

X-lecie Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości warszawskiego Centrum Onkologii

Włodzimierz Ruka

Ten years of the Department of Soft Tissue/Bone Sarcoma and Melanoma Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center in Warsaw

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości została otwarta 28 listopada 1994 r., jako pierwszy oddział łóżkowy nowego Centrum Onkologii na Ursynowie. Pierwszą operację wykonano 6 grudnia 1994 r.

Od 10 lat istnienia zespół lekarski Kliniki w sposób niezmienny koncentruje się w swojej działalności diagnostycznej, leczniczej i naukowej na trzech grupach chorych: na mięsaki tkanek miękkich, na mięsaki kości i na czerniaki skóry. Liczba leczonych chorych rośnie z roku na rok (Tabela I).

Tabela I. Działalność lecznicza Kliniki

	wizyty	hospitalizacje
1994 (1 miesiąc)	254	51
1995	3501	636
1996	4250	1088
1997	5084	1456
1998	6214	1487
1999	8671	1579
2000	9442	2179
2001	19194	3282
2002	21080	3485
2003	23567	4137
2004	23272	4208

W odniesieniu do chorych na mięsaki tkanek miękkich na uwagę zasługuje wprowadzenie do praktycznego zastosowania napromieniania przedoperacyjnego skojarzonego z oszczędzającymi operacjami mięsaków, co skutkuje wyjątkowo wysokim odsetkiem (w ponad 90% przypadków) zachowanych kończyn u wyleczonych chorych. W mięsakiach o wysokim stopniu złośliwości wdrożono chemio-radioterapię przed- i pooperacyjną, co pozwoliło na uzyskanie w tej grupie chorych odsetka 5-letnich całkowitych przeżyć ponad 70%. Duże zainteresowanie wzbudziły badania, wykonane przy współpracy z Zakładem Markerów Nowotworowych, nad poziomem cytokin w surowicy krwi u chorych na mięsaki [1-3]. U chorych na mięsaki zaotrzewnowe, przy współpracy z Zakładem Bra-

chyterapii, wdrożono technologię leczenia operacyjnego skojarzonego z jednoczasową radioterapią śródoperacyjną. Dodatkowo uzupełniające napromienianie pooperacyjne z pól zewnętrznych prowadzi do uzyskania wyleczeń 5-letnich u ponad 50% chorych.

W ostatnich latach dokonała się prawdziwa rewolucja w leczeniu mięsaków przewodu pokarmowego (GIST – *gastrointestinal stromal tumors*). Jako pierwszy w Polsce, zespół Kliniki wprowadził do leczenia tych chorych imatinib mesylate – drobnocząsteczkowy inhibitor kinaz tyrozynowych. W pierwszych latach jego stosowania uzyskano odpowiedź terapeutyczną u ponad 70% chorych. Dzięki uzyskanym efektom leczenia część chorych mogła być również reoperowana z intencją wyleczenia [4-6].



Zespół Kliniki, 2002 r.

U chorych na mięsaki kości na szczególne podkreślenie zasługuje wprowadzenie w Klinice leczenia uzupełniającego cytotatykami w okresie przed- i pooperacyjnym. prowadzące do uzyskania ponad 60% 5-letnich przeżyć bez nawrotu choroby – wyniku nieosiągalnego przed kilkunastu laty. Wdrożono również technikę operacyjną wszczepiania protez onkologicznych, przede wszystkim kości udowej oraz stawów biodrowych i kolanowych. Dzięki takim działaniom odsetek amputacji spadł do 40% leczonych chorych. Na stałe wprowadzono technikę izotopową, śródoperacyjnej radiolokalizacji zmian nowotworowych, szczególnie przydatnej przy biopsjach niezaawansowanych nowotworów pierwotnych kości i określaniu poziomu przecięcia trzonów kości długich podczas operacji oszczędzających u chorych na mięsaki kości.

Znaczący postęp w diagnostyce zanotowano u chorych na czerniaki skóry. We współpracy z Zakładem Medycyny Nuklearnej zespół Kliniki wprowadził na stałe do praktyki chirurgii onkologicznej biopsję węzła wartowniczego w czerniakach o grubości nacieku powyżej 0,75 mm [7-9]. Duże zainteresowanie wzbudziły pionierskie i oryginalne badania nad diagnostyką molekularną u chorych na czerniaki po limfadenektomii (wraz z Zakładem Biologii Molekularnej) polegające na udowodnieniu silnego związku rokowniczego z obecnością komórek nowotworowych w wysięku chłonnym pooperacyjnym [10]. Zespół Kliniki uczestniczył również, we współpracy z Brytyjczykami, w badaniach nad szerokością marginesów wycięcia zaawansowanego czerniaka skóry – pracy wyjątkowej w tym fundamentalnym zagadnieniu w nowoczesnej chirurgii czerniaka [11].

W minionym okresie 10 lat, we współpracy z międzynarodowymi organizacjami naukowymi (przede wszystkim EORTC Melanoma Group i EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group) Klinika uczestniczyła w realizacji 9 dużych prospektywnych badań klinicznych o zasięgu ogólnoeuropejskim (Tabela II).

Tabela II. Prospektywne badania kliniczne realizowane we współpracy międzynarodowej w okresie: listopad 1994 – grudzień 2004

EORTC Melanoma Group	3 badania
EORTC Sarcoma Group	4 badania
WHO Melanoma Programme	1 badanie
Cancer Research Campaign	1 badanie
badania własne	>7 badań

Piśmiennictwo

1. Ruka W, Rutkowski P, Kamińska J, Steffen J. Alterations of routine blood tests in adult patients with soft tissue sarcomas: relationships to cytokine serum levels and prognostic significance. *Ann Oncol* 2001; 12: 1423-1432.
2. Rutkowski P, Kamińska J, Kowalska M, Ruka W, Steffen J. Cytokine serum levels in soft tissue sarcoma patients-correlation with clinico-pathological features and prognosis. *Int J Cancer* 2002; 100: 463-471.
3. Rutkowski P, Kamińska J, Kowalska M, Ruka W, Steffen J. Cytokine and cytokine receptor serum levels in adult bone sarcoma patients: correlations with local tumor extent and prognosis. *J Surg Oncol* 2003; 84: 151-159.
4. Rutkowski P, Nowecki IZ, Nowak-Dement A, Nasierowska-Guttmejer A, Tuziak T, Remiszewski P, Nyckowski P, Grzesiakowska U, Tacikowska M, Żurawski Z, Dziewirski W, Sałamacha M, Krawczyk M, Ruka W. Nowotwory zrębu przewodu pokarmowego (gastrointestinal stromal tumors) – obraz kliniczno-morfologiczny. *Pol Przegl Chir* 2003; 75: 374-384.
5. Rutkowski P, Nyckowski P, Grzesiakowska U, Nowecki ZI, Nasierowska-Guttmejer A, Pieńkowski A, Dudek K, Krawczyk M, Ruka W. The clinical characteristics and the role of surgery and imatinib treatment in patients with liver metastases from c-KIT positive gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Neoplasma* 2003; 50: 438-442.
6. Ruka W, Rutkowski P, Szawłowski A, Nowecki Z, Nasierowska-Guttmejer A, Grzesiakowska U. Współczesne postępowanie u chorych na mięsaki podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST – gastrointestinal stromal tumors). *Nowotwory J Oncol* 2003; 53: 537-542.
7. Ruka W, Nowecki IZ, Rutkowski P. Sentinel node biopsy in patients with cutaneous melanoma and clinically nonpalpable lymph nodes (stage N0) – the importance for diagnosis and prognosis. *Nowotwory J Oncol* 2001; 51: 559-563.
8. Nowecki ZI, Rutkowski P, Nasierowska-Guttmejer A, Ruka W. Sentinel lymph node biopsy in melanoma patients with clinically negative regional lymph nodes – one institution's experience. *Melanoma Res* 2003; 13: 35-43.
9. Rutkowski P, Nowecki ZI, Nasierowska-Guttmejer A, Ruka W. Lymph node status and survival in cutaneous malignant melanoma – sentinel lymph node biopsy impact. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 611-618.
10. Ruka W, Rutkowski P, Nowecki Z I, Kulik J, Nasierowska-Guttmejer A, Siedlecki J A. Detection of melanoma cells in the lymphatic drainage after lymph node dissection in melanoma patients by using two-marker reverse transcriptase-polymerase chain reaction assay. *Ann Surg Oncol* 2004; 11: 988-997.
11. Thomas JM, Newton-Bishop J, A'Hern R, Coombes G, Timmons M, Evans J, Cook M., Theaker J, Fallowfield M, O'Neill T, Ruka W, Bliss JM. Excision margins in high-risk malignant melanoma. *N Engl J Med* 2004; 350: 757-766.

Doc. dr hab. med. Włodzimierz Ruka

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości
Centrum Onkologii – Instytut
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie