

Sprawozdania • Reports

Sprawozdanie z I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

W dniach 7-9 października 2004 r. w Gdańsku odbył się I Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Organizatorem spotkania było Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej i Wydawnictwo Via Medica. W Zjeździe uczestniczyło około 1000 osób związanych z medycyną paliatywną, w tym także lekarze onkolodzy.

Uroczystego otwarcia Zjazdu dokonał konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej i prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej prof. Krystyna de Walden-Gałuszko, przypominając zgromadzonym już ponad 20-letnią historię ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej w Polsce oraz przedstawiając stan obecny (ponad 400 działających ośrodków, około 80 specjalistów medycyny paliatywnej). Wykład inauguracyjny zatytułowany „Political challenges in palliative care”, wygłosiła prof. J. Finlay, która jest angielskim parlamentarzystą, mającym wieloletnie doświadczenie w propagowaniu opieki nad umierającymi i w walce o społeczne, polityczne i finansowe poparcie tej idei.

W pierwszym dniu Zjazdu odbyły się warsztaty dotyczące m.in. oceny bólu i specyfiki opieki nad umierającymi.

W drugim i trzecim dniu Zjazdu miały miejsce sesje plenarne, w trakcie których dyskutowano nad problemami szczególnie istotnymi dla chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej i osób opiekujących się nimi. Wykłady i dyskusje dotyczyły leczenia bólu i wyniszczenia, postępowania w stanach naglących, zwalczania nudności i wymiotów, rozpoznawania i postępowania w stanach apalicznych, problemów depresji i lęku, towarzyszących ciężkiej chorobie i umieraniu. Dr M. Hilgier przypomniał zasadniczą rolę, jaką odgrywa morfina w leczeniu bólu nowotworowego, przedstawił także wiele interesujących, a często zapomnianych faktów z historii farmakoterapii morfiną. Ten „stary” lek, stosowany od początku XIX wieku, czasami wypierany ze świadomości lekarzy przez nowoczesne preparaty, pozostaje nadal podstawowym lekiem w terapii silnych bólów towarzyszących chorobie nowotworowej. Morfina dostępna jest obecnie pod wszelkimi możliwymi postaciami (tabletki szybko działające i o przedłużonym czasie działania, roztwór wodny, czopki, ampułki do iniekcji), co umożliwia dogodne dobieranie dawek i dróg podawania leku. Dr M. Krajnik wskazała na nowe kierunki w zakresie stosowania opioidów, zwracając szczególną uwagę na naukowe podstawy oraz ewentualne możliwości i zalety zarówno rotacji, jak i kojarzenia różnych opioidów. Receptory opioidowe znajdują się w mózgu, w rogach tylnych rdzenia kręgowego i w tkan-

kach obwodowych. Opioidy lipofilne (fentanyl) działają prawie wyłącznie w mechanizmie mózgowym (aktywacja centralnego układu kontroli bólu i hamowanie przewodnictwa w rdzeniu kręgowym), natomiast opioidy hydrofilne (morfina) działają w mechanizmie zarówno mózgowym, rdzeniowym, jak i obwodowym. Wydaje się, iż udział skomplikowanego mechanizmu rdzeniowego jest bardzo ważny dla osiągnięcia pełnego efektu przeciwbólowego. Doc. J. Wordliczek mówił na temat bólów trudnych do opanowania tradycyjnymi metodami. Jest to szczególnie istotne zagadnienie, ciągle nie do końca poznane. Istnieją bowiem bóle odporne na leczenie opioidami, w przypadku których zwiększanie dawki opioidu nie daje poprawy efektu analgetycznego, a może pociągnąć za sobą rozwój tzw. bólu paradoksalnego, bardziej trudnego do opanowania. Ponadto, bólem szczególnie trudnym do leczenia jest ból neuropatyczny (spowodowany uszkodzeniem struktur układu nerwowego – nerwów, korzeni, rdzenia kręgowego lub mózgu), który występuje u około 50% chorych na nowotwory. W leczeniu tego typu bólów jako zasadę należy przyjąć kojarzenie leków przeciwbólowych z odpowiednio dobranymi lekami adiuwantowymi.

Dr J. Jarosz przedstawił w bardzo przystępnej formie problem wyniszczenia nowotworowego, występującego u znacznej części chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej i znacząco wpływającego na wyniki leczenia i jakość życia chorych. Przedstawił też aktualne metody postępowania w tym zespole. Chociaż objawów wyniszczenia nie można powstrzymać intensywnym dostarczaniem organizmowi białka i innych substancji odżywczych, to ograniczenia w przyjmowaniu pokarmów przyspieszają rozwój tego zespołu. Żywność doustna jest najlepszą formą dostarczania substancji odżywczych. Możliwe jest obecnie zastosowanie szeregu fabrycznie przygotowanych preparatów (także do podawania przez zgłębnik i przetoki odżywcze). Interesujące były informacje o możliwościach zastosowania w wyjątkowych sytuacjach żywienia pozajelitowego (szczególnie u osób poddawanych zabiegom operacyjnym).

Prof. K. de Walden-Gałuszko mówiła o zespole psychoterminalnym, który jest reakcją na stres związany z terminalną fazą choroby. Zespół ten może przybierać formę zespołu lękowego lub depresyjnego. Szczególnie istotne jest prawidłowe rozpoznawanie różnych form klinicznych zespołu lękowego i odpowiednie dobieranie terapii (w zespole lęku przewlekłego lub koncentracji lękowej zalecane są pochodne benzodwuzepiny o długim lub średnim okresie półtrwania, natomiast w przypadku zespołu lęku

napadowego krótkodziałające pochodne benzodwupiny, a następnie leki przeciwdepresyjne), podobnie w sytuacji depresji (postępowanie różne w zależności, czy jest to zespół hipoaaktywny czy hiperaktywny). W każdym przypadku depresji i lęku niezbędna jest także pomoc psychologiczna.

W sesji naukowej poruszono problemy duchowe, etyczne i moralne związane z opieką paliatywną i śmiercią (ks. prof. J. Makselon, ks. prof. W. Bołoz). Opieka paliatywna staje wobec szczególnego wyzwania – cierpienia duchowego człowieka umierającego, które wiąże się z cierpieniem fizycznym i psychicznym, ale znacznie się od nich różni. Jest to reakcja chorego na retrospektywne i obecne przeżywanie swojej egzystencji, ze szczególnym uwzględnieniem „niewykorzystanych” lub „zmarowanych” szans oraz „nieprawidłowości” w relacjach z innymi ludźmi i Bogiem. Cierpienie duchowe to także poczucie osamotnienia, niezrozumienia i brak poczucia bezpieczeństwa. Ból duchowy może znacznie utrudniać komunikację między chorym a personelem, a tym samym pogarszać jakość opieki. Szczególne emocje wzbudziło wystąpienie filozofa – dr B. Czerniej, rzucające nowe spojrzenie na świadomość śmierci, towarzyszącą ostatniemu okre-

sowi życia i jej wpływ na postawy chorych i opiekunów. Nadal pozostaje nierozstrzygnięte pytanie – ile świadomości śmierci jest potrzebne choremu i jego bliskim, aby podejmować odpowiednie działania dotyczące leczenia i opieki, ale także „uporządkowania” życia i załatwienia spraw „ostatecznych”. Znalazł się też tutaj bardzo ciekawy wykład poświęcony zagadnieniu eutanazji, w którym prof. S. Pużyński wykazał, jak różnie może być rozumiane słowo „eutanazja”. Przedstawił także szeroki przegląd postaw wobec eutanazji, które to postawy wynikają z różnic kulturowych, religijnych i społecznych oraz stan prawny i faktyczny dotyczący eutanazji w poszczególnych krajach.

W dniu zakończenia Zjazdu odbyło się walne zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, w trakcie którego na kolejną kadencję wyłoniono zarząd i ponownie na prezesa Towarzystwa wybrano panią prof. K. de Walden-Gałaszkę.

Dr n. med. Monika Rucińska¹

Dr n. med. Piotr Jakubów^{1,2}

¹ Hospicjum Dobre w Białymstoku

² Zakład Farmakologii Klinicznej Akademii Medycznej w Białymstoku

Sprawozdanie z kursu European Society of Mastology (EUSOMA)

W dniach 12-15 października 2004 r. odbył się w Budapeszcie kurs organizowany przez European Society of Mastology (EUSOMA), dotyczący chorób piersi. Było to już drugie tego typu spotkanie po ubiegłorocznym, które odbywało się w Atenach. Tegoroczna edycja skierowana była głównie do młodych chirurgów, chcących specjalizować się w leczeniu chorób piersi.

EUSOMA, organizacja utworzona w Budapeszcie w 1986 r., postawiła sobie za cel zintegrowanie europejskiego środowiska lekarzy zajmujących się mammologią oraz wypracowanie wspólnych algorytmów postępowania w chorobach piersi. Tegoroczne warsztaty kierowane były w szczególności do lekarzy z Europy Wschodniej, jednakże entuzjastyczne oceny zeszłorocznego kursu przyciągnęły chętnych z całej Unii Europejskiej oraz z krajów kandydujących do UE.

Głównym wątkiem wykładów było postępowanie w raku piersi, ale pomyślano również o wykładach na temat mastalgii oraz powikłań zapalnych i ropnych. Dużą część zajęło omówienie doświadczeń poszczególnych ośrodków w operacjach odtwórczych oraz onkoplastycznych, jako rutynowych zabiegów chirurgicznych. Program szkolenia obejmował więc całokształt zagadnień związanych z chorobami piersi.

Ciekawą formą przekazywania wiedzy, godną naśladowania przy organizowaniu tego typu spotkań, były interaktywne zajęcia z prowadzącymi poszczególne wykłady. Odbywały się one w małych, kilkusobowych, mie-

szanych narodowościowo grupach. Ich celem było pogłębienie omówionych tematów, podzielenie się wątpliwościami i wymiana doświadczeń z różnych ośrodków europejskich w bardzo nieformalnych, ułatwiających bezpośredni kontakt warunkach.

Inauguracyjny wykład, na temat europejskich wytycznych dotyczących wymogów, jakie powinny spełniać ośrodki specjalizujące się w chorobach piersi oraz akredytacji EUSOMA, wygłosił wiceprzewodniczący tej organizacji Prof. Roger Blamey z Nottingham, który w swym wykładzie wskazywał na celowość organizowania wyspecjalizowanych zespołów, zajmujących się chorobami piersi. W skład takiego zespołu powinno wchodzić co najmniej 2 chirurgów, 2 radiologów i techników wyspecjalizowanych w wykonywaniu mammografii, doświadczony patolog, radioterapeuta, onkolog kliniczny, wyspecjalizowane pielęgniarki oraz informatyk lub osoba przeszkolona do zbierania i opracowywania danych medycznych. Ośrodek ten w celu optymalizacji kosztów oraz utrzymania referencyjności powinien być zdolny do obsługi regionu zamieszkałego przez ok. 300 tys. osób i wykrywać co najmniej 150 przypadków raka piersi rocznie. Praca takiego ośrodka regionalnego powinna opierać się na ścisłych algorytmach postępowania diagnostycznego i leczniczego oraz możliwości odległej oceny chorych (tzw. *follow-up*). Prof. Blamey położył duży nacisk na ustawiczne szkolenie lekarzy pracujących w specjalistycznym zespole poprzez cotygodniowe spotkania z omawianiem nowych

przypadków oraz dyskusje dotyczące strategii postępowania.

Następnie wykłady wygłosili Rajmund Jakesz z Wiednia na temat badania klinicznego, Michael Fuchsjaeger z Wiednia na temat badań obrazowych, Margaretha Rudas z Wiednia na temat zastosowania biopsji w praktyce, natomiast Endy Evans oraz Hugh Bishop z Wielkiej Brytanii przedstawili swoje doświadczenia w badaniach przesiewowych.

Dr Fuchsjaeger w swoim wykładzie zwrócił uwagę na konieczność ujednoczenia i przyjęcia w ośrodkach europejskich oceny badań mammograficznych, zaproponowane przez American College of Radiology (ACR) w 1986 r. Sześciostopniowa klasyfikacja BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) ma na celu określenie, czy zmiana mammograficzna jest radiologicznie „łagodna“, czy też „ewidentnie złośliwa“. Przy zastosowaniu sztywnych kryteriów oceny obrazu możliwe jest klasyfikowanie mammografii przez chirurga bez specjalizacji z zakresu radiologii (warto dodać, że w Wielkiej Brytanii wstępnej oceny zdjęć mammograficznych w wielu ośrodkach dokonują przeszkoleni technicy radiologiczni). Dr Fuchsjaeger przedstawił również zalety kojarzenia mammografii z badaniem ultrasonograficznym, szczególnie u osób młodych, z gęstą tkanką gruczołową, w celu różnicowania zmian torbielowatych z litymi, a także w przypadkach lokalizacji zmian subklinicznych. Jako rutynowe w zmianach wątpliwych radiologicznie, w pooperacyjnym prowadzeniu chorych, a w szczególności w ocenie blizn pooperacyjnych, zmianach multicentrycznych oraz prowadzeniu chorych po chemioterapii przedoperacyjnej, zaproponował badanie obrazowe piersi z zastosowaniem tomografii komputerowej. Więcej informacji z praktycznymi przykładami na temat klasyfikacji BIRADS czytelnik znajdzie w internecie na stronach www.birads.at oraz www.acr.org.

Patolog, dr Margaretha Rudas przedstawiła zalety i wady różnych sposobów biopsji zmian w piersiach, z zaleceniem dążenia do wykonywania biopsji gruboigłowej jako dającej więcej informacji diagnostycznych. Bardzo ciekawy wykład wygłosił Endy Evans na temat skryningu, proponując jako idealne rozwiązanie objęcie badaniem kobiet wg schematu: kobiety w wieku 40-49 lat – badanie co 1 rok, kobiety w wieku 50-70 lat – badanie co 2 lata. Badania powinny być wykonane w 2 projekcjach i oglądane przez 2 radiologów w celu weryfikacji.

W drugim dniu Fiona MacNeill oraz Elena Kontogianni przedstawiły problemy związane z oceną ryzyka występowania Rodzinnego Raka Piersi (*Familial Breast Cancer*). Poruszając bardzo kontrowersyjny temat profilaktycznego usuwania piersi w przypadkach wysokiego ryzyka wystąpienia raka piersi, prof. Blamey cytował pracę z Rotterdamu, gdzie w ramieniu 63 pacjentek na 139 z mutacjami w genach *BRCA-1* i *-2* pozostawionych bez operacji, zanotowano 8 przypadków raka piersi w okresie 3 lat, wobec braku wystąpienia tej choroby u 76 pacjentek po obustronnej, profilaktycznej mastektomii. Prof. Blamey podkreślił, że nie powinno się wykonywać tego typu ope-

racji u zdrowych genetycznie kobiet, u których w rodzinie stwierdzono mutacje w genach *BRCA*. Proponował też badanie genetyczne u chorych z rdzeniastym rakiem piersi. Panowała ogólna zgodność co do proponowania takim pacjentkom rekonstrukcji piersi.

Dalsza część wykładów dotyczyła przedinwazyjnego raka piersi. Prof. Cataliotti z Florencji przedstawił metody operacyjne oraz dylematy kliniczne związane z kwalifikacją chorych do zabiegów oszczędzających w przypadku DCIS. W popołudniowej sesji dr Lazlo Vass omówił postępowanie w zmianach łagodnych, prof. Robert Mansel wygłosił wykład na temat mastalgii, dr Gatzemeier na temat ginekomastii oraz dr Christian Ingmar na temat powikłań zapalnych i septycznych.

W trzecim dniu konferencji omawiano postępowanie chirurgiczne u chorych z inwazyjnym rakiem piersi. Bardzo ciekawy wykład wygłosił prof. Mansel oraz prof. Blamey na temat rutynowo wykonywanej w Wielkiej Brytanii tzw. biopsji czterech węzłów (*four nodes biopsy, four axillary node sampling*), przeciwstawiając ją biopsji węzła wartowniczego. Metoda ta jest silnie promowana przez ośrodki z Edynburga oraz Nottingham jako prostsza, mniej kosztowna oraz dająca więcej informacji klinicznych i istotnie zmniejszająca możliwość fałszywie ujemnych zmian w węzle wartowniczym. Prof. Blamey w swoim wykładzie podkreślał też znaczenie Indeksu Progностycznego Nottingham (NPI) jako najlepszego w tej chwili, jego zdaniem, czynnika prognostycznego. Ośrodek w Nottingham wraz z ośrodkiem w Cambridge opracowały stronę internetową www.absolutegain.com, gdzie wprowadzając odpowiednie dane, bazując na NPI, można ocenić ryzyko indywidualne oraz dobrać najbardziej odpowiednie, pooperacyjne leczenie systemowe.

W ostatnim dniu konferencji prof. Richard Pötter z Wiednia omawiał schematy leczenia w przypadkach zaawansowanego raka piersi. Prof. Jakesz wygłosił wykład na temat leczenia systemowego, a po przerwie prof. Christos Markopoulos z Aten w porywającym stylu przypomniał uczestnikom problemy operacji oszczędzających. Następnie Marcus Galea, Manfred Frey i Edward Towpik omawiali techniki rekonstrukcyjne oraz onkoplastyczne. Tematyka rekonstrukcji piersi wzbudziła żywe zainteresowanie delegatów, ponieważ tylko nieliczne ośrodki w Europie mają możliwość wykonywania ich we własnym zakresie. Zainteresowanie technikami onkoplastycznymi w Wielkiej Brytanii wzrasta wraz z edukacją pacjentek oraz trendem do maksymalnie oszczędzających zabiegów, co wiąże się z większymi wymaganiami co do ostatecznego efektu kosmetycznego. Dr. Galea, który organizuje kursy onkoplastyczne z ramienia Royal College of Surgeons of England, przedstawił ważniejsze techniki wiążące się głównie z wypełnieniem łoża po usuniętym guzie i odtworzeniu objętości piersi sprzed zabiegu. Najpopularniejszą w tej chwili metodą jest przesuwanie płata z mięśnia najszerzego grzbietu (*tunnelled mini LD flap*). Operacja ta, przy starannym wykonaniu, gwarantuje bardzo dobry efekt kosmetyczny. Osoby zainteresowane kursami onkoplastycznymi, organizowanymi przez RCSE, znajdują

wszelkie informacje na stronach www.rcse.ac.uk lub kontaktując się z panią Kasią Riding pod londyńskim nr tel. 207869634.

Tegoroczny kurs organizowany przez EUSOMA, mimo bardzo wyczerpującego kalendarza (12 godzin wykładów dziennie z krótką przerwą na lunch), był jednym z najlepiej zorganizowanych i przemyślanych form przekaza-

nia wiedzy na najwyższym poziomie, z możliwością swobodnej wymiany doświadczeń z wielu ośrodków europejskich. Był to największy urok tego spotkania.

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

2004 Consensus Declaration of EQUAM

W dniach 23-26 czerwca 2004 r. w Groningen w Holandii odbyły się obrady EQUAM – European and International Committee for Quality Assurance, Medical Technologies and Devices in Plastic Surgery. Jest to organizacja monitorująca zapewnienie jakości i bezpieczeństwo przy wprowadzaniu i stosowaniu nowych technik operacyjnych i technologii w chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej.

Kolejne konferencje EQUAM, odbywane najczęściej w odstępach 2-letnich, prowadzą do ogłoszenia kolejnych, aktualizowanych deklaracji, będących podsumowaniem najnowszej wiedzy i wskazówką postępowania. Poniżej przedstawiam fragment Deklaracji 2004, dotyczący wszczepów piersiowych. Potwierdzono m.in., że najbezpieczniejsze w użyciu, z dotychczas stosowanych, są wszczepy silikonowe, zwrócono uwagę na brak opracowań potwierdzających bezpieczeństwo stosowania zaproponowanych ostatnio przez jednego z producentów wszczepów pokrytych tytanem, przypomniano, że brak jednoznacznej oceny wszczepów hydrożelowych i podkreślono, że ze względu na występujące powikłania należy bezwzględnie usunąć pacjentkom wszystkie wszczepy wypełnione olejem sojowym (akcja usuwania tych wszczepów trwa już w krajach, w których stosowano je szeroko).

Fragment Deklaracji:

EQUAM, European and international committee for quality assurance, medical technologies and devices in plastic surgery, is dedicated to the assurance of the safe use of medical devices, technologies and procedures in plastic surgery, and to the guarantee of patients' safety. After review and evaluation of current literature and scientific data, EQUAM raises concerns regarding the potentially deleterious use of products, devices and technologies, or their application for unintended or unsuitable indications.

Breast Implants

The purpose of breast implant surgery is to improve the mental and physical condition of the patient. The breast implants should be chosen on the basis of those best fitting and most suited to the individual patient.

1. Silicone Gel-filled Breast Implants

- A. Since EQUAM's former declarations, silicone gel continues to be widely used for breast implants. No better alternative material has become available.
- B. Additional medical studies have not demonstrated any association between silicone-gel filled breast implants, cancer or any other disease. These studies re-confirm prior data.
- C. Silicone-gel filled breast implants do not adversely affect pregnancy, fetal development, breast feeding or the health of breast-fed children.

2. Titanium-coated Breast Implants

Titanium coated breast implants (Ti-Breeze) are being introduced for clinical use. Not even short term clinical data for safety or efficacy have been provided to EQUAM.

This implant has been granted a CE-mark.

EQUAM calls for clinical and scientific research for documentation and monitoring of this device and recommends not using this device before proper clinical data are available.

3. Hydrogel-filled Breast Implants

The safety of the hydrogel filled breast implants has not been established. Although no definite risk was identified with the use of hydrogel-filled breast implants, the MDA issued two Device Alerts in December 2000 concerning the withdrawal of these breast implants from the UK market as a precautionary measure, as not enough information was available to fully assess either of the filler materials. The MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency), an executive agency of the British Department of Health, is „continuing to monitor the safety of these implants and at this time does not recommend that women should have them removed (unless they are experiencing problems)”.

Additional general references

4. Soybean Oil-filled Breast Implants (Trilucent™)

- A. Laboratory findings and evaluation of available data (Addendum I), indicate the presence of potentially hazardous components in the breakdown products of soybean oil filler.

- B. Only part of the soybean oil-filled breast implants have already been explanted.
- C. EQUAM, therefore, emphasizes the need for immediate explantation of these implants.
- D. Long term follow-up of this group of patients is recommended.

Additional general references

5. General Recommendations for Breast Augmentation and Reconstruction

- A. AEQUAM believes it is important to advise patients of potential hazards and risks, the possible need for re-operations, as well as the benefits of breast augmentation or reconstructive surgery. A detailed and updated Patients Information and Consent Form must be provided and discussed with the patient prior to surgery.
- B. A reasonable period of time (at least two weeks) should be allotted following consultation, for the comprehension and evaluation of data before decision and performance of surgery.

- C. It is recommended to postpone breast augmentation surgery until after the age of eighteen years, unless medically indicated.
- D. Patients with breast implants should have regular follow-up, preferably by the operating surgeon.
- E. No definite period of time has yet been defined for the longevity of breast implants; routine replacement of implants is therefore not mandatory.
- F. EQUAM calls for continuous clinical and scientific research for documentation and monitoring of breast implants by means of a national and/or international registry.
- G. Advertising of breast implant procedures should be restricted to the medical aspects of the surgery, and refrain from presenting it as being risk-free.

Prof. Edward Towpik

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