

## Ocena książki

### „Zarys neurochirurgii”

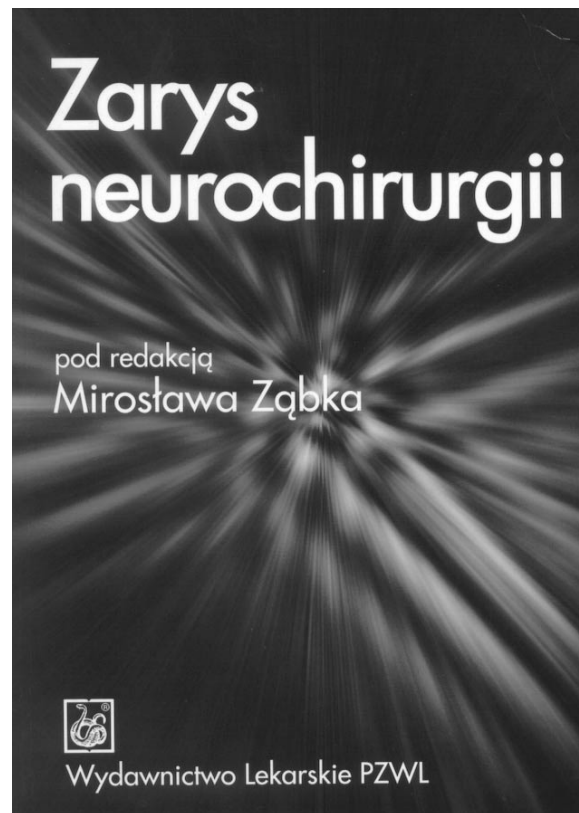
pod. red. Mirosława Ząbka

Warszawa: PZWL, 1999, stron 696, ISBN 83-200-2320-3

Książka wydana przez PZWL w 1999 roku została napisana przez wielu autorów, będących znanymi w Polsce neurochirurgami, a kilka rozdziałów napisali znani autorzy zagraniczni. Dzieło pomyślane jest jako obszerne omówienie najważniejszych zagadnień klinicznych leczonych przez neurochirurgów, na dość szczegółowym poziomie. Sposób przedstawienia poszczególnych tematów zmienia się, w zależności od autora, od luźno powiązanych uwag do bardzo systematycznego wykładu, od ściśle określonej jednostki chorobowej do ich zbioru określonego na przykład lokalizacją. Dla czytelników *Nowotworów* najciekawsze zapewne będą rozdziały dotyczące nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, stanowiące znaczną część (około 1/3) całej książki i poniżej zawarte są krótkie uwagi na temat tych rozdziałów.

Największą część pierwotnych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego stanowią niestety guzy pochodzenia glejowego, które z kolei w większości są nowotworami złośliwymi o bardzo złym rokowaniu. Pomimo istnienia wielu technik operacyjnych oraz wielu metod leczenia uzupełniającego, wymienionych w rozdziale poświęconym tym guzom, nie wydaje się, aby jakiegokolwiek stosowane obecnie leczenie istotnie zmieniało los chorych. Warto jednak pokreślić, że neurochirurgia dysponuje obecnie bardzo bezpiecznymi i pewnymi metodami wykonania biopsji każdego nowotworu wewnątrzczaszkowego i że podejmowanie decyzji terapeutycznych - zwłaszcza o leczeniu napromienianiem i/lub chemioterapii - wymaga weryfikacji histopatologicznej guza. U kilku procent chorych okazuje się, że guz nie jest jednak złośliwym glejakiem i daje większe możliwości skutecznego leczenia.

Oponiaki omówione w kolejnym rozdziale są znacznie wdzięczniejszymi, choć trudnymi do leczenia, nowotworami. Autor rozdziału bardzo słusznie podkreśla, że guz ten nie ogranicza się do części wewnątrzczaszkowej, lecz również nacieka oponę twardą i kość w okolicy przyczepu. Radykalne usunięcie oponiaka wymaga więc usunięcia wszystkich tych części. Wiadomo jednak, że śródoperacyjna ocena radykalności ma zawsze duże prawdopodobieństwo błędu i z tego powodu chorzy po operacji oponiaka wymagają kontrolnej diagnostyki obrazowej



przez 10-15 lat. Bardzo dobrze udowodniona jest rola napromieniania w kontroli miejscowej oponiaka, którego nie udało się całkowicie usunąć. Jednak ze względu na spodziewane długie przeżycie chorych, znacznie wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia wszystkich powikłań radioterapii i decyzję o napromienianiu należy podejmować bardzo ostrożnie.

Bardzo zwięźle i przejrzyście napisany rozdział o gruczolakach przysadki, autorstwa J. Hardy, doskonale przedstawia zagadnienia diagnostyki i leczenia tych nowotworów. Autor jest jednym z neurochirurgów mających największe osobiste doświadczenie w leczeniu operacyjnym, zwłaszcza z dostępu przez zatokę klinową. Warto pamiętać, że w leczeniu chorych z gruczolakami przysadki coraz większą rolę odgrywają metody farmakologiczne i w każ-

dym etapie leczenia konieczny jest aktywny udział endokrynologów.

Rozdział o nerwiakach nerwu słuchowego, które stwierdza się u kilku procent chorych leczonych w ośrodkach neurochirurgicznych, a zachorowalność na nie wynosi 1-2/100 000/rok, dotyczy problemu względnie rzadkiego, ale bardzo trudnego dla chirurga. Charakterystyczny dla polskiej rzeczywistości jest brak nawet wzmianki o dokonaniach otolaryngologów w tej dziedzinie. W szczególności wprowadzenie na początku lat 60. przez W. House technik mikrochirurgicznych oraz dostępów przebłędnikowego i przez środkowy dół czaszki stanowiło prawdziwy przełom w leczeniu osłoniaków nerwu przedstonkowego. Standardem światowym jest obecnie leczenie tych nowotworów przez wielospecjalistyczne zespoły łączące doświadczenia audiologów, otologów, neurochirurgów. Bardzo słuszne jest podkreślenie decydującej roli diagnostyki obrazowej, czyli badania RM i CT w rozpoznawaniu guzów kąta mózdkowo-mostowego, natomiast warto również wspomnieć o roli badania słuchowych potencjałów wywołanych, które jest najczulszym sposobem wykazania uszkodzenia pozaślimakowego i na podstawie jego wyników można podejmować decyzję o wykonaniu badań obrazowych.

Rozdział poświęcony guzom wewnątrzkomorowym jest przykładem potraktowania problemu różnych nowotworów bardziej od strony technicznej, związanej z lokalizacją w trudno dostępnych częściach ośrodkowego układu nerwowego. Omawia on więc zarówno guzy ściśle wewnątrzkomorowe, jak brodawczak spłotu naczyniastego czy torbiel koloidowa, oraz guzy wrastające do światła komór z sąsiedztwa. Operacje tych guzów są zawsze bardzo trudne. Na większą uwagę zasługują metody endoskopowe, które są minimalnie inwazyjne i w miarę rozwoju dodatkowego oprzyrządowania oraz nabierania doświadczeń w technice usuwania tkanek oraz hemostazy stają się coraz bardziej nie tylko metodą diagnostyki, ale i definitywnego leczenia guzów komór. Ułatwia to diagnostyka obrazowa, pozwalająca na wczesne rozpoznanie niewielkich jeszcze nowotworów.

Guzy okolicy szyszynki są omówione na podstawie doświadczeń japońskich. Ta grupa nowotworów jest bardzo niejednorodna, gdy chodzi o rokowanie. Bardzo dobre wyniki leczenia *germinoma*, który jest najczęstszym nowotworem tej okolicy, kontrastują z bardzo złym rokowaniem w przypadku kosmówczaka, guza zatoki endodermalnej i raka zarodkowego. W związku z poprawą technik mikrochirurgicznych oraz metod biopsji powszechnie przyjmuje się, że przed rozpoczęciem leczenia należy uzyskać histopatologiczne potwierdzenie rozpoznania. Jest to tym bardziej aktualne, że wyniki badań markerów komórkowych sugerują rozpoznanie tylko z niezbyt wysokim prawdopodobieństwem. Jeżeli biopsja wykonywana jest metodą otwartą, istnieją zazwyczaj warunki do przynajmniej znacznego zmniejszenia masy guza, co również jest wskazane.

Oddzielny rozdział poświęcono nowotworom układu wzrokowego. Omówiono jednak głównie nowotwory powstające w sąsiedztwie oczodołu i przedstawiono techniki

operacyjne służące ich usuwaniu. Zagadnienia te wchodziły w zakres chirurgii podstawy czaszki i zostały przedstawione z perspektywy bardziej neurochirurgicznej. Ciekawym problemem jest celowość oraz wskazania do usunięcia zawartości oczodołu. Za szerokim stosowaniem tego zabiegu - oczywiście po uzyskaniu zgody poinformowanego chorego - przemawia również fakt, że o ile najczęściej można oddzielić guz od struktur oczodołu, to konieczność zastosowania uzupełniającego napromieniania i tak powoduje uszkodzenie lub utratę wzroku. Wobec tego traci się możliwość uzyskania radykalności, a efekt czynnościowy ostatecznie nie jest lepszy. Usunięcie zawartości oczodołu stanowi też znakomite ułatwienie zabiegu, ale z drugiej strony nie jest jasne, czy poprawia odległy wynik onkologiczny leczenia.

Guzy położone w pniu mózgu są najczęściej pochodzenia glejowego. Jednakże możliwości leczenia i rokowanie zależą tu przede wszystkim od morfologii nowotworu. Nowotwory dobrze odgraniczone, położone blisko powierzchni, egzofityczne, są w większości niezłośliwe i dostępne skutecznemu leczeniu operacyjnemu. Natomiast rozległy naciek struktur pnia wskazuje na złośliwy nowotwór, brak możliwości leczenia operacyjnego i złe rokowanie.

Rozdział poświęcony przerzutom nowotworów do ośrodkowego układu nerwowego podkreśla znaczenie problemu - przerzuty są najczęstszymi guzami w ośrodkowym układzie nerwowym i występują u co najmniej 25% chorych z nowotworami. Szczególnie godna uwagi jest zmiana podejścia do ich leczenia w kierunku usuwania nawet mnogich przerzutów u chorych, u których spodziewane jest dłuższe niż parę miesięcy przeżycie. Chociaż tylko kilka procent operowanych może liczyć na przeżycie długotrwałe, zabieg wydłuża je o 9-12 miesięcy i poprawia jakość. Statystycznie niewielkie znaczenie, ale bardzo istotne dla każdego chorego i lekarza, mają przypadki, w których zabieg i badanie histopatologiczne guza wykazują, że nie jest to przerzut i pozwalają na zastosowanie bardziej odpowiedniego leczenia. Nie jest jeszcze jasne, czy nowoczesne stereotaktyczne metody napromieniania (*gamma knife*, LINAC, brachyterapia), dają wyniki porównywalne z leczeniem operacyjnym, natomiast są oczywistą alternatywą dla chorych z przerzutami/guzami w trudno dostępnych okolicach.

Specyfika zagadnień onkologicznych u dzieci jest jednym z ważniejszych powodów wydzielenia neurochirurgii dziecięcej jako odrębnej specjalności. Poprawa techniki chirurgicznej oraz metod leczenia onkologicznego - zwłaszcza chemioterapii - spowodowały, że wyniki leczenia w ciągu ostatnich kilkunastu lat bardzo poprawiły się. Zmieniło się też wyraźnie postępowanie: najczęściej pierwszym etapem leczenia jest usunięcie przynajmniej większej części guza; rzadko stosuje się wstępne leczenie wodogłowia, a jeżeli jest to konieczne, podstawowym zabiegiem jest endoskopowa wentrykulostomia; u dzieci w wieku poniżej 3 lat nie stosuje się radioterapii. Stała współpraca z onkologami pozwala na lepsze dostosowanie różnych metod leczenia do rodzaju guza i wieku dziecka. Nie zmienia to jednak faktu, że w części nowotworów

złośliwych (złośliwe glejaki, niektóre PNET) rokowanie jest nadal bardzo złe. W zakresie zainteresowań neurochirurgii dziecięcej znajdują się również niezłośliwe nowotwory o bardzo dobrym rokowaniu, jak na przykład torbielowaty gwiaździak mózdzku, brodawczak spłotu naczyniastego. Przy zmniejszonej prawie do zera śmiertelności operacyjnej wyniki leczenia są bardzo zadowalające.

Dwa rozdziały zostały poświęcone radioterapii. W większości nowotworów ośrodkowego układu nerwowego konwencjonalna frakcjonowana radioterapia może być stosowana w celu miejscowej kontroli guza, natomiast rzadko można spodziewać się wyleczenia. Więcej nadziei stwarza obecnie technika napromieniania stereotaktycznego, pozwalająca uzyskać dużą dawkę, ograniczoną z dokładnością paru milimetrów do objętości guza. Pozwala to na skuteczne napromienianie zmian położonych w każdej okolicy ośrodkowego układu nerwowego. Dotychczasowe wyniki leczenia tą techniką są bardzo obiecujące. Podobnie do wielu innych nowych technologii i tu występuje "efekt mody", a wiarygodne porównanie różnych metod jest bardzo utrudnione przez różnorodność kryteriów oceny wyników leczenia i częste łączne stosowanie różnych metod. Nie ulega natomiast wątpliwości, że techniki stereotaktyczne stanowią ogromny postęp w dziedzinie radioterapii, bowiem pozwalają dostarczyć potrzebną dawkę promieniowania w określone miejsce z niewielkim tylko napromienianiem zdrowych struktur.

Czytelnicy poszukujący informacji o innych schorzeniach, będących przedmiotem zainteresowania neurochirurgii, znajdą w omawianej książce rozdziały poświęcone interesującym ich zagadnieniom i przedstawiające współczesny stan wiedzy oraz nowoczesne podejście terapeutyczne. W przypadkach niektórych chorób jest ono ciągle przedmiotem dyskusji i z braku ogólnie akceptowanych zasad poglądy autorów są wyrazem ich osobistych przekonań. Jest więc to książka bardzo przydatna dla początkujących neurochirurgów oraz dla wszystkich lekarzy stykających się z "neurochirurgicznymi" zagadnieniami.

**doc. dr hab. med. Romuald Krajewski**  
Klinika Otolaryngologii AM  
ul. Stępińska 19/25  
00-739 Warszawa