

VII Usteckie Dni Onkologiczne

W dniach 10-12 września 2010 r. po raz siódmy odbyła się coroczna ogólnokrajowa konferencja naukowo-szkoleniowa „Usteckie Dni Onkologiczne”, organizowana przez Oddziały Chirurgii Onkologicznej, Chirurgii Ogólnej oraz Chirurgii Naczyniowej Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Słupsku. W tym roku zjazd odbył się w malowniczo położonym ośrodku „Dolina Charlotty” w Strzelinku pomiędzy Słupskiem a Ustką. Uczestniczyło w nim ponad 500 gości z kraju i za granicą, w tym czołówka polskich onkologów i chirurgów. Gościem specjalnym zjazdu był wiceprezydent Światowej Federacji Towarzystw Chirurgii Onkologicznej prof. Igor Reshetov.

Spotkanie odbyło się pod patronatem Krajowego Konsultanta ds. Chirurgii Onkologicznej, Prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, prof. Wojciecha Polkowskiego oraz Redaktora Naczelnego dwumiesięcznika *Nowotwory* prof. Edwarda Towpika. W tym roku swoją pieczę konferencję objęła również Światowa Federacja Towarzystw Chirurgii Onkologicznej.

Zorganizowano 6 sesji naukowych, podczas których ponad 20 wykładowców wygłosiło 26 referatów. Pierwsza sesja dotyczyła zastosowania technik specjalnych w chirurgii onkologicznej. Obejmowała 5 wykładów, w trakcie których omówiono zastosowanie izotopów w leczeniu nowotworów. Kolejne wykłady dotyczyły problemu zastosowania radioterapii śródoperacyjnej oraz zastosowania brachyterapii. Ostatni wykład dotyczył leczenia zaawansowanego raka żołądka z nadekspresją/amplifikacją HER 2, do którego komentarz wygłosił prof. Wojciech Polkowski. Wykład specjalny na zaproszenie Komitetu Naukowego – o nowych technologiach w leczeniu raka jelita grubego, w zastępstwie nieobecnego prezydenta Światowej Federacji Towarzystw Chirurgii Onkologicznej prof. Valerio Parisi'ego, wygłosił prof. Janusz Szyszkiwicz.

Kolejna sesja traktowała o programie wczesnego wykrywania raka piersi w Polsce. Pierwszy z 4 wykładów, jakie odbyły się w trakcie trwania sesji, dotyczył kontroli jakości w skryningu raka piersi w Polsce, kolejny wykład omawiał kontrowersje wokół skryningu raka piersi. W kolejnych wystąpieniach omówiono program wczesnego wykrywania raka piersi w Polsce oraz problem raka piersi u kobiet ciężarnych.

Drugi dzień zjazdu rozpoczął się sesją poświęconą wielodyscyplinarnemu leczeniu raka piersi w XXI wieku. Obejmowała ona 4 wykłady, z których pierwszy dotyczył nowoczesnej radioterapii raka piersi. W trakcie następnego wykładu przedstawiono zalecenia z St. Galen 2009, dotyczące leczenia uzupełniającego. Kolejny – poruszył

problem indywidualizacji leczenia na podstawie molekularnych czynników rokowniczych i predykcyjnych. Ostatni, poświęcony był mitom i faktom o krążących komórkach nowotworowych i markerach surowiczych. Po krótkiej przerwie uczestnicy spotkali się na kolejnej sesji, kontynuującej zagadnienie wielodyscyplinarnego leczenia raka piersi, w trakcie której wygłoszone zostały cztery kolejne wykłady. Pierwsza część poświęcona była historii, współcześnie wykorzystywanym technikom oraz przyszłości i roli chirurgii rekonstrukcyjnej w leczeniu raka piersi. Kolejne wykłady dotyczyły aspektów biologii molekularnej raka piersi i ich wykorzystaniu w praktyce chirurgicznej. W wykładzie zamykającym temat poruszono problem wzrostu zachorowań na raka przewodowego *in situ*.

Na następną sesję składały się trzy wykłady specjalne na zaproszenie firm. Pierwszy poświęcony był zachowaniu płodności u pacjentek z rozpoznaniem nowotworem. Następny wykład dotyczył wpływu leczenia żywieniowego na wrodzoną odpowiedź przeciwbakteryjną. Ostatni wykład tej sesji nawiązywał do problemu poruszanego w poprzedniej sesji i przybliżał technikę odroczonej rekonstrukcji piersi, z wykorzystaniem ekspanderów dwukomorowych.

Ostatnia sesja konferencji powracała do zagadnienia technik specjalnych w chirurgii onkologicznej. Była to najdłuższa sesja konferencji i obejmowała 7 wykładów. Dwa pierwsze dotyczyły wskazań oraz zastosowania techniki HIPEC, jak również polskich doświadczeń wieloośrodkowych w zastosowaniu tej techniki. Następny wykład mówił o nowych kierunkach w chirurgii *Notes* oraz zastosowaniu jej w chirurgii onkologicznej. Trzeci wykład poświęcony był możliwości zastosowania robotów w chirurgii onkologicznej. Dalsza część sesji poświęcona była zagadnieniom praktycznym. Kolejni wykładowcy mówili o zastosowaniu w codziennej praktyce przezodbytowej endoskopowej mikrochirurgii i technik specjalnych w chirurgii rekonstrukcyjnej. W ostatnim wykładzie zjazdu omówiono przeszczepianie tłuszczu i komórek macierzystych w chirurgii rekonstrukcyjnej.

W trakcie konferencji odbyło się zebranie Zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, spotkania robocze sekcji węzła wartownika oraz grupy roboczej ds. badań wieloośrodkowych przy PTChO. Ważnym wydarzeniem było spotkanie założycielskie sekcji „chirurgii robotowej” PTChO, w którym uczestniczyli przedstawiciele wielu specjalizacji zabiegowych. Spotkanie to miało przyczynić się do rozwoju tej techniki operacyjnej

w Polsce i wprowadzeniu jej do codziennej praktyki chirurgicznej.

Zjazd zakończył się w niedzielę 12 września. Z uwagi na stały wzrost zainteresowania konferencją organizatorzy podjęli już przygotowania do przyszłorocznych

Usteckich Dni Onkologicznych w jednej z nadmorskich miejscowości.

Dr n. med. Zoran Stojcev
Słupsk

Sprawozdanie z konferencji „Rak piersi u młodych kobiet” w Bernie

W drugim i trzecim dniu września 2010 roku, w stolicy Szwajcarii – Bernie, odbyła się konferencja poświęcona młodym kobietom chorym na raka piersi, zorganizowana przez Europejską Szkołę Onkologii (European School of Oncology).

Obrazy odbywały się w Instytucie Patologii Uniwersytetu Berneńskiego, w auli imienia profesora Theodora Langhansa. Aula zawdzięcza swoją nazwę odkrywcy wielojądrowych komórek olbrzymich, charakterystycznych dla chorób ziarniniakowych, który był w latach 1872-1913 kierownikiem Zakładu Patologii w tamtejszym uniwersytecie.

Z Bernem, które jest czystym, pięknym miastem położonym na obu brzegach krętej i wartkiej rzeki Aare związanych było jeszcze co najmniej dwóch znanych uczonych. Pierwszy to Emil Theodor Kocher, znakomity chirurg, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny z 1909 roku za badania nad fizjologią i patologią gruczołu tarczowego. Drugim był również noblista, Albert Einstein, który przez kilka miesięcy miał stanowisko *Privatdozent* w tamtejszym uniwersytecie.

Dwudniowa konferencja poświęcona w całości rakowi piersi u młodych kobiet była kameralnym spotkaniem, które zgromadziło około stu osób z krajów Europy Środkowej i Zachodniej, ale także z Algierii, Pakistanu i Indonezji.

Swoje doświadczenie w leczeniu raka piersi prezentowali zaproszeni wykładowcy, a wachlarz omawianych zagadnień był bardzo szeroki. Obejmował prace z zakresu diagnostyki obrazowej i mikroskopowej, leczenia chirurgicznego, chemio-, hormono- i radioterapii. Poruszano zagadnienia zachowania płodności i ciąży po leczeniu chorych na raka piersi, leczenia chorych na raka piersi w trakcie ciąży i w trakcie karmienia piersią. Omawiano również aspekty psychologiczne dotyczące sposobu prowadzenia rozmów z młodymi kobietami o ich chorobie oraz tego, jak leczenie wpływa na samoocenę wyglądu zewnętrznego i seksualności pacjentek. Za kobiety młode uznano osoby przed 40. rokiem życia, a za bardzo młode – osoby przed 35 rokiem życia.

Rak piersi u młodych kobiet jest tzw. chorobą osieroconą, (*orphan disease*) stwierdziła doktor Elisabetta Rapiti, autorka wykładu zawierającego myśl przewodnią całego sympozjum.

Zdaniem doktor Rapiti choroba osierocona to choroba rzadko występująca i/lub zaniedbana przez naukowców, o znikomym zainteresowaniu firm farmaceutycznych

i objęta złą polityką promocji zdrowia. Wykład wykazał, że choć rak piersi u młodych kobiet nie jest rzadki, nie jest traktowany jako poważny problem publicznej służby zdrowia, to powinien być uznany za „chorobę osieroconą”. W dalszej części wykładu autorka przedstawiła, w większości znane, wyjątkowe cechy charakterystyczne dla raków piersi u młodych kobiet. Guzy te mają gorsze rokowanie z powodu większej agresywności, większa jest śmiertelność i wyższy wskaźnik nawrotów miejscowych. Znamienne częściej występują wyższe stopnie złośliwości, wyższy wskaźnik proliferacji komórek oraz inwazja naczyń krwionośnych i chłonnych. Złe rokowanie wynika również z wyższego odsetka dodatniej ekspresji receptora HER2 i częstszego występowania guzów z ujemnymi trzema receptorami.

Porównując dwie grupy kobiet do 45 i po 65 roku życia, dr Rapiti, wykazała wyższy odsetek nawrotów miejscowych w pierwszej grupie chorych. Jej zdaniem przyczyn tego stanu jest kilka. Po pierwsze częściej występujący dodatni margines po leczeniu operacyjnym (redukcję odsetka nawrotów można uzyskać stosując chemioterapię pooperacyjną). Drugim czynnikiem jest rozległy komponent raka wewnątrzprzewodowego i w tym wypadku leczeniem z wyboru jest radioterapia. Trzeci czynnik, wymieniony ze znakiem zapytania, wskazuje na możliwość częstszego występowania mutacji.

Na zakończenie swego wystąpienia dr Rapiti przedstawiła strategię prowadzenia badań przesiewowych i metody leczenia młodych kobiet z rakiem piersi. Mammografia u kobiet młodych ma mniejszą czułość, co wynika z rzadszego występowania raka piersi w porównaniu z grupą kobiet starszych i większej gęstości gruczołu. Dlatego badania przesiewowe w tej grupie wiekowej powinny być poprzedzone oceną czynników ryzyka w konkretnym przypadku i należy wykorzystywać mammografię cyfrową, ultrasonografię, a wybranych przypadkach – tomografię rezonansu magnetycznego. Bardzo ważną częścią tej strategii jest prowadzenie prospektywnych badań naukowych. W części poświęconej leczeniu autorka wskazała na konieczność leczenia systemowego u kobiet z obecnym receptorem HER2 i brakiem wszystkich trzech receptorów.

Kolejny wykład, dotyczący zastosowania MRI w postępowaniu przedoperacyjnym, przedstawiła dr T. Galiardi z Aberdeen Royal Infirmary w Wielkiej Brytanii. Zdaniem autorki przedoperacyjne badania z wykorzystaniem MRI powinny być stosowane w specjalistycznych

centrach wykonujących co najmniej 150 badań rocznie, w tym co najmniej 10 biopsji pod kontrolą MRI. Widoczne w MRI zmiany wymagają biopsji pod kontrolą MRI przed zmianą decyzji o sposobie leczenia. Możliwe zmiany w sposobie leczenia muszą być podejmowane przez wielospecjalistyczny zespół.

W pierwszym dniu sympozjum zostały też przedstawione dwa wykłady dotyczące leczenia chirurgicznego. Doktor Oreste Gentilini przedstawił własne doświadczenie w oszczędzającym leczeniu raka piersi z śródoperacyjną radioterapią w systemie *ELIOT boost (ELectron IntraOperative Therapy)* jamy po wycięciu nowotworu i pooperacyjnej radioterapii całej piersi. Zdaniem autora wynik kosmetyczny jest podobny, jak przy zastosowaniu jedynie radioterapii pooperacyjnej, a czas leczenia ulega wyraźnemu skróceniu.

Drugi wykład przedstawiał współczesne możliwości rekonstrukcji piersi po leczeniu przeciwnowotworowym. Doktor Adrew D. Baildam ze Szpitala Uniwersyteckiego w Manchester mówił o historii i o współczesnych aspektach chirurgii odtwórczej piersi. Moim zdaniem dla młodych, pozbawionych piersi kobiet najważniejszą myślą tego wykładu była odpowiedź autora na zadane sobie pytanie, czy operacje odtwórcze piersi są operacjami kosmetycznymi. Zdaniem doktora Baildama są to operacje ze wskazań lekarskich, mające ogromne znaczenie psychologiczne dla kobiet, poprawiające jakość ich życia i co najważniejsze są symbolem zwycięstwa nad rakiem. W swojej praktyce stosuje większość współczesnych metod rekonstrukcji piersi, od protez silikonowych, przez płat z mięśnia najszerzego grzbietu po płat TRAM. Najbardziej preferowaną przez dr Baildam'a metodą rekonstrukcji, co jest niezwykłe w Zjednoczonym Królestwie, jest wykorzystanie płata wyspowego z mięśnia najszerzego grzbietu. Pozwala, zdaniem prelegenta, na uzyskanie znacznej objętości piersi, jej wagi i naturalnego opadania. Do głównych powikłań rekonstrukcji z zastosowaniem płata LD zalicza źle zlokalizowaną bliznę na plecach, uniemożliwiająca kobiecie noszenie sukienek z odsłoniętymi plecami, zaburzenia funkcji ramienia i przykurcze w okolicy blizny.

Jakby w nawiązaniu do zagadnienia rekonstrukcji piersi, był następny wykład autorstwa dr Judith Adler z Uniwersyteckiego Szpitala w Bazylei, poświęcony zagadnieniom życia seksualnego i wyglądu ciała po leczeniu raka piersi. Zdaniem autorki problemy życia seksualnego i postrzegania własnego ciała wzbudzające niepokój chorych są efektem ubocznym samego leczenia. Jednocześnie chore nie oczekują od lekarza idealnych rozwiązań swoich problemów, chętnie witają natomiast sposobność przedyskutowania i znalezienia sposobu rozwiązania tych problemów. Zaburzenia życia seksualnego występują u znacznego odsetka chorych po leczeniu raka piersi. 23-64% kobiet traci zainteresowanie aktywnością seksualną, błąd podniecenia zgłasza 20-48%, a problemy z orgazmem ma 16-25% chorych. Leczenie obejmuje próby wsparcia pary w osiągnięciu zadowolenia seksualnego innymi drogami, jak dotychczas i konsultacje psychologiczne.

Kolejny wykład przygotowany przez dr O. Pagani był poświęcony ciąży po leczeniu raka piersi. Około

15% kobiet ma rozpoznawanego raka piersi w okresie rozrodczym. Głównymi przyczynami późnych ciąż (po 30 roku życia) są: kariera zawodowa i wydłużenie czasu edukacji spowodowane chęcią zdobywania wyższych stopni naukowych. W USA od wczesnych lat dziewięćdziesiątych odnotowano wzrost z 4,1% do 21,1% kobiet, które pierwsze dziecko rodzą w trzydziestym i późniejszym roku życia. Rak piersi bardzo często jest diagnozowany u kobiet, które pragną mieć jeszcze następne dzieci. Swoje wystąpienie dr O. Pagani zakończyła apelem, że nadszedł czas pomocy dla młodych kobiet i należy stworzyć plan by kobiety mogły bezpiecznie zachodzić w ciążę bez wymaganego wieloletniego oczekiwania na zakończenie leczenia uzupełniającego.

W sesji poobiedniej pierwszego dnia przedstawiono zagadnienia związane z leczeniem adiuwantowym. Dr G. Gruber na podstawie doświadczenia Instytutu Radioterapii z Zurichu stwierdził, że częściowe naświetlanie piersi u młodych chorych nie jest metodą bezpieczną. Kolejne wystąpienie poświęcone było zastosowaniu bifosfonianów w adiuwantowej terapii młodych kobiet. We wnioskach dr J. Houber stwierdził, że leki te nie mogą być jeszcze standardowo stosowane u wszystkich młodych kobiet, a ich wpływ na całkowite przeżycie nie jest sprawdzony.

Drugi dzień konferencji rozpoczęła sesja zatytuowana „Rak piersi, płodność i ciąża”. Zgodnie z doświadczeniem Kliniki Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytetu w Bernie obecnie podstawową metodą utrzymania płodności kobiet po leczeniu raka piersi jest stymulacja jajników oraz zamrażanie fragmentów tkanki jajnika. Stymulacja jajników powinna być prowadzona przez dwa tygodnie bez względu na fazę cyklu menstruacyjnego, a jednocześnie metoda ta powinna być łączona z innymi technikami zachowania płodności.

Sesja zatytuowana „Żyjąc z rakiem piersi” przyniosła, moim zdaniem, bardzo ważny wykład prof. Borisch z Genewy, która omówiła problem uzyskiwania informacji o swojej chorobie przez chorych z internetu. Nawet do 80% użytkowników internetu poszukuje informacji na tematy związane ze zdrowiem. Jednocześnie młode chore z rakiem piersi znacząco częściej uznają internet za źródło rzetelnej informacji o swojej chorobie, w porównaniu z kobietami w wieku starszym.

Autorka zaproponowała by znalazła się w internecie lista miejsc gdzie można uzyskać właściwe rozpoznanie i skuteczne metody leczenia.

Organizatorzy konferencji wykazali się olbrzymią znajomością tematu, który bardzo rzadko bywa tak kompleksowo omawiany. Należy mieć nadzieję, że European School of Oncology będzie kontynuowała tak znakomite i trudne do przecenienia spotkania.

W tym miejscu pragnę gorąco podziękować Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego za finansowe wsparcie, bez którego moja obecność w Bernie nie była by możliwa.

Dr med. Artur Szubert

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