając, F. Szubstarski, S. Łukasiewicz, K. Sołowiej,
A. Stanisławek

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej,
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

Wprowadzenie. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet, dlatego jego współwystępowanie z innymi nowotworami złośliwymi zdarza się względnie często. Jednak przerzut raka piersi do współistniejącego nowotworu to rzadkość. W literaturze światowej opisano mniej niż pięćdziesiąt udokumentowanych przypadków przerzutów raka do raka. Przedstawiam jedyny znany przypadek synchronicznego raka piersi, przerzutującego do resekcyjnego, stwierdzonego przeżyciowo raka nerkowokomórkowego.

Opis przypadku. Pacjentka lat 66 zgłosiła się z powodu obrzęku prawej kończyny górnej. Badanie kliniczne i mammografia pozwoliły na wysunięcie podejrzenia miejscowo zaawansowanego raka piersi prawej T1N3Mx wg UICC. Nowotwór potwierdzono histopatologicznie przeprowadzając biopsję wycinającą, zaś przerzuty do węzłów chłonnych pachowych oraz nadobojczykowych w aspiracyjnej biopsji cienkoigłowej. W trakcie badań obrazowych wykonanych przed kwalifikacją do neoadiuwantowej chemioterapii badaniem ultrasonograficznym jamy brzusznej wykryto, a następnie potwierdzono w tomografii komputerowej guz lewej nerki o cechach procesu nowotworowego. W pozostałych badaniach obrazowych (CT kłp, scyntygrafia kości) i biochemicznych nie wykryto zmian podejrzanych o ogniska przerzutowe. W związku z tym, że radiologiczne różnicowanie pomiędzy ogniskiem przerzutowym pochodzącym z raka piersi, a pierwotnym nowotworem nerki nie jest możliwe, a biopsja przezskórna często jest niemiarodajna, przeprowadzono lewostronne wycięcie nerki. Histopatologicznie wykryto pierwotnego raka nerkowokomórkowego, a w obrębie jego utkania — ognisko przerzutowe raka piersi. Pacjentka otrzymała chemioterapię oraz napromienianie z pól zewnętrznych. Obecnie pozostaje w obserwacji („potrójnie ujemny” rak piersi).

Wnioski. Mnogie synchroniczne pierwotne nowotwory złośliwe, choć rzadkie zdarzają się w praktyce klinicznej. Przedstawiany przypadek izolowanego przerzutu raka piersi do synchronicznego raka nerki to zjawisko skrajnie rzadkie, chociaż rak nerkowokomórkowy jest najczęstszym „biorcą” przerzutów innych nowotworów złośliwych. Mechanizmy powstania tego zjawiska są nie do końca wyjaśnione.

14

Ginekomastia u młodego mężczyzny maskująca raka piersi. Opis przypadku

M. Zając, F. Szubstarski, S. Łukasiewicz, K. Sołowiej,
A. Stanisławek

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej,
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

Wprowadzenie. Rak piersi u mężczyzn stanowi około 1% wszystkich przypadków raka piersi i występuje on w starszym wieku niż u kobiet (średnia wieku u mężczyzn wynosi około 67 lat) oraz w wyższym stopniu zaawansowania klinicznego. Zidentyfikowano niektóre czynniki ryzyka, takie jak zaburzenia genetyczne i hormonalne. Przedstawiamy przypadek wczesnego rodzinnie uwarunkowanego (matka rak piersi w 42 roku życia, status *BRCA1* i *BRCA2* pacjenta w trakcie oznaczania) raka piersi u młodego mężczyzny, bez innych czynników ryzyka, leczonego amputacją piersi z zaoszczędzeniem układu chłonnego pachy po ujemnej biopsji węzła wartownika.

Opis przypadku. Pacjent lat 29 zgłosił się do Poradni Chirurgicznej z powodu występującej od 4 miesięcy ginekomastii lewostronnej. W badaniu klinicznym stwierdzono niewielkie powiększenie gruczołu piersiowego z niebolesnym, położonym okołobrodawkowo guzkiem śr. 1,2 cm i niebadalnymi regionalnymi węzłami chłonnymi. Wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową, uzyskując wynik — komórki rakowe. Wykonano badanie ultrasonograficzne i mammograficzne — BIRADS 5. W celu potwierdzenia badania cytologicznego wykonano biopsję gruboigłową otrzymując rozpoznanie histopatologiczne — *ginekomastia*. Dopiero wykonanie otwartej biopsji chirurgicznej pozwoliło na rozpoznanie naciekającego raka przewodowego Bloom I, G1 średnicy 1,1 cm. Przeprowadzono leczenie chirurgiczne polegające na amputacji piersi i biopsji węzła wartowniczego. W pozostałej części gruczołu piersiowego nie stwierdzono utkania raka, węzeł wartowniczy był wolny od przerzutu nowotworowego. Wobec czynników prognostycznych (ER 90%, PGR 20% HER2 3+) w leczeniu uzupełniającym zastosowano chemioterapię, terapię celowaną (herceptyna) i hormonoterapię.

Wnioski. Opisany przypadek wskazuje na konieczność uwzględnienia również u młodych mężczyzn z ginekomastią możliwości wystąpienia raka piersi, zwłaszcza przy występowaniu czynników ryzyka. Pozwala to na postawienie diagnozy we wczesnej fazie choroby.

15

Ocena wyników biopsji węzła wartowniczego w raku okrężnicy w zależności od śródoperacyjnego obrazu choroby oraz cech guza

D. Murawa, P. Nowaczyk

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wprowadzenie. Jak dotąd nie ustalono jednoznacznie zasad kwalifikacji pacjentów do wykonania procedury biopsji węzła wartowniczego (BWW) w raku okrężnicy (RO). Celem pracy jest ocena wyników procedury w zależności od śródoperacyjnego obrazu choroby oraz cech guza.

Materiał i metody. Analizie poddano 118 BWW w RO wykonane w okresie od maja 2005 r. do maja 2011 r. w Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Oceniano wyniki procedury w zależności od: śródoperacyjnej lokalizacji choroby, makroskopowego wyglądu guza, maksymalnego wymiaru guza w cm, powierzchni guza w cm^2 , procentowego zajęcia okrężnego światła jelita, stopnia złośliwości guza, głębokości nacieku ściany, stadium TNM, obecności makroprzerzutów w węzłach, nacieku torebki węzłów oraz tkanki okołowężłowej, inwazji naczyń, obecności odczynu desmoplastycznego bądź zapalnego w guzie. Wyniki zestawiono z dokładnością, czułością oraz ilością wyników fałszywie negatywnych przy pomocy testu wskaźnika struktury oraz krzywych ROC.

Wyniki. Analiza krzywych ROC nie wykazała statystycznie istotnych zależności pomiędzy otrzymanymi wynikami a pomiarami wielkości guza (wszystkie $p > 0,05$). Statystycznie istotnie gorsze wyniki dokładności metody (ale nie czułości) otrzymano w przypadku stwierdzenia makroprzerzutów w węzłach chłonnych (77% vs 100%, $p < 0,0001$), nacieku torebki węzła (79% vs 96%, $p = 0,0069$) oraz nacieku tkanki okołowężłowej (73% vs 96%, $p = 0,0011$). Analiza dokładności i czułości BWW w RO w zestawieniu z pozostałymi cechami nie wykazała statystycznie istotnych zależności (wszystkie $p > 0,05$).

Wnioski. Obecność makroprzerzutów w węzłach, nacieku torebki węzła i tkanki okołowężłowej znacząco wpływa na wyniki BWW w RO. Problem kwalifikowania pacjentów do procedury w zależności od pozostałych badanych cech pozostaje otwarty i wymaga dalszej analizy.

16

Analiza wyników biopsji węzła wartowniczego w raku okrężnicy w zależności od wybranych cech antropometrycznych badanej populacji

P. Nowaczyk, D. Murawa

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wprowadzenie. W literaturze brak jest konsensusu dotyczącego kwalifikacji chorych do wykonywania biopsji węzła wartowniczego (BWW) w raku okrężnicy (RO) z punktu widzenia podstawowych czynników antropometrycznych. Celem pracy jest ocena wyników BWW w RO w zależności od podstawowych cech antropometrycznych badanej populacji (wiek, wzrost, waga) a także ich pochodnych wyliczonych z określonych wzorów matematycznych.

Materiał i metody. Przeanalizowano 103 BWW w RO wykonane w Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Dla każdego pacjenta wyliczono stosunek wzrost/masa ciała oraz zgodnie ze wzorami; BMI w kilku modyfikacjach, stosunek BMI/BMI Hallsa, index Rohera, beztłuszczową masę ciała, procentową zawartość tłuszczu w organizmie oraz stosunki masy ciała dla danego wzrostu do masy idealnej dla danego wzrostu z wzorów: Broca, Broca na masę idealną, Broca-Brugsha, Lorentza, Pottona, Broca zmodyfikowany, Devine'a, Robinsona, Millera, Hamwiego. Wyniki zestawiono z dokładnością, czułością oraz odsetkiem wyników fałszywie negatywnych. W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności Chi-kwadrat oraz krzywe ROC wykreślone dla poszczególnych zmiennych.

Wyniki. Przynajmniej jeden węzeł wartowniczy udało się zidentyfikować u 102 z 103 pacjentów (99%). Dokładność metody wyniosła 94,1% (96/102), czułość 84,2% (32/38), zaś wskaźnik wyników fałszywie negatywnych wyniósł 15,8% (6/38). W analizie statystycznej w wykreślonych krzywych ROC zależność o niewielkiej istotności (*area under curve* — $AUC = 0,60$) stwierdzono na podstawie krzywej wykreślonej dla stosunku BMI/BMI Hallsa (punkt odcięcia 1,09).

Wnioski. Nie odnaleziono żadnej zmiennej o dużej wartości diagnostycznej i prognostycznej. Statystycznie istotna zależność dla krzywej ROC wykreślonej dla stosunku BMI/BMI Hallsa nie może być rekomendowana ze względu na słabą moc statystyczną analizy. Problem kwalifikowania chorych do wykonywania BWW w RO pozostaje więc otwarty i wymaga dalszej analizy na większych grupach pacjentów.

17

Proponowany model funkcjonowania specjalistycznego zespołu zajmującego się chirurgią rekonstrukcyjną piersi

P. Rak, J. Jaśkiewicz, I. Chruścicka

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wprowadzenie. Rak piersi (RP) należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce. Od początku lat 90 XX wieku obserwuje się zmniejszenie umieralności spowodowanej nowotworami piersi przy stale rosnącej zachorowalności. W związku stwierdza się coraz większą liczbę pacjentek po leczeniu RP wymagających zabiegów rekonstrukcyjnych z zastosowaniem implantów syntetycznych.

Materiał i metody. Materiał obejmuje chorych przyjmowanych na bieżąco do Kliniki Chirurgii Onkologicznej UCK w Gdańsku od 1 grudnia 2012 r. Przed hospitalizacją każda zakwalifikowana do leczenia chora przechodzi przez procedurę wyboru metody rekonstrukcji piersi oraz dobierania odpowiednich implantów. Decyzję podejmuje się zespołowo, tłumacząc pacjentce przyjęte postępowanie lecznicze oraz planowane etapy rekonstrukcji. Materiały dotyczące wywiadu, badań obrazowych i histopatologicznych, oraz podpisane przez pacjentkę zgody na proponowany plan leczenia są zbierane bezpośrednio od chorych i zostają wprowadzone do bazy danych z załączeniem dokumentacji fotograficznej. Postępowanie jest ujednolicone i obowiązkowe dla leczonych w Klinice. Dla każdej chorej przewidziano *follow up* w okresie 3-, 6-, 12-mies. Średnio na cotygodniowe posiedzenie zgłasza się około 2–3 kobiet. Na moment napisania abstraktu przez postępowanie kwalifikacyjne przeszło 12 chorych.

Wyniki. Cel: Stworzenie specjalistycznego zespołu odpowiedzialnego za zabiegi onkoplastyczne piersi na bazie Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej GUMed celem ujednolicenia algorytmów postępowania, rozpowszechniania ich na terenie Polski oraz edukacja personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek).

Wnioski. 1. Stworzenie zespołu specjalistycznego pozwala na podejmowanie wspólnego planu postępowania oraz podwyższenie autorytetu podjętej decyzji w odbiorze pacjentki. 2. Ujednolicenie postępowania leczniczego w zakresie onkoplastyki piersi oraz rozpowszechnienie algorytmu postępowania na terenie Polski zgodnie ze współczesnymi europejskimi wytycznymi. 3. Edukacja lekarzy i pielęgniarek w zakresie współczesnego leczenia chirurgicznego RP. 4. Praca omawianego zespołu jest istotnym modułem w strukturze funkcjonowania Breast Unit.

18

Margines chirurgiczny jako czynnik rokowniczy w leczeniu mięsaków tkanek miękkich

J. Strojek¹, A. Kamiński¹, G. Ćwik², B. Pilecki³, S. Półtorak¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach; ²II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; ³I Klinika Radiochemioterapii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. Pomimo że margines resekcji chirurgicznej u chorych na mięsaki tkanek miękkich (MTM) nie jest włączony do systemu klasyfikacji (AJCC/UICC) to wiele publikacji dowodzi, że jest istotną zmienną wpływającą na ryzyko pojawienia się wznów miejscowych a część autorów uważa, że ma również związek z rozsiewem choroby. Niektórzy uważają, że wpływ zastosowanego marginesu jest istotny nawet przez 5 lat, podczas gdy kardynalny czynnik rokowniczy, jakim jest stopień złośliwości histologicznej G traci swoje znaczenie po 30 miesiącach. Należy postawić znak równości pomiędzy rodzajem marginesu a jakością leczenia chirurgicznego. W MTM ma to szczególne znaczenie, ponieważ nadal wielu chorych jest poddawanych nieradykalnej resekcji, bez ustalonego rozpoznania i koniecznych badań obrazowych. Celem naszej pracy jest ocena marginesu chirurgicznego jako czynnika rokowniczego na podstawie oceny ilości wznów miejscowych i przerzutów odległych w analizowanym materiale.

Materiał i metody. Materiał obejmuje grupę 152 chorych na MTM, około 52% stanowią chorzy skierowani na konsultację i do kontynuacji leczenia skojarzonego z innymi ośrodków w latach od 1985 r. do 2005 r. Z analizy wyłączone chorych na DFSP, mięsaki kości oraz lokalizacje wewnątrzbrzuszne. Oceniono wiek i płeć chorych, czas rozwoju choroby, lokalizację i wielkość ogniska pierwotnego, typ histologiczny guza, rodzaj zabiegu chirurgicznego i uzyskane marginesy oraz czas pojawienia się i ilość wznów miejscowych. W grupie chorych z przerzutami oceniono wyżej wymienione zmienne, a szczególnie wpływ jakości leczenia chirurgicznego na wystąpienie rozsiewu.

Wyniki. Wiek chorych wyniósł od 16 do 80 lat. Czas rozwoju choroby wyniósł od 1 do ponad 60 miesięcy. Lokalizacja ogniska pierwotnego dotyczyła kończyn dolnych u 91, kończyn górnych u 31, tułowia u 21 oraz głowy i szyi u 7 chorych. Stopień zaawansowania T1 stwierdzono u 58, T2 u 73, nie wystopniowano zaawansowania u 22 chorych. Wycięcie miejscowe przeprowadzono u 135 chorych oraz reresekcję u 19, operacje przedziałową u 4, amputacje u 9 inne zabiegi u 5. W badaniu mikroskopowym rozpoznano 22 typy histologiczne, dominowały tłuszczakomięsaki u 32, włóknakomięsaki u 18, MFH u 16 chorych. Marginesy resekcji R0 stwierdzono u 50 chorych, R1 u 70, R2 u 16, nieokreślony

u 16. Wznovy miejscowe stwierdzono u 81 chorych. Przerzuty odległe rozpoznano u 54 chorych. U 28 rozwinęły się po leczeniu ogniska pierwotnego, u pozostałych rozsiew poprzedziły wznovy miejscowe. 38% chorych z przerzutami stanowią leczeni z marginesem R0, u pozostałych 68% przeprowadzono leczenie chirurgiczne nieradykalne (R1 lub R2). Pierwszy nawrót miejscowy spowodował rozsiew u 13,5%, kolejny u 19%, trzecia wznowa doprowadziła do rozsiewu w 36%.

Wnioski. 1. Dodatni margines resekcji, skutkuje pojawieniem się wznów miejscowych MTM, w nieakceptowalnym odsetku, przekraczającym 50%. 2. Prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów odległych rośnie, wraz z pojawieniem się kolejnych nawrotów miejscowych. 3. Jakość leczenia chirurgicznego u chorych wpływa istotnie na przebieg MTM, w tym rozwój przerzutów odległych. 4. Wydaje się, że margines resekcji chirurgicznej jest przydatnym czynnikiem rokowniczym u chorych na MTM.

19

Ogólnopolska baza chorych z rakiem piersi umożliwiającą ocenę jakości leczenia chirurgicznego tego nowotworu

J. Zieliński¹, I. Chruścicka¹, P. Rak¹, M. Kąkol¹, D. Maliszewski¹, R. Jaworski², J. Jaśkiewicz¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny; ²Oddział Kardiochirurgii, Pomorskie Centrum Traumatologii w Gdańsku

Wprowadzenie. Rak piersi (RP) należy do najczęściej występujących nowotworów u kobiet w Polsce (22%) i jest najczęstszą przyczyną zgonów (15%). Najwyższa zachorowalność na raka piersi dotyczy chorych z krajów uprzemysłowionych, w tym także krajów Europy. Od początku lat 90 obserwuje się zmniejszenie umieralności spowodowanej nowotworami piersi przy stale rosnącej zachorowalności. Fakt ten związany jest z wprowadzeniem w 2007 roku w Polsce Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (PPWWRP). PPWWRP pracuje od samego początku w oparciu o bazę Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Jednak do tej pory nie opracowano w Polsce systemu umożliwiającego prowadzenie obserwacji chorych w formie elektronicznej od momentu rozpoznania, poprzez leczenie chirurgiczne, a skończywszy na prowadzeniu dalszej obserwacji klinicznej chorych z rakiem piersi leczonych chirurgicznie. Celem pracy jest stworzenie polskiej bazy raka piersi (PBRP) na podstawie doświadczeń Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej GUMed, umożliwiającej archiwizowanie danych od momentu rozpoznania, poprzez leczenie chirurgiczne i leczenie onkologiczne, a skończywszy na dalszej obserwacji klinicznej.

Materiał i metody. Pilotażowa baza raka piersi powstała na bazie kilku badań klinicznych związanych z leczeniem

chirurgicznym tego nowotworu, które przeprowadzono w Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej w latach 2009–2012. Analizowane dane według nowej bazy danych obejmują okres od 2 stycznia 2013 r. do 30 kwietnia 2013 r. W PBRP uwzględniono podstawowe dane z okresu przedoperacyjnego (epidemiologia, diagnostyka), dane o przebiegu leczenia operacyjnego (rodzaj zabiegu operacyjnego) oraz informacje z okresu pooperacyjnego (konsultacje onkologiczne, badania kontrolne). Zbierane dane gromadzone były w formie elektronicznej i papierowej, umożliwiające w prosty sposób pozyskanie informacji o chorej. Dane są ujednolicone i wystandaryzowane dla wszystkich leczonych w Klinice na RP. Chore z RP zostały zakwalifikowane do czterech grup ze względu na rodzaj wykonywanego zabiegu: amputacje radykalne piersi, zabiegi oszczędzające gruczoł piersiowy, jednoczasowe amputacje z rekonstrukcją oraz odroczone rekonstrukcje piersi.

Wyniki. Do pilotażowej wersji bazy RP włączono 126 chorych leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Gdańskiego. Wśród włączonych chorych było: 66 amputacji radykalnych piersi, 40 zabiegów oszczędzających, 8 jednoczasowych amputacji z rekonstrukcją piersi za pomocą endoprotezy oraz 12 rekonstrukcji piersi w trybie odroczonym. W ramach uzupełnienia tworzonej bazy medycznej wykonywano dokumentację fotograficzną w okresie przed i po operacyjnym, z uwzględnieniem 3 projekcji, dla chorych leczonych zabiegami oszczędzającymi i rekonstrukcyjnymi.

Wnioski. 1. Baza chorych z RP jest podstawą funkcjonowania oddziału chirurgicznego leczenia RP. 2. Wprowadzenie polskiej bazy danych dla chorych leczonych z powodu raka piersi może ułatwić komunikację pomiędzy innymi ośrodkami zajmującymi się leczeniem RP. 3. Całościowe zbieranie danych o chorych leczonych z powodu RP daje możliwość monitorowania wyników i jakości leczenia chirurgicznego RP w Polsce.

20

Wpływ fiberoduktoskopii na jakość chirurgicznego leczenia chorych z patologicznym wyciekaniem z piersi

J. Zieliński¹, R. Jaworski², I. Chruścicka¹, P. Rak¹, J. Jaśkiewicz¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny; ²Oddział Kardiochirurgii, Pomorskie Centrum Traumatologii w Gdańsku

Wprowadzenie. Fiberoduktoskopia (FDS) jest małoinwazyjną metodą diagnostyczną, która pozwala na ocenę wewnątrzprzewodowych zmian rozrostowych pod względem lokalizacji, liczby i charakteru. Podaje się, że wydolność FDS jest 100 razy większa w identyfikacji zmian wewnątrzprzewodowych w porównaniu z mammografią czy rezonansem

magnetycznym. Celem pracy jest ocena wpływu wziernikowania przewodów mlekowych u chorych z patologicznym wyciekami piersi na jakość leczenia chirurgicznego.

Materiał i metody. Do badania zakwalifikowano pacjentki z patologicznym wyciekami z piersi (PWP) definiowanym jako wyciek samoistny, jednostronny z pojedynczego przewodu mlekowego. Materiał stanowi grupa 128 chorych leczonych w Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od grudnia 2004 roku do lutego 2010 roku. Badanie fiberoendoskopyjnie wykonywano w znieczuleniu miejscowym. Pacjentki z PWP na podstawie badania FDS kwalifikowano do dalszej obserwacji klinicznej lub do zabiegu. W przypadkach nie uwidocznienia zmian patologicznych w przewodach mlekowych podczas badania FDS pacjentki z patologicznym wyciekami z piersi dyskwalifikowano z leczenia chirurgicznego i kierowano do stałej obserwacji. Pozostałe pacjentki z PWP kwalifikowano do zabiegu operacyjnego polegającego na wycięciu przewodów mlekowych po uprzednim pozostawieniu po badaniu FDS markującego szwu monofilamentowego. Zakres zabiegu uzależniany był od liczby brodawczaków zdiagnozowanych w badanym przewodzie mlekowym uwidocznionym w czasie FDS.

Wyniki. Wśród całej grupy badanej u 123 (93,7%) przeprowadzono udaną kaniulację przewodów mlekowych z możliwością oceny zmian patologicznych w przewodach mlekowych oraz kwalifikacją do leczenia operacyjnego. Mediana wieku dla całej grupy badanej wynosiła 53 lata (zakres wieku: 21–84 lata). Zdobyte doświadczenie umożliwiło w grupie 123 chorych z PWP po udanej FDS zakwalifikowanie do zabiegu operacyjnego 72 (58,5%) pacjentki, a 51 (41,5%) badanych na odstąpienie od zabiegu operacyjnego z prowadzeniem dalszej obserwacji klinicznej. Spośród 72 chorych operowanych z powodu PWP u 64 (88,9%) zastosowano znieczulenie miejscowe, a u pozostałych 8 (11,1%) znieczulenie ogólne. Na podstawie uzyskanych danych dotyczących wyników FDS weryfikowanej wynikami pooperacyjnego badania histopatologicznego obliczono, że czułość fiberoendoskopyjnej wynosi 68,1%, a swoistość 77,3%. Średni czas obserwacji badanych fiberoendoskopyjnie chorych wynosił 12 miesięcy (zakres czasu obserwacji: 5–36 miesięcy). Badania kontrolne w grupie chorych operowanych z powodu PWP lub zdyskwalifikowanych z leczenia operacyjnego przeprowadzono po 6 i 12 miesiącach, w czasie których oceniano efekt kosmetyczny, dolegliwości bólowe, powikłania pooperacyjne w postaci infekcji rany oraz obecność wycieku z brodawki piersiowej.

Wnioski. 1. Fiberoendoskopia jest metodą bezpieczną, zarówno podczas badań diagnostycznych, jak i stosowana jako narzędzie pomocnicze w czasie leczenia chirurgicznego chorych z nowotworami piersi. 2. Fiberoendoskopia zastosowana u chorych z wyciekami patologicznymi charakteryzuje się wysoką czułością i wysoką swoistością

w ocenie lokalizacji i charakteru wewnątrzprzewodowych zmian rozrostowych.

21

Wpływ znieczulenia miejscowego rany przed dokonaniem cięcia chirurgicznego na wybrane parametry śródoperacyjne i pooperacyjne u chorych z rakiem piersi poddanych zabiegom operacyjnym

J. Zieliński¹, R. Jaworski², A. Sadowski³, N. Irga-Jaworska⁴, P. Kabata¹, I. Chruścicka¹, M. Wujtewicz⁵, J. Jaśkiewicz¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny; ²Oddział Kardiochirurgii, Pomorskie Centrum Traumatologii w Gdańsku; ³Oddział Chirurgiczny, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tczewie; ⁴Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny; ⁵Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Mastektomia jest jedną z metod chirurgicznego leczenia raka piersi, która wiąże się u 20–30% operowanych z występowaniem ostrego bólu pooperacyjnego. Uszkodzenie tkanek towarzyszące zabiegom chirurgicznym wywołuje w pierwszym etapie stymulację nocyceptywną docierającą do OUN, a w drugim przejściową reakcję zapalną. Jedną z metod zwalczania bólu w okresie okołoperacyjnym jest analgezyja z wyprzedzeniem (*preemptive analgesia* — PA), której koncepcja pojawiła się we wczesnych latach 80. Według twórców tej metody podanie leków przeciwbólowych w okolicy cięcia chirurgicznego zmniejsza ilość sygnałów z receptorów bólowych (nocyceptorów) zapobiegając centralnej nadwrażliwości ośrodkowego układu nerwowego, a tym samym redukuje występowanie nadmiernego ostrego bólu w okresie okołoperacyjnym. Celem pracy jest ocena skuteczności ostrzyknięcia rany operacyjnej 0,25% bupiwakainą przed cięciem chirurgicznym u pacjentek poddanych amputacji piersi z powodu raka na zmniejszenie bólu pooperacyjnego, zużycie leków przeciwbólowych w czasie zabiegu i w okresie pooperacyjnym.

Materiał i metody. W okresie od lipca 2009 r. do marca 2010 r. zakwalifikowano 121 chorych, które wstępnie zakwalifikowano do badania polegającego na ostrzyknięciu rany bupiwakainą przed dokonaniem cięcia chirurgicznego. Praca miała charakter badania prospektywnego, randomizowanego, z metodą podwójnie ślepej próby. Chorzy zostali przydzieleni w sposób losowy do jednej z grup: w grupie A ranę ostrzykiwano bupiwakainą, w grupie B ranę ostrzykiwano solą fizjologiczną (*placebo*). W pracy oceniano: śródoperacyjne zużycie fentanylu, zużycie morfiny w okresie pooperacyjnym metodą PCA oraz poziom bólu według skali VAS.

Wyniki. Do badania ostatecznie zakwalifikowano 112 kobiet, z których do grupy A (bupiwakaina) włączono 52 chore

oraz do grupy B (placebo) włączono 54 chore. Wśród ostatecznie analizowanych chorych w grupie A w porównaniu z grupą B stwierdzono istotnie statystycznie mniejsze śródoperacyjne zużycie fentanylu w czasie operacji ($p = 0,001$), mniejsze zużycie morfiny podawanej metoda PCA w okresie od 4 do 12 godziny pooperacyjnej ($p = 0,002$). Dodatkowo zaobserwowano zmniejszenie bólu pooperacyjnego według skali VAS w 4 i 12 godzinie pooperacyjnej ($p = 0,002$).

Wnioski. Zastosowanie analgezji z wyprzedzeniem przed cięciem chirurgicznym u chorych poddawanych mastektomii z powodu raka piersi zmniejsza śródoperacyjne zużycie fentanylu. W okresie pooperacyjnym użycie powyższej metody zmniejszyło nasilenie bólu w okresie pooperacyjnym oraz zmniejszyło zużycie morfiny podawanej metoda PCA. Analgeza z wyprzedzeniem jest ważnym elementem w chirurgii piersi.

22

Ocena ploiddii DNA w komórkach raka jelita grubego jako czynnika rokowniczego

A. Mądrecki

I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

Wprowadzenie. Podobnie jak w innych nowotworach, w raku jelita grubego można wyodrębnić czynniki, które mają w pełni udokumentowaną wartość rokowniczą. Co raz częściej poza klasycznymi czynnikami, opierającymi się na zasięgu nowotworu i jego cechach morfologicznych, poszukuje się nowych metod umożliwiających zarówno ocenę rokowania jak i wybór odpowiedniego sposobu leczenia. Jedną z nich jest analiza ilości materiału genetycznego w komórkach nowotworowych. Za pomocą cytometrii przepływowej można zbadać, czy komórki nowotworowe mają diploidalną, czy nieprawidłową aneuploidalną zawartość DNA. Na podstawie obserwacji klinicznych wiadomo, że chorzy z obecnością aneuploidii w komórkach guza nowotworowego mają większą szansę wystąpienia wznowy miejscowej i rozsiewu nowotworowego w porównaniu do chorych z guzami diploidalnymi. Z drugiej strony, istnieją również doniesienia mówiące o tym, że jest zbyt mało dowodów, aby ploidię uznać za czynnik rokowniczy.

Materiał i metody. Badaniem objęto 129 chorych na raka jelita grubego leczonych operacyjnie w I Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej WSzZ w Płocku w latach 2000–2004. Informacje dotyczące obrazu klinicznego, przeprowadzonej diagnostyki, postępowania przed- i pooperacyjnego uzyskano na podstawie historii chorób pacjentów hospitalizowanych w oddziale. Wycinki guzów nowotworowych pobrano z blozków parafinowych po uprzedniej weryfikacji histopatologicznej. Badanie ploiddii komórkowej wykonano za pomocą cytometrii przepływowej aparatem BD FACSCalibur firmy Becton Dickinson.

Wyniki. Wśród 129 chorych aneuploidię w guzie wykryto u 110 (85,2%). Nie zaobserwowano znamienych statystycznie zależności między występowaniem aneuploidii a: płcią chorego, wiekiem, objawami ogólnymi, umiejscowieniem guza, jego resekcyjnością, pilnością wykonania zabiegu. Wraz ze zwiększeniem głębokość nacieku ściany jelita, obecnością przerzutów w węzłach chłonnych i występowaniem przerzutów odległych rośnie odsetek guzów z komórkami aneuploidalnymi $p = 0,0683$ dla pT, $p = 0,3585$ dla pN, $p = 0,5110$ dla pM. W nowotworach bardziej zaawansowanych stwierdzono większy odsetek guzów z komórkami aneuploidalnymi (od 66% w I stopniu do 92% w IV stopniu wg UICC $p = 0,1053$). Częściej występowały dwie i więcej linie komórek aneuploidalnych w guzach nowotworowych cechujących się większym stopniem naciekania ściany jelita ($p = 0,0033$), przerzutami w regionalnych węzłach chłonnych ($p = 0,0060$) oraz przerzutami odległymi ($p = 0,0218$). Dwie i więcej linie komórek aneuploidalnych w guzie nowotworowym występowały częściej u chorych z wyższym stopniem zaawansowania nowotworu ($p = 0,0021$). Powyżej 50% komórek z aneuploidią w guzie nowotworowym stwierdzano u 60% chorych z guzami aneuploidalnymi. Wraz ze zwiększoną głębokością nacieku ściany jelita zwiększała się aneuploidia w guzie nowotworowym powyżej 50% komórek ($p = 0,0026$). Podobne zależności obserwowano w przypadku obecności przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych ($p = 0,0049$) oraz przerzutów odległych ($p = 0,0022$). Obecność komórek aneuploidalnych w guzie nowotworowym nie miała wpływu na przeżycie 5 lat ($p = 0,28$). Tylko obecność powyżej 50% komórek aneuploidalnych w guzie nowotworowym miała znamieny wpływ na przeżycia 5-letnie ($p = 0,0008$).

Wnioski. Obecność komórek aneuploidalnych w guzie nie ma znamienego wpływu na długość przeżycia chorych na raka jelita grubego. Wysoki odsetek (powyżej 50%) komórek z aneuploidią w guzie nowotworowym, oraz obecność więcej niż jednej linii komórek aneuploidalnych korelują z zaawansowaniem nowotworu. Zawartość powyżej 50% komórek z aneuploidią w guzie nowotworowym jelita grubego wiąże się z gorszym rokowaniem chorego i może być dodatkowym czynnikiem prognostycznym.

23

Zmiana charakterystyki chorych na raka jelita grubego w aspekcie zaawansowania miejscowego i stosowanego leczenia w okresie 2001–2011

J.W. Mituś, W.M. Wysocki, K. Herman

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wprowadzenie. Dane z piśmiennictwa wskazują na zachodzą obecnie istotną zmianę profilu chorych na raka jelita grubego (RJG) oraz sposobów leczenia tej choroby. Celem

niniejszej analizie było porównanie ogólnej charakterystyki, w tym zaawansowania miejscowego oraz zastosowanego leczenia u chorych, u których w latach 2001, 2006 i 2011 rozpoznano RJG i leczono w jednym ośrodku.

Materiał i metody. Dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej wszystkich chorych operowanych z powodu RJG i leczonych w jednym wielodyscyplinarnym ośrodku onkologicznym w latach 2001, 2006 i 2011. W szczególności odnotowano dane demograficzne, zaawansowanie wg klasyfikacji AJCC (w razie potrzeby dokonywano reklasyfikacji zgodnie z aktualną edycją z 2010 r.) oraz zastosowane leczenie operacyjne.

Wyniki. Zaawansowanie miejscowe guza (AJCC 2010) u leczonych w 2001 r. oceniono jako: T2 — 9/85 (10,5%), T3 — 67/85 (79%), inne — 9/85 (10,5%). U chorych leczonych w 2006 r. odpowiednie wartości wynosiły: T2 — 18/144 (12,5%), T3 — 104/144 (72%), inne — 22/144 (15,5%), a u chorych leczonych w 2011 r.: T2 — 16/116 (14%), T3 — 83/116 (71%), inne — 17/116 (15%). W analizowanym okresie zaobserwowano tendencję do zmniejszania się mediany wieku leczonych pacjentów z 74 lat w 2001 r., przez 68 lat w 2006 r. do 66,5 lat w 2011 r. Radioterapię przedoperacyjną u chorych na raka odbytnicy w 2001 r. zastosowano u 8/64 (12,5%) chorych, w 2006 r. — u 54/104 (52%), a w 2011 r. — u 35/72 (49%). Odsetek resekcji przednich u chorych operowanych w 2001 r. wynosił 33/64 (51,5%), w 2006 r. — 47/104 (45%), w 2011 r. — 36/72 (50%).

Wnioski. 1. W grupie chorych leczonych w naszym ośrodku nie zaobserwowano zmniejszenia stopnia miejscowego zaawansowania chorych na raka jelita grubego. 2. Przeciwnie do oczekiwań stwierdzono, że mediana wieku operowanych chorych w ostatniej dekadzie uległa zmniejszeniu (z 74 lat w 2001 r. do 66,5 lat w 2011 r.). 3. Potwierdzono zmianę sposobu leczenia wyrażoną znacznym zwiększeniem odsetka chorych na raka odbytnicy poddawanych przedoperacyjnej radioterapii (z 12,5% w 2001 r. do 49% w 2011 r.); jednocześnie odsetek resekcji przednich nie zwiększył się i wynosił około 50%.

24

Wpływ doświadczenia chirurgicznego na wybrane parametry w leczeniu operacyjnym raka żołądka w materiale własnym

J. Zieliński¹, R. Jaworski², W.J. Kruszewski³, I. Chruścicka¹, J. Jaśkiewicz¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny; ²Oddział Kardiochirurgii, Pomorskie Centrum Traumatologii w Gdańsku; ³Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. W leczeniu chirurgicznym raka żołądka standardem jest usunięcie guza i lokalnych węzłów chłon-

nych. Zakres wykonanej gastrektomii (totalna lub subtotalna) uzależniony jest od lokalizacji i głębokości naciekania ściany żołądka przez guz. W Europie i Stanach Zjednoczonych przy resekcji raka żołądka wymagane są: 5 cm proksymalny margines odcięcia guza oraz wykonanie limfadenektomii typu D2. W resekcyjnych miejscowo zaawansowanych przypadkach raka żołądka z naciekaniami narządów przyległych (T4) takich jak, *colon*, śledziona i trzustka, powinno się wykonać resekcję *en block* wraz z nacieczonymi narządami. Celem niniejszego badania jest retrospektywna ocena wyników leczenia wyłącznie chirurgicznego w jednym ośrodku klinicznym w Polsce obejmująca okres 10 lat, przed wprowadzeniem terapii multimodalnej do standardów leczenia pacjentów z rakiem żołądka ze szczególnym uwzględnieniem doświadczenia chirurga oraz posiadanych przez niego specjalizacji.

Materiał i metody. W badaniu ocenie poddano 201 chorych leczonych chirurgicznie z powodu potwierdzonego histopatologicznie raka żołądka. Analizie poddane zostały historie choroby pacjentów, opisy zabiegów operacyjnych, wyniki badań histopatologicznych a także odległe przeżycia. Jednak w ostatecznej analizie statystycznej w zależności od posiadanych danych poddano 189 chorych. W szczególności dokonano analizy porównawczej zakresu limfadenektomii, liczby usuniętych węzłów chłonnych oraz liczby wykonanych splenektomii w zależności od faktu operowania chorego przez specjalistę z chirurgii onkologicznej w porównaniu z chirurgiem bez specjalizacji chirurgicznej.

Wyniki. Średnia wieku w analizowanej grupie wynosiła 62,8 lat (zakres: 25,8–101,1 lat). Lekarze specjaliści wykonali znamiennie statystycznie częściej ($p = 0,001$) limfadenektomię typu D1 u 79 (42%) oraz limfadenektomię typu D2 u 52 (28%), w porównaniu z lekarzami nie będącymi specjalistami z chirurgii (odpowiednio u 52 (28%) oraz 6 (3,2%). Średnia liczba węzłów chłonnych u lekarzy specjalistów wynosiła 16 węzłów, w grupie lekarzy bez specjalizacji wynosiła 13 węzłów chłonnych okołożołądkowych ($p = 0,19$). W badaniu porównano liczbę wykonanych splenektomii w obu grupach lekarzy. W grupie specjalistów odnotowano odstępianie od splenektomii u 59 (31%) chorych oraz usunięcie śledziony u 34 (18%) operowanych, a w grupie niespecjalistów pozostawiono śledzionę u 34 (18%) operowanych oraz u 22 (12%) wykonano zabieg usunięcia ($p = 0,006$).

Wnioski. 1. Analiza retrospektywna dotycząca leczenia wyłącznie chirurgicznego chorych z rakiem żołądka w zależności od posiadanej specjalizacji wykazała, że specjaliści częściej wykonywali limadenektomię typu D2 2. Lekarze specjaliści usuwali więcej regionalnych węzłów chłonnych oraz częściej wykonywali splenektomię, w porównaniu z lekarzami bez specjalizacji z chirurgii, aczkolwiek nie uzyskano znamienności statystycznej.

Powikłania po biopsji węzła wartowniczego u chorych na czerniaka skóry

D. Nejc, S. Niedźwiecki, J. Piekarski, A. Jeziorski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie. Biopsja węzła wartowniczego (SNB) jest standardowym postępowaniem u chorych na czerniaka skóry służącym określeniu stopnia zaawansowania choroby i wyboru sposobu leczenia. Uważana jest za bezpieczną metodę pozbawioną ryzyka śmiertelności okołoperacyjnej z niewielkim ryzykiem niegroźnych powikłań. Jakkolwiek, istnieją nieliczne badania na ten temat, szacuje się częstość powikłań po SNB na 0–33%. Niemniej, większość doniesień podaje częstość powikłań poniżej 20%. Celem pracy była retrospektywna analiza czynników klinicznych, hist.-pat. oraz częstości powikłań u chorych leczonych w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, u których wykonano SNB z powodu czerniaka skóry.

Materiał i metody. Do retrospektywnej analizy zakwalifikowano 89 chorych (średnią wieku 52,44 lata) operowanych w latach 2008–2009. U wszystkich chorych potwierdzono rozpoznanie czerniaka skóry na podstawie badania histopatologicznego materiału z biopsji wycinającej. Wskazaniami do SNB były: grubość nacieku czerniaka powyżej 1 mm, grubość nacieku czerniaka poniżej 1 mm w przypadku dodatkowych czynników ryzyka (tj. liczb mitoz, ogniska satelitarne, owrzodzenie), niedoszczętne wycięcie podczas biopsji wycinającej. U wszystkich chorych do identyfikacji węzła wartowniczego użyto metody radioizotopowej i barwnikowej. Okres obserwacji wynosił 3 lata. Analizie poddano następujące powikłania: infekcja rany, krwiak w ranie, zbiornik chłonki, ból, ograniczenie ruchomości, dyskomfort, obrzęk, fałszywie negatywny wynik SNB. Ponadto analizowano związek powyższych powikłań z takimi czynnikami jak: wiek, płeć, liczba wyciętych węzłów, margines wycięcia, pierwotna lokalizacja czerniaka, choroby dodatkowe, czynniki histopatologiczne (grubość, liczba mitoz, owrzodzenie), drenaż okołoperacyjny rany, czas od biopsji wycinającej do SNB.

Wyniki. Spośród 89 chorych zabieg SNB wykonano u 2 na szyi, u 40 w pachwinie, u 47 w ok. pachowych. Nie stwierdzono śmiertelności okołoperacyjnej. Powikłania pooperacyjne dotyczące rany wystąpiły u 19 (21,3%) chorych. U 17 (19,1%) wystąpił zbiornik chłonki w ranie, w tym u 8 w okolicy pachowej i u 9 w okolicy pachwinowej. Drenaż pooperacyjny zastosowano u 12 chorych po SNB w okolicy pachowej i u 14 chorych po zabiegu w okolicy pachwinowej. U każdego chorego po SNB w okolicy szyjnej zastosowano drenaż pooperacyjny. Obrzęk kończyny dolnej wystąpił u 2 chorych (2,2%). Infekcja rany wystąpiła u 9 (10,11%) chorych. Infekcja rany występowała częściej w pachwinie (6 chorych) niż w pasze (3 chorych). Średnia ilość usunię-

tych węzłów chłonnych wynosiła 2,1. Zbiornik chłonki wystąpił u 3 chorych z 1 usuniętym węzłem chłonny oraz u 14 z 2 i więcej usuniętymi węzłami. Dolegliwości bólowe towarzyszyły innym powikłaniom i wystąpiły u 9 chorych, w tym u 7 po zabiegu w ok. pachowej i 2 po zabiegu w ok. pachwinowej.

Wnioski. Powikłania po zabiegu SNB są rzadkie i nie zagrażają życiu chorych. Zbiornik chłonki występuje częściej u chorych z usuniętymi 2 lub więcej węzłami. Dolegliwości bólowe występują częściej u chorych po SNB w dołach pachowych.

Odjęcie brzuszno-kroczone z powodu pierwotnego raka dolnej części odbytnicy w materiale Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PUM w Szczecinie — porównanie dwóch okresów

T. Al-Amawi, M. Halczak, P. Wojtasik, M. Kwietniak, R. Różewicz, J. Kładny

Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wprowadzenie. Odjęcie brzuszno-kroczone odbytnicy (amputacja brzuszno-kroczoza, *abdomino-perineal resection* — APR) to klasyczny, w przeszłości podstawowy sposób leczenia raka odbytnicy. W ostatnich dekadach wskazania do tego typu zabiegów okaleczających w znacznym stopniu zostały ograniczone, co wynika zarówno z rozwoju technik chirurgicznych, jak i rozszerzenia wskazań do zabiegów oszczędzających w rakach zlokalizowanych w dolnej części odbytnicy.

Materiał i metody. W latach 1999–2008 wykonaliśmy 132 amputacje odbytnicy u chorych z rozpoznaniem raka odbytnicy. Grupa ta stanowiła ok. 32% chorych z pierwotnym rakiem odbytnicy leczonych w naszym ośrodku w tym okresie. Zabieg ten przeprowadzono u 45 kobiet (34% omawianej grupy) i 87 mężczyzn (66% grupy badanej). Średnia wieku chorych wynosiła ok. 65 lat (25–88 lat). U 113 chorych zabieg resekcyjny był z intencją wyleczenia, u pozostałych 19 chorych zabieg resekcyjny uznano za paliatywny. W pierwszym 5-letnim okresie przeprowadzono 78 zabiegów APR, w drugim okresie zaś 54 zabiegi.

Wyniki. Powikłania w okresie okołoperacyjnym stwierdziliśmy u 59 chorych, co stanowi 44,7% operowanych. Więcej powikłań stwierdziliśmy w pierwszym 5-letnim okresie badania, w którym powikłania pooperacyjne stwierdziliśmy u ok. 49% operowanych (u 38 z 78 chorych operowanych w okresie 1999–2003 wystąpiły powikłania w trakcie lub po zabiegu). W drugim okresie badania tj. w latach 2004–2008 powikłania te stwierdzono u ok. 39% (21 chorych). Śmiertelność pooperacyjna wynosiła ok. 3% (stwierdzono

4 zgony okołoperacyjne). Wszystkie zgony wewnątrzszpitalne stwierdzono w pierwszym okresie badania. Śmiertelność w latach 1999–2003 wynosiła ok. 5%, w drugim okresie nie stwierdzono żadnych zgonów okołoperacyjnych. Nawroty miejscowe i regionalne rozpoznano u 11 chorych (9,2% po zabiegach radykalnych). Zdecydowanie więcej nawrotów lokoregionalnych stwierdzono u chorych operowanych w latach 1999–2003, w omawianym okresie stwierdzono 10 wznów miejscowych (14,7%). U chorych leczonych w latach 2004–2008 rozpoznano tylko 1 wznowę miejscową (2,2%). 5-letnie przeżycie wynosiło ok. 50%. Porównanie dwóch okresów wykazało, że istnieją istotne różnice w przeżyciach. Wskaźnik 5-letniego przeżycia wynosił ok. 42% w grupie chorych leczonych w latach 1999–2003. Szansa przeżycia chorych operowanych w latach 2004–2008 był istotnie większa (wskaźnik 5-letniego przeżycia > 67%).

Wnioski. Brzuszo-kroczone odjęcie odbytnicy u chorych na raka dolnej części odbytnicy jest obciążony dużym ryzykiem powikłań i nawrotów lokoregionalnych.

27

Wyniki leczenia raka jelita grubego w materiale Oddziału Chirurgii Onkologicznej Gdyńskiego Centrum Onkologii w latach 2008–2010

M. Szajewski^{1,2}, W.J. Kruszewski^{1,2}, J. Wydra¹,
W. Jasiński¹, J. Walczak¹, M. Ciesielski^{1,2}, J. Szefel^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpital Morski im. PCK w Gdyni; ²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Rak jelita grubego jest jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych, a wyniki jego leczenia osiągnięte w Polsce wciąż odbiegają od uzyskiwanych w USA czy w krajach Europy Zachodniej. Poprawie wyników sprzyjają badania przesiewowe wykrywające chorobę w stadium bezobjawowym czy na poziomie zmian przednowotworowych oraz lepsza jakość leczenia onkologicznego. Lepszej jakości terapii ma sprzyjać leczenie w zcentralizowanych ośrodkach onkologicznych. Dlatego postanowiliśmy sprawdzić wyniki leczenia raka jelita grubego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej jako części Gdyńskiego Centrum Onkologii oferującego kompleksowe prowadzenie pacjentów z rakiem jelita grubego.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowi 257 pacjentów z rakiem jelita grubego operowanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej GCO w latach 2008–2010. Tym samym najkrótszy czas obserwacji pacjenta wykracza powyżej dwóch lat, uznawanych za kluczowe w ujawnieniu się nawrotu choroby. Rak okrężnicy stanowił 55% (n = 142) rak odbytnicy 45% (n = 115). Nieznacznie większą grupę stanowili mężczyźni n = 143(56%). Średnia wieku pacjentów w badanej grupie to 67 lat (31–92) przy medianie 69 lat. Zaawansowana

choroba nowotworowa (stopień zaawansowania III i IV wg pTNM) dotyczyła 129 pacjentów (50%). Wśród pacjentów z rakiem odbytnicy (n = 115), 54 (47%) przeżyło przedoperacyjną radio- lub radiochemioterapię (10 krótką radioterapię, 44 długą radiochemioterapię). U prawie 78% (n = 202) pacjentów, leczenie chirurgiczne spełniało kryteria leczenia radykalnego. Średni czas pobytu w oddziale od dnia zabiegu wynosił 7 dni (mediana 6 dni).

Wyniki. Analizę statystyczną przeprowadzono z zastosowaniem narzędzi pakietu Statistica 10. Nie wykazano zależności między stopniem zaawansowania choroby nowotworowej a płcią, wiekiem oraz czasem pobytu w oddziale w badanej grupie (p > 0,05). Nie wykazano istotnych różnic między lokalizacją nowotworu odbytnica vs okrężnica a stopniem zaawansowania choroby nowotworowej, płcią i wiekiem (p > 0,05). Pooperacyjny czas pobytu w oddziale był znacznie dłuższy dla pacjentów operowanych z powodu raka odbytnicy (p = 0,002). Śmiertelność okołoperacyjna w ocenianym materiale wynosiła 0,7% (zmarło 2 pacjentów). W pracy oceniono także całkowity czas przeżycia chorych w badanej grupie oraz czas do nawrotu choroby. W ocenie uwzględniono stopień zaawansowania choroby nowotworowej wg pTNM, stan regionalnych węzłów chłonnych, zaawansowanie guza pierwotnego, płeć oraz medianę wieku. Przeprowadzono także analizę powikłań wczesnych, czasu przeżycia i czasu do nawrotu choroby osobno dla raków okrężnicy i raków odbytnicy.

Wnioski. Najistotniejszym czynnikiem decydującym o powodzeniu leczenia chorych na raka jelita grubego jest wczesne rozpoznanie choroby. Rak jelita grubego w stadium zaawansowanym występuje z podobną częstością u pacjentów młodszych jak i u starszych. Wskaźniki śmiertelności okołoperacyjnej w raku odbytnicy i okrężnicy pacjentów GCO wskazują na niskie ryzyko tego powikłania w naszym ośrodku. Dodatkowa analiza wydłużona o kolejne miesiące czasu obserwacji podniesie jakość porównań wyników osiągniętych w GCO z publikowanymi przez innych autorów.

28

LHOF — jako *salvage breast reconstruction* — omówienie techniki i jej miejsce w chirurgii rekonstrukcyjnej gruczołu piersiowego

D. Maliszewski, W. Makarewicz, M. Bobowicz, M. Kąkol,
J. Jaśkiewicz

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wprowadzenie. Rak piersi stanowi najczęstszy nowotwór złośliwy występujący u kobiet. W ostatnich latach nastąpiła zasadnicza zmiana podejścia odnośnie leczenia chirurgicznego raka piersi, tym samym podejście „onkoplastyczne”

oraz zabiegi rekonstrukcyjne stały się nieodłącznym elementem leczenia chirurgicznego chorych z rakiem piersi. Obecnie w piśmiennictwie opisanych jest około 250 przypadków zastosowania uszypułowanego płata z sieci większej, pobranego laparoskopowo (LHOF), jako materiału rekonstrukcyjnego w grupie pacjentek po leczeniu chirurgicznym z powodu raka piersi.

Materiał i metody. Powyższa praca omawia pacjentki, u których zastosowano płat uszypułowany z sieci większej (LHOF) w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku w latach 2012–2013. Dodatkowo przeprowadzona jest metaanaliza piśmiennictwa dotyczącego zastosowania techniki LHOF.

Wyniki. W pracy omówiliśmy aspekty techniczne LHOF, powikłania wynikające z jej zastosowania oraz wskazania do kwalifikacji pacjentów do LHOF.

Wnioski. Doświadczenia kliniczne oraz analiza dostępnego piśmiennictwa pokazują, że LHOF jest przydatną oraz obiecującą techniką rekonstrukcji gruczołu piersiowego w ściśle określonej grupie pacjentek, u których zawiodły inne techniki rekonstrukcyjne.

29

Biopsja węzła wartowniczego w raku piersi systemem nawigacji w świetle podczerwonym — alternatywa dla obowiązujących technik

D. Murawa, K. Połom

I Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wprowadzenie. Biopsja węzła wartowniczego (BWW) to skuteczna metoda oceny stanu zaawansowania raka piersi. Obecnie rutynowo stosowane znaczniki to radiokoloid oraz barwnik. Dzięki wykorzystaniu zjawiska fluorescencji pojawia się na dzień dzisiejszy nowa możliwość przeprowadzenia BWW. Zastosowanie znajduje tutaj zieleń indocjaninowa (ICG,) której przepływ jest widoczny w świetle podczerwonym. Celem tej pracy jest przedstawienie techniki oraz wyników BWW przy zastosowaniu ICG w detekcji węzła wartowniczego oraz porównanie względem rutynowo stosowanej metody opartej na radiokoloidzie.

Materiał i metody. Grupę 51 pacjentek z rakiem piersi podano procedurze biopsji węzła wartowniczego przy użyciu radiokoloidu oraz jednocześnie ICG. Poddano analizie uwidocznienie drogi chłonnej, liczbę wybarwionych węzłów chłonnych przy użyciu obu znaczników oraz porównanie tego z danymi kliniczno-patologicznymi pacjentów. Do badania fluorescencji ICG wykorzystano kamerę PDE firmy Hammamatsu.

Wyniki. Droga chłonna została uwidoczniiona u 49 z 51 pacjentek. Tylko w 1 przypadku węzeł chłonny z detekcją radiokoloidu nie wykazał wychwytu ICG. Dodatkowo pobrano u 2 pacjentek pojedyncze węzły widoczne w podczerwieni bez wychwytu radiokoloidu oraz dodatkowo u jednej pacjentki fragment tkankowy ze skupiskiem barwnika, bez utkania węzłowego. Przeszkorna wizualizacja SN była możliwa u 5 z 49 pacjentek. W pozostałych przypadkach SN był odnajdywany w odległości nie większej niż 2 cm od końca drogi chłonnej.

Wnioski. Metoda wizualizacji węzła wartowniczego za pomocą ICG wydaje się być skuteczną alternatywą dla obecnie stosowanych znaczników. Podstawowym problemem nadal pozostaje trudna do oceny przeszkorna lokalizacja węzła wartowniczego.

30

Zastosowanie plastyk miejscowych w rekonstrukcjach ubytków poresekcyjnych nowotworów regionu głowy i szyi

*Ł. Krakowczyk, A. Maciejewski, J. Wierzoń,
C. Szymczyk, P. Jędrzejewski, R. Szumniak, R. Ulczok,
M. Dobrut, S. Półtorak*

Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej,
Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-
-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. Jednym z wyzwań chirurgii plastycznej w dalszym ciągu pozostaje rekonstrukcja i zamykanie ubytków tkanek o różnej etiologii i lokalizacji. Wśród wielu technik chirurgii rekonstrukcyjnej stosowanej w chirurgii odtwórczej regionu głowy i szyi na szczególną uwagę zasługują plastyki miejscowe. Celem pracy była analiza wyników leczenia chirurgicznego nowotworów skóry regionu głowy i szyi z zastosowaniem plastyk miejscowych.

Materiał i metody. W latach 2008–2012 w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej operowano 88 pacjentów z rozpoznaniem histopatologicznie nowotworem złośliwym skóry regionu głowy i szyi. U wszystkich chorych zastosowano płaty lokalne w celu rekonstrukcji ubytku poresekcyjnego.

Wyniki. W 90% przypadków uzyskano radykalność zarówno makro- jak i mikroskopową, w 80% przypadków uzyskano bardzo dobry efekt kosmetyczny, w pozostałych 20% — zadowolający. 15% przypadków wymagało ponownej korekty płata w celu poprawy efektu estetycznego.

Wnioski. Znajomość technik chirurgii plastycznej oraz ich zastosowanie w ubytkach poresekcyjnych regionu głowy i szyi jest nieodzownym elementem w codziennej praktyce chirurga onkologa, a ich zastosowanie wiąże się z poprawą uzyskanych wyników estetycznych i kosmetycznych.

Ocena przydatności elastografii USG jako narzędzia do kwalifikacji do leczenia operacyjnego guzów piersi

P. Kabata¹, P. Kabata², M. Kąkol¹, M. Świerblewski¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny; ²Pomorskie Centrum Toksykologii w Gdańsku

Wprowadzenie. Elastografia USG jest nowoczesną metodą oceny zmian ogniskowych w tkankach miękkich opierającą się na jakościowym pomiarze podatności tkanek na ucisk. Stopień twardości guza kodowany jest kolorem. W badaniach wieloośrodkowych na dużych populacjach pacjentów wykazano wysoką skuteczność metody w ocenie guzów piersi jako uzupełniającej do skali Bi-RADS. Badanie ma na celu ocenę skuteczności metody i przydatności w codziennej praktyce chirurga onkologa przy kwalifikacji pacjentów do leczenia operacyjnego.

Materiał i metody. Do udziału w badaniu włączano pacjentki z rozpoznanymi w badaniach obrazowych guzami piersi które zostały zakwalifikowane do leczenia operacyjnego w Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Wszystkie guzy przed zabiegiem oceniane były metodą elastografii statycznej wg skali Tsukuba. Wyniki skorelowano ze skalą Bi-RADS oraz wynikami histopatologicznymi. W przypadku rozpoznania w badaniu USG węzłów chłonnych patologicznych lub podejrzanych o przerzutowe, zostały one także poddane ocenie elastograficznej.

Wyniki. Wstępne wyniki wskazują na wysoką skuteczność metody (> 70% w przypadku zmian złośliwych i > 80% dla guzów łagodnych) w ocenie charakteru guza w korelacji z wynikami histopatologicznymi. Dokładne wyniki zostaną przedstawione w późniejszym terminie.

Wnioski. Elastografia USG jest skuteczną metodą oceny charakteru guza która w połączeniu z klasyczną oceną ultrasonograficzną może być przydatnym narzędziem do kwalifikacji chorych do leczenia operacyjnego.

32

Kliniczno-patologiczne różnice raka piersi u kobiet z terenów wiejskich i miejskich

A. Kurylcio, A. Majdan, J. Mielko, W. Budny, M. Sokoluk, M. Lewicka, B. Ciseł, M. Jankiewicz, M. Skórzewska, R. Sitarz, B. Zuchora, M. Jazienicki, A. Gryta, W.P. Polkowski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie. Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet i drugą co do częstości przyczyną zgonu spowodowaną nowotworem złośliwym. Wczesne wykrycie umożliwia skuteczne leczenie, które zależne jest od stopnia zaawansowania klinicznego choroby.

Warunki życia oraz poziom oświaty zdrowotnej w środowisku wiejskim i miejskim mogą mieć wpływ na zgłaszalność do onkologa, dostęp do opieki zdrowotnej, programów przesiewowych, skutecznej terapii przeciwnowotworowej. Celem pracy jest analiza różnic kliniczno-patologicznych raka piersi u chorych z terenów wiejskich i miejskich poddanych leczeniu operacyjnemu.

Materiał i metody. Analizie poddano grupę 1505 kobiet w wieku od 23 do 93 lat (mediana 56 lat), leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w latach 2001–2011 z rozpoznanym klinicznie i histopatologicznie rakiem piersi. Oceniano: miejsce zamieszkania miasto/wieś, wiek (w podgrupach wiekowych: 1. do 50 rż.; 2. pomiędzy 50 a 70 rż.; 3. powyżej 70 rż.), typ histologiczny, wielkość guza (T), stopień złośliwości (G), ekspresję receptorów steroidowych i HER2, stan regionalnych węzłów chłonnych (N), stopień zaawansowania klinicznego (TNM VII wyd. 2010), rodzaj zabiegu operacyjnego. Jako kryterium podziału chorych ze względu na miejsce zamieszkania zastosowano podział administracyjny kraju z 2011 roku. Obszary miejskie i wiejskie określano wg definicji GUS (Dz. U. Nr 157 poz. 1031). Chore podzielono na 3 podgrupy wiekowe: do 50 r. ż., pomiędzy 50 a 70 rż. oraz powyżej 70 rż. Do analizy statystycznej użyto programu © Statistica v. 10 firmy StatSoft.

Wyniki. Spośród 1505 chorych operowano 958 (63,6%) mieszkanki terenów miejskich. W trzech podgrupach wiekowych było odpowiednio 253 (26%), 555 (58%) i 150 (15%) chorych. Leczono 547 (36,3%) chorych z obszarów wiejskich, w podgrupach wiekowych odpowiednio: 139 (25,4%), 318 (58,1%) i 90 (16,4%) chorych. Nie stwierdzono istotnych różnic w poszczególnych podgrupach wiekowych. Najczęściej rozpoznanym typem raka w obu grupach był rak przewodowy (85,4% vs 86,6%). Nie stwierdzono istotnych różnic w występowaniu raków przedinwazyjnych i postaci specjalnych w obu grupach. W obszarach miejskich przeważały kobiety z guzem Tis i T1 (37,5% vs 32,1%), a na terenach wiejskich chore z guzem T2 (44,3% vs 50,3%) i T4 (6,8% vs 9,7%) (test χ^2 ; $p = 0,007$). Odsetek guzów T3 był zbliżony w obydwu grupach (1,6% wieś vs 2,2% miasto). Nie stwierdzono istotnych różnic analizując cechę G (G3: 18,6% vs 21,7%), ekspresję receptorów steroidowych, nadekspresję HER2 (HER2 +3: 26,4% vs 28,2%) oraz cechę N (N0: 67,7% vs 63,8%). Odsetek raków w II i III stopniu zaawansowania był większy w grupie kobiet ze wsi (66,1% vs 60,7%). Natomiast u kobiet z miast przeważał 0/I st. zaawansowania (37,5% vs 32,1%; test χ^2 , $p = 0,039$). Amputacje piersi wykonano u 50% chorych z terenów miejskich i u 55% chorych ze wsi, a operacje oszczędzające pierś — odpowiednio w 49% i 45% przypadków (test χ^2 ; $p = 0,11$).

Wnioski. Wykazano istotnie większe zaawansowanie raków piersi u kobiet zamieszkujących tereny wiejskie, co może mieć wpływ na rokowanie. Należy położyć większy nacisk na oświatę zdrowotną oraz profilaktykę raka piersi, ułatwić

dostęp do diagnostyki i leczenia specjalistycznego kobietom z terenów wiejskich położonych z daleka od ośrodków onkologicznych.

33

Leczenie chirurgiczne nowotworów otrzewnej z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (HIPEC) — doświadczenia własne

J. Mielko, J. Romanek, R. Sitarz, M. Lewicka, B. Ciseł, M. Sokoluk, W. Budny, A. Kurylcio, M. Jazienicki, W. Polkowski
Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie. Połączenie leczenia chirurgicznego ze śródoperacyjną chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (HIPEC) umożliwia skuteczne leczenie pierwotnych (śluzak rzekomy, międzybłoniak) oraz wtórnych (zrakowacenie otrzewnej w przebiegu raka jelita grubego, żołądka, jajnika) nowotworów otrzewnej. Celem pracy jest analiza wyników leczenia nowotworów otrzewnej w okresie pierwszych dwóch lat od wdrożenia metody do praktyki klinicznej.

Materiał i metody. Od listopada 2010 r. do grudnia 2012 r., zakwalifikowano do leczenia operacyjnego z HIPEC 35 chorych na śluzaka rzekomego ($n = 12$), zrakowacenia otrzewnej w przebiegu raka jajnika ($n = 12$), raka jelita grubego ($n = 6$), raka jajnika i jelita grubego ($n = 2$), raka żołądka ($n = 2$), międzybłoniaka ($n = 1$). Do oceny zaawansowania choroby otrzewnej stosowano wskaźnik PCI (*peritoneal cancer index*; tzw. indeks Sugarbakera) od 0 do 39 pkt. Po wykonaniu laparotomii 9 chorych zdyskwalifikowano od leczenia z powodu znacznego zaawansowania choroby. U 5 chorych leczenie zastosowano 2-krotnie z powodu nawrotu choroby w okresie obserwacji. Po zakończeniu etapu chirurgicznego wykonano 31 operacji z zastosowaniem HIPEC metodą otwartą (technika „Koloseum”) stosując mitomycynę C w dawce 10–20 mg/m², przepływ 4–11 l/min w temperaturze 42°C przez 45–60 min. Perfuzje dootrzewnowe wykonywano przy użyciu systemu SunChip (Gamidatech, Eaubonne, Francja). Podczas etapu chirurgicznego wykonywano szeroki zakres zabiegów resekcyjnych: peritonektomia miedniczna, przeponowa lub całkowita, wycięcie sieci większej i mniejszej, hemikolektomia prawo- i lewostronna, przednia resekcja odbytnicy, resekcja żołądka, splenektomia, częściowe wycięcie jelita cienkiego, resekcja wątroby, hysterektomia z przydatkami, appendektomia, miejscowe wycięcie wszczepów nowotworowych. Wiek chorych (22 kobiet i 4 mężczyzn) w badanej grupie wynosił 35–71 lat (średnia 55,5, SD ± 8,6). Do oceny doszczętności operacji cytoredukcyjnej posługiwano się wskaźnikiem CCR (*completeness of cytoreduction*). Do oceny stopnia powikłań pooperacyjnych zastosowano klasyfikację Dindo-Clavien. Czas obserwacji chorych waha się od 1 do 25 miesięcy (mediana 44 tygodnie).

Wyniki. Czas hospitalizacji pooperacyjnej wahał się od 7 do 39 dni (średnia 14,5; SD ± 8,3). PCI leczonych chorych wynosił od 4 do 34 pkt. (średnia 18,1; SD ± 9,6). Całkowitą cytoredukcję (CCR0 i CCR1) wykonano u 17 (55%) chorych, niecałkowitą cytoredukcję (CCR2 i CCR3) wykonano u 14 (45%) chorych. W okresie pooperacyjnym stwierdzono jeden zgon u chorej reoperowanej w 15 dobie po nieradykalnej (CCR3) operacji z powodu krwawienia do jamy otrzewnej, w przebiegu narastającej niewydolności wielonarządowej (V°). Dwunastu chorych wymagało przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych w przebiegu pooperacyjnym (II°), u 4 chorych stwierdzono obrzęk górnej połowy ciała ustępujący po leczeniu farmakologicznym (II°), dwóch chorych reoperowano z powodu krwawienia oraz nieszczelności zespolenia po przedniej resekcji odbytnicy (III°), dwóch chorych wymagało leczenia na oddziale intensywnej terapii z powodu pooperacyjnej niewydolności krążeniowo-oddechowej, przy czym u jednego z nich rozwinęło się zapalenie płuc, a następnie obustronne kropidlakowe ropnie płuc (IV°). Osiemnastu z 23 (78%) chorych pozostaje w obserwacji bez cech nawrotu choroby. Dwie chore zmarły w 18. (rak żołądka) i 3. (rak jajnika) miesiącu obserwacji.

Wnioski. Leczenie chirurgiczne nowotworów otrzewnej z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii jest metodą bezpieczną przy odpowiedniej kwalifikacji chorych. Ocena skuteczności tego sposobu leczenia wymaga dłuższego czasu obserwacji i większej liczby chorych.

34

Co sprzyja rozpoznaniu i doraźnym wynikom leczenia raka tarczycy? Analiza materiału własnego 787 operacji gruczołu tarczowego

P. Dilling¹, W.J. Kruszewski^{1,2}, E. Sobczak¹, P. Walczak¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdynskie Centrum Onkologii, Szpital Morski im. PCK w Gdyni; ²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. W pracy analizowano grupę 787 pacjentów, poddanych operacji gruczołu tarczowego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej GCO, w latach 2006–2012. Kobiety stanowiły 89% ($n = 699$), mężczyźni 11% ($n = 88$). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 52 lata (16–93), mediana 54 lata. W analizowanym materiale przeważały zabiegi z powodu łagodnych schorzeń gruczołu tarczowego $n = 741$ (94%). Pacjenci z rakiem stanowili 6% (46 chorych) ogółu operowanych w tym okresie.

Materiał i metody. Analiza statystyczna wykonana narzędziami programu Statistica 10.

Wyniki. W badanym materiale raków tarczycy, 56% ($n = 26$) pacjentów operowano z rozpoznaniem raka wysuniętym przed operacją na podstawie BAC. We wszystkich przypadkach potwierdzono rozpoznanie badaniem HP. U 44%

pacjentów (n = 20) rozpoznanie raka uzyskano w trakcie operacji (badanie śródoperacyjne) lub na podstawie badania HP w trybie zwykłym. Nie wykazano zależności między rodzajem patologii tarczycy (rak vs wole guzkowe), a wiekiem (p = 0,05), chociaż rak występował częściej u osób młodszych. Podobnie nie wykazano zależności w grupach rak tarczycy vs wole guzkowe w odniesieniu do płci (p = 0,1). W pracy oceniono również zależność pomiędzy zapaleniem limfocytarnym tarczycy (ch. Hashimoto) i wolem guzkowym a rakiem tarczycy. Odniesiono doraźne wyniki leczenia do osoby chirurga operującego oraz wybranych danych patoklinicznych.

Wnioski. Nie wykazano zależności między rodzajem patologii tarczycy (rak vs wole guzkowe) a wiekiem (p = 0,05), chociaż rak występował częściej u osób młodszych. Podobnie nie wykazano zależności w grupach rak tarczycy vs wole guzkowe w odniesieniu do płci (p = 0,1). W pracy oceniono również zależność pomiędzy zapaleniem limfocytarnym tarczycy (ch. Hashimoto) i wolem guzkowym a rakiem tarczycy.

35

Wielomiejscowa perforacja okrężnicy w przebiegu martwiczo-krwotocznego zapalenia jelita grubego u pacjenta leczonego ipilimumabem z powodu zaawansowanego czerniaka. Opis przypadku

P. Dilling¹, J. Walczak¹, W. J. Kruszewski^{1,2}, P. Pikiel¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpital Morski im. PCK w Gdyni; ²Zakład Propeudyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Zachowawcze leczenie chorób nowotworowych bywa źródłem groźnych powikłań, wymagających interwencji chirurgicznej w trybie nagłym. Wiedza na temat rodzaju potencjalnych powikłań nie zawsze jest powszechnie znana w gronie chirurgów.

Materiał i metody. 52-letni chory, leczony ipilimumabem z powodu zaawansowanego czerniaka, operowany w szpitalu powiatowym i w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Gdyńskiego Centrum Onkologii, z powodu incydentów perforacji okrężnicy w przebiegu martwiczo-krwotocznego zapalenia jelita grubego. Chory operowany w dwóch oddziałach chirurgicznych z powodu ciężkich powikłań po leczeniu zaawansowanego czerniaka ipilimumabem. W wyniku rozległości zmian, obejmujących całą okrężnicę — pacjent wymagał wykonania kolektomii w trybie nagłym.

Wyniki. Na skutek terapii ipilimumabem zaawansowanego czerniaka skóry z przerzutami do narządów wewnętrznych doszło do perforacji okrężnicy, skutkującej zgonem pacjenta wśród objawów wstrząsu septycznego.

Wnioski. Leczenie ipilimumabem, którego skuteczność została potwierdzona u chorych z zaawansowanym czer-

niakiem, jest terapią mogącą prowadzić do ciężkich, zagrażających życiu powikłań, z którymi może spotkać się każdy chirurg — nie tylko chirurg onkolog.

36

Analiza porównawcza oraz wskazania poszczególnych technik biopsyjnych (BAC/BG/VABB) w grupie chorych diagnozowanych w kierunku raka piersi

D. Maliszewski, T. Jastrzębski, I. Stojcev, Z. Stojcev, J. Jaśkiewicz
Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wprowadzenie. Rak piersi stanowi najczęstszy nowotwór złośliwy występujący w populacji kobiet. Według wytycznych konsultanta krajowego w chirurgii onkologicznej z roku 2011: w przypadku podejrzenia raka piersi każda chora powinna mieć wykonaną biopsję gruboigłową (BG) lub biopsję gruboigłową wspomaganą próżniowo (VABB) wszystkich podejrzanych zmian (BI-RADS 4 lub 5). Celem pracy jest porównanie dostępnych technik biopsji gruboigłowej oraz analiza miejsca biopsji cienkoigłowej (BAC) w nowoczesnej diagnostyce raka piersi.

Materiał i metody. Powyższa praca dokonuje metaanalizy piśmiennictwa dotyczącego technik biopsyjnych w diagnostyce raka piersi oraz analizuje poszczególne przypadki pacjentek diagnozowanych w kierunku raka piersi w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

Wyniki. Dostępne dane kliniczne wskazują na zdecydowaną przewagę biopsji gruboigłowej w diagnostyce raka piersi. W przypadkach trudnych klinicznie technika VABB wykazuje przewagę nad BG. Technika BAC nadal znajduje zastosowanie w kwalifikacji do procedury pobrania węzła wartowniczego w grupie pacjentek z rakiem piersi.

Wnioski. Analiza dostępnych danych pokazuje zdecydowaną przewagę biopsji gruboigłowej wspomaganą próżniowo (VABB) w diagnostyce raka piersi oraz celowość stosowania BAC w trakcie kwalifikacji do procedury pobrania węzła wartowniczego.

37

Onkoplastyka jako niezbędna umiejętność w leczeniu oszczędzającym raka piersi

K. Sołowiej

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli

Wprowadzenie. W chirurgii raka piersi coraz większą wagę przywiązuje się do kosmetycznego efektu operacji mającego na celu zmniejszenie urazu psychicznego chorej oraz okaleczenia wynikającego z leczenia operacyjnego. Podsta-

wowe osiągnięcia w chirurgii raka piersi w ostatnich latach to coraz szersze stosowanie operacji z zachowaniem piersi (*breast conserving surgery*), wykonywanie rekonstrukcji w tych przypadkach, w których leczenie oszczędzające nie jest możliwe i zastępowanie usunięcia wszystkich węzłów chłonnych jamy pachowej biopsją węzła wartowniczego. Taki kierunek zmian w sposobie leczenia pojawia się również w naszym kraju. Nowym elementem leczenia są zabiegi onkoplastyczne. Jest to połączenie klasycznej chirurgii onkologicznej związanej z resekcją guza z zabiegami chirurgii plastycznej. Istotą operacji onkoplastycznej jest uzupełnienie ubytku po wycięciu guza zdrowymi tkankami otaczającymi. Jest to szczególnie istotne przy niekorzystnym stosunku wielkości guza nowotworowego do wielkości gruczołu piersiowego, kiedy znaczny ubytek tkanek powoduje niekorzystny efekt kosmetyczny. Celem pracy było sprawdzenie czy zabiegi onkoplastyczne zwiększyły istotnie odsetek chorych leczonych operacyjnie z zachowaniem piersi.

Materiał i metody. W Oddziale Chirurgii Onkologicznej w latach 2010–2011 operowano 1468 chorych z rakiem piersi.

Wyniki. Amputacji prostych z biopsją węzła chłonnego wartowniczego (SNB), bądź z wycięciem węzłów jamy pachowej (LND) wykonano 648. Zabiegów oszczędzających gruczoł piersiowy z SNB lub LND 820, w tym zabiegów onkoplastycznych 58. Przemieszczenia tkanek piersi celem uzupełnienia ubytku po wycięciu raka z granicami przeprowadzono u 45 chorych, a z amputacją podskórną i założeniem jednoczasowym protezy u 13.

Wnioski. Zabiegi onkoplastyczne w sposób istotny zwiększają możliwości leczenia oszczędzającego piersi i są niezbędną umiejętnością chirurga onkologa zajmującego się leczeniem raka gruczołu piersiowego. Badanie satysfakcji pacjentek wykazało wysoki poziom zadowolenia 87%, z uzyskanego efektu estetycznego.

38

Poprawa stopnia odżywienia chorych z nowotworami jamy brzusznej kwalifikowanych do zabiegu operacyjnego

P. Kabata, M. Kąkol, K. Król, T. Jastrzębski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Chorzy z nowotworami przewodu pokarmowego w wielu przypadkach wykazują cechy niedożywienia, wynikające zarówno z zaawansowania choroby, jak i zmian metabolicznych spowodowanych stresem. Za objaw kliniczny niedożywienia uważa się utratę masy ciała sięgającą ponad 10% wagi początkowej. Stwierdza się je u około 30% chorych kwalifikowanych do leczenia operacyjnego. Ale niedożywienie jest także obecne u wielu chorych, którzy nie wykazują istotnych odchyżeń w obrazie

klinicznym, u których nie ma cech bezpośredniego wpływu guza nowotworowego na przyjmowanie pokarmu, jego trawienie i wydalanie. Ocena stopnia odżywienia u tych chorych i zastosowanie suplementacji żywieniowej w okresie przedszpitalnym stanowi cel niniejszego badania.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na dwóch równoległych grupach chorych z nowotworami złośliwymi przewodu pokarmowego zakwalifikowanych do radykalnego leczenia operacyjnego. W momencie kwalifikacji do leczenia operacyjnego chorzy przydzielani byli losowo do jednej z grup badanych: grupy interwencyjnej lub grupy kontrolnej, na podstawie tabeli randomizacyjnej. Chorzy w grupie interwencyjnej przyjmowali doustne preparaty odżywcze przez 14 dni po 2 opakowania 200 ml dziennie, natomiast w grupie kontrolnej otrzymywali zestaw zaleceń odnośnie sposobu żywienia w okresie przedoperacyjnym. Stan odżywienia oceniano w momencie kwalifikacji do leczenia operacyjnego oraz bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym na podstawie parametrów laboratoryjnych, pomiarów masy ciała, wskaźnika BMI, wskaźnika pni (*Prognostic Nutritional Index*) i skali SGA.

Wyniki. Do badania włączono 54 pacjentów, 29 w grupie interwencyjnej i 25 w grupie kontrolnej. W grupie interwencyjnej obserwowano istotny statystycznie wzrost wagi, BMI oraz białka całkowitego. W grupie kontrolnej zaobserwowano obniżenie wartości wagi, BMI oraz białka całkowitego. Dodatkowo zauważono istotne statystycznie różnice w wartościach masy ciała pomiędzy grupami badanymi.

Wnioski. Suplementacja chorych na nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego doustnymi preparatami odżywczymi w okresie przedoperacyjnym wpływa korzystnie na stan odżywienia.

39

Ocena skuteczności mikronaczyniowych technik rekonstrukcji piersi

M. Dobrut, A. Maciejewski, R. Ulczok, R. Szumniak, M. Grajek, L. Krakowczyk, J. Wierzoń, C. Szymczyk, S. Półtorak
Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. Celem pracy jest ocena skuteczności wybranych mikronaczyniowych technik odtwórczych piersi po operacyjnym leczeniu chorych na raka piersi wraz z uwzględnieniem ryzyka powikłań pooperacyjnych. Szczególnym celem pracy jest próba opracowania algorytmu dla wyboru technik odtwórczych.

Materiał i metody. Materiał kliniczny obejmuje grupę kobiet leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii — Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach w latach 2004–2009,

u 53 chorych przeprowadzono jednoczasową, a u 26 chorych odroczonej rekonstrukcję jednej lub obu piersi przy użyciu mikronaczyniowych płatów wolnych. W etapie radykalnego leczenia onkologicznego (amputacyjnego) w zależności od typu histologicznego rozpoznanego raka piersi i lokalizacji guza pierwotnego wykonano różne rodzaje mastektomii. Etap rekonstrukcyjny obejmował jednoczasową lub odroczoną rekonstrukcję piersi po uprzednim zaplanowaniu zasadniczego leczenia onkologicznego.

Wyniki. Wskaźnik przeżywalności płatów mikronaczyniowych dla wszystkich rekonstrukcji wyniósł ogółem 95%. W przypadkach zastosowania płata TRAM odnotowano 85% przeżywalność, przy użyciu płata oszczędzającego mięsień prosty brzucha msTRAM wskaźnik przeżywalności wyniósł 100% i 89% dla perforatorowego płata DIEP. Łącznie powikłania wystąpiły u 13 (16%) chorych. Całkowitą martwicę stwierdzono w przypadku 2 płatów TRAM i 2 płatów DIEP. Każdorazowo wdrożono leczenie ratujące, wykonując ponownie mikrozespolenie(a) tętnicze i/lub żyłne. Wśród przyczyn zaburzeń naczyniowych dominowała wczesna zakrzepica mikrozespolenia żylnego (5 chorych — 6%).

Wnioski. U chorych na raka piersi mikronaczyniowe rekonstrukcje piersi są skuteczną metodą odtwórczą. Wybór typu wolnego płata opartego na naczyniach nadbrzusznym dolnym powinien być indywidualny w zależności od charakterystyki naczyniowej i morfologii tkankowej podbrzusza. Mikronaczyniowe rekonstrukcje piersi są metodą wysoce skuteczną o niskim ryzyku niepowodzeń (5% w materiale własnym) i upoważniają do propozycji własnego algorytmu jako użytecznego drogowskazu wyboru techniki odtwórczej dla chorych na raka piersi.

40

Mikronaczyniowe rekonstrukcje ubytków środkowego piętra twarzy w oparciu o klasyfikację Cordeiro

M. Grajek, A. Maciejewski, L. Krakowczyk, P. Jędrzejewski, R. Ulczok, J. Wierzoń, C. Szymczyk, R. Szumniak, M. Dobrut, S. Półtorak

Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wprowadzenie. Zabiegi rekonstrukcyjne w obrębie środkowego piętra twarzy są zazwyczaj skomplikowane i wymagające. W rekonstrukcji można zastosować zarówno materiały sztuczne, jak i tkanki własne chorego, bądź też połączyć te dwie metody, jednak najczęściej do rekonstrukcji wykorzystywane są płaty wolne. Każdy ubytek tej okolicy jest inny i każdorazowo wymaga indywidualnego podejścia i planowania.

Materiał i metody. Autorzy prezentują przykłady rekonstrukcji mikronaczyniowych środkowego piętra twarzy po

ubytkach poresekcyjnych typów od I do IV wg Cordeiro. W rekonstrukcjach stosowano płaty miękkotkankowe, kostne, lub ich kombinacje w postaci dwóch płatów niezależnych lub łączonych chimerycznie.

Wyniki. Całkowita przeżywalność płatów wolnych w badanym materiale wyniosła 100%. Przeprowadzona jest analiza jakości życia na podstawie własnej modyfikacji formularza Uniwersytetu Washington.

Wnioski. Dzięki czterostopniowej klasyfikacji ubytków zaproponowanej przez Cordeiro możliwe jest pewne usystematyzowanie technik odtwórczych w zależności od rozległości defektu, tak aby w uzyskać jak najlepszy efekt zarówno estetyczny jak i funkcjonalny. Optymalny dobór płata(ów) wolnego jest kluczowy dla uzyskania satysfakcjonującego pooperacyjnego efektu estetycznego i funkcjonalnego.

41

Kliniczne cechy raka zrazikowego naciekającego piersi — materiał własny

P. Skotnicki, Ł. Wohadlo, Ł. Strzypek

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wprowadzenie. Rak zrazikowy naciekający pierś (ILC — *Infiltrating Lobular Carcinoma*) jest drugim co częstości typem histologicznym raka piersi po raku przewodowym naciekającym (IDC). Stanowi od 1% do 20% wszystkich przypadków (w zależności od badanej populacji). Pomimo że wyniki leczenia ILC są podobne, jak w przypadku IDC, prezentuje on inne cechy kliniczne, szczególnie charakteryzuje się późnymi wznowami miejscowymi oraz występowaniem przerzutów odległych do nietypowych miejsc.

Materiał i metody. Po retrospektywnej analizie dokumentacji stwierdzono, że w latach 1983–1996 leczono operacyjnie w Centrum Onkologii w Krakowie 96 chorych na ILC spośród 2347 chorych na raka piersi. Na podstawie dostępnej dokumentacji oceniono poszczególne cechy kliniczne.

Wyniki. 1. W badanej grupie wiek chorych wynosił od 37 do 83 lat (mediana 57 lat). Przed menopauzą 31 (32,3%) chorych, w trakcie menopauzy 13 (13,5%) chorych, a po menopauzie 52 (54,2%) chorych. 2. Czas trwania objawów chorobowych wahał się od 3 do 33 miesięcy, średnio wynosił 5 miesięcy. 3. Lokalizacja guza u 52 chorych (54,2%) była w kwadrancie górnym zewnętrznym, u 8 chorych (8,3%) w części zabrodawkowej. 4. U 22 chorych (22,9%) guz w badaniu materiału operacyjnego miał poniżej 3 cm średnicy, u 45 (46,9%) od 3 do 5 cm średnicy i u 29 (30,2%) — powyżej 5 cm. 5. Wielogniskowość zmian nowotworowych stwierdzono u 10 chorych (10,4%). U 7 chorych (7,3%) dodatkowe ognisko raka wykryto w tym samym kwadrancie piersi, co guz pierwotny (*multifocal*), a u 3 (3,1%) w kwadrantach piersi sąsiadujących z pierwotnie zajęętym (*multicentric*).

5. U 10 chorych (10,4%) stwierdzono 10 zaawansowania raka, u 18 (18,8%) — II0A, u 34 (35,4%) — II0B i u 34 (35,4%) — III0A [wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku]. 6. Mikroskopowo potwierdzono przerzuty w węzłach chłonnych pachowych u 47 chorych (49%). W tym u 31 chorych (32,3%) w 1 — 3 węzłów. U 16 (16,7%) w 4 — 9 węzłach. W 7 przypadkach (7,3%) nowotwór przechodził poza torebkę węzła. 7. Przyczyną niepowodzenia leczenia w wieloletniej obserwacji u 27 chorych (28,1%) było wystąpienie przerzutów do narządów odległych. Typowe lokalizacje przerzutów dla raka piersi (czyli do wątroby, płuc, kości) wystąpiły w 14 przypadkach (51,8%). Nietypowe lokalizacje przerzutów były następujące: jelito grube (4 chore, 14,8%); otrzewna (2 chore, 7,4%); jajnik (2 chore; 7,4%); odbytnica (2 chore; 7,4%); opony mózgowo-rdzeniowe (2 chore; 7,4%); trzon macicy (1 chora; 3,7%). 8. U 8 chorych (8,3%) z badanej grupy w trakcie co najmniej 10-letniej obserwacji potwierdzono występowanie raka w drugiej piersi. W 2 przypadkach rak miał utkanie mikroskopowe ILC, w 6 przypadkach IDC. U 1 chorej w 5. roku po leczeniu, u 2 chorych w 7. roku po leczeniu, u 2 chorych w 9. roku i u 3 chorych odpowiednio w 11., 14. i 15. roku po leczeniu.

Wnioski. U chorych na ILC w porównaniu z IDC stwierdza się: wyższy średni wiek, większy średni wymiar guza w chwili rozpoznania, częściej proces wielogniskowy, wyższą częstość przypadków raka w drugiej piersi, niższy odsetek pacjentek z przerzutami do węzłów chłonnych pachowych, częste występowanie przerzutów odległych o nietypowej lokalizacji.

42

Szybko rosnący guz tarczycy z objawami duszności i dysfagii jako manifestacja kliniczna przerzutu raka nerki do tarczycy po 25 latach od nefrektomii

E. Sobczak¹, P. Walczak¹, W. J. Kruszewski^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpital Morski im. PCK w Gdyni; ²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Gruczoł tarczowy, pomimo bogatego unaczynienia, jest rzadkim miejscem rozwoju ognisk przerzutowych nowotworów złośliwych. Niemal w połowie są to przerzuty raka jasnokomórkowego nerki, które mogą się ujawnić klinicznie po wielu latach od leczenia. Szacuje się, że około 2–3% guzów złośliwych tarczycy stanowią przerzuty z ognisk pierwotnych zlokalizowanych w nerce, piersi, płucu i przewodzie pokarmowym.

Materiał i metody. Prezentujemy przypadek 77-letniej pacjentki hospitalizowanej w lipcu 2012 roku w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Gdyńskiego Centrum Onkologii.

Wyniki. Pacjentka została przyjęta w trybie nagłym z powodu szybko narastającej duszności oraz dysfagii i stałego uczucia

ciała obcego w gardle. Chorą przeniesiono z Oddziału Chorób Wewnętrznych i Leczenia Schorzeń Endokrynologicznych, gdzie rozpoczęto diagnostykę różnicową wobec podejrzenia o niskozróżnicowany rak tarczycy w biopsji cienkoigłowej oraz zespół gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej typu 1 na podstawie obrazu TK, sugerującego guz w trzustce i w lewym nadnerczu. Przed 25 laty pacjentka była leczona nefrektomią prawostronną i chemioterapią uzupełniającą z powodu raka jasnokomórkowego nerki. Do czasu hospitalizacji w 2012 roku nie zaobserwowano cech nawrotu choroby nowotworowej. W trakcie operacji tarczycy ze wskazań nagłych stwierdzono duży guz prawego płata średnicy około 7 cm przemieszczający tchawicę w stronę lewą, naciekający mięśnie przytchawicze oraz obszar położenia żyły szyjnej wewnętrznej prawej. Wobec braku jednoznacznego rozpoznania histopatologicznego w śródoperacyjnym badaniu doraźnym z wycinka odstąpiono od resekcji tarczycy i wykonano tracheostomię środkową. Ostatecznie rozpoznano mikroskopowo w wycinku z guza ognisko przerzutowego raka jasnokomórkowego nerki do tarczycy. *Ex post* na poczet rozsiewu choroby zaliczono obserwowane w TK ogniska o charakterze nowotworowym w lewym nadnerczu i w trzustce. Ze względu na zaawansowanie procesu nowotworowego i dość gwałtownie pogarszający się stan ogólny chorej nie podjęto onkologicznego leczenia zachowawczego. Pacjentkę skierowano do opieki hospicyjnej.

Wnioski. Pragniemy zwrócić uwagę, że nawet po 25 latach od leczenia jasnokomórkowego raka nerki może dojść do klinicznej manifestacji przerzutów tego nowotworu do gruczołu tarczowego z szybką progresją objawów choroby nawrotowej.

43

Znaczenie komórek macierzystych w zwiększeniu nasilenia hipertrofii mięszu wątroby po podwiązaniu lub embolizacji gałęzi żyły wrotnej u szczura

Ł. Nazarewski¹, M. Nowacki², A. Jundzia³, D. Tyloch², T. Kłosowski², T. Drewna^{2,4}, M. Krawczyk¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny; ²Zakład Inżynierii Tkankowej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; ³Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; ⁴Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Embolizacja lub podwiązanie gałęzi żyły wrotnej to uznane metody indukowania selektywnej hipertrofii mięszu wątroby, umożliwiające późniejszą resekcję wątroby z powodu choroby nowotworowej, jednak nie we

wszystkich przypadkach. Zyskujące coraz szersze uznanie innowacyjne techniki z zakresu inżynierii tkankowej i medycyny regeneracyjnej wydają się być obiecującymi możliwościami terapeutycznymi w tego typu przypadkach.

Cel. Celem pracy była ocena zastosowania autologicznych mezenchymalnych komórek macierzystych w zwiększeniu przerostu mięszu wątroby po podwiązaniu lub embolizacji gałęzi żyły wrotnej u szczura.

Materiał i metody. W badaniu zostało użytych 30 szczurów rasy Wistar, które zostały podzielone na grupy badane (grupa I i grupa II, obie po 10 zwierząt) oraz grupy kontrolne (grupa III i grupa IV, obie po 5 zwierząt). Zgodę na badania uzyskano od lokalnej komisji ds. badań na zwierzętach, a wszystkie procedury zostały wykonane zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej w zakresie badań na zwierzętach. W grupach I i III wykonano podwiązanie, a w grupach II i IV embolizację gałęzi żyły wrotnej. W grupach badanych podano do żyły wrotnej 1×10^6 znakowanych mezenchymalnych komórek macierzystych. U wszystkich zwierząt wykonano angiografię układu wrotnego bezpośrednio po zabiegu i pod koniec okresu obserwacji. Po uśmierceniu zwierząt określono stopień przerostu wątroby (waga, objętość) oraz migracji komórek macierzystych.

Wyniki. W badaniu uzyskano informację dotyczącą migracji komórek dzięki zastosowaniu znacznika PKH oraz ocenie histopatologicznej. Uzyskano także informację na temat różnic w wielkości poszczególnych płatów i segmentów wątroby w zależności od zastosowanej techniki. Wszystkie zwierzęta przeżyły badanie.

Wnioski. Podanie komórek macierzystych do żyły wrotnej zwiększa stopień przerostu mięszu wątroby zarówno po podwiązaniu jak i embolizacji gałęzi żyły wrotnej. Wydaje się, że komórki macierzyste mogą być przydatną metodą terapeutyczną zwiększającą szansę na wykonanie resekcji wątroby, jednak zastosowanie komórek macierzystych w przypadku choroby nowotworowej wciąż pozostaje dyskusyjne.

44

Częstość przerzutów do węzła wartowniczego (SLNB) i pozostałych węzłów jamy pachowej w poszczególnych podtypach molekularnych raka piersi

S. Łukasiewicz, F. Szubstarski, K. Sołowiej, M. Rząca, M. Zajac, A. Stanisławek

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

Wprowadzenie. Próby określenia grup pacjentek z rakiem piersi, u których w przypadku dodatkowej biopsji wę-

zła wartownika można bezpiecznie odstąpić od pełnego wycięcia węzłów chłonnych jamy pachowej (ALND) są nadal podejmowane. Podział raków piersi na podtypy molekularne stwarza nowe możliwości poszukiwania prawdopodobieństwa występowania przerzutów w kolejnych węzłach chłonnych w przypadku dodatkowej biopsji węzła wartownika. **Cel.** Celem pracy była ocena liczby zajętych przez przerzuty węzłów chłonnych w zależności od podtypu molekularnego u pacjentek leczonych operacyjnie z powodu raka piersi.

Materiał i metody. Oceniono wszystkie pacjentki operowane w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej (COZL) w 2011 r. z powodu raka piersi, u których stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych. Podziału na podtypy molekularne dokonano na podstawie statusu receptorowego guzów, a kwalifikacji do podtypu luminalnego A lub luminalnego B HER 2 ujemnego dokonano na podstawie cechy G guza. W 2011 r. w Oddziale Chirurgii Onkologicznej COZL wykonano 244 SLNB, w 52 przypadkach była ona dodatnia, wykonano 199 pierwotnych ALND w połączeniu z (miejscowym, szerokim wycięciem raka) WLE lub amputacją prostą. W sumie w 251 przypadkach pacjentek operowanych z powodu raka piersi stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych albo w wyniku przedoperacyjnej diagnostyki albo w wyniku wykonania SLNB. Ocenie podlegała liczba zajętych węzłów chłonnych w 3 przedziałach (1; 2–3; 4 i więcej).

Wyniki. Wśród pacjentek z 1 zajęтым w. chł. (121 pacjentek) raki luminalne A stanowiły — 53,7%, luminalne B (Her2 ujemne) — 19%, luminalne B (Her2 dodatnie) — 8,3%, nie A nie B — 4,9%, basalooidalne — 4,1%, podtypy specjalne — 9,9%. Wśród pacjentek z 2–3 zajęтыми w. chł. (50 pacjentek) raki luminalne A stanowiły — 16%, luminalne B (Her2 ujemne) — 44%, luminalne B (Her2 dodatnie) — 18%, nie A nie B — 10%, basalooidalne — 8%, podtypy specjalne — 4%. Wśród pacjentek z 4 i więcej zajęтыми w. chł. (76 pacjentek) raki luminalne A stanowiły — 9,2%, luminalne B (Her2 ujemne) — 44,7%, luminalne B (Her2 dodatnie) — 21%, nie A nie B — 10,5%, basalooidalne — 10,5%, podtypy specjalne — 3,9%.

Wnioski. Podział raków piersi na podtypy molekularne samodzielnie nie może być czynnikiem określającym możliwość obecności przerzutów w kolejnych węzłach chłonnych w przypadku dodatkowej SLNB. Należy kontynuować badania szczególnie połączonej analizy: wieku chorych, wielkości guza i podtypu molekularnego (szczególnie luminalnego A), celem określenia grup pacjentek z dodatnim wynikiem SLNB u których można bezpiecznie odstąpić od wykonywania ALND.

Co już wiadomo o efektach klinicznych skryningu raka piersi w Polsce — doświadczenia własne ośrodka onkologicznego

T. Nowikiewicz¹, D. Kozak², I. Głowacka², M. Piątkowska³, W. Zegarski²

¹Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej; ²Klinika Chirurgii Onkologicznej; ³Oddział Chemioterapii, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Wprowadzenie. Stopień zaawansowania klinicznego choroby wpływa w największym stopniu na obserwowane odległe wyniki leczenia chorych na nowotwory złośliwe. Odpowiednio wczesne wykrycie zachorowania może decydować zarówno o wyborze spośród dostępnych metod leczenia, jak i o jego efektach. W prezentowanej pracy przeanalizowano znaczenie skryningowych badań mammograficznych dla możliwości leczenia chorych z rakiem piersi, na przykładzie dwóch wybranych przedziałów czasowych.

Materiał i metody. Grupa 558 (hospitalizowanych w okresie od stycznia 2006 r. do grudnia 2006 r.) oraz 1261 (od stycznia 2011 r. do czerwca 2012 r.) chorych z rakiem piersi, leczonych operacyjnie w Oddziale Klinicznym Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej oraz Klinice Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy. W obu wyodrębnionych grupach chorych oceniono rodzaj przedoperacyjnej diagnostyki nowotworu, stopień zaawansowania klinicznego guza pierwotnego, wyniki weryfikacji patologicznej preparatów, rodzaj zastosowanych procedur operacyjnych oraz odsetek przedoperacyjnego leczenia systemowego. Wśród analizowanych chorych, niezależnie od okresu leczenia, wyodrębniono ponadto grupę skryningową (z guzem wykrytym w mammografii przesiewowej) oraz objawową (przypadki raka zdiagnozowane poza programem badań skryningowych), także poddając je ocenie porównawczej.

Wyniki. Wykorzystanie badań skryningowych doprowadziło w roku 2006 do zdiagnozowania guza pierwotnego u 16,5% analizowanych chorych (vs 40,3% w latach 2011–2012). W 2006 roku 35,7% wykrytych zmian nie przekraczało wielkości 2 cm — cT1 (vs 48,3% — 2011–2012), jednocześnie odsetek guzów cT4 wyniósł 9,9% przypadków (vs 4,7%). W grupie objawowej odsetek ten był równy 33,2% i 10,9% (2006) oraz 40,2% i 7,3% (2011–2012), w grupie skryningowej: 46,7% i 5,4% oraz 60,4% i 0,8%. W pierwszym z ocenianych okresów leczono operacyjnie ogółem 30,8% chorych w I stopniu zaawansowania klinicznego (vs 44,2% — 2011–2012), 53,4% w stopniu II, 14,0% w III oraz 0,2% w IV (vs — odpowiednio: 45,7%, 9,7%, i 0,4%). Stwierdzone różnice dotyczyły przede wszystkim chorych z grupy objawowej. Jednocześnie w 2006 roku 13,4% chorych (vs 10,4% w okresie późniejszym), wymagało zastosowania leczenia

indukcyjnego. Na podstawie weryfikacji histopatologicznej preparatów operacyjnych w 49,0% przypadków (2006 — vs 58,1% w latach 2011–2012), stwierdzono guz nieprzekraczający w największym wymiarze 2 cm (\leq pT1). U chorych objawowych wspomniany odsetek wyniósł 49,1% (2006) i 51,5% (2011–2012), w grupie skryningowej — odpowiednio: 55,6% oraz 68,8%. Wykazano ponadto u 45,5% (2006) oraz 39,9% (2011–2012) operowanych chorych obecność zmian przerzutowych w węzłach chłonnych dołu pachowego (o zaawansowaniu — 2006: pN0(i+) — 0,8%, pN1mi — 7,1%, pN1a — 36,6%, pN2a — 29,5% oraz pN3a — 26,0% chorych vs 0,2%, 9,5%, 41,9%, 23,9% i 24,5%). W roku 2006 w przypadku 12,4% ogółu operowanych chorych zastosowano leczenie oszczędzające gruczoł piersiowy — BCT (vs 49,8% — 2011–2012). W grupie objawowej wykonano je u 11,8% (2006) i 41,0% pacjentek (2011–2012), w grupie skryningowej: w 15,2% i 63,0% przypadków. Z uwagi na znaczne różnice dotyczące kwalifikacji chorych do biopsji węzła wartownika, w obu porównywanych grupach pacjentów nie analizowano zmian stopnia wykorzystania tego rodzaju leczenia.

Wnioski. Oba analizowane okresy różniły się w sposób istotny wykorzystaniem u leczonych chorych programu wczesnego wykrywania raka piersi oraz — w dalszej konsekwencji, stopniem zaawansowania klinicznego i patologicznego zdiagnozowanej choroby nowotworowej. Zaobserwowany u chorych z rakiem piersi wzrost wykorzystania badań przesiewowych umożliwił znamienne statystycznie częstsze zastosowanie procedur operacyjnych leczenia oszczędzającego.

46

Biopsja węzła wartownika u chorych z rakiem piersi — „wszystko, co chcielibyście wiedzieć (...), ale baliście się zapytać”

T. Nowikiewicz¹, M. Jankowski², W. Zegarski²

¹Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy; ²Klinika Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Wprowadzenie. Leczenie oszczędzające węzły chłonne dołu pachowego (ACT — *axillary conserving treatment*) jest u chorych z rakiem piersi z cechą cN0 niekwestionowanym i jednocześnie wymaganym sposobem postępowania terapeutycznego. Dostępna w tym celu w ośrodkach onkologicznych procedura biopsji węzła wartownika (SLNB — *sentinel lymph node biopsy*), zaczyna być szeroko wykorzystywana także w innych placówkach medycznych. Jednak u części chorych zastosowanie SLNB może powodować pojawienie się różnych problemów klinicznych. Najważniejsze spośród nich przedstawiono w prezentowanej pracy.

Materiał i metody. Grupa 1358 chorych z rakiem piersi zakwalifikowanych do SLNB, leczonych operacyjnie od stycznia 2004 r. do czerwca 2012 r. w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Podjęto próbę sprecyzowania definicji węzła wartownika (WW), warunków rozpoczęcia wprowadzania procedury oraz określenia możliwych do zaakceptowania granic użycia terapeutycznego SLNB.

Wyniki. W analizowanym materiale klinicznym uzyskano zalecany poziom identyfikacji WW — 95% (od poziomu 91% w trakcie pierwszych 100 zabiegów — przy wykorzystaniu metody skojarzonej, do 96% w latach 2011–2012 — przy preferencji użycia samego izotopu). Stwierdzono niski odsetek wyników fałszywie ujemnych SLNB (0,4% — 5 chorych — przy usunięciu podczas zabiegu u większości pacjentek tylko jednego bądź dwóch węzłów chłonnych). W 94,2% przypadków SLNB pobrany WW posiadał najwyższą emisję promieniowania (lub był wybarwiony). W pozostałych wykazywał promieniowanie submaksymalne (54 chorych), śladowe — poniżej reguły 10% (4), bądź nie gromadził izotopu (15). U trzech chorych uzyskany podczas zabiegu materiał tkankowy nie zawierał węzła chłonnego. W kolejnych latach badania wskazania do zastosowania SLNB uległy stopniowemu rozszerzeniu, co zwiększyło odsetek stwierdzanych w WW zmian przerzutowych (17,6% — okres „krzywej uczenia”, 21,7% — 2009–2010, 24,7% — 2011–2012). Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła wyodrębnić istotne czynniki ryzyka obecności przerzutów w WW (wiek przedmenopauzalny chorych, wieloogniskowość guza, wielkość guza powyżej 2 cm). W przypadku ich kumulacji liczba zmian węzłowych w WW była porównywalna z odsetkiem przerzutów w dole pachowym u chorych cN1 (przekraczała 60%).

Wnioski. Większość przypadków braku identyfikacji WW miała miejsce w analizowanym materiale w okresie wprowadzania procedury SLNB. Wydaje się zatem niezbędnym użycie, przynajmniej początkowo, metody skojarzonej. Poszukiwany podczas SLNB węzeł chłonny nie musi być źródłem najwyższego gromadzenia izotopu w dole pachowym. W części przypadków WW może nawet nie wykazywać promieniowania i być dostępny tylko w śródoperacyjnym badaniu palpacyjnym (pozwala ono tym samym obniżyć odsetek ocen fałszywie ujemnych biopsji). SLNB jest procedurą posiadającą pewne ograniczenia zastosowania klinicznego, również w grupie chorych cN0.

47

Nowoczesne modele komórkowe i zwierzęce w badaniach z zakresu chirurgii nowotworów. Ocena współczesnych możliwości eksperymentalnych badań mogących poprawić jakość i wartości prognostyczne leczenia

M. Nowacki¹, A. Jundziłł², D. Tyloch¹, P. Flisiński¹, T. Drewa^{1,3}

¹Zakład Inżynierii Tkankowej, ²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; ³Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Modele komórkowe i zwierzęce stanowią podstawę badań eksperymentalnych i podstawowych w rozwoju chirurgii. W ostatnich kilkunastu latach pojawiło się bardzo wiele możliwości sprawdzenia wielu uzasadnionych i popartych dotychczasową wiedzą medyczną i naukową koncepcji, które dzięki badaniom eksperymentalnym przeszły do dalszych faz i etapów badań przedklinicznych i klinicznych. Dzięki coraz większej wiedzy zarówno z zakresu genetyki, jak i biologii molekularnej i komórki, możliwe jest obecnie wykorzystanie bardzo specyficznych i wyselekcjonowanych linii komórkowych, jak i ras oraz typów zwierząt laboratoryjnych w badaniach. Celem pracy było przedstawienie i ocena najnowszych modeli doświadczalnych oraz koncepcji badań eksperymentalnych z zakresu chirurgii onkologicznej pod kątem przyszłościowej możliwości poprawy jakości i wartości prognostycznej leczenia.

Materiał i metody. W ocenie wykorzystano analizę materiału opublikowanego po roku 1990 do chwili obecnej i odnoszącego się do możliwości wykorzystania specyficznych linii komórkowych i modeli zwierzęcych w badaniach z zakresu chirurgii onkologicznej. Materiał wzbogacono zebrany materiał własny Zakładu Inżynierii Tkankowej *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W pracy brano pod uwagę tematykę odnoszącą się do możliwości tworzenia modeli guzów nowotworowych i przerzutowania, prac badawczych z zakresu innowacyjnych koncepcji doświadczalnych technik chirurgicznych, nowoczesnych technik poprawiających możliwości prognostyczne w różnych typach nowotworów, leczenia wznów i tworzenia ksenograftów na potrzeby badań z zakresu onkologii klinicznej.

Wyniki. Dzięki analizie materiału poddano ocenie i przedstawiono wyselekcjonowane nowoczesne i najpopularniejsze modele doświadczalne (komórkowe i zwierzęce) tworzone na potrzeby prac z zakresu chirurgii onkologicznej. W pracy przedstawiono metody i techniki badawcze dotyczące chirurgii onkologicznej w obrębie narządów układu pokarmowego.

Wnioski. Linie komórkowe i modele zwierzęce stanowią integralną część współczesnych badań doświadczalnych z zakresu chirurgii onkologicznej. W badaniach o charakterze przedklinicznym można sprawdzić i wykorzystać wiele dostępnych metod zabiegowych, leków i procedur diagnostycznych. Dzięki analizie wykazano, iż prowadzenie badań w oparciu o nowoczesne techniki z zakresu inżynierii tkankowej i pracy z zwierzętami doświadczalnymi, może się istotnie przyczynić do wzrostu jakości leczenia nowotworów układu pokarmowego, oraz mogą istotnie wpłynąć na wiedzę chirurgów co do aspektów prognostycznych.

48

Zmodyfikowana technika wytworzenia mikroprzetoki odżywczej w grupie pacjentów z nowotworami górnego przewodu pokarmowego

M. Bobowicz, W. Makarewicz, M. Kąkol, T. Jastrzębski,

J. Jaśkiewicz

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Chorzy z nowotworami górnego przewodu pokarmowego powodującymi zwężenie jego światła mają nieliczne opcje długotrwałego żywienia dojelitowego. Ze względu na znaczne niedożywienie i wyniszczenie powinno się podejmować wszelkie starania mające na celu minimalizację urazu okołoperacyjnego. Najmniej obciążające dla pacjenta jest laparoskopowe wykonanie odżywczej mikroprzetoki jelitowej. Prezentujemy własną modyfikację techniki laparoskopowego wytworzenia mikroprzetoki odżywczej z uwzględnieniem etapów umożliwiających wykonanie operacji również przez chirurgów z mniejszym doświadczeniem laparoskopowym.

Materiał i metody. Celem stworzenia najlepszej możliwej techniki operacyjnej przeszukano dostępne bazy czasopism pod kątem opisów operacji całkowicie laparoskopowej techniki mikroprzetoki odżywczej. Po rozważeniu wszystkich plusów i minusów dostępnych technik zaproponowano zmodyfikowaną technikę operacyjną. Najważniejsze kroki metody: technika całkowicie laparoskopowa, stanowi etap diagnostycznej laparoskopii, użycie drenu Cystofix TUR (B. Braun Melsungen AG) wraz z trokarem; szwy przez wszystkie warstwy pogrążane pod skórę; dodatkowe szwy zapobiegające skrętowi jelita. Operację tę wykonano u dwóch pacjentów. Pierwszy pacjent to 48-letni mężczyzna operowany z powodu guza pogranicza przełykowo-żołądkowego prawie całkowicie zamykającego światło przewodu pokarmowego. Drugi pacjent to 68-letni mężczyzna z zaawansowanym rakiem przełyku w okolicy nadwzrostowej.

Wyniki. Średni czas operacji wyniósł 45 min. Nie odnotowano powikłań w okresie okołoperacyjnym

i podczas trzymiesięcznej obserwacji. Mikroprzetoka zachowała drożność przez cały czas obserwacji. Czas hospitalizacji zależał od czasu niezbędnego do nauczenia pacjenta obsługi mikroprzetoki.

Wnioski. Zaproponowana modyfikacja techniki operacji jest bezpieczna i może być wykonywana w ramach diagnostycznej laparoskopii u pacjentów ze znacznie zaawansowanymi nowotworami górnego przewodu pokarmowego. Wprowadzone zmiany ułatwiają wykonanie operacji. Dalsze badania na większej grupie pacjentów są konieczne celem określenia profilu bezpieczeństwa metody.

49

Podśluzówkowa resekcja endoskopowa heterotopowej trzustki zlokalizowanej w żołądku

M. Bobowicz¹, W. Makarewicz¹, M. Dubowik², T. Jastrzębski¹, J. Jaśkiewicz¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej; ²Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Głównymi, ale jednocześnie niespecyficznymi objawami zmian błony śluzowej żołądka są ból w nadbrzuszu, objawy związane z zarzucaniem kwaśnej treści żołądkowej, nudności, wymioty oraz w zmianach krwawiących maelena. Większość zmian o wyglądzie guza w badaniu endoskopowym okazuje się mieć charakter nowotworowy. W 0,5% do 13%, w zależności od populacji, może występować rzadki wariant anatomiczny jakim jest ektopowa trzustka. Prezentujemy chorego z ektopową trzustką zlokalizowaną pod śluzówką trzonu żołądka, o niespecyficznym wyglądzie endoskopowym z licznymi niediagnostycznymi wycinkami, u którego wykonano endoskopową podśluzówkową resekcję guza żołądka.

Materiał i metody. Endoskopowej operacji poddano 67-letniego pacjenta z wstępną diagnozą guza o charakterze GIST trzonu żołądka. W gastrokopii guz średnicy 3 cm, zlokalizowany podśluzówkowo, w przedniej ścianie dystalnej części trzonu żołądka. Przedoperacyjne badania histopatologiczne wycinków niediagnostyczne, wskazujące na przewlekły stan zapalny. W TK wykazano jedynie obecność mikrozwępień w masie guza, bez towarzyszącej limfadenopatii czy rozsiewu. Technika operacyjna • endoskopowa ocena zmiany • 2 × biopsja drążąca z badaniem doraźnym (ujemna) • oznakowanie obwodu guza przy użyciu noża Flex knife • podniesienie zmiany przy użyciu 0,9% roztworu NaCl z Adrenaliną i 0,2% Indigo Carmin • resekcja zmiany przy użyciu noża typu IT i noża typu HOOK • ocena histopatologiczna.

Wyniki. Całkowity czas operacji wyniósł 180 min. Odnotowano śladową utratę krwi. W trakcie ostrzykiwania śluzówki żołądka doszło do perforacji i wytworzenia odmy otrzewno-

wej bez objawów klinicznych, a stwierdzonej jedynie w badaniu przeglądowym RTG jamy brzusznej. Czas hospitalizacji wyniósł 6 dni. W badaniu histopatologicznym wykazano ektopową trzustkę typ 2 wg klasyfikacji Heinricha.

Wnioski. Guzy żołądka w niskich stopniach zaawansowania można bezpiecznie usuwać przy pomocy endoskopowej podśluzówkowej resekcji. Procedura jest dobrze tolerowana przez pacjentów i w przypadkach jak przedstawiony pozwala na uniknięcie zbędnej częściowej gastrektomii.

50

Brzuszo-kroczone odjęcie odbytnicy wspomagane laparoskopowo — doniesienie wstępne

W. Makarewicz, M. Bobowicz, M. Kąkol, T. Polec, T. Jastrzębski, J. Jaśkiewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Rak jelita grubego jest piątą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych w Polsce. W przypadku guzów dystalnej połowy odbytnicy metodą leczenia z wyboru jest najczęściej brzuszo-krocza amputacja odbytnicy. Dzięki rozwojowi technik minimalnie inwazyjnych etap brzuszny można wykonać laparoskopowo. Dotychczas wykazano, że wyniki onkologiczne tych operacji są porównywalne do metody otwartej, a korzyści wynikają głównie ze zmniejszenia urazu tkanek i są widoczne przede wszystkim w pierwszym miesiącu po operacji. Zmniejsza się też istotnie odsetek przepuklin brzusznych.

Materiał i metody. Do grupy pilotażowej zakwalifikowaliśmy czterech chorych w wieku 60–79 lat, ASA 2, z guzami pT3N0-1 Mx-0 położonymi w odległości od 1 do 3 cm od zwieraczy. Wszystkich chorych poddano przedoperacyjnej radioterapii: dwóch wg schematu 50,4 Gy/28 frakcji z chemioterapią (5FU + LV), oraz 2 chorych wg schematu 25 Gy/5 frakcji. Etap brzuszny operacji wykonano we wszystkich przypadkach zgodnie ze standardami laparoskopowej operacji TME. Etap kroczeniowy wykonano w sposób klasyczny.

Wyniki. Czas operacji wahał się między 145 a 270 minut i uległ znacznemu skróceniu przy ostatnim zabiegu. Utrata krwi wyniosła 300–1000 ml. Śródoperacyjnie nie przetaczano krwi. Dwóm chorym przetoczono po 2 j.m. KKCz w 3 lub 4 dobie pooperacyjnej. Powrót perystaltyki u wszystkich chorych odnotowano w pierwszej dobie, płynną dietę włączono między 2–5 dobą, uruchomienie chorych 2–4 doba, wypis po oddaniu stolca w 5–7 dobie. Powikłania: martwica śluzówki stomii wymagająca korekty u jednego chorego.

Wnioski. Wyniki uzyskane w grupie pilotażowej podczas stosowania techniki brzuszo-kroczeniowego odjęcia odbytnicy z etapem brzuszny wspomaganym laparoskopowo

są zbliżone do wyników innych autorów i nie różnią się od wyników operacji wykonywanej w sposób klasyczny. Wykazano bezpieczeństwo metody we wczesnym okresie okołoperacyjnym oraz potwierdzono korzyści wynikające ze zmniejszenia urazu w postaci szybszej mobilizacji i powrotu chorego do sprawności co pozwala na skrócenie czasu hospitalizacji. Niemniej wyniki odległe onkologiczne wymagają wciąż ewaluacji.

51

Ocena jakości życia kobiet leczonych metodą Pateya z powodu raka piersi

I. Głowacka, T. Nowikiewicz, W. Zegarski, K. Pietkun, D. Kozak
Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Wstęp. Nowotwór piersi jest drugim co do częstości występowania nowotworem u kobiet na świecie. Stanowi także główną przyczynę zgonów u kobiet między 25 a 60 rokiem życia. Ważnym czynnikiem w procesie leczenia nowotworów oprócz przeżycia pięcioletniego jest także jakość życia. Jakość życia człowieka jest wartością subiektywną i zależy w dużym stopniu od jego stanu psychicznego, cech osobowości, upodobań oraz systemu wartości.

Materiał i metody. Badaniem objęto 40 kobiet leczonych z powodu raka piersi metodą Pateya w Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej CM UMK. W badaniach posłużono się kwestionariuszem QLQ-C30 składającym się z 30 pytań dotyczących funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i społecznego oraz kwestionariuszem QLQ-BR23 zbudowanym z 23 pytań służących do oceny zaburzeń somatycznych związanych z rakiem gruczołu piersiowego oraz wizerunkiem własnej osoby. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy CM UMK nr 226/2011. W celu opisu wpływu leczenia chirurgicznego pacjentki wypełniały kwestionariusze QLQ-C30 i QLQ-BR23 przed zabiegiem (grupa A1) oraz miesiąc po zabiegu (grupa A2).

Wyniki. Leczenie chirurgiczne spowodowało pogorszenie jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej, różnica pomiędzy grupami A1 i A2 okazała się istotna statystycznie. W ogólnej ocenie jakości życia nie odnotowano statystycznie istotnych różnic. Wśród objawów i problemów opisywanych w dwóch grupach na podstawie kwestionariusza QLQ-BR23 najbardziej dotkliwie zdaniem pacjentek okazały się bóle w okolicy chorej piersi, trudności w podnoszeniu ramienia po chorej stronie, różnice te okazały się istotne statystycznie.

Wnioski. Zabieg chirurgicznego leczenia raka piersi powoduje pogorszenie jakości życia u kobiet po mastektomii zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej. Istnieje potrzeba dalszych badań dotyczących jakości życia kobiet po mastektomii.

Trudności interpretacyjne rozpoznania histopatologicznych raka jelita grubego wg klasyfikacji WHO (2009 r.) w praktyce klinicznej

E. Srutek, W. Józwicki

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Zakład Patologii Nowotworów, Centrum Onkologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Pierwszy system TNM klasyfikacji nowotworów złośliwych stworzył Francuz Pierre Denoix w latach 1943–1952. System ten powstał w celu stworzenia „wspólnego języka” dla lekarzy zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób nowotworowych. Miał on ułatwić porównanie materiału klinicznego i oceny wyników leczenia chorych. System TNM od chwili powstania przez dziesiątki lat ulega ciągłym zmianom. Celem naszej pracy jest podkreślenie niektórych różnic pomiędzy VII klasyfikacją TNM (2009) WHO raka jelita grubego i poprzednimi, mających wpływ na postępowanie terapeutyczne i mogących powodować pewne niejasności w interpretacji wyników histopatologicznych.

Materiał i metody. Nowa klasyfikacja WHO (2009) wprowadza pojęcie depozytu nowotworowego (guzka satelitarnego). Są to makroskopowe lub mikroskopowe guzki, w których obok utkania raka nie znaleziono w badaniu histopatologicznym resztkowego utkania węzła chłonnego. Guzki obecne są w tkance tłuszczowej okołookrężniczej lub okołoodbytniczej, będącej obszarem spływu chłonki z guza pierwotnego. Obecność guzków satelitarnych łączy się z gorszym rokowaniem. Należy pamiętać, że może zaistnieć sytuacja, w której znaleziono depozyty nowotworowe, bez obecności przerzutów nowotworowych w węzłach chłonnych. Wówczas klasyfikuje się je jako cechę pN1c. W VII (2009) klasyfikacji WHO raka jelita grubego w cesze pT3 jest brak podziału uwzględniającego głębokość inwazji poza mięśniówkę właściwą ściany jelita (pT3a — poniżej 1 mm; pT3b — 1 do 5 mm; pT3c — powyżej 5 mm do 15 mm; pT3d — powyżej 15 mm).

Wyniki. W praktyce klinicznej okazało się, że opis guzków satelitarnych w raporcie histopatologicznym, bez obecności przerzutów raka w węzłach chłonnych powoduje niejasności w interpretacji wyniku. Opis głębokości nacieku raka poza warstwę mięśniową właściwą ściany jelita ma duże znaczenie w klasyfikacji chorych do radioterapii w przypadkach raka odbytnicy.

Wnioski. W celu uniknięcia nieporozumień, należy przy opisie stopnia zaawansowania raka jelita grubego podać rok, w którym opublikowano zastosowaną klasyfikację TNM. W przypadkach raka odbytnicy, należy podać w komentarzu głębokość nacieku poza mięśniówkę właściwą ściany jelita. Ewaluowanie systemu TNM jest jednym z elementów postępu w onkologii.

Korekta zarastającej kolostomii końcowej przy użyciu staplera okrężnego — technika operacyjna

M. Bobowicz, J. Skokowski, J. Jaśkiewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Wytworzenie dobrej kolostomii końcowej wymaga doświadczenia i praktyki. Do częstych problemów po operacji wyłonienia kolostomii końcowej należą wypadanie śluzówki, wynicowanie jelita bądź rzadziej — zapadanie stomii i zarastanie kanału stomijnego. Do zapadania stomii i zarastanie kanału stomijnego dochodzi najczęściej w przypadku stomii uformowanej w poziomej skórze lub u chorych po kilku interwencjach brzusznych i wcześniejszych korektach stomii. W takich przypadkach metodą skuteczną jest „przełożenie” stomii w inne miejsce lub na drugą stronę lub wzmocnienie kanału różnymi typami siatek. Prezentujemy odmienną strategię postępowania u chorej po licznych laparotomiach z zapadniętą i zarastającą stomią.

Materiał i metody. Technika operacyjna. Chora włożeniu na plecach. Krótkie znieczulenie dożylnie. Usunięto worek stomijny. Oczyszczono pole operacyjne. Przy użyciu skalpela poszerzono otwór stomii. Zmobilizowano brzeg jelita, który przytrzymało na peanach. Hemostaza. Do jelita wprowadzono kowadełko staplera okrężnego 28 mm i obszyto szwem kapciuchowym. Następnie założono szew kapciuchowy na skórę, zbliżając ją na trzpieniu kowadełka. Połączono kowadełko z uchwytem staplera i odpalono stapler. Hemostaza. Założono płytkę a następnie worek stomijny.

Wyniki. Czas operacji wraz z przygotowaniem i znieczuleniem ok. 30 min. Po roku od operacji nieznaczne zwężenie zewnętrznego ujścia stomii. Chora co kilka miesięcy używa roztworu azotanu srebra celem uzyskania poszerzenia ujścia.

Wnioski. Zaproponowana minimalnie inwazyjna technika poszerzenia zewnętrznego ujścia stomii i korekty zapadającej się stomii przy użyciu staplera okrężnego jest prosta technicznie i bezpieczna. Wyniki rocznej obserwacji potwierdzają skuteczność metody w trwałym poszerzaniu zewnętrznego ujścia stomii przy założeniu, że pacjent jest w stanie zaakceptować niedogodności „płaskiej” stomii.

Guzy okolicy przedkrzyżowej, diagnostyka i leczenie — wyzwanie dla chirurga

M. Tchórzewski, M. Włodarczyk, A. Sobolewska, A. Saliński, M. Wojtczak, A. Dziki

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie. Guzy okolicy przedkrzyżowej to niezbyt częste i heterogeniczne zmiany zlokalizowane w potencjalnej przestrzeni zwanej przestrzenią zaodbytniczą lub przedkrzyżową. Okolica ta może być miejscem różnorodnych zmian nowotworowych łagodnych i złośliwych.

Dolegliwości są nietypowe, zależą od wielkości guza oraz obecności odczynu zapalnego. Lokalizacja anatomiczna, nietypowe objawy oraz rzadkość występowania powodują, że rozpoznanie i leczenie może być bardzo trudne. Celem pracy jest ocena metod diagnostycznych, sposobów i wyników leczenia, cech histopatologicznych oraz powikłań po leczeniu guzów okolicy przedkrzyżowej.

Materiał i metody. Przeprowadzono retrospektywną analizę 29 przypadków guzów okolicy przedkrzyżowej leczonych chirurgicznie w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej w Łodzi w latach 2003–2012. Ocenie poddano objawy, diagnostykę, rodzaj leczenia oraz częstość występowania powikłań a także wyników badań histopatologicznych pacjentów operowanych w naszym ośrodku.

Wyniki. Spośród wszystkich zabiegów wykonanych w Klinice w analizowanym okresie guzy okolicy przedkrzyżowej stanowiły 0,19% wszystkich operacji. Wiek pacjentów wahał się od 19 do 80 lat, średnio 48 lat. Mężczyźni stanowili 55,13% (16) średnia wieku 41 lat, kobiety 44,87% (13) średnia wieku 49 lat. Zmiany złośliwe stanowiły 34,48% wszystkich operowanych przypadków (10 guzów) z czego w 80% występowały u mężczyzn. Zmiany łagodne obserwowano w 65,52% przypadków i te przeważały u kobiet. Wśród guzów złośliwych 8 miało charakter przerzutowy: z jelita grubego (5), prostaty (1) i nerki (2) oraz 2 zmiany pierwotne — *teratocarcinoma* (1) i *carcinoid* (1). Wśród guzów łagodnych przeważały torbiele (5), *hamartoma* (1), *teratoma* (2), guzy neurogenne (1), włókniaki (3), tłuszczaki (1) i guzy o etiologii zapalnej (6). Guzy przebiegały bezobjawowo u 38% pacjentów (11). Najczęstszym objawem był ból 41%. Czułość badania *per rectum* w diagnostyce wynosiła 62%. Wśród dodatkowych badań najczęściej wykonywano TRUS (83%), CT(66%) oraz MRI (14%). Typ histopatologiczny nie miał wpływu na rodzaj i charakter prezentowanych objawów klinicznych. Średni czas od wystąpienia objawów do wdrożenia leczenia chirurgicznego wynosił 11 miesięcy. Z dostępu przez laparotomię operowano 41% (12) pacjentów, przezkroczowego 51% (15) oraz mieszanego 7% (2). Usunięcie kości guzicznej wraz z guzem wykonano u 10% pacjentów (3). Resekcja odbytnicy konieczna była w 20,69%. U 21 pacjentów (72,41%) uzyskano całkowite wyleczenie, u 14 efekt osiągnięto po pierwszym zabiegu operacyjnym (66,67%). 7 pacjentów (33,34%) wymagało reoperacji. 8 pacjentów (27,59%) nie udało się wyleczyć. Wczesne powikłania pooperacyjne pojawiły się u 21% pacjentów (6): krwawienie (2), zakażenie rany (2), uszkodzenie cewki moczowej (1) i uszkodzenie ściany odbytnicy (1). Powikłania odległe wystąpiły w 34% (10) i były to najczęściej bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej (4).

Wnioski. 1. Guzy okolicy przedkrzyżowej występują częściej u mężczyzn, u nich też częściej pojawiają się zmiany złośliwe. 2. Objawy są skąpe i niespecyficzne, a ich obecność nie

wykazuje związku ze stopniem złośliwości guza. 3. Skuteczność leczenia chirurgicznego wynosi 72% a wybór dojścia operacyjnego nie ma istotnego wpływu na efekt leczenia.

55

Ocena drożności portów naczyniowych zakładanych w Klinice Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy

K. Tkaczyński¹, E. Romanowska¹, A. Zegarska¹, Z. Tomczak¹, M. Tarczyński¹, R. Dębicki¹, M. Jankowski², W. Zegarski²

¹studentka Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; ²Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Wprowadzenie. Porty naczyniowe składają się z komory z silikonową membraną oraz z cewnika wprowadzonego do żyły głównej górnej. Dzięki temu możliwe są infuzje oraz pobieranie krwi bez poszukiwania naczynia czy jego dodatkowego nakłuwania. Porty znajdują głównie zastosowanie w przypadku chorych leczonych przewlekle i intensywnie, czyli znaczną częścią użytkowników portów naczyniowych stanowią chorzy leczeni onkologicznie. Ze względu na coraz szersze zastosowania oraz rozwój chemioterapii wzrasta liczba zakładanych portów, w związku z czym ważne jest obserwowanie ich drożności na przestrzeni lat.

Materiał i metody. W pracy poddano analizie dane chorych, protokoły operacyjne, raporty patologiczne i inne dane zawarte w elektronicznej bazie danych Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Ocenie poddano 96 chorych leczonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2011–2012. Porty naczyniowe zakładane w Centrum Onkologii w Bydgoszczy umieszczane były przez dwóch chirurgów głównie przez żyłę podobojczykową prawą, zaś pacjentami byli w większości chorzy leczeni na raka odbytnicy oraz raka piersi. 60% z chorych z założonymi portami naczyniowymi stanowiły kobiety. Około 80% pacjentów było w trakcie chemioterapii podczas zakładania portu, 10% było przed chemioterapią, o 10% nie uzyskaliśmy informacji co do chemioterapii.

Wyniki. Wśród przeanalizowanych danych dotyczących powikłań znaleziono tylko jeden przypadek wystąpienia odmy, zaś dwa przypadki wymagały rewizji w warunkach sali operacyjnej. 2,5% portów wymagało usunięcia. Średni czas zabiegu wynosił 30 minut. Po 3 miesiącach obserwacji zanotowano 2 zgony, a 18% zniknęło z obserwacji, co mogło być związane z ich zgonem bądź zmianą miejsca kontynuacji leczenia. 70% portów było drożnych. Po 6 miesiącach obserwacji zarejestrowano brak odnotowanych zgonów, lecz z obserwacji zniknęło 20% chorych. Drożność portów spadła do 60%.

Wnioski. Porty naczyniowe to skuteczna i bezpieczna metoda na uzyskanie dojścia do żyły głównej górnej umożliwiająca wygodne podawanie leków bądź środków odżywczych

przy stosunkowo wysokim komforcie życia codziennego pacjenta. Zabieg charakteryzuje się niewielkim obciążeniem dla chorego ze względu na krótki czas trwania i niską inwazyjność. Największym problemem dla pacjenta staje się płukanie portu i kontrola jęgo drożności.

58

Zmiany zachodzące w procesie leczenia w grupie chorych operowanych z powodu raka odbytnicy, podczas pracy Kliniki Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w latach 2000–2012

A. Zegarska¹, E. Romanowska¹, K. Tkaczyński¹, Z. Tomczak¹, M. Tarczyński¹, R. Dębicki¹, M. Jankowski², W. Zegarski²

¹Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika — student; ²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Wprowadzenie. Rak odbytnicy należy do najczęstszych nowotworów przewodu pokarmowego. W Polsce zajmuje drugie miejsce względem zachorowalności wśród chorych z nowotworem złośliwym u obu płci. Wyleczalność w dużym stopniu zależy od wczesnego wykrycia choroby i szybkiego zastosowania skojarzonego leczenia radykalnego, w skład którego wchodzi oprócz procedur chirurgicznych chemio- i radioterapia.

Materiał i metody. Retrospektywnej analizie poddano protokoły operacyjne, raporty patologiczne i inne dane zawarte w elektronicznej bazie danych Centrum Onkologii w Byd-

goszczy. Ocenie poddano 900 chorych w wieku pomiędzy 22 a 95 rokiem życia, leczonych radykalnie w Klinice Chirurgii Onkologicznej CM UMK w latach 2000–2012. Zabiegi operacyjne wykonywało 25 chirurgów.

Wyniki. W latach 2000–2012 u chorych najczęściej rozpoznawano nowotwór w III stopniu zaawansowania. Zwiększała się ilość chorych u których rozpoznanie nastąpiło w II stopniu zaawansowania, natomiast grupa chorych z rozpoznaniem w I stopniu zaawansowania utrzymywała się na tym samym poziomie. Najczęściej stosowanym schematem radioterapii przedoperacyjnej w Klinice Chirurgii Onkologicznej CM UMK jest schemat krótki: napromienianie 5 Gy przez 5 dni (25 Gy). Najczęściej wykonywanym zabiegiem operacyjnym była przednia resekcja odbytnicy, natomiast najrzadszym operacja Hartmanna. Z biegiem czasu obserwuje się wzrost ilości przednich resekcji odbytnicy. Wzrasta również ilość chorych kwalifikowanych do leczenia w wieku powyżej 80 roku życia. Czas trwania hospitalizacji wyniósł średnio ok. 14 dni i zależny był od rodzaju przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, oraz od stanu chorego po operacji.

Wnioski. Wraz z upływem lat wzrasta odsetek nowotworów wykrywanych we wcześniejszych stadiach zaawansowania, co pozwala na skrócenie czasu zabiegu operacyjnego i umożliwia uzyskanie lepszych wyników leczenia. Wzrost odsetka przednich resekcji oraz skrócenie czasu hospitalizacji i czasu trwania zabiegu pozwala na uzyskanie lepszego efektu czynnościowego i szybszą rehabilitację chorych. Prowadzenie bieżącej dokumentacji w komputerowej bazie danych ułatwia ocenę retrospektywną danych dotyczących leczenia raka odbytnicy. Elektroniczne bazy danych stanowią nieodzowny element prowadzenia badań statystycznych.

Skorowidz AUTORÓW

A

Adamczyk B. 5
Al-Amawi T. 26
Alba Mesa F. 1
Andrzejuk J. 8

B

Bała D. 8
Bębenek M. 2
Bobowicz M. 5, 27, 38, 39, 40
Budny W. 29, 30
Bylina E. 8

C

Chmielarz A. 2
Chmielik E. 10
Chruścicka I. 5, 21, 22, 23, 25
Chrzan R. 17
Cichon P. 15
Ciesielski M. 27
Ciseł B. 4, 29, 30
Czarnecki M. 2
Czarnecka A. 10
Czartoryska-Arlukowicz B. 8
Czerniawski K. 16

Ć

Ćwik G. 21

D

Dębicki R. 41, 42
Dilling P. 30, 31
Dobrut M. 28, 32, 33
Drewa T. 34, 37
Drucis K. 1, 15
Dubowik M. 38
Dziewirski W. 7
Dziki A. 40

E

Eggermont A. 7

F

Fetsych T. 13
Flisiński P. 37

G

Glich J. 6
Głowacka I. 36, 39

Głuszek S. 18
Gos A. 7
Górski M. 6
Grajek M. 32, 33
Gryta A. 29

H

Haduch J. 11
Halczak M. 26
Handkiewicz-Junak D. 10
Herman K. 24
Hudziec P. 8

I

Irga-Jaworska N. 23

J

Jankiewicz M. 4, 29
Jankowski M. 8, 36, 41, 46
Jarząb M. 10
Jarząb B. 10
Jasiński W. 27
Jastrzębski T. 1, 15, 31, 32, 38, 39
Jaśkiewicz J. 1, 5, 6, 15, 21, 22, 23, 25, 27, 31, 38, 39, 40
Jaworski R. 5, 22, 23, 25
Jazienicki M. 29, 30
Jerzak vel Dobosz A. 8
Jeziorski A. 7, 15, 26
Jędrzejewski P. 28, 33
Jóźwicki W. 40
Jundziłł A. 37
Jurkowska M. 7

K

Kabata P. 5, 23, 29, 32
Kamiński A. 2, 21
Kamsukom N. 7
Kąkol M. 1, 15, 22, 27, 29, 32, 38, 39
Kłosowski T. 34
Kładny J. 26
Koljenović S. 7
Kołacińska A. 13, 14
Komorowski A.L. 1
Kot M. 18
Kotucha B. 18
Kowalska M. 10
Kowalska A. 11
Kozak D. 36, 39

Krajewska J. 10
Krakowczyk Ł. 28
Krakowczyk L. 32, 33
Krawczyk M. 34
Król K. 32
Kruszewski W.J. 2, 25, 27, 30, 31, 34
Kryj M. 2, 16
Kułpa T. 17
Kurylcio A. 4, 29, 30
Kwiatkowski W. 16
Kwietniak M. 26

L

Las-Jankowska M. 8
Leśniak T. 2
Lewicka M. 4, 29, 30
Limon J. 8
Lukavetsky N. 13
Lukavetsky O. 13

Ł

Łukasiewicz S. 19, 35

M

Maciejewski A. 10, 16, 28, 32, 33
Majdan A. 29
Majewski T. 16
Makarewicz W. 27, 38, 39
Maliszewski D. 22, 27, 31
Markiewicz W. 2
Matłok M. 8
Mazur S. 16
Mądrecki M. 14
Mądrecki A. 24
Melerowicz W. 8
Mentrak Z. 16
Michej W. 7
Mielko J. 2, 4, 29, 30
Mituś J.W. 1, 24
Murawa D. 5, 9, 20, 28
Murawa P. 5, 9

N

Nagadowska M. 16
Nazarewski Ł. 34
Nejc D. 26
Niedźwiecki S. 26
Nowacki M. 34, 37
Nowaczyk P. 20

Nowakowski W. 9
Nowecki Z.I. 7
Nowikiewicz T. 8, 36, 39

O

Oczko-Wojciechowska M. 10
Osuch C. 8

P

Piątkowska M. 36
Piechocki J. 16
Piekarski J. 26
Pietkun K. 39
Pikiel P. 31
Pilecki B. 21
Pluta P. 7
Polec T. 1, 15, 39
Polkowski W.P. 29, 30
Połom K. 28
Półtorak S. 2, 10, 16, 21, 28, 32, 33

R

Rak P. 5, 21, 22
Robert C. 7
Romanek J. 4, 30
Romanowska E. 41, 42
Różewicz R. 26
Rusinek D. 10
Rutkowski A. 2
Rutkowski P. 7, 8
Rząca M. 35

S

Sacher A. 10
Sadowski A. 23
Saliński A. 40
Siedlecki J.A. 7, 8

Sieńko-Sienkiewicz L. 16
Sitarz R. 29, 30
Skokowski J. 6, 7, 40
Skotnicki P. 33
Skórzewska M. 4, 29
Słusznik A. 11
Słusznik J. 11
Sobczak E. 30, 34
Sobolewska A. 40
Sokoluk M. 29, 30
Sołowiej K. 19, 31, 35
Sommer A. 15
Spychała A. 5, 9
Stanisławek A. 19, 35
Stobiecka E. 10
Stojcev I. 31
Stojcev Z. 31
Strączyński M. 2
Strojek J. 21
Strzępek Ł. 33
Sygut J. 11
Szajewski M. 27
Szefel J. 27
Szubert A. 16
Szubstarski F. 19, 35
Szulgo A. 3
Szumniak R. 28, 32, 33
Szymczyk C. 28, 32, 33

Ś

Śrutek E. 40
Świerblewski M. 29
Świtaj T. 8

T

Tarczyński M. 41, 42
Tchórzewski M. 40
Tkaczyński K. 41, 42

Tomczak Z. 41, 42
Trepka S. 11
Tyloch D. 34, 37

U

Ulczo R. 28, 32, 33

V

van Akkooi A. 7
Voit C. 7

W

Walczak J. 27, 31
Walczak P. 30, 34
Wasiewicz J. 9
Widział M. 2
Wierzgoń J. 28, 32, 33
Włodarczyk M. 40
Wohadlo Ł. 33
Wojtasik P. 26
Wojtczak M. 40
Woźniacki P. 6, 7
Wujtewicz M. 23
Wydra J. 27
Wysocki W.M. 1, 24

Z

Zajac M. 19, 35
Zdzenicki M. 7
Zegarska A. 41, 42
Zegarski W. 8, 36, 39, 41, 42
Zeman M. 2, 16
Zembala-Nożyńska E. 10
Zieliński J. 5, 22, 23, 25
Zuchora B. 29

Ż

Żebracka-Gala J. 10