

List do redakcji • Letters to the Editor**Komentarz do artykułu „Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne Polskiej Unii Onkologii”****Commentary on the article: “Diagnosis and treatment head and neck epithelial neoplasms”
Recommendations of the Polish Union of Oncology**

Szanowny Panie Redaktorze,

W numerze 5, tom 53/2003 „NOWOTWORÓW” str. 552-569 ukazał się artykuł pt. „Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne Polskiej Unii Onkologii”, którego redaktorami są J. Jassem i A. Kawecki. Z uwagą zapoznaliśmy się z tym artykułem, który wzbudził szereg naszych zastrzeżeń i uwag. Zastanawia nas, dlaczego powstały tego typu zasady bez udziału lekarzy otolaryngologów, którzy mają największy zakres zabiegów onkologicznych w obrębie głowy i szyi, a w najczęstszym nowotworze tego regionu, raku krtani, są jedynymi specjalistami odpowiedzialnymi za diagnostykę i (wspólnie z radioterapeutami) za leczenie. Sformułowanie w ogólnych zasadach leczenia tego artykułu (str. 555) „wyłączna RTH jest **leczeniem z wyboru** we wczesnych stopniach zaawansowania wybranych lokalizacji raka, jak krtani i wszystkich części gardła” jest bardzo kontrowersyjne, ponieważ w wielu krajach świata, również w Polsce, stanowisko lekarzy otolaryngologów jest inne. Ze spraw szczegółowych zawartych w tym artykule nie zgadzamy się z niżej podanymi zaleceniami, dotyczącymi zasad leczenia wczesnych raków krtani i części krtaniowej gardła:

1. Głośnia T2N0: radykalna RTH. Wykonywane w niektórych ośrodkach laryngologicznych endoskopowe zabiegi w stopniu T2N0 nie stanowią równorzędnej alternatywy dla RTH.
2. Nadgłośnia T1-2N0: radykalna RTH. Wykonywana w niektórych ośrodkach laryngologicznych resekcja częściowa z oszczędzeniem funkcji głosu i selektywnym usunięciem układu chłonnego oraz uzupełniającą RTH nie posiada naukowego uzasadnienia.
3. Rak krtaniowej części gardła T1-2N0: radykalna RTH.

Podane w punkcie 1 i 2 stwierdzenia, że metody operacyjne przez nas stosowane nie posiadają naukowego uzasadnienia potwierdzają słuszność naszych zastrzeżeń o braku w tym zespole lekarzy otolaryngologów. W odniesieniu do tych trzech, tak kontrowersyjnych dla nas, punktów podajemy nasze zasady:

1. Głośnia T2N0: radykalna RTH albo operacje częściowe endoskopowe lub z dojścia zewnętrznego.
2. Nadgłośnia T1-2N0: radykalna RTH albo operacje częściowe endoskopowe lub z dojścia zewnętrznego. W raku T2N0 zalecana jest profilaktyczna limfadenektomia.
3. Rak krtaniowej części gardła T1-N0: radykalna radioterapia albo częściowa faryngektomia endoskopowa lub z dojścia zewnętrznego.

Uzasadnienie: W leczeniu raka krtani T1-2N0 część Europy (Wielka Brytania i Skandynawia) preferuje radioterapię, w innych ośrodkach (Niemcy, Francja) dominują operacje częściowe. Obie metody mają wady i zalety. Wybór metody leczenia zależy od czynników związanych z guzem (cechy histopatologiczne i kliniczne), z chorym (wiek, stan ogólny) oraz z doświadczeniem, możliwościami i preferencjami ośrodka. Nasze stanowisko jest zgodne z zasadami Niemieckiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, opracowanymi z udziałem onkologów (*HNO Informationen* 4/2000, 241-257), a także ze stanowiskiem Holenderskiego Zespołu Laryngologów i Radioterapeutów (*Radiotherapy and Oncology*, vol. 63 (3) (2002) pp. 299-307).

Będziemy wdzięczni za opublikowanie naszych uwag. Jeszcze raz wyrażamy zdziwienie, że w opracowaniu zasad o postępowaniu w nowotworach głowy i szyi Polskiej Unii Onkologii nie brał udziału otolaryngolog.

Z wyrazami poważania:

Prof. dr hab. med. Wiesław Gołąbek
Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego
Towarzystwa Otolaryngologów
Chirurgów Głowy i Szyi

Prof. dr hab. med. Witold Szyfter
Konsultant Krajowy
ds. Otolaryngologii

Odpowiedź

Reply

Szanowny Panie Redaktorze,

Polemiczny głos otolaryngologów, niekwestionowanych autorytetów w zakresie diagnostyki oraz chirurgii głowy i szyi, nie stanowi dla nas niespodzianki. Zarówno w Polsce, jak i w wielu innych krajach istnieją różnice poglądów pomiędzy otolaryngologami a onkologami odnośnie wyboru leczenia chorych na niektóre nowotwory narządów głowy i szyi. Różnice te dotyczą zwłaszcza wczesnego raka krtani.

Autorzy uwag stawiają zarzut braku otolaryngologa w zespole autorskim. Otóż nasze opracowanie w założeniu przedstawia poglądy zespołów onkologicznych odnośnie zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Na stronie tytułowej wyraźnie zaznaczono, że zalecenia prezentują jedynie stanowisko autorów.

Opinie otolaryngologów na temat leczenia wczesnego raka krtani są nam dobrze znane i z kolei my nie do końca się z nimi zgadzamy. Nasz sprzeciw budzi zwłaszcza praktykowane w wielu ośrodkach rozszerzanie wskazań do częściowych operacji o przypadki w wyższym stopniu zaawansowania. W efekcie zabiegi te są najczęściej niedoszczętne i niejednokrotnie stwarzają konieczność wykonania całkowitej laryngektomii. Radioterapia po zabiegach częściowych, wyłączając ograniczone resekcje endoskopowe, wiąże się z wysokim ryzykiem ciężkich powikłań, w tym głównie martwicy chrząstek. Wielu tych chorych mogłoby z powodzeniem otrzymać wyłącznie napromienianie lub napromienianie skojarzone z chemioterapią.

W odniesieniu do szczegółowych zarzutów nasze stanowisko jest następujące:

- Autorzy listu cytują akapit ze str. 555: „...Wyłącznie RTH jest leczeniem z wyboru we wczesnych stopniach zaawansowania wybranych lokalizacji raka, takich jak krtani lub wszystkie części gardła...”. Otóż w tym przypadku błędnie został odczytany tekst zamieszczony w „Nowotworach”, który brzmi „...Wyłączna RTH...”. Całkowicie zmienia to znaczenie cytowanego stwierdzenia. Sformułowanie „wyłączna RTH” oznacza, że stosuje się ją bez udziału dodatkowych metod, np. chemioterapii, natomiast „wyłącznie” oznaczałoby, że nie ma dla niej alternatywy.
- Rak głośni T2N0: nasze stanowisko jest następujące. Zdajemy sobie doskonale sprawę, że w wielu ośrodkach laryngologicznych chorzy w tym stopniu zaawansowania kwalifikowani są do oszczędzających zabiegów chirurgicznych. Pozostaje pytanie, czy chirurgia stanowi w takich przypadkach równorzędną alternatywę dla radioterapii. Wyniki stosowanego od wielu dziesięcioleci leczenia napromienianiem są dobrze znane i udokumentowane. U zdecydowanej większości chorych udaje się uzyskać trwałe wyleczenie, najczęściej

- z dobrym efektem czynnościowym. Aby udowodnić, że inna metoda jest równie skuteczna, niezbędne byłoby przeprowadzenie randomizowanych badań klinicznych, opartych na wiarygodnym materiale. Badania te musiałyby wykazać porównywalny udział wyleczeń miejscowych, przeżyć z zachowaniem narządu oraz czasu całkowitego przeżycia i – co szczególnie ważne – zbliżoną jakość życia, z uwzględnieniem jakości głosu. Tego typu badań jednak nie przeprowadzono, a więc skuteczność chirurgii można oceniać wyłącznie na podstawie obserwacji retrospektywnych. W cytowanym przez Autorów liście holenderskim doniesieniu (*Radiother Oncol* 2002; 63: 229-307) jednoznacznie stwierdzono, że postępowaniem z wyboru w raku głośni T2N0 jest radioterapia. Zdajemy sobie sprawę, że w znakomitych ośrodkach laryngologicznych, takich jak Poznań czy Lublin, niejednokrotnie można uzyskać satysfakcjonujące wyniki leczenia chirurgicznego, ale mamy wątpliwości, czy istnieją wystarczające dane, aby oszczędzające zabiegi operacyjne zalecać jako metodę rutynową, równoważną dla radioterapii.
- Rak nadgłośni T1-2N0: uwagi są w zasadzie identyczne, jak w przypadku raka głośni T2N0. Niewątpliwie w ośrodkach o dużym doświadczeniu można uzyskać bardzo dobre wyniki leczenia chirurgicznego, ale niejednokrotnie kosztem zaburzeń przełykania. Co istotne, w odniesieniu do raka nadgłośni T1-2N+, w którym wyniki radioterapii są znacząco gorsze, wyraźnie sugerowaliśmy rozważenie oszczędzającego leczenia chirurgicznego, połączonego z wycięciem układu chłonnego szyi po stronie przerzutów. Nie ma jednak przekonujących dowodów, opartych przede wszystkim na randomizowanych badaniach klinicznych z oceną jakości życia, które usprawiedliwiłyby stwierdzenie, że chirurgia stanowi równorzędną alternatywę dla radioterapii u wszystkich chorych na raka nadgłośni w stopniu zaawansowania T1-2N0. W cytowanej pracy autorów holenderskich (*Radiother Oncol* 2002; 63: 229-307) zaznaczono, że oszczędzająca chirurgia w przypadku raka nadgłośni może być alternatywą dla radioterapii jedynie w wybranych przypadkach, a nie jako reguła. Podkreślono przy tym, że stwierdzenie to ma trzeci stopień w pięciostopniowej skali wiarygodności, a więc oparte jest jedynie na badaniach nierandomizowanych.
- Rak krtaniowej części gardła T1N0: również tutaj brak jest danych opartych na randomizowanych badaniach klinicznych, które pozwoliłyby na stwierdzenie, że oszczędzające resekcje są równorzędną alternatywą dla radioterapii. Z powodu wyraźnie gorszego rokowania u chorych na raka krtaniowej części gardła w porównaniu do raka krtani, uważamy, że postępowanie terapeutyczne w tych przypadkach powinno być szczególnie radykalne.

Zgadamy się ze stwierdzeniem obu Autorów uwag, że wybór metody leczenia powinien uwzględniać kliniczną charakterystykę chorego, czynniki związane z guzem oraz doświadczenie, możliwości i preferencje ośrodka. Na stronie tytułowej naszego opracowania wyraźnie zaznaczyliśmy, że „...zalecenia te powinny być interpretowane w kontekście indywidualnej sytuacji klinicznej”.

Zdajemy sobie sprawę, że taktyka leczenia chorych na raka krtani w wczesnych stopniach zaawansowania, stanowiąca przedmiot działalności dwóch specjalności medycznych (otolaryngologii i onkologii), pozostaje przedmiotem kontrowersji. Należy mieć nadzieję, że integracja obydwu środowisk w ramach Polskiej Grupy Badawczej Nowotworów Głowy i Szyi przyczyni się do zbliżenia stanowisk i próby wypracowania wspólnych zaleceń.

Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem

Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii
Akademii Medycznej w Gdańsku

Doc. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki

Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

Doc. dr hab. n. med. Romuald Krajewski

Kierownik Oddziału Chirurgii
Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

Doc. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

Konsultant Krajowy ds. Onkologii Klinicznej