

Sprawozdania • Reports

Sprawozdanie z IX Konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Nowotworów Ginekologicznych

W dniach 20-24 października 2002 r. w Seulu (Korea) odbyła się IX Konferencja Międzynarodowego Towarzystwa Nowotworów Ginekologicznych. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. Jung-Eun Mok z Seulu. Obecny był również Przewodniczący tego Towarzystwa prof. Sergio Pecorelli. W pracach Komitetu Organizacyjnego brało udział szereg wybitnych naukowców: Robert C – Young (USA), Neville Hacker (Australia), Shiro Nozava (Japonia), J. J. Kavanagh (USA), U. Beller (Izrael) i inni.

Główne sesje dotyczyły tematyki diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy oraz raka jajnika. Mniej uwagi poświęcono rakowi endometrium, nowotworom sromu i opiece paliatywnej.

Wiele miejsca zajęły zagadnienia chirurgii w onkologii ginekologicznej. Przedstawiono wyniki operacji radykalnego usunięcia macicy z oszczędzeniem włókien nerwowych, zlokalizowanych w miednicy mniejszej (*nerve sparing radical hysterectomy*). Wykazano znaczny wpływ tej techniki operacyjnej na prawidłowe funkcjonowanie zarówno pęcherza moczowego, jak i końcowego odcinka jelita grubego, w przebiegu rekonwalescencji pooperacyjnej. Przedstawiono kanadyjskie doświadczenia, dotyczące wykonywania zabiegów usunięcia szyjki macicy wraz z tkankami przyszyjkowymi (trachelektomia) u kobiet z nie zaawansowanymi postaciami raka szyjki macicy. Materiał stanowiły 82 chore na raka szyjki macicy w stopniu IB₁, gdzie średnica guza nie przekraczała 2 cm i nie stwierdzano nacieków w przestrzeniach naczyniowych szyjki. Metoda okazała się bezpieczna, gdyż 92% chorych przeżyło okres 5 lat bez objawów choroby. Na podkreślenie zasługuje znaczny odsetek ciąż przedwcześnie ukończonych po tym leczeniu. Tylko 10 z 17 kobiet urodziło o czasie, co wskazuje na konieczność bardzo umiejętnego prowadzenia ciąży, szczególnie w II i III trymestrze.

Przedstawiono również doświadczenie Asian Medical Center z Korei z zakresu laparoskopowego leczenia wczesnych postaci raka szyjki macicy. Na podstawie 312 laparoskopowo wykonanych radykalnych histerektomii u chorych w stopniu Ia₂ i Ib₁ (guz o średnicy do 2 cm lub o objętości do 4,3 cm³) wykazano, że odsetek 3 letnich przeżyć po takim zabiegu wynosi 96,7%. Wyniki te są porównywalne z operacjami przeprowadzonymi w sposób klasyczny.

Prof. Daniel Dargent z Francji odebrał z rąk Prezesa Towarzystwa nagrodę ufundowaną za wybitny wkład w rozwój onkologii ginekologicznej. Argumentując wybór kandydatury, prof. Pecorelli podkreślił znaczenie wprowadzonych przez prof. Dargenta technik chirurgicz-

nych do codziennej praktyki klinicznej, m.in. techniki biopsji węzła wartowniczego w leczeniu nowotworów ginekologicznych. Prof. Dargent przedstawił wyniki własne, świadczące o bardzo wysokiej czułości i specyficzności tej metody, zarówno w przypadkach raka sromu, jak i szyjki macicy.

Największe opracowanie, dotyczące badań onkogenów, jako markerów prognostycznych, u prawie 300 kobiet chorych na raka szyjki macicy, przedstawione z Narodowego Instytutu Raka w Singapurze, wykazało, że wśród badanych c-myc, INF- α , c-erb 2, H-ras, c-fos, E6/E7 HPV 16 prognostyczne znaczenie dla wystąpienia nawrotu mają: c-myc, c-erb 2 i H-ras.

Przedstawiono nowy marker dla raka jajnika – kalikreinę, wykrywaną przy użyciu przeciwciał monoklonalnych hK6 i hK10. Marker ten cechuje się wysoką wartością diagnostyczną, prognostyczną i predykcyjną. Uzupełnienie oznaczenia stężenia Ca 125 o ten marker podnosi czułość i specyficzność oznaczeń prawie o 70%.

W sesjach poświęconych leczeniu raka jajnika przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań klinicznych, z wykorzystaniem różnych kombinacji chemioterapeutyków, jak też przedstawiono nowe techniki leczenia skojarzonego tego nowotworu.

Prof. J. Berek z USA uważa, że najbliższa przyszłość leczenia raka jajnika może być związana z wykorzystaniem do terapii przeciwciał monoklonalnych, które przeszły modyfikacje od mysich do w pełni humanizowanych. Zwrócił także uwagę na już istniejące na rynku (Herceptyna, Ovarex), Nowością jest podawanie dootrzewnowe interferonu γ , działającego synergistycznie z cisplatyną i cyklofosfamidem. Zwrócono uwagę, że paklitaksel, który miał działać w polichemioterapii jako „Gold standard” nie jest chyba aż tak skutecznym cytostatykiem.

Prof. R.F. Ozols z USA przedstawił wyniki randomizowanych badań dotyczących I rzutowego leczenia raka jajnika. Wynika z nich, że najskuteczniejszymi okazały się: karboplatyna, paklitaksel i gemcytabina lub toptekan, paklitaksel i karboplatyna. W nawrotach choroby najefektywniejsze wydają się być: paklitaksel, cisplatyna i toptekan lub karboplatyna i toptekan.

Z wyników badań brytyjskich wynika, że alternatywną do chemioterapii, metodą leczenia resztkowej choroby u chorych z guzem w miednicy małej jest radioterapia.

Zastosowanie chemioterapii neoadiuwantowej u chorych z zaawansowanym rakiem jajnika jest taktyką coraz powszechniejszą, na co zwrócił uwagę prof. I. Vergote. Wyniki badań, przeprowadzonych na grupie 651 chorych,

wykazały, że po 3 kursach chemioterapii przedoperacyjnej odsetek operacji optymalnych wyniósł 73,3%.

Przedstawiono prace dotyczące aktywności telomeryzy w populacjach z jamy otrzewnej, co może okazać się użytecznym wskaźnikiem, prognozującym nawrót raka jajnika. Wykazano, że ekspresja VEGF jest czynnikiem prognostycznym w raku jajnika.

Zwrócono uwagę, że laparoskopowe leczenie raka jajnika jest związane z krótszym czasem hospitalizacji, mniejszym bólem, szybszym powrotem do aktywności życiowej, lecz w miejscu wkluc trokarów rozwijają się częściej przerzuty.

Ciekawe są dane epidemiologiczne dotyczące raka jajnika w populacji koreanek, gdyż średnia wieku chorych wynosi 45 lat. W I i II stopniu klinicznym rozpoznaje się 52% chorych, zaś w stadiach zaawansowanych jedynie 48%. Najczęściej spotykaną postacią histologiczną jest rak śluzowy.

Przedstawienie wyników obszernej metaanalizy, dotyczącej randomizowanych badań, dotyczących porównania chemioterapii neoadiuwantowej wraz z chirurgią i radioterapii u chorych na raka szyjki macicy w stopniu klinicznym II i III, zwróciło uwagę na skuteczność tera-

peutyczną skojarzenia chemioterapii z chirurgią. Na podstawie analizy 872 chorych wykazano, że zastosowanie takiego schematu leczenia skojarzonego podniosło wyniki 5 letnich przeżyć w stopniu III z 30 do 46%, a w stopniu IIb z 50 do 64%. W analizowanych badaniach stosowano różne dawki cisplatyny (100-300 mg/m²), a także podawano od 2-7 kursów leczenia w odstępach co 3 tygodnie, co sprawia, że analizowany materiał nie jest homogeny. Jednak całkowity odsetek przeżyć przy zastosowaniu samej radioterapii jest statystycznie niższy i wynosi 0,68 w stosunku do 1 dla metod skojarzonych.

Konferencję oceniamy jako bardzo ważne i inspirujące wydarzenie i w związku z tym spodziewamy się, że kolejna, która odbędzie się za 2 lata w Edynburgu, także istotnie wpłynie na stan wiedzy w zakresie onkologii ginekologicznej. Szczegóły dotyczące przyszłej konferencji można uzyskać w witrynie.: www.isgc.com.

Prof. dr hab. med. Janina Markowska

Katedra Onkologii AM
w Poznaniu

Doc. dr hab. med. Mariusz Bidziński

Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobiecth
Centrum Onkologii-Instytut
w Warszawie

Sprawozdanie z sympozjum poprzedzającego I Kongres Onkologii Polskiej „Reconstructive surgery and postoperative radiotherapy for locally advanced head and neck cancers”

W dniach 9-10 września 2002 r., w Centrum Onkologii-Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach odbyło się sympozjum poświęcone zagadnieniom chirurgii rekonstrukcyjnej oraz radioterapii zaawansowanych nowotworów regionu głowy i szyi, a także nowym aspektom diagnostyki i terapii. Są one przedmiotem intensywnego zainteresowania licznej grupy specjalistów z zakresu radioterapii, chirurgii onkologicznej i plastycznej, chirurgów szczękowo-twarzowych i laryngologów. Celem sympozjum była aktualizacja wiedzy, prezentacja nowych aspektów i taktyk terapeutycznych oraz najnowszych osiągnięć nauki w tak niebywale zróżnicowanej, pod wieloma aspektami, grupie nowotworów.

Obradom sympozjum przewodniczyli: prof. David Chang z M.D. Anderson Cancer Center w Houston oraz prof. Charles R. Leemans z Vrije University w Amsterdamie. Oprócz nich wykładowcami kursu byli: prof. Kian K. Ang (Dept. Radiotherapy, MDACC, USA), prof. Jonathan Irish (Dept. Surgical Oncology Princess Margaret Hospital Toronto, Canada), prof. Rodney H. Withers (Dept. Radiation Oncology, UCLA, Los Angeles, USA), prof. Kazimierz Kobus (Klinika Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju) oraz dr hab. med. Rafał Suwiński i doktorzy Adam Maciejewski, Janusz Wierzoń, Cezary Szymczyk z Centrum Onkologii Instytutu w Gliwicach.

W sympozjum wzięło udział ponad 60 lekarzy różnych specjalności z całego kraju.

Prof. J. Irish w sposób niezwykle interesujący przedstawił dwie prezentacje. W pierwszej omówił aspekty chirurgii rekonstrukcyjnej w przypadku zaawansowanego raka w obrębie jamy ustnej, z uwzględnieniem wolnego przenoszenia tkanek, odtwarzania usuniętych wraz z guzem warstw i przestrzeni oraz tworzenia podbudowy systemów wszczepowych celem pełnej rehabilitacji czynności żucia. Uwagę zwróciła możliwość uzyskania doskonałych wyników czynnościowych i kosmetycznych, po tak rozległych zabiegach operacyjnych. Na szczególną uwagę zasługuje zaprezentowana przez niego skala oceny jakości życia chorych, po skojarzonym leczeniu zaawansowanych nowotworów, z jednoczesową rekonstrukcją. Druga prezentacja była poświęcona chirurgii ratującej w leczeniu zaawansowanego raka krtani, z elementami poresekcyjnej rekonstrukcji. Całość dopełniła prezentacja fotograficzna licznych przypadków, obrazujących omawiane zagadnienia.

Prof. R. Leemans przedstawił zagadnienia dotyczące taktyki leczenia węzłów chłonnych w klinicznym zaawansowaniu N0 u pacjentów chorych na nowotwory regionu głowy i szyi oraz tematykę zabiegów rekonstrukcyjnych gardła płatami wolnymi, z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych.

Prof. Kian Ang omówił natomiast zagadnienia dotyczące predykcji i modulacji odpowiedzi na radioterapię. W interesującym wykładzie prof. Kobus przedstawił pol-

skie doświadczenia w rekonstruowaniu ubytków po leczeniu nowotworów tego regionu.

W drugim dniu sympozjum dr hab. R. Suwiński omówił znaczenie dawki całkowitej i całkowitego czasu leczenia w pooperacyjnej radioterapii, z uwzględnieniem wpływu przerw w leczeniu na jego wyniki.

Problemy rekonstrukcji w chirurgii postawy czaszki oraz związane z nią trudności, a także zagadnienia dotyczące rekonstrukcji po rozległych zabiegach ablacyjnych, omówił J. Irish. Ostatnie z jego wystąpień dotyczyło metod rekonstrukcji płatami wolnymi oraz wyników leczenia mięsaków tego regionu. Trudności wyboru taktyki leczenia oraz zagrożenia w leczeniu subklinicznych zmian węzłowych układu chłonnego szyi przedstawił R. Withers. Perfekcyjnie przygotowaną i znakomicie udokumentowaną prezentację etapów rekonstrukcji żuchwy, opartą o doświadczenia M.D. Anderson Cancer Center, przedstawił D. Chang. Własne doświadczenia ośrodka gliwickiego w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej zaawansowanych

nowotworów głowy i szyi przedstawili również autorzy sprawozdania.

Przedkongresowe sympozjum było pierwszym tego rodzaju, obejmującym szeroką problematykę trudnych i złożonych zagadnień, dotyczących nie tylko technik rekonstrukcji w regionie głowy i szyi, ale również miejsca i znaczenia chirurgii rekonstrukcyjnej w wielospecjalistycznej i skojarzonej taktyce nowoczesnego leczenia chorych na nowotwory tego regionu. Sympozjum spotkało się z tak dużym zainteresowaniem, że liczba zgłoszeń tuż przed jego rozpoczęciem znacząco przekraczała założoną liczbę uczestników. To wskazuje na potrzebę kontynuacji spotkań naukowych w zakresie omówionego sympozjum.

Janusz Wierzoń

Cezary Szymczyk

Adam Maciejewski

Klinika Chirurgii Onkologicznej

Centrum Onkologii–Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Gliwicach

Sprawozdanie z pobytu w Szpitalu Uniwersyteckim w Glasgow

W lipcu 2002 r. przebywałem w celach szkoleniowych w Klinice Chirurgii Plastycznej Szpitala Canniesburn, należącego do Uniwersyteckiego Szpitala Glasgow w Szkocji.

Szpital ten powstał z inicjatywy Johna Scotta Tougha, według jego pomysłu, w 1967 roku. Ze szpitalem tym byli związani tacy chirurdzy plastycy jak: T. Gibson, J.C. Mustarde, I. McGregor, I. Jackson, C. Horton, D. Buck-Gramcko, E. Biemer, G. Lister, M. Webster. W chwili obecnej dyrektorem Szpitala jest David S. Soutar. Ośrodek ten zasłynął z wprowadzenia płatów o ukrwieniu osiowym, płata pachwinowego, oraz licznych, klasycznych już dzisiaj, operacji w zakresie głowy, powiek, warg, dna jamy ustnej. Obecnie główne kierunki działalności Szpitala to: chirurgia onkologiczna i rekonstrukcyjna w obrębie głowy i szyi, połączona z chirurgią twarzowo-szczękową, chirurgia rekonstrukcyjna piersi oraz chirurgia ręki.

Głównym celem mojego pobytu było zapoznanie się z technikami rekonstrukcji piersi, jak i rekonstrukcji po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi. Prof. D.S. Soutar, pod którego opieką przebywałem, okazał się uroczym, pełnym temperamentu i życzliwości, niezmordowanym chirurgiem. Wykonywał ze swoim zespołem po kilka dużych zabiegów dziennie, cały czas ucząc młodszych kolegów i udzielając licznych wyjaśnień. W rekonstrukcji wewnątrzustnej stosuje z wyboru wolny promieniowy płat z przedramienia. W razie potrzeby wykonania rekonstrukcji części żuchwy, pobiera ten płat wraz z fragmentem kości promieniowej. Metodę tę wprowadził na początku lat osiemdziesiątych do arsenału światowych metod rekonstrukcyjnych i doprowadził do perfekcji. Używa również licznych innych wolnych płatów w razie potrzeby. Operację usunięcia układu chłonnego szyi,

o ile operacja na to pozwala, przeprowadza z pozostawieniem mięśnia MOS, nerwu dodatkowego i żyły szyjnej wewnętrznej.

W oddziale rekonstrukcji piersi miałem okazję obserwować przy pracy Dr Ewę Weiler-Mithoff. Zdecydowana większość rekonstrukcji jest wykonywana tkankami własnymi z okolicy podbrzusza, przy użyciu płata DIEP „*Deep Inferior Epigastric Perforator*”, opartego na naczyniach skórno-mięśniowych przesywających, odchodzących od naczyń nabrzusznych dolnych. Pobieranie takiego płata pozwala na zaoszczędzenie mięśnia prostego brzucha wraz z powięzią i jedynie lekkie jego rozwarstwienie. Stosują również inne tradycyjne metody rekonstrukcji piersi. Około połowy operacji rekonstrukcji piersi wykonują w trybie natychmiastowym, korzystając z pomocy chirurga onkologa. Rekonstrukcja otoczki piersi jest wykonywana rutynowo poprzez tatuowanie. Na salach operacyjnych są stale zespoły anestezjologiczne i pielęgniarskie, co ułatwia i przyspiesza pracę. Aby nie tracić czasu, w trakcie sprzątnięcia sali po poprzednim zabiegu, chorzy są usypiani w salach przedoperacyjnych. Przy bloku znajduje się niewielki barek, w którym można nabyć ciepły posiłek w porze lunchu. Wolne deszczowe dni poświęcałem na zwiedzanie zabytków Glasgow i Edynburga. Pobyt mój był możliwy dzięki pomocy finansowej Fundacji im. Jakuba Hr. Potockiego i Centrum Onkologii i pozwolił mi na zapoznanie się z pracą owianego legendą Szpitala Canniesburn.

Dr n. med. Tadeusz Witwicki

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej

Centrum Onkologii – Instytut

im. Marii Skłodowskiej-Curie

w Warszawie