

Sprawozdania • Reports

III Łódzkie Dni Onkologiczne 10-12 marca 2005 roku

Tradycyjnie na początku marca Oddział Łódzki PTO organizuje sympozjum naukowo-szkoleniowe dla pielęgniarek i konferencję naukową dla lekarzy. To dwudniowe spotkanie łódzkich onkologów odbywa się pod honorowym patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Przewodniczącego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Redaktora Naczelnego dwumiesięcznika „*Nowotwory Journal of Oncology*”.

Pielęgniarkom przedstawiano tematykę dotyczącą niektórych aspektów diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory. W dyskusji dotyczącej podstaw patologii nowotworów, ogólnych zasad leczenia chirurgicznego, systemowego i napromieniania wzięli udział prof. Radzisław Kordek, doc. Arkadiusz Jeziorski, doc. Maciej Krzakowski i prof. Jacek Fijuth. Szczególne miejsce pielęgniarki w procesie leczenia i rekonwalescencji chorych na nowotwory podkreślił w swoim wykładzie dr Janusz Piekarski. Spotkanie było także okazją do zaprezentowania książki „*Onkologia – podręcznik dla pielęgniarek*”, która ukazała się w tym roku nakładem PZWL – każda uczestniczka łódzkiego sympozjum tę książkę otrzymała. Na zakończenie zabrał głos prof. Marian Reinfuss, który podkreślił znaczenie kształcenia podyplomowego w onkologii i wielką jego rolę we wczesnym wykrywaniu chorób nowotworowych.

Tematem przewodnim sobotniej konferencji dla lekarzy był rak trzustki. Profesor Andrzej Szawłowski w wykładzie inauguracyjnym zapoznał słuchaczy z problemem, jakim we współczesnej onkologii jest ten nowotwór. Rozpoznanie raka trzustki jest wskazaniem do leczenia chirurgicznego, ale nadal według statystyk do pierwotnego leczenia operacyjnego kwalifikuje się mniej niż 20% chorych. W związku z brakiem wczesnej diagnostyki próbuje się poprawić wyniki leczenia poprzez stosowanie chemio- i/lub radioterapii w leczeniu przedoperacyjnym, śródoperacyjnym i paliatywnym. Do trudności diagnostycznych nawiązała także prof. Grażyna Rydzewska, która skupiła się na największym dla gastroenterologa problemie klinicznym, jakim jest różnicowanie pomiędzy guzem zapalnym w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki, a guzem nowotworowym. Diagnostyka obrazowa i cytologiczna wspomagana jest badaniem markerów nowotworowych, głównie Ca 19-9 oraz badaniem antygenu K-ras. Pamiętać należy jednak o możliwości uzyskania wyników fałszywie ujemnych Ca 19-9 u pacjentów z grupą krwi Lewis (-) oraz fałszywie dodatnich u chorych z marskością wątroby, przewlekłym zapaleniem trzustki czy zapaleniem dróg żółciowych.

Tradycją naszych marcowych spotkań jest uhonorowanie łódzkich onkologów, którzy swoją wieloletnią pra-



Ryc. 1. Zaproszeni wykładowcy: na pierwszym planie prof. Andrzej Szawłowski, prof. Grażyna Rydzewska i doc. Anna Nasierowska-Guttmejer



Ryc. 2. Prof. Paweł Lampe w czasie wykładu

cą zaznaczyli swój wkład w rozwój onkologii w regionie łódzkim. Wyrazem naszego dla nich szacunku jest przyznanie godności Członka Honorowego, wręczenie dyplomu i złotej odznaki naszego Towarzystwa. Przewodniczący OŁ PTO poinformował zebranych, że w tym roku, zgodnie z decyzją Zarządu, godność tę nadano Pani Doktor Barbarze Wręszel, która przez wiele kadencji pełniła funkcję sekretarza OŁ PTO.

Drugą sesję rozpoczął prof. Zbigniew Wronkowski. Dane epidemiologiczne jak zwykle bezwzględnie odarły nas ze złudzeń: chorzy na raka trzustki mają jedno z najniższych odsetków 5-letnich przeżyć: 4,0% u mężczyzn i 3,6% u kobiet. Wśród czynników ryzyka wymienia się głównie palenie tytoniu oraz długotrwałą ekspozycję na niektóre związki chemiczne (pochodne ropy naftowej, rozpuszczalniki).

Pani docent Anna Nasierowska-Guttmejer omówiła problematykę rozpoznania raka trzustki przez patomorfologa. Zwróciła szczególną uwagę na błędy techniczne, które mogą powodować otrzymanie nieprawidłowego materiału, jak i na niektóre cechy morfologiczne nowotworu, które utrudniają rozpoznanie. Omówiła typy nowotworów złośliwych spotykanych w tym narządzie, ze zwróceniem uwagi na postacie przedinwazyjne. Chirurgów szczególnie zainteresował wykład prof. Pawła Lampego, który omówił techniki operacyjne, dzieląc się uwagami wynikającymi z doświadczeń własnych. Profesor niestety potwierdził, że wskaźnik powikłań po resekcji trzustki jest

wysoki i nawet w wysokospecjalistycznych ośrodkach wynosi 40-50%.

Trzecią sesję wypełniły dwa wykłady. W pierwszym dr Krzysztof Jeziorski omówił zasady leczenia systemowego. Mimo nieznacznego wpływu na poprawę przeżyć i rzadko uzyskiwanych odpowiedzi obiektywnych chemioterapii z zastosowaniem gemcytabiny umożliwia złagodzenie objawów choroby. W celu oceny skuteczności polichemioterapii prowadzone są w wielu ośrodkach kontrolowane badania kliniczne z zastosowaniem gemcytabiny, w połączeniu z cisplatiną i jej pochodnymi. W ramach terapii celowanej oceniana jest natomiast skuteczność gemcytabiny, podawanej w skojarzeniu z blokerami receptorów czynników wzrostu.

W drugim wykładzie, poświęconym zagadnieniom leczenia zachowawczego w raku trzustki dr Zuzanna Guzel omówiła wskazania i zasady radioterapii, zarówno z intencją wyleczenia, jak i tej paliatywnej, łagodzącej objawy kliniczne. Poruszony został także temat napromieniania śródoperacyjnego i możliwości kojarzenia radio- i chemioterapii.

Bardzo ciekawą okazała się sesja satelitarna, dotycząca problematyki żywienia chorych. W dyskusji panelowej wzięli udział prof. Andrzej Szawłowski, doc. Marek Pertkiewicz i dr Włodzimierz Cebulski. Problem niedożywienia dotyczy chorych z rakiem trzustki i trzeba go rozpatrywać w wielu aspektach. Wśród przyczyn do niego prowadzących należy wymienić utratę łaknienia, zaburzenia wchłaniania, związane głównie z utratą prawidłowej funkcji wewnątrzwydzielniczej trzustki, i zaburzenia metaboliczne. Drugą przyczyną są konsekwencje rozległych operacji na trzustce, zwłaszcza zaburzenia wchłaniania białek, tłuszczów, węglowodanów i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Problemy związane z żywieniem w raku trzustki są wskazaniem do terapii żywieniowej przed- i pooperacyjnej.

Z innych wydarzeń związanych z III ŁDO należy wymienić sesję satelitarną na temat stosowania inhibitorów aromatazy w leczeniu chorych na raka piersi. Swoją wagę miało także zebranie Zarządu PTChO, w czasie którego omówiono przygotowania do XI Zjazdu w Płocku. Ukazał się także kolejny numer Biuletynu Onkologicznego, pisma wydawanego przez OŁ PTO, który zawiera m.in. materiały związane z konferencją. Dokonano inauguracji pracy naszych stron internetowych www.pto.org.pl/lodz.

Konferencje naukowe, organizowane przez Oddział Łódzki PTO, weszły na trwałe do kalendarza spotkań naukowych łódzkiego środowiska onkologicznego. Są niezbędnym forum wymiany doświadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia w onkologii. Z roku na rok cieszą się coraz większym zainteresowaniem, co jest czynnikiem mobilizującym dla Zarządu Towarzystwa do jeszcze większej aktywności.

Doc. dr hab. med. Arkadiusz Jeziorski
Przewodniczący OŁ PTO

Sprawozdanie z „Minimally invasive management of salivary tumours and stones” Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Guy’s Hospital, Londyn 4-5 października 2004 r.

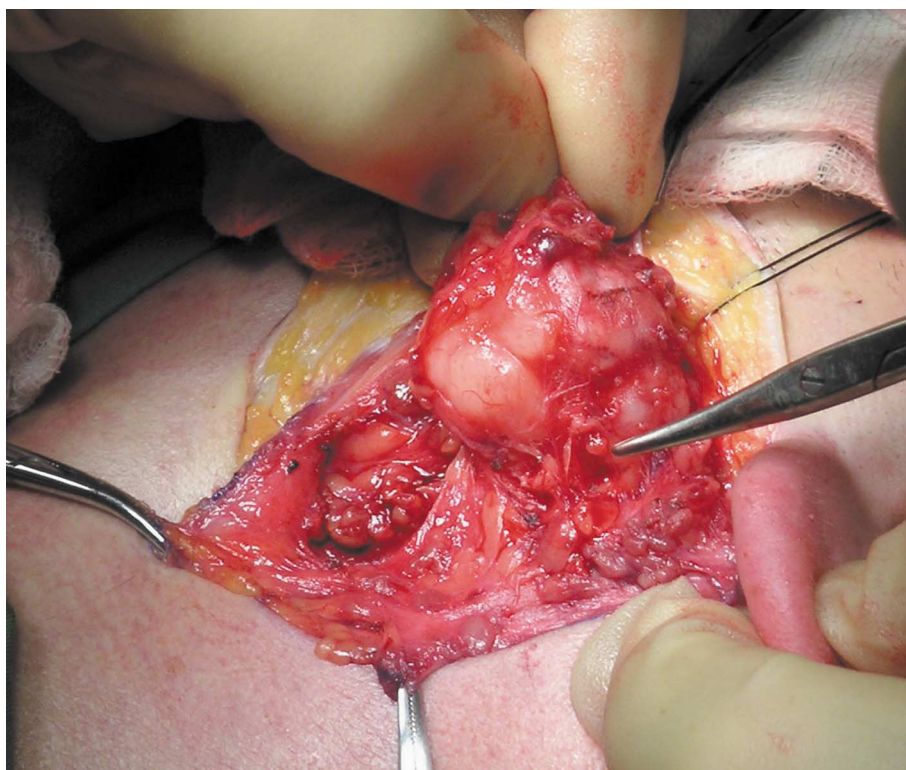
Dosięła nas potęga Internetu. W ostatnim tygodniu września miała ukazać się za oceanem nasza praca, dotycząca wyników leczenia chorych na guzy mieszane ślinianki przyusznej. Kilka dni przed ukazaniem się artykułu w postaci druku edytor zamieścił naszą pracę również w Internecie. Miało to miejsce w ostatnią środę września. Proszę wyobrazić sobie moje zaskoczenie, kiedy następnego dnia rano, w czwartek, w mojej skrzynce e-mailowej znalazłem list od profesora Marka McGurka z Londynu. To nazwisko mówi bardzo dużo wszystkim, którzy interesują się problemem chirurgicznego leczenia nowotworów ślinianek. Profesor McGurk jest autorem pracy, w której opisuje wyniki leczenia ponad 800 chorych z guzem mieszanym ślinianki przyusznej. Jest również autorem podręcznika na temat leczenia chorób ślinianek, wydanego przez Oxford University Press. List, który od niego otrzymałem, brzmiał mniej więcej tak: „...bardzo mnie zainteresowała twoja praca. Chciałbym przedyskutować z tobą pewne zagadnienia. Zapraszam cię do Londynu. Akurat w poniedziałek i wtorek będę prowadził kurs chirurgii ślinianek. Jest świetna okazja, aby przedyskutować szczególnie techniki operacyjnej.”

Najpierw potraktowałem list jak wiadomość z innego świata – wiadomość dotyczącą zdarzeń, które nie mają szans zaistnieć. Mimo to, już dwa dni później, w sobotę, lądowałem na Heathrow w Londynie, wciąż nie wierząc,

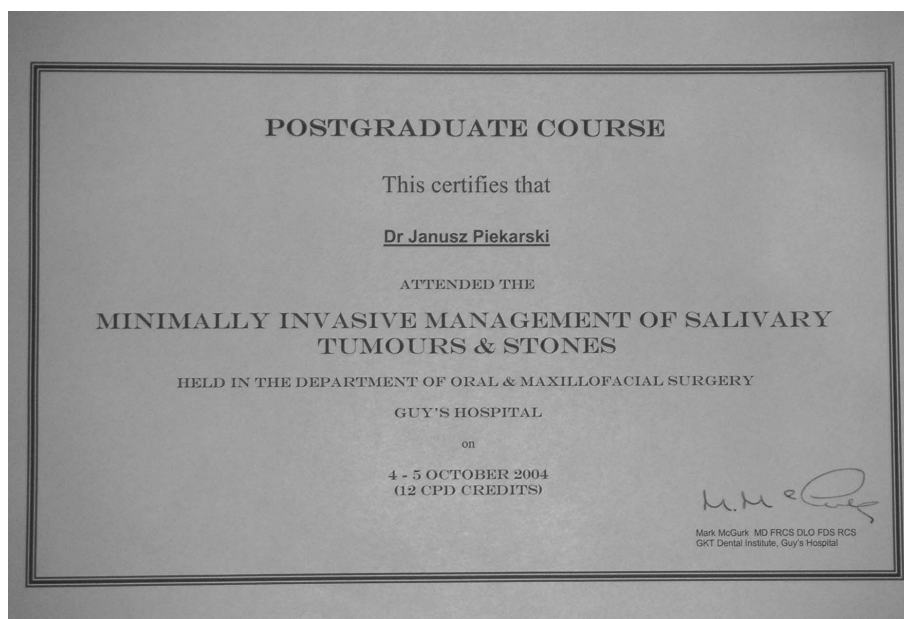
że dzieje się to naprawdę, że świat tak się skurczył, że informacje zamieszczone w Internecie są dostępne natychmiast i prawie wszędzie.

Kurs chirurgii ślinianek odbywał się na terenie Guy’s Hospital. Szpital, jeden z najbardziej znanych i najstarszych szpitali w Anglii, znajduje się w samym sercu Londynu, przy brzegu Tamizy, między London Bridge a pocztówkowym Tower Bridge. Na drugim brzegu Tamizy rozciąga się całe nowoczesne City oraz znajduje się ponura, prawie tysiącletnia twierdza – Tower. Tuż przy Guy’s Hospital, natomiast, można zwiedzić historyczną na szczęście salę operacyjną, zachowaną z czasów gdy w ramach przygotowania do zabiegu chorych przywiązywano do stołu operacyjnego ale nie znieczulano... Na szczęście, od tamtych czasów nastąpił znaczny postęp medycyny, który objął nie tylko anestezjologię, ale również chirurgię ślinianki przyusznej.

Wyniki leczenia chorych na guzy mieszane ślinianki przyusznej metodami z początku dwudziestego wieku były bardzo złe. Zabieg usunięcia guza mieszanego ślinianki przyusznej wykonywali chirurdzy ogólni. Zabieg ten wykonywali często w pośpiechu, pomiędzy „poważnymi” operacjami, takimi jak trepanacja czaszki czy resekcja żołądka. Guz ślinianki usuwano wówczas kilkoma sprawnymi ruchami, a czas trwania zabiegu wynosił od kilku do kilkunastu minut. Skórę nacinano nad guzem, a następnie guz



Ryc. 1. Resekcja zewnątrztorbkowa gruczolaka wielopostaciowego ślinianki przyusznej



wyłuskiwano z mięszu ślinianki. Wyniki takiego sposobu leczenia były opłakane. Bardzo wysoki odsetek porażień nerwu twarzowego i odsetek nawrotów sięgający nawet 50% spowodował, że zabiegi te cieszyły się złą sławą. Zastniała zatem potrzeba stworzenia takiej metody leczenia, która byłaby bezpieczna dla chorego i która zminimalizowałaby odsetek nawrotów. Metodę taką zaproponowano w latach 40-tych dwudziestego wieku. Polegała na usunięciu całego płata powierzchniowego ślinianki przyusznej. Metoda opierała się na identyfikacji pnia nerwu twarzowego, a następnie na wypreparowaniu wszystkich jego gałązek. Wprowadzenie parotidektomii powierzchniowej, bo tak nazywała się zaproponowana metoda, doprowadziła do olbrzymiego spadku odsetka nawrotów do około 2%. Sukcesu metody upatrywano między innymi w tym, iż jak podawała większość podręczników, „guz usuwano wraz ze znacznym marginesem tkanek zdrowych”. Jednocześnie, zminimalizowany został odsetek trwałych uszkodzeń nerwu twarzowego. Po kilku dekadach, w czasie których parotidektomia powierzchniowa stanowiła podstawową metodę leczenia, zwrócono uwagę na wiele następstw i powikłań tego zabiegu. Przede wszystkim, u wielu chorych dochodziło do rozwoju tzw. zespołu Freya. Ponadto, powstający po stronie operowanej ubytek tkanek powodował znaczną asymetrię twarzy. Przejściowy niedowład w zakresie unerwienia nerwu twarzowego występował nawet u blisko połowy chorych i trwał nawet do kilku miesięcy. Wszystkie te problemy skłoniły chirurgów do poszukiwania metod leczenia oszczędzającego. Datuje się je na koniec lat siedemdziesiątych i lata osiemdziesiąte dwudziestego wieku. Odważono się na wprowadzenie nowych metod, stwierdzając, że w ponad połowie przypadków, w których wykonywano parotidektomię powierzchniową, guz mieszany leżał w bezpośrednim sąsiedztwie nerwu twarzowego. W konsekwencji nie było możliwości usunięcia go bez odsłonięcia torebki. Jednakże, pomimo braku marginesu zdrowych tkanek, odsetek wznów pozostał bardzo niski. Zaczęto się zastanawiać, czy histo-

logiczny dogmat o wielogniskowym rozwoju guza mieszanego jest prawdziwy. Czy ogniska guza mieszanego leżące poza torebką są rzeczywiście innymi ogniskami nowotworu, czy też wynikają raczej z techniki przygotowywania preparatów histopatologicznych. Zaproponowano wówczas tak zwaną częściową parotidektomię powierzchniową (usunięcie tylko części płata powierzchniowego ślinianki przyusznej) oraz resekcję zewnątrztorebkową. Od tamtej pory trwają dyskusje nad tym, którą metodę należy stosować do leczenia chorych z guzem mieszanym ślinianki. Nasze doświadczenia w stosowaniu resekcji zewnątrztorebkowej nie były dobre. Tego właśnie dotyczył opublikowany przez nas w *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, artykuł pt: “Results of extracapsular dissection of pleomorphic adenoma of parotid gland”. Tymczasem zaproszenie do Londynu otrzymałem od chirurga, którego doświadczenia z zewnątrztorebkową resekcją guzów mieszanych ślinianki przyusznej były bardzo dobre. Były wręcz lepsze niż doświadczenia z parotidektomią powierzchniową, a to z powodu bardzo małego odsetka powikłań w postaci czasowego niedowładu mięśni twarzy lub zespołu Freya u chorych poddanych resekcji zewnątrztorebkowej. Profesor McGurk jest gorącym propagatorem tej metody. Jak miałem się dowiedzieć, jego sukces leży w niezwykle ciekawej, delikatnej i precyzyjnej technice operacyjnej. Jej właśnie poświęcony był kurs, na którym się znalazłem.

W interesującej mnie części chirurgicznej brało udział kilka osób, w tym goście ze Stanów Zjednoczonych i Irlandii. Kurs obejmował krótkie wykłady na temat techniki operacyjnej i podstaw histopatologii. Jednak jego najważniejszą częścią było 10 zabiegów operacyjnych, wykonywanych przez profesora McGurka w asyście uczestników kursu, a następnie wykonywanych przez uczestników kursu, w tym przeze mnie, w asyście profesora McGurka. Tajemnica sukcesu metody wydaje się tkwić w szczegółach i kilku chirurgicznych „trikach”, które pozwalają na odpowiednio wczesną identyfikację nawet cien-

kich „nitek” nerwu twarzowego oraz na zachowanie nie-naruszonej torebki guza. Wniosek, jaki mi się nasunął, był następujący: różne metody operacji, różne techniki chirurgiczne, zostały wrzucone do tego samego worka z napisem „resekcja zewnątrztorbkowa”. W rzeczywistości, są to różne metody operacyjne, które powinny inaczej się nazywać.

Zajęcia na bloku operacyjnym zaczynały się o 8.00, a kończyły się po godzinie 19.00. Wówczas, wszyscy jego uczestnicy, łącznie z profesorem, przenosili się na dalszy ciąg zajęć do pubów położonych nad Tamizą. Dyskusje i rozmowy trwały jeszcze przez wiele godzin. Muszę przyznać, że sympatia, z jaką zostałem w Londynie przyjęty, zupełnie nie pasuje do stereotypu zachowań przypisywanych „zimnym” Anglikom.

Na zakończenie muszę dodać, że wyjazd zaowocował szybkim wprowadzeniem metody profesora McGurka do wachlarza naszych metod operacyjnych. Po moim powrocie, wykonaliśmy w Klinice szereg zabiegów tą techniką, szczęśliwie unikając powikłań, skracając czas zabiegu do około 1-1,5 godziny, a czas hospitalizacji pooperacyjnej nawet do jednej doby.

Internet to potęga.

Dr n. med. Janusz Piekarski
Klinika Chirurgii Onkologicznej UM w Łodzi