

Sprawozdanie z 6th Biennial International Sentinel Node Society Meeting

W dniach 18-20 lutego 2008 r. miałem przyjemność uczestniczyć w VI Konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Węzła Wartowniczego, która odbyła się w Sydney w Australii. Brało w niej udział ok. 200 uczestników z 40 krajów świata. Centrum kongresowe, w którym odbywała się konferencja, zlokalizowane jest tuż przy spacerowym bulwarze w dzielnicy Darling Harbour. Okoliczna roślinność, przepiękny widok na port (stąd taka nazwa dzielnicy), dodatkowo zwiększały atrakcyjność pobytu. Pomimo astronomicznego lata w tej części świata, pogoda również była sprzymierzeńcem uczestników konferencji. Temperatura do 28 st. Celsjusza, odpowiednia dla Europejczyków wilgotność, umożliwiały zarówno aktywne uczestnictwo, jak i wypoczynek, m. in. na jednej z wielu plaż zlokalizowanych na obrzeżach lub w chińskim ogrodzie położonym w centrum miasta.

Gospodarzami konferencji byli Roger Uren z University of Sydney oraz John Thompson z Sydney Melanoma Unit, którzy dokonali otwarcia obrad.

Organizatorzy podzielili program konferencji na sesje plenarne, odbywające się codziennie od godz. 9 do 10.30 i ponownie od 14 do 15.30 oraz dwie równoległe sesje satelitarne w pozostałych godzinach, obejmujące swoją tematyką zagadnienia dotyczące węzła wartowniczego w poszczególnych nowotworach narządowych.

Wśród moderatorów dominowali Australijczycy i Amerykanie. Wymienić tu należy takie nazwiska, jak: Donald Morton, Ramon Cabanas, Armando Giuliano, Stanley Leong, Charles Balch, Hiram Cody III, Grantely Gili oraz (z Europy) Alessandro Testori, Robert Mansel, Amir Sherif, Giuseppe Viale. Nie brakowało lekarzy z Japonii, gdzie za kolejne dwa lata przewidziano następną konferencję – w Yokohamie.

W trakcie trwania obrad istniała również możliwość zapoznania się z plakatami, z których trzy były z Polski.

Dominowała oczywiście tematyka węzła wartowniczego w czerniaku i raku piersi, ale nie zapomniano o zastosowaniu tej procedury w nowotworach: układu moczowego, pokarmowego, oddechowego oraz płciowego u kobiet. Omówiono nie tylko metodykę biopsji węzłów wartowniczych, ale także problemy związane z jej zastosowaniem.

Przedstawiono i dyskutowano również liczne kontrowersyjne opinie odnośnie samej metody, jak i interpretacji wyników. Dokonano także wstępnego podsumowania wielośrodkowych triali. Ponadto pojęto próbę wyznaczenia nowych kierunków działań na najbliższe lata. W części szczegółowej w pierwszym dniu sesji odbyły się sesje panelowe pod tytułem „Consensus Conference – Stan-

dard of care?”, dotyczące zastosowania biopsji węzłów wartowniczych w raku piersi, onkologii urologicznej i ginekologicznej. W przypadkach raka piersi oddzielne wystąpienia poświęcono roli biopsji węzłów wartowniczych u chorych z rakiem *in situ*, neoadiuwantowej chemioterapii oraz roli węzłów wartowniczych w lokalizacji przymostkowej. Wykazano zdecydowane zalety wynikające z zastosowania biopsji węzłów wartowniczych u chorych z przedoperacyjnym rozpoznaniem CDIS, zwłaszcza u chorych kwalifikowanych do mastektomii z uwagi na trudności diagnostyczne oraz ok. 20% niedoszacowanie rozpoznania. U chorych kwalifikowanych do chemioterapii z uwagi na wielkość guza polecano przed rozpoczęciem leczenia wykonanie biopsji węzłów wartowniczych. Omówiono także problem przymostkowego spływu chłonnego. Na podstawie 6 doniesień sformułowano tezę o gorszym rokowaniu chorych ze spływem chłonnym do węzłów okolicy tętnicy piersiowej wewnętrznej, z centralnym umiejscowieniem guza i przerzutami do węzłów chłonnych pachy (39%), w stosunku do guzów umiejscowionych w kwadrantach zewnętrznych oraz przerzutami do pachy i okolicy przymostkowej (23%). Podkreślono w tych przypadkach rolę chemio- i radioterapii.

W dniu następnym odbyły się podobne sesje panelowe na temat standardów histologicznego badania węzłów wartowniczych. Dyskutowano o technicznych aspektach histologicznej oceny węzłów wartowniczych, takich jak liczba przekrojów, czy odległość pomiędzy poszczególnymi przekrojami węzła. Omawiano również przydatność immunohistochemicznej oceny węzłów wartowniczych. Zwrócono uwagę, że około 98% mikroprzerzutów stwierdzane jest za pomocą badań IHC; ich obecność pogarsza rokowanie, ale nadal nie są traktowane jako czynnik prognostyczny. Natomiast zaznaczono wpływ inwazji nowotworowej naczyń chłonnych w okolicy guza na występowanie przerzutów do węzłów wartowniczych. Nie pominięto także śródoperacyjnej oceny węzłów wartowniczych. Wskazano na znaczącą rolę oceny skrawków mrożonych z węzłów wartowniczych w ich ocenie histologicznej.

Tematy wymienione powyżej nadal wzbudzają kontrowersje co do swojego znaczenia diagnostycznego. Przedstawiono retrospektywne doniesienie z Tokyo, analizujące wpływ obecności mikroprzerzutów na częstość wznów miejscowych. W grupie 631 chorych, operowanych w latach 2002-2007, nie stwierdzono takiej statystycznej zależności i nie znaleziono wskazań do wykonania pełnej limfadenektomii u tych chorych.

W części popołudniowej drugiego dnia obrad przedstawiono doniesienia o zastosowaniu nowych technik



Dr med. Jacek Piechocki

w wizualizacji węzłów wartowniczych przy użyciu pozytonowej tomografii emisyjnej i rezonansu magnetycznego. Wykazano dodatkową wartość tej metody w wizualizacji i identyfikacji węzłów wartowniczych. Podobnie w holenderskim opracowaniu wykazano wzrost liczby zidentyfikowanych węzłów wartowniczych, w przypadkach „ujemnej” limfoscintygrafii, po podaniu źródłowym 1 mCi izotopu. Europejski Instytut Onkologii z Mediolanu przedstawił pracę omawiającą (na przykładzie grupy 959 chorych) zastosowanie biopsji węzłów wartowniczych u chorych z „ukrytym” rakiem piersi, gdzie zarówno do identyfikacji, jak i usunięcia zmiany pierwotnej z piersi i węzłów wartowniczych stosowano znaczniki izotopowe. Ponadto przedstawiono doniesienia omawiające ocenę węzłów wartowniczych z zastosowaniem techniki PCR, także jako składową badania śródoperacyjnego, jak również ocenę kosztów tej procedury.

W zakresie innych nowotworów narządowych przedstawiono podobne doniesienia, omawiające zarówno szczegóły techniczne, jak i kazuistykę.

Można powiedzieć, że zagadnienia związane z biopsją węzła wartowniczego zostały na tej konferencji omówione w sposób kompleksowy i wyczerpujący w stosunku do obecnego poziomu wiedzy. Nadal pozostały jednak obszary, gdzie nie uzyskano pełnego konsensusu. Wydaje się jednak, że kolejne konferencje z pewnością przybliżą te rozwiązania.

Dr med. Jacek Piechocki

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