

Sprawozdania • Reports

Sprawozdanie z III Europejskiej Konferencji „Tytoń albo Zdrowie”

”Closing the Gaps – Solidarity for Health”

III Europejska Konferencja „Tytoń albo Zdrowie” „Closing the Gaps – Solidarity for Health” odbyła się w dniach 20-22 czerwca 2002 roku w Centrum EXPO XXI w Warszawie. Założeniem konferencji była kontynuacja polskiego oraz światowego forum dyskusyjnego nt. działań podejmowanych w celu ograniczenia zdrowotnych skutków palenia tytoniu. Zainicjowane przez organizatorów dyskusje skupiały się wokół zasadniczych kwestii: medykalizacji problemu leczenia z palenia tytoniu, ochrony dzieci przed wymuszonym biernym paleniem oraz ograniczenia palenia w całej Europie. Poruszone zostały także tematy dotyczące ekonomiki rynku tytoniowego: dążenie do wyrównania różnic między państwami europejskimi w zakresie kontroli rynku tytoniowego oraz prognozy co do jego ekonomicznych następstw.

W konferencji wzięło udział 839 uczestników z 53 krajów całego świata. W tym z Europy przyjechało 733 osób, a wśród nich 357 uczestników z Europy Centralnej i Wschodniej. Polskę reprezentowało 237 osób. Udział w konferencji tak dużej liczby uczestników z Europy Wschodniej był możliwy dzięki stypendium ufundowanemu przez: Open Society Institute, GlaxoSmithKline i Fundację „Promocja Zdrowia”. Wśród uczestników byli liderzy zdrowia publicznego, wybitni specjaliści różnych dziedzin medycyny oraz życia społecznego. Do najważniejszych gości konferencji należeli: profesor Pekka Puska – Dyrektor ds. Chorób Niezakaźnych WHO w Genewie, John Seffrin – prezydent American Cancer Society, a od

lipca br. nowy prezydent UICC, oraz profesor Sir Richard Peto, specjalista w dziedzinie statystyki medycznej i epidemiologii z Uniwersytetu w Oxfordzie. Na prośbę międzynarodowego Komitetu Naukowego honorowy patronat nad konferencją objęła pani Jolanta Kwaśniewska, która zaszczyliła swoją obecnością ceremonię otwarcia obrad konferencji. W czasie ceremonii otwarcia prof. Sir Richard Peto został odznaczony nadanym przez Prezydenta RP Aleksandra Kwaśniewskiego Krzyżem Oficerskim Orderu Zasługi.

Program konferencji obejmował sesje plenarne dotyczące czterech tematów: 1. Closing the gaps. Solidarity for health; 2. Engaging the health providers in tobacco control; 3. Tobacco control policy in the European Union and in the accession countries - present situation and future challenges; 4. The economics of tobacco control, a także sesje paralelne, pogrupowane w czterech blokach nawiązujących do wyżej wymienionych zagadnień. Po trzech dniach wykładów i dyskusji tematy poruszone podczas sesji podsumowano w sesji końcowej „Round Table”, prowadzonej przez Michaela Pertschuka z Advocacy Institute z Waszyngtonu oraz prof. Witolda Zatońskiego z Centrum Onkologii w Warszawie.

Więcej informacji można uzyskać na stronie internetowej www.promocjazdrowia.pl

Prof. dr hab. med. Witold Zatoński
Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów
Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Sprawozdanie z III Europejskiej Konferencji na temat Raka Piersi

III Europejska Konferencja na temat Raka Piersi odbyła się w Barcelonie w dniach 19-23 marca 2002 r. Stanowiła ona kontynuację poprzednich spotkań tego typu we Florencji (w roku 1998) i w Brukseli (w roku 2000). Tegoroczna konferencja zorganizowana została tradycyjnie pod patronatem Grupy Raka Piersi Europejskiej Organizacji do Badań nad Leczeniem Raka (EORTC), Europejskiego Towarzystwa Mastologii (EUSOMA) oraz koalicji Europa Donna.

Konferencja zgromadziła ponad 4000 uczestników z całej Europy oraz wielu przedstawicieli krajów pozaeu-

ropejskich. Obecni byli lekarze reprezentujący wszystkie specjalności związane z rakiem piersi: chirurdzy, radioterapeuci, chemioterapeuci, radiolodzy, patolodzy i psychoonkolodzy. Program konferencji obejmował niemal wszystkie tematy dotyczące tego nowotworu, w tym badania podstawowe, diagnostykę, leczenie oraz aspekty psychologiczne. Na konferencji zaprezentowano 467 prac, w tym 83 doniesienia ustne i 98 prac zaproszonych. Oprócz tradycyjnych sympozjów i wykładów edukacyjnych, odbyło się kilka debat, w których dwie grupy ekspertów przedstawiały odmienne stanowiska na temat wybra-

nych zagadnień raka piersi. Poruszano w nich trzy kwestie: czy chirurgiczne usuwanie węzłów pachowych jest metodą przestarzałą (M. Greco z Mediolanu – tak, przeciw E. Rutgersowi z Amsterdamu – nie), czy celowa jest uzupełniająca chemioterapia u chorych po menopauzie o dodatnich receptorach steroidowych (C. Rose z Lund – tak, przeciw K.S. Albain z Maywood – nie) i czy należy wykorzystywać testy genetyczne w kierunku określenia mutacji genu BRCA 1 i BRCA 2 (C.K. Osborne z Houston – tak, przeciw M. Baumowi z Londynu – nie). Szczególne emocje wzbudziła ta ostatnia debata, ponieważ poruszany problem dotyczy w dużym stopniu zagadnień moralnych i z pogranicza etyki. Głosowanie na ten temat, przeprowadzone wśród uczestników sesji przed i po jej zakończeniu, wykazało, że liczba zwolenników i przeciwników badań genetycznych jest podobna. Przedstawicielki kobiet chorych na raka uważały, że decyzja o przeprowadzeniu badań genetycznych powinna należeć do nich i być poprzedzona wyczerpującą rozmową z lekarzem na temat wszystkich konsekwencji z tym związanych.

W sesji poświęconej epidemiologii duże zainteresowanie wzbudziły wyniki badania analizującego wpływ doustnych środków antykoncepcyjnych na ryzyko raka piersi. W grupie ponad 100.000 kobiet poddanych obserwacji w okresie 8 lat, stosowanie antykoncepcji hormonalnej wiązało się z 19% wzrostem względnego ryzyka raka piersi. Efekt ten był większy wśród kobiet aktualnie stosujących preparaty antykoncepcyjne (ryzyko względne 1,51), szczególnie w podgrupie powyżej 45. roku życia (ryzyko względne 2,23). Stosowanie doustnej antykoncepcji przed 20. rokiem życia lub przed pierwszą donoszoną ciążą nie wiązało się ze zwiększonym ryzykiem raka piersi. Co ważne, dane te w przeważającej większości dotyczą preparatów antykoncepcyjnych nowej generacji, zawierających względnie niskie dawki hormonów.

W sesji dotyczącej leczenia uzupełniającego przedstawiono wyniki badania ATAC (*'Arimidex', Tamoxifen, Alone or in Combination*), w którym chore otrzymywały anastrozol, tamoksyfen lub anastrozol z tamoksyfenem. Ogółem do badania włączono 9366 chorych, mediana czasu leczenia wynosiła 31 miesięcy, a mediana czasu obserwacji – 33 miesiące. Głównym celem badania ATAC było porównanie skuteczności obu leków, stosowanych w monoterapii lub w skojarzeniu. Stwierdzono znamienne dłuższy czas do nawrotu u chorych otrzymujących anastrozol ($p=0,013$), podczas gdy skuteczność schematu dwulekowego i tamoksyfenu była podobna. Ponadto wykazano, że u chorych otrzymujących anastrozol mniejsze było ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi, w porównaniu z grupą chorych otrzymujących tamoksyfen. W grupie chorych leczonych anastrozolem mniejsza była liczba zachorowań na raka trzonu macicy, incydentów niedokrwiennych i zakrzepowych oraz krwawień z narządu rodowego, natomiast częściej występowały zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i złamania. Możliwość obniżenia ryzyka zachorowania na raka drugiej piersi, dzięki zastosowaniu preparatów modyfikujących wpływ estrogenów na komórki tkanki gruczołowej piersi, jest niewątpliwie jednym z najbardziej interesujących wniosków z badania ATAC.

Przedmiotem specjalnej sesji była profilaktyka farmakologiczna raka piersi. Wyniki badania IBIS (*International Breast Cancer Intervention Study*) wykazują ochronny efekt tamoksyfenu w grupie kobiet o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka piersi. Obok tamoksyfenu, przedmiotem zainteresowania badaczy są obecnie raloksyfen, inhibitory aromatazy nowej generacji (u kobiet w okresie pomenopauzalnym) oraz analogi LHRH (w populacji przedmenopauzalnej). Podkreśla się, że ze względu na złożoną etiologię raka piersi, prawdopodobnie nie będzie możliwe stworzenie jednolitej strategii profilaktyki farmakologicznej tego nowotworu. Co za tym idzie, w przyszłości metody obniżania ryzyka zachorowania będą wymagały indywidualizacji, w zależności od dominującego w danym przypadku mechanizmu ryzyka (być może określonego na podstawie badań molekularnych).

Zainteresowanie wzbudziła sesja dotycząca niecytotoksycznych substancji modyfikujących rozwój i progresję nowotworu. Ta nowa grupa leków, będąca przedmiotem badań przedklinicznych i klinicznych, może stanowić w przyszłości wartościowe uzupełnienie dostępnych obecnie metod leczenia raka piersi. Pierwsze leki tej grupy, np. trastuzumab (przeciwciało skierowane przeciw jednemu z receptorów dla naskórkowego czynnika wzrostu), są już obecnie stosowane w praktyce klinicznej. Spośród innych, najbardziej obiecujące wydają się inhibitory kinazy tyrozynowej, działające na poziomie receptorów błonowych, inhibitory farnesylazy, blokujące przekazywanie sygnału na poziomie białka *ras* czy inhibitory proteaz, które są odpowiedzialne za aktywację szeregu białek, niezbędnych dla podziałów komórkowych. Niektóre z tych substancji wykazują wybiórczą aktywność w odniesieniu do komórek nowotworowych, co wyróżnia je spośród innych metod systemowego leczenia. Przedstawiono również obecny stan wiedzy na temat związków działających na sieć naczyńową guza nowotworowego. Można je podzielić na leki antyangiogenne – hamujące powstawanie nowych naczyń (przeciwciała monoklonalne, inhibitory kinaz tyrozynowych receptorów dla peptydów angiogennych, inhibitory metaloproteinaz, endogenne inhibitory angiogenezy: endostatyna, angiostatyna) oraz leki niszczące już istniejące naczynia (immunotoksyny działające na komórki śródbłonna).

Bardzo ciekawa była sesja dotycząca leczenia raka piersi u młodych kobiet, w tym zagadnienia raka piersi w ciąży. Podkreślono niekorzystny wpływ młodego wieku na ryzyko zarówno nawrotu miejscowego (szczególnie po leczeniu z oszczędzeniem piersi), jak i rozsiewu choroby. Niekorzystny wpływ młodego wieku dotyczy zwłaszcza podgrupy guzów z obecnością receptorów steroidowych, podczas gdy w przypadku braku receptorów wiek wydaje się nie mieć znaczenia rokowniczego. U młodych kobiet z obecnością receptorów, efekt endokrynni chemioterapii jest niewielki (*amenorrhea* u < 30% chorych), zatem szczególnie istotne wydaje się stosowanie dodatkowo uzupełniającego leczenia hormonalnego. W odniesieniu do raka piersi w ciąży omówiono możliwości leczenia uzupełniającego, podkreślając bezwzględne przeciwwskazania

do radioterapii oraz względne bezpieczeństwo stosowania chemioterapii w II i III trymestrze ciąży.

Jednym z bardziej interesujących tematów konferencji okazało się zastosowanie śródoperacyjnej radioterapii wiązką zewnętrzną u chorych leczonych z zachowaniem piersi. W kilku prezentacjach (m.in. U. Veronesiego) omawiane były kwestie wskazań, technik napromieniania oraz wyników leczenia. Wskazywano, iż jest to potencjalnie wartościowa alternatywa dla tradycyjnej pooperacyjnej radioterapii. Podkreślano, że śródoperacyjna radioterapia pozwala na zmniejszenie dawki na skórę, płuca i tkankę podskórną, skraca czas leczenia i zapewnia dobry efekt kosmetyczny. Metoda ta budzi jednak nadal kontrowersje i jej wartość musi zostać zweryfikowana w badaniach randomizowanych.

Wiele prezentacji tradycyjnie dotyczyło nowych technik obrazowania, chirurgii rekonstrukcyjnej, technik związanych z węzłem wartowniczym oraz objawów niepożądanych leczenia.

Kończącym akcentem konferencji było krótkie przedstawienie teatralne pt: „2084 – The future of breast cancer research in danger”, napisane przez przewodniczącego konferencji, prof. M. Bauma. Ta satyra, w której jako ak-

torzy wystąpiło grono renomowanych onkologów, obnażyła absurd postępującej biurokratyzacji badań klinicznych i mnożenia administracyjnych obowiązków, nakładanych na prowadzących je badaczy. Przedstawiono to w niezwykle humorystyczny sposób, ale wnioski są o wiele mniej wesołe: prowadzenie badań klinicznych w przyszłości będzie bardzo trudne, jeśli w ogóle możliwe.

Liczne atrakcje i urok Barcelony wraz z piękną pogodą pozwalały uczestnikom konferencji połączyć korzyści poznawcze z miłym spędzeniem czasu.

Spotkanie było szerokim przeglądem szybko rozwijającej się wiedzy w dziedzinie zapobiegania i leczenia raka piersi. Przyczyniło się ono do dalszego postępu w walce z tym nowotworem i wytyczyło kierunki dalszych poszukiwań. Następną IV Europejską Konferencją na temat Raka Piersi, odbędzie się w Hamburgu w marcu 2004 roku. Polskie środowisko onkologiczne zostało wyróżnione przez powierzenie jej przewodnictwa profesorowi Jackowi Jassemowi z Akademii Medycznej w Gdańsku.

Jarosław Mądrzak,
Elżbieta Senkus-Konefka
Marzena Welnicka-Jaśkiewicz
Klinika Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku

Sprawozdanie ze Spotkania po ASCO 2002

W dniach 14-15 czerwca 2002 r. odbyło się w Gdańsku „Spotkanie po ASCO 2002”. Konferencja została zorganizowana przez Klinikę Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku z inicjatywy prof. Jacka Jassem. Spotkanie odbyło się pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiej Szkoły Onkologii. Jego celem było podsumowanie najważniejszych doniesień, przedstawionych na tegorocznej Konferencji ASCO, która odbyła się w maju w Orlando. Uczestnikami spotkania było około 230 lekarzy z całej Polski, głównie przedstawiciele specjalności onkologicznych, oraz osoby w trakcie specjalizacji. Zaproszeni wykładowcy mieli bardzo trudne zadanie, ponieważ przygotowanie wykładów wymagało analizy w krótkim czasie setek doniesień, by móc przedstawić uczestnikom te najbardziej wartościowe. Zamierzenie to zostało zrealizowane znakomicie. Wysłuchaliśmy wielu bardzo dobrych i wartościowych wykładów, a ponadto wszyscy uczestnicy otrzymali broszurę, zawierającą streszczenia przedstawianych doniesień. Mnogość przekazanych informacji nie pozwala na ich szczegółowe omówienie, chcemy jednak wspomnieć o każdym wykładzie i przekazać najważniejsze naszym zdaniem nowości.

Pierwszy wykład – dr T. Pieńkowskiego – był poświęcony rakowi piersi. Liczne prezentowane tu badania, dotyczące leczenia uzupełniającego, potwierdzają skuteczność standardowego stosowania antracyklin w leczeniu pooperacyjnym u chorych z przerzutami do węzłów chłonnych. Prowadzone są jednak intensywne próby oceny sku-

teczności taksanów w tym zastosowaniu. Przedstawiono wyniki wielośrodowego badania, porównującego schematy TAC (docetaksel, doksorubicyna, fluorouracyl) i FAC w leczeniu uzupełniającym. Czas do progresji (DFS) był dłuższy w ramieniu TAC. W rezultacie, w ramieniu tym dłuższe było także przeżycie, ale tylko w grupie chorych z 1-3 zajętych węzłów chłonnych, natomiast w grupie 4 i więcej zajętych węzłów wyniki były podobne. Jednocześnie w ramieniu TAC odnotowano znacznie więcej neutropenii. W innym badaniu randomizowanym, dotyczącym leczenia uzupełniającego, wykazano wyższość stosowania tamoksyfenu po zakończeniu chemioterapii, w porównaniu do jednoczesowej chemiohormonoterapii. Nie udało się jak dotąd jednoznacznie określić roli gosereliny w leczeniu pooperacyjnym. Przedmiotem kilku badań było leczenie miejscowo zaawansowanego raka piersi (LABC) z zastosowaniem trastuzumabu, cisplatyny oraz taksanów. Wstępne wyniki dotyczące remisji klinicznych i patologicznych potwierdzają wysoką skuteczność tych leków, ale na odległe wyniki trzeba jeszcze poczekać. Potwierdzono natomiast skuteczność anastrozolu w leczeniu LABC u chorych po menopauzie. Prowadzone są także liczne poszukiwania nowych czynników predykcyjnych. Duże nadzieje wzbudzają badania z zakresu biologii molekularnej i oceny profilu genowego guza, pozwalające na indywidualną kwalifikację chorych do leczenia i wybór „celowanych schematów”. Najbardziej obiecujące są tutaj próby z użyciem testu macierzy DNA (*microarray assays*).



Problemy biologii molekularnej obecne były zresztą w większości wykładów. Bardzo cenne było więc przybliżenie przez prof. C. Szczylika zagadnień związanych z rodziną naskórkowych czynników wzrostu oraz mechanizmów przekazywania sygnału w komórce nowotworowej. Przedmiotem licznych badań są obecnie leki działające na poziomie molekularnym (np. inhibitory kinazy tyrozynowej, przeciwciała monoklonalne) i choć nie są one jeszcze stosowane w codziennej praktyce, to ich rola w leczeniu nowotworów stale wzrasta.

Kolejny wykład – doc. M. Krzakowskiego, poświęcony najczęstszemu nowotworowi, rakowi płuca, nie napawał optymizmem, albowiem rola tradycyjnej chemioterapii osiągnęła *plateau*. W zaawansowanym raku niedrobnokomórkowym (NDRP) nadal najbardziej skuteczne są wielolekowe schematy z cisplatiną i to niezależnie od wieku pacjenta. W wyborze schematu należy uwzględnić jakość życia i koszty. Programy z udziałem taksanów w leczeniu NDRP są ciągle przedmiotem badań i dyskusji. Jedyną nowością okazało się stosowanie nowego antymetabolitu – pemetreksedu (ALIMTA) w leczeniu międzybłoniaka płucnej. Badanie porównujące leczenie cisplatiną z udziałem lub bez udziału pemetreksedu wykazało wyraźną poprawę w zakresie całkowitego przeżycia i czasu do progresji dla ramienia zawierającego pemetreksed. Sugerowano zatem, że schemat ten może się stać nowym standardem w leczeniu międzybłoniaka płucnej.

Prof. J. Jassem przedstawił doniesienia dotyczące leczenia nowotworów obszaru głowy i szyi. Po raz kolejny podniesiono brak skuteczności chemioterapii indukcyjnej i pooperacyjnej, natomiast nadal analizowana jest rola chemioterapii w skojarzeniu z radioterapią. Jeśli chodzi o stosowane leki – standardem pozostaje schemat złożo-

ny z 5-fluorouracylu i cisplatiną. Przedstawiono też badania z zastosowaniem nowych leków: inhibitorów kinazy tyrozynowej – ZD 1839 (Iressa), Su 5416 oraz przeciwciała monoklonalnego – C 225 (Cetuximab). Wstępne wyniki są obiecujące.

W nowotworach jelita grubego, omawianych przez dr M. Welnicką-Jaśkiewicz, podkreśla się ogromną rolę optymalnego leczenia chirurgicznego. Badania wykazały ponad wszelką wątpliwość wysoki udział wyleczeń miejscowych po całkowitym usunięciu mezorektum (TME) i postępowanie to powinno być obecnie standardem. W leczeniu przypadków zaawansowanych ocenia się rolę nowych cytostatyków – oksaliplatyny, irinotekanu, kapecytabiny. Wyniki tych badań są zachęcające. Podobnie jak w innych nowotworach, tak i tutaj duże nadzieje wiąże się z biologią molekularną. Trwają bowiem badania nad zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych – edrecolomab (w leczeniu uzupełniającym) oraz erbitux (w leczeniu postaci zaawansowanych).

W wykładzie na temat leczenia wspomagającego doc. M. Krzakowski podkreślił rolę deksrazoksanu – preparatu obniżającego wczesną kardiotoxycywność antracyklin. Rola tego leku w zapobieganiu późnym powikłaniom wymaga dalszych badań. Jedno z ważniejszych doniesień dotyczyło wzrostu ryzyka powikłań zakrzepowozatorowych przy wielokrotnym podawaniu erytropoetyny i czynników wzrostu.

Dr M. Rucińska przedstawiła najważniejsze badania poświęcone radioterapii. Na uwagę zasługuje doniesienie dotyczące eskalacji dawki (do 78 Gy) w leczeniu raka gruczołu krokowego, co pozwoliło na uzyskanie poprawy przeżyć, zwłaszcza w grupie chorych z poziomem PSA > 10. Trwają również badania z zastosowaniem ni-

skich dawek cytostatyków jako substancji radiouczulających. Wyniki są obiecujące, ale z uwagi na objawy niepożądane metody te wymagają dalszych badań. Przedstawiono także kilka badań dotyczących zapobiegania odczynom popromiennym ze strony jamy ustnej. Najprostszym okazało się płukanie jamy ustnej roztworem witaminy E.

W wykładzie dr B. Utrackiej-Hutka, dotyczącym chemioterapii raka jajnika, przytoczonych zostało kilka badań z zastosowaniem taksanów, które w skojarzeniu z pochodnymi platyny pozostają standardem w leczeniu tego nowotworu. Wyniki badania porównującego stosowanie docetakselu i paklitakselu nie wykazują różnic w skuteczności tych leków, jednak docetaksel jest preparatem o mniejszej neurotoksyczności. We wczesnych nawrotach (< 18 mies.) po leczeniu paklitaksem i cisplatyną, optymalnym leczeniem jest monoterapia. Jednocześnie nie wykazano korzyści ze stosowania bezzwłocznej chemioterapii, w nawrotach objawiających się wyłącznie wzrostem stężenia Ca 125. W wykładzie doc. M. Bidzińskiego, poświęconym nowotworom macicy, dominowały kwestie diagnostyczne, nie odnotowano bowiem żadnych nowości w leczeniu tych guzów. Omówiono dość szeroko przydatność metody rezonansu magnetycznego w ocenie zaawansowania. Przytoczono także wyniki badania, oceniającego leczenie mięsaka podścieliska macicy u kobiet po menopauzie, sugerujące korzyść ze stosowania octanu megestrolu po operacji i napromienianiu.

Doc. W. Ruka podsumował doniesienia dotyczące leczenia mięsaków i czerniaka. Po raz kolejny stwierdzono brak skutecznej chemioterapii w leczeniu uzupełniającym tych nowotworów. Jedynym wyjątkiem są wyniki leczenia GIST (*gastrointestinal stromal tumor*). Wprowadzenie STI 571 (Glivec) – inhibitora kinazy tyrozynowej – okazało się prawdziwym przełomem (podobnie jak wcześniej zastosowanie STI 571 w leczeniu przewlekłej białaczki szpikowej). Przytoczono wczesne wyniki badania,

w którym po 10 miesiącach nadal 93% pacjentów z zaawansowanym GIST pozostaje w leczeniu, bez objawów progresji. W chemioterapii zaawansowanego czerniaka złośliwego nadal standardem pozostaje dakarbazyna. Mimo wielu prób z zastosowaniem nowych leków (taksany, winorelbina, talidomid, pochodne histaminy, temozolamid), nie wykazano ich wyższości nad DTIC.

Ostatni wykład – dr R. Dziadziuszko – poświęcony był chłoniakom. Oceniono rolę przeszczepów komórek macierzystych krwi obwodowej w leczeniu ziarnicy złośliwej, potwierdzając ich skuteczność we wczesnych (do 6 miesięcy) nawrotach po chemioterapii oraz w ziarnicy pierwotnie chemioopornej. Nie wykazano skuteczności tej metody w leczeniu zaawansowanej ziarnicy z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi. W leczeniu chłoniaków o powolnym przebiegu potwierdzono znaczenie immunoterapii. Stosowanie interferonu znamienne wydłuża czas przeżycia, ale nie jest przełomem. Takim przełomem mogą stać się natomiast przeciwciała monoklonalne – toksitumomab (również znakowany radioaktywnym jodem) oraz rituksimab.

„Spotkanie po ASCO...” to nowa inicjatywa w kalendarzu polskich konferencji onkologicznych. Mamy nadzieję, że zgodnie z zapowiedzią organizatorów, spotkania te będą organizowane w Gdańsku rokrocznie. Konferencja ASCO to jedna z wiodących imprez w światowej onkologii. Nie zawsze przedstawiane tam doniesienia są przełomowe, jednak wyznaczają one aktualne trendy w onkologii i związanych z nią naukach. Przekazanie informacji z tej konferencji jest bardzo cenne dla całego środowiska. Jeśli jeszcze odbywa się ono w tak znakomitej formie, jak to miało miejsce w Gdańsku, to „Spotkanie” możemy bez wątpienia nazwać wydarzeniem.

Barbara Radecka
Joanna Hudala-Klecha
Wojewódzki Ośrodek Onkologiczny w Opolu

Sprawozdanie z 18th UICC International Cancer Congress

Na przełomie czerwca i lipca bieżącego roku odbył się w Oslo XVIII Kongres International Union Against Cancer. Organizacja ta skupia się głównie na koordynowaniu pracy onkologów i działaczy politycznych na rzecz chorych na raka oraz tworzenia programów ukierunkowanych na zmniejszenie zapadalności i umieralności na choroby nowotworowe na całym świecie. Międzynarodowe kongresy odbywają się co 4 lata (kolejny zaplanowano na rok 2006 w Waszyngtonie).

Kongres w Oslo zgromadził ogromne forum onkologów – ponad 3000 uczestników – z około 120 krajów. Zaprezentowano w ciągu dwóch dwudniowych sesji plakatowych prawie 1200 prac, a w ciągu 6 dni trwania zjazdu nieomal 250 przedstawionych zostało jako prezentacje ustne. Poza tym odbyły się sesje plenarne i wykłady zaproszonych mówców, dotyczące podstawowych problemów onkologicznych.

W czasie trwania kongresu uczestnicy mogli skorzystać z kilku imprez towarzyszących – zwiedzić Oslo i obejrzeć najciekawsze miejsca w Norwegii. Zorganizowano też poranne, wspólne ćwiczenia sportowe, jako promocję ruchu fizycznego wśród uczestników kongresu.

Największe wrażenie wywarła jednak ceremonia otwarcia, zorganizowana przez gospodarzy kongresu wręcz perfekcyjnie. Zaszczyciła ją swoją obecnością patronka Norweskiego Towarzystwa Onkologicznego, Jej Wysokość Królowa Norwegii, Sonja.

W kongresie wzięło udział kilkudziesięciu polskich lekarzy. Większość z nich prezentowała swoje prace w czasie sesji plakatowych (ponad 30 prac). Pan prof. W. Zatoński przedstawił wyniki działań na rzecz walki z paleniem w Polsce w ramach jednej z sesji plenarnych.

Obrazy odbywały się jednocześnie w kilku salach konferencyjnych, co stanowiło czasami utrudnie-

nie dla uczestników poszukujących interesujących wykładów.

Istotą kongresów UICC jest próba uporządkowania i ocena metod leczenia nowotworów oraz podsumowanie działań na rzecz walki z rakiem, prowadzonych w poszczególnych krajach. Walka z rakiem w rozumieniu tej organizacji to działania zapobiegające powstaniu nowotworów, ich wczesne wykrycie oraz skuteczne leczenie. Tematy poruszane w trakcie obrad dotyczyły wszystkich dziedzin onkologii, w których dokonał się jakikolwiek postęp w ciągu ostatnich 4-5 lat. Chciałoby się powiedzieć, że wyodrębniły się dwa nurty tematyczne. Jeden z nich dotyczył zagadnień szeroko pojętej pierwotnej i wtórnej profilaktyki nowotworów oraz epidemiologii, drugi natomiast skupiał się na sposobach planowania leczenia i efektach terapii nowotworów.

W pierwszej grupie tematycznej znalazły się zagadnienia dotyczące, między innymi, walki z paleniem i osiągnięć poszczególnych krajów w tej dziedzinie, a także programów promujących aktywność fizyczną i zmieniających nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Przedstawiono również szereg doniesień związanych z programami skryningowymi, między innymi raka: piersi, szyjki macicy, jelita grubego, prostaty. Istotne miejsce zajęły tematy dotyczące zagadnień dziedziczenia nowotworów, skryningu w grupach nosicieli mutacji genowych (HNPCC, BRCA1, BRCA2) przedstawione przez H.F.A. Vasen, S. Naroda i P. Moller oraz sposobów postępowania profilaktycznego w stosunku do tych populacji. Jak wynika z wygłoszonych wykładów, w chwili obecnej nikt nie ma wątpliwości, że genetyczne badania populacyjne powinny być prowadzone na szeroką skalę. Niewątpliwie też sposób postępowania wobec nosicieli mutacji powinien odbiegać od postępowania wobec całej populacji. Szereg kontrowersji wciąż jednak budzi zakres działań profilaktycznych i ich celowość.

Jedną z ciekawszych była sesja poświęcona zagadnieniom chorób nowotworowych u osób w podeszłym wieku. D. M. Parkin przedstawił zarys epidemiologiczny zachorowań na nowotwory w zależności od wieku. Okazuje się, że ponad 45% z 10 100 000 przypadków raka zdiagnozowanych na świecie w 2000 roku dotyczyło osób po 65 roku życia. Proporcje zachorowań różnią się w poszczególnych krajach, np. w Japonii 63% stanowią pacjenci po 65 roku życia, w USA 58%. Oczywiście istnieją też wyraźne różnice zapadalności na poszczególne nowotwory w zależności od grupy wiekowej. I tak, na przykład tylko 5% raków jądra dotyczy grupy po 65 roku życia, około 14% ziarnicy złośliwej, natomiast wyraźnie częściej wykrywane są: rak trzustki (61%), rak pęcherza moczowego (63%), rak prostaty (75%). Przewiduje się, że w najbliższych latach znacznie wzrośnie odsetek ludzi starszych w populacji. Obecnie (2000 r.) stanowią oni około 7%, w roku 2050 populacja ludzi w wieku powyżej 65 lat będzie stanowić ponad 16%. Zazwyczaj choroba nowotworowa u ludzi starszych wykrywana jest w późniejszych stadiach. Sposoby leczenia i postępowania często wymagają modyfikacji z powodu licznych poważnych chorób internistycznych.

V.N. Anisimov przedstawił współczesne poglądy na

nowotworzenie, ze szczególnym uwzględnieniem grupy ludzi starych. Kluczową rolę odgrywają samoistne mutacje genów, odpowiadających za kontrolę podziałów komórkowych, które kumulują się z wiekiem. Znacznie mniejsze znaczenie niż czynnik czasu ma, jak się wydaje, ekspozycja na zewnętrzne karcynogeny.

Ogromny problem w leczeniu nowotworów w starszym wieku stanowią choroby towarzyszące. Jak wynika z wykładów przedstawionych przez M. Extermann i L. Repeto ogromny problem stanowi wyodrębnienie grupy chorych, którzy pomimo podeszłego wieku wymagają równie intensywnego leczenia, jak chorzy młodszy. Szczególnie istotne jest podjęcie trafnych decyzji terapeutycznych w sytuacji, gdy chodzi o wdrożenie chemioterapii uzupełniającej, np. w raku piersi lub też postępowania w nowotworach potencjalnie wyleczalnych, ale tylko po zastosowaniu agresywnej chemioterapii, np. w przypadku chłoniaków o dużej złośliwości. W chwili obecnej próbuje się opracowywać szereg logarytmów i skal, które mogą być pomocne przy podejmowaniu tego typu decyzji, np. Charlson Comorbidity Index, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), jednak nie są one doskonałe i w zasadzie decyzje terapeutyczne podejmowane są indywidualnie, na podstawie doświadczenia i wiedzy onkologa, co powoduje znaczne różnice w odniesieniu do sposobu leczenia nowotworów u ludzi starszych w poszczególnych ośrodkach oraz często uniemożliwia prowadzenie badań klinicznych w tej grupie chorych.

Bardzo interesująca okazała się też sesja dotycząca leczenia przerzutów do kości. Potraktowano ten problem przekrojowo. W trakcie swojego wykładu R. D. Rubens przedstawił zakres problemu. Otóż prawie 70% chorych na raka piersi i raka prostaty ma przerzuty do kości. Mediana przeżycia chorych na raka piersi z przerzutami do kości wynosi 2 lata, a 20% chorych żyje ponad 5 lat. W przypadku raka tarczycy, nerki i płuca przerzuty do kości w badaniu pośmiertnym stwierdza się u około 30-40% chorych, natomiast tylko około 5% chorych z rakiem wywodzącym się z przewodu pokarmowego ma przerzuty do układu kostnego.

Poważny problem, w przypadku obecności przerzutów do kości, stanowi ból. Powstaje on na drodze kilku różnych mechanizmów – naciekania okostnej, ucisku lub naciekania pęczków nerwowych, odruchowego skurczu mięśni i miejscowych efektów działania cytokin. Inne komplikacje związane z obecnością przerzutów do kości to złamania patologiczne, kompresja rdzenia kręgowego, hyperkalcemia. W chwili obecnej dysponujemy dość szerokimi możliwościami leczenia przerzutów do układu kostnego: hormonoterapia, chemioterapia, teleradioterapia, leczenie radioizotopami, wspomagające leczenie przeciwbólowe i ortopedyczne. Istotną rolę w leczeniu odgrywają bisfosfoniany, ich zastosowanie ma wpływ zarówno na zmniejszenie ilości powikłań kostnych, jak i na kontrolowanie bólu.

Bardzo istotny okazał się wykład O. S. Nielsena na temat zastosowania napromieniania paliatywnego pojedynczą frakcją. Autor uważa, że w przypadkach bólów kostnych, związanych z obecnością przerzutów do kości

bez dodatkowych powikłań (kompresja rdzenia, złamania patologiczne), napromienianie pojedynczą dawką frakcyjną 5-8 Gy powinno być metodą z wyboru. Bardzo ciekawy był też wykład przedstawiony przez ortopedę H. Bauera, dotyczący chirurgicznego leczenia powikłań kostnych. W zasadzie do leczenia chirurgicznego powinni być kwalifikowani wszyscy chorzy z objawami paraplegii, powstałej w wyniku ucisku na rdzeń kręgowy, pod warunkiem natychmiastowego skierowania chorego do placówki chirurgicznej po stwierdzeniu objawów neurologicznych (do 24 godzin). U chorych tych w ponad 80% przypadków, po pomyślnej operacji ortopedycznej, powraca zdolność do samodzielnego poruszania się.

R. Sainbury przedstawił wstępne wyniki badania randomizowanego ATAC (Arimidex, Tamoxifen Alone or in Combination), w którym porównuje się wartość inhibitorów aromatazy nowej generacji w leczeniu uzupełniającym raka piersi. Badanie, oparte na grupie 9366 kobiet po menopauzie, wykazało, że po średnim czasie obserwacji 33 miesiące, przeżycie bezobjawowe było znacząco dłuższe po leczeniu uzupełniającym Arimidexem w stosunku do tamoksyfenu, przy porównywalnej tolerancji leczenia każdym z tych leków. Na razie brak późnych obserwacji, ale dotychczasowe wyniki mogą stać się przyczynkiem do ewentualnych zmian rekomendacji, dotyczących leczenia adjuwantowego raka piersi u chorych po menopauzie – inhibitory aromatazy nowej generacji mogą stać się alternatywą, lub nawet zastąpić dotychczasowy złoty standard, jakim jest tamoksyfen.

Prof. R. Arriagada z Chile przedstawił aktualne problemy związane z radioterapią raka piersi. W ostatnim okresie obserwuje się stały wzrost liczby kobiet, które wymagają radioterapii. Niestety, wymagania przerastają możliwości aparaturowe zakładów radioterapii w wielu krajach świata. Chore długo oczekują na rozpoczęcie leczenia, które trwa wiele tygodni. Autor uważa, że konieczne jest ograniczenie liczby chorych wymagających radioterapii, ale bez pogorszenia wyników leczenia. Konieczne jest: 1) zdefiniowanie podgrupy chorych z niskim ryzykiem nawrotu, nie wymagających napromieniania, 2) rezygnacja z napromieniania całej piersi w leczeniu oszczędzającym u chorych starszych, z niskim ryzykiem nawrotu, z podaniem tylko jednej frakcji na okolicę łoży po guzie, 3) stosowanie u kobiet młodych na szerszą skalę mastektomii z rekonstrukcją piersi zamiast leczenia oszczędzającego, wymagającego obowiązkowej radioterapii, 4) wprowadzenie bardziej zintensyfikowanego i skutecznego leczenia systemowego, które mogłoby w części przypadków zapobiec konieczności napromieniania i 5) zdwojenie wysiłków zmierzających do zapobiegania rozwojowi raka piersi w grupach wysokiego ryzyka.

UICC zajmuje się także organizacją onkologicznej służby zdrowia. W trakcie kongresu trzech prelegentów: J. Healey z Memorial Sloan Kettering Cancer Center z Nowego Jorku, R. Grimer z Wielkiej Brytanii i G. Sater z Norwegii przedstawili zalety leczenia nowotworów w zespołach wielodyscyplinarnych, na przykładzie mięsaków tkanek miękkich. Zespoły złożone z chirurga, orto-

pedy, radiologa, patologa, radioterapeuty i chemioterapeuty pozwoliły, w reprezentowanych przez prelegentów klinikach, na wprowadzenie nowych metod leczenia (oszczędzanie kończyn), wprowadzenie chemioterapii wielolekowej mięsaków i poznanie nowych czynników predykcyjnych. Doprowadziło to do poprawy wyników leczenia i jego jakości. Autorzy rekomendują ten sposób organizacji opieki zdrowotnej w onkologii.

Na kongresie przedstawiono także szereg wykładów, dotyczących koncepcji leczenia uogólnionej choroby nowotworowej, z zastosowaniem nowych czynników biologicznych: inhibitorów angiogenezy, aktywacji komórek dendrytycznych, przeciwciał monoklonalnych, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia trastuzumabem chorych na raka piersi – D. J. Slamon, inhibitorów kinazy tyrozynowej, a zwłaszcza zastosowania imatinibu w przypadkach guzów stromalnych przewodu pokarmowego (GIST) – H. Joensuu.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się także wykłady dotyczące zagadnień związanych z bioetyką, problemami komunikacji z chorym na nowotwór i jego rodziną, zagadnieniami psychosocjologii i opieki pielęgniarstwa.

Wiele miejsca poświęcono także problemom opieki paliatywnej, jej organizacji w poszczególnych krajach oraz zwalczaniu podstawowych dolegliwości w terminalnym okresie choroby nowotworowej.

Sądzę, że udział w Kongresie UICC w Oslo dla wielu uczestników stał się podstawą do pewnej zmiany poglądów na współczesną onkologię. Uświadomił, że w obecnym świecie obowiązują lekarza dwa sposoby rozpatrywania zagadnień onkologicznych – „populacyjny”, ukierunkowany głównie na różnego rodzaju działania, mające na celu zmniejszenie wpływu zewnętrznych czynników karcynogennych na populację oraz „indywidualny”, skupiony na chorym człowieku, nastawiony maksymalnie na jego integrację społeczną, nie szzczędający wydatków na działania, w zasadzie paliatywne, i z góry skazane na niepowodzenie.

P.S. Za sfinansowanie opłatjazdowych składam podziękowania dla Norwegian Cancer Society.

Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld

Dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld
Oddział Chemioterapii
Warmińsko-Mazurskiego Regionalnego
Centrum Onkologii w Olsztynie

Dr n. med. Anna Niwińska
Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej,
Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie