

## Sprawozdania • Reports

### Sprawozdanie z konferencji ECCO 11

W dniach 21-25 października 2001 r. w Lizbonie odbyła się 11 konferencja ECCO (European Cancer Conference), będąca jednym z wiodących europejskich spotkań onkologicznych, odbywających się co 2 lata.

Zgromadziła chirurgów, patologów, biologów molekularnych, epidemiologów, onkologów klinicznych, radioterapeutów oraz pielęgniarki onkologiczne.

W konferencji uczestniczyło ponad 5 tysięcy osób z 74 krajów. Odbywała się na terenie Park of the Nations, gdzie uprzednio odbywały się targi EXPO 98.

Program naukowy konferencji obejmował wykłady szkoleniowe – które odbywały się zarówno w godzinach rannych, jak i popołudniowych, sympozja, sesje plakatowe, sesje okrągłego stołu. Program naukowy dopełniały liczne wykłady i sesje interaktywne, sponsorowane przez firmy farmaceutyczne. Jak zawsze dużym powodzeniem wśród uczestników cieszyły się sesje edukacyjne. Główne zagadnienia tej sesji to: wczesny rak piersi, rak płuca, rak gruczołu krokowego, rak jelita grubego, leczenie chorych w podeszłym wieku oraz opieka paliatywna.

W sesji poświęconej zagadnieniu wczesnego raka piersi omówiono diagnostykę, patomorfologię, leczenie miejscowe – chirurgię i radioterapię oraz leczenie systemowe.

James J. Going przypomniał czynniki prognostyczne i predykcje o ustalonym znaczeniu klinicznym: wielkość guza, jego morfologia, stopień zróżnicowania, zajęcie węzłów chłonnych obecność receptorów steroidowych oraz wiek chorej. Stan receptora HER2 wymaga dalszych badań i na dzień dzisiejszy nie należy jeszcze do standardowych czynników predykcyjnych.

Kolejnym wykładowcą był Luidi Catalotti, który omówił rekomendacje dotyczące rodzaju zabiegu chirurgicznego. Poruszył między innymi kontrowersyjny problem wykonywania tzw. profilaktycznej amputacji drugiej (zdrowej) piersi u chorych poniżej 40 roku życia, nosicielek genu *BRCA1* i *BRCA2*, u których rozpoznano atypową hyperplazję przewodową lub zrakikową; decyzja jednak winna należeć do chorej.

Marie Overgaard podsumowała dotychczasowe badania dotyczące roli uzupełniającej radioterapii. Napromieniania winny być stosowane u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu miejscowego, a więc z guzami T3 i T4, a także u chorych z zajętej 4 lub więcej węzłami chłonnymi. Radioterapia stosowana jest rutynowo również u chorych po zabiegach oszczędzających (BCT); dyskusyjnym pozostaje nadal rola tzw. *boostu* (dodatku). Autorka przedstawiła 2 duże badania, dotyczące tego zagadnienia:

- badanie z Lyonu, obejmujące grupę 1000 chorych leczonych BCT, u których lepszą o 2,5% kontrolę miejscową uzyskano przy zastosowaniu *boostu*,
- badanie EORTC na grupie 5318 chorych, zysk z dodatkowego napromieniania wykazano jedynie u kobiet w wieku poniżej 50 lat.

Na zakończenie tej sesji Martine Piccart omówiła rolę leczenia systemowego. Leczenie schematami zawierającymi antracykliny zalecane jest u kobiet młodych, z wysokimi czynnikami ryzyka, bez obciążeń kardiologicznych grożących kardiomiopatią. Schemat CMF może być alternatywą dla chorych obciążonych kardiologicznie, z niskimi czynnikami ryzyka. Zastosowanie taksanów w leczeniu uzupełniającym wymaga dalszych badań klinicznych. U chorych receptorowo dodatnich zalecane jest, niezależnie od wieku, stosowanie tamoksyfenu przez 5 lat, pomimo wzrostu ryzyka chorób zatorowo-zakrzepowych, czy zwiększonego zagrożenia wystąpienia raka trzonu macicy. Priorytetem w dalszych badaniach jest potwierdzenie znaczenia predykcyjnego obecności receptora HER 2 i białka TP 53.

Rak jelita grubego. Na wstępie omówiono nowe metody diagnostyczne, zwracając uwagę na rolę endokawitarnej ultrasonografii z możliwością pobrania wycinków. Podkreślono wysoki odsetek zgodności (85-90%) określania cechy T, a także cechy N (75%-85%) tą metodą. Omówiono rolę trójwymiarowej ultrasonografii, PET-u i endokawitarnej rezonansu magnetycznego. Jak wiadomo, podstawową metodą leczenia chorych na raka jelita grubego, w tym również odbytnicy, jest zabieg operacyjny. Podkreślono rolę całkowitego wycięcia mezorektum (TME), zwłaszcza przy lokalizacji zmiany w środkowym i dolnym odcinku. Technika operacyjna chirurga, jest drugim, po stopniu zaawansowania, czynnikiem prognostycznym. Dla podjęcia dalszych decyzji odnośnie leczenia uzupełniającego bardzo istotna jest dokładność patomorfologicznej oceny materiału pooperacyjnego. Omówiono również rolę radioterapii przedoperacyjnej. Przedstawiono wyniki badań szwedzkich, dotyczące tego zagadnienia. Stwierdzono zmniejszenie ryzyka wznowy miejscowej u chorych napromienianych przedoperacyjnie: 2,5% vs 8,3%, jak również wydłużenie czasu przeżycia. Różnice te były statystycznie znamienne u chorych w II i III stopniu zaawansowania oraz dla guzów zlokalizowanych w odległości 0-5cm i 5-10 cm od zwieracza.

W części poświęconej chemioterapii podkreślono iż podstawowym schematem leczenia jest nadal 5-fluorouracil, modulowany leukoworyną. Inne leki – Irinotekan (inhibitor topoizomazy I) i Oxaliplatyna (pochodna platyny) – wykazują skuteczność w leczeniu paliatyw-

nym. Nowym lekiem, wykazującym aktywność w leczeniu paliatywnym, jest apetycytyna (Xeloda). Aktualnie prowadzone są badania nad jego zastosowaniem w leczeniu uzupełniającym (adiwantowym); podkreśla się wygodę w jego stosowaniu (postać doustna). Ciekawe badania kliniczne dotyczą chemioterapii dootrzewnowej (IperC), podawania cytostatyków do ż. wrotnej (Iport C) oraz immunoterapii.

Interesujący wykład szkoleniowy, dotyczący raka prostaty, przedstawił J.H. Schröder, podkreślił on rolę złych czynników rokowniczych; PSA przed leczeniem powyżej 20, skala Gleason 8-10, stopień T 3, 4. Podstawowymi metodami leczenia raka prostaty są hormonoterapia, leczenie operacyjne i radioterapia. Chemioterapia nadal pozostaje w sferze badań klinicznych.

Spośród prac prezentowanych na sympozjach nasze zainteresowanie wzbudziło badanie SWOG 9008, dotyczące roli pooperacyjnej chemioradioterapii u chorych na raka żołądka oraz połączenia żołądkowo-przełykowego. Badanie to obejmowało grupę 603 chorych w stopniu zaawansowania IB – IV, M0 po zabiegu operacyjnym. Chorych randomizowano do obserwacji lub radiochemioterapii. Leczenie składało się z jednego cyklu chemioterapii 5FU/LV i następnie radiochemioterapii – napromienianie Dg 45Gy i następnej chemioterapii. Stwierdzono wyraźnie lepsze wyniki w grupie chorych leczonych pooperacyjnie, tak w aspekcie czasu wolnego od wznowy (DFS) – 49% vs 32%, 3-letniego przeżycia – (OS) – 52% w porównaniu z 41%, jak również mediany przeżycia – 42 mies. vs 27 mies. Autorzy uważają, iż pooperacyjna radiochemioterapia powinna być postępowaniem standardowym w grupie chorych z wysokim stopniem ryzyka wznowy, z miejscowo zaawansowanym rakiem gruczołowym żołądka.

Innym ciekawym doniesieniem było zastosowanie przeciwciał monoklonalnych w praktyce klinicznej: Anty HER2 (J. Baselga), przeciwciał przeciw angiogenezie (M. Gordon) oraz przeciwko naskórkowemu czynnikowi wzrostu (P. Harari). Przedstawione badania I fazy budzą nadzieje na przełamanie oporności nowotworów litych na stosowaną radioterapię, np. regionu głowy i szyi, zwiększenie odpowiedzi na cisplatinę u chorych na płaskonabłonkowego raka płuca.

Bardzo duże zainteresowanie wzbudziła sesja dotycząca aktualnych metaanaliz w raku piersi, jelita grubego, nowotworach głowy i szyi oraz odbyticy. Sesja stanowiła podsumowanie metaanaliz, opublikowanych ostatnio w literaturze.

Pomimo bogatego programu naukowego udało nam się znaleźć trochę czasu na spacer po jednej z najpiękniejszych stolic Europy, posłuchanie wzruszającej muzyki i delektowanie się specjałami kuchni regionalnej. Za wszystkie atrakcje naukowe i pozanaukowe dziękujemy sponsorom, bez nich uczestnictwo w Kongresie nie byłoby możliwe.

**Małgorzata Piotrowska, Joanna Pikiel**  
Oddział Chemioterapii  
Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni