

Komentarz redakcyjny

Editorial

Kolejny zeszyt czasopisma *Nowotwory* otwiera artykuł napisany na zaproszenie redakcji, którego autorem jest profesor Stanisław Szala z Centrum Onkologii–Instytutu w Gliwicach. Tematem pracy są zagadnienia indukcji apoptozy w komórkach nowotworowych. Apoptoza jest jedną z form fizjologicznego umierania komórek i odgrywa ważną rolę w procesach powstawania nowotworów. Komórki nowotworowe stają się odporne na sygnały, które uruchamiają proces apoptozy. Defekt mechanizmów indukcji apoptozy jest innymi słowy jedną z przyczyn autonomizacji komórek nowotworowych. Indukcja apoptozy warunkuje przeciwnowotworowe działanie wielu leków cytotoksycznych oraz promieniowania. Tak więc, wpływ na indukowanie apoptozy może zwiększyć skuteczność leczenia przeciwnowotworowego. Autor obszernego artykułu z wielką wnikliwością przedstawia zarówno mechanizmy apoptozy, jak też udział tego procesu w leczeniu nowotworów. Czyni to w sposób niezwykle czytelny i zrozumiały, co nie jest rzeczą łatwą w odniesieniu do niezwykle skomplikowanego procesu z dziedziny biologii molekularnej. Pracę profesora Stanisława Szala polecam gorąco wszystkim onkologom.

Wspólnym mianownikiem kolejnych 5 prac jest radioterapia nowotworów. Są to 4 prace oryginalne oraz streszczenie rozprawy doktorskiej. Cykl prac oryginalnych rozpoczyna artykuł kolegów z Centrum Onkologii–Instytutu w Krakowie oraz Instytutu Fizyki Jądrowej w Krakowie. Docent Michał Waligórski i współautorzy przedstawiają oryginalną metodę dozymetrii *in vivo* w wiązках fotonowych. Metoda opisana przez autorów jest oparta na zastosowaniu detektorów i czynn timerów produkowanych w Polsce. Jest też metodą niezwykle precyzyjną – tzw. niepewność w ocenie dawki pochłoniętej w polach promieniowania Co-60 i fotonów o energii 9MeV nie przekracza 2%.

Kolejna praca jest również autorstwa kolegów z Krakowa, co potwierdza wielki udział krakowskiej szkoły radioterapii w rozwój tej metody leczenia nowotworów. Katarzyna Pudełek i współautorzy poddają ocenie wyniki leczenia chorych na raka krtaniowej części gardła. Są to chorzy, u których wyniki leczenia są wciąż złe – nie zostało ustalone dotychczas najlepsze postępowanie. Dlatego z ogromnym uznaniem należy przyjąć fakt zajęcia się tym tematem. Artykuł prezentuje wyniki wyłącznego napromieniania, chemioradioterapii sekwencyjnej i napromieniania pooperacyjnego. Ważnym spostrzeżeniem jest wskazanie na małą skuteczność sekwencyjnej chemioradioterapii w leczeniu chorych na raka krtaniowej części

gardła. Próby leczenia skojarzonego były podejmowane w przeszłości i z tego rodzaju taktyką leczenia wiązano duże nadzieje. Tym bardziej należy cenić przedstawione przez kolegów z Krakowa negatywne wyniki sekwencyjnej chemioradioterapii, które w zestawieniu z szczegółowo przedstawionym piśmiennictwem światowym sugerują raczej konieczność podjęcia badań klinicznych z kojarzeniem jednoczasowym chemio- i radioterapii.

Następne dwie prace pochodzą z Centrum Onkologii–Instytutu w Warszawie. Doktor Lucyna Kępka i współautorzy przedstawiają własne doświadczenie w pooperacyjnej radioterapii chorych na oponiaki mózgu. Zwraca uwagę niezwykle staranna metodyka opracowania. Zastosowany przez autorów test *logrank* wykazał, że spośród szeregu analizowanych czynników prognostycznych wpływ istotny w przypadku chorych na oponiaki, poddanych radioterapii, ma typ histologiczny oponiaka i wiek chorych (co ciekawe, zarówno na wyleczalność miejscową oraz na przeżycie nie ma wpływu stopień doszczętności leczenia chirurgicznego).

Doktor Zbigniew Jodkiewicz wraz z kolegami zwracają uwagę czytelników *Nowotworów* na konieczność prowadzenia leczenia oszczędzającego i napromieniania chorych na raka piersi wyłącznie w ośrodkach specjalistycznych. Opierają ten wniosek na ocenie wyników pooperacyjnego napromieniania po chirurgicznym leczeniu oszczędzającym 196 chorych leczonych w Zakładzie Tele-radioterapii Centrum Onkologii w Warszawie.

Przyczyną niepowodzeń w leczeniu raka żołądka jest u 25-70% chorych nawrót lokoregionalny. Praca doktorska doktor Zuzanny Guzel-Szczepiórkowskiej podejmuje temat możliwości poprawy wyników leczenia tego nowotworu poprzez stosowanie leczenia skojarzonego (w tym wypadku stosowanie pooperacyjnej radioterapii). Autorka wskazuje na grupę chorych, którzy mogą odnieść korzyści z uzupełniającego napromieniania – są to chorzy po mikroskopowo niedoszczętnym wycięciu raka w zakresie żołądka i bez przerzutów w węzłach chłonnych, u których nie jest możliwe wykonanie powtórnej resekcji w celu pogłębienia doszczętności leczenia.

Zespół kolegów z Poznania omawia w obszernym artykule przeglądowym genetyczne uwarunkowania nowotworów jelita grubego. Autorzy zwracają uwagę na wartość starannego wywiadu rodzinnego, badań genetycznych i regularnych badań kontrolnych wśród rodzin ze zlokalizowanymi mutacjami genetycznymi. Z wielkim uznaniem należy przyjąć podjęcie ważnego epidemiologicznie tematu, jakim jest rak jelita grubego (zwłaszcza w Polsce,

gdzie liczba nowych zachorowań stale rośnie). Systematyczna kontrola osób z grupy ryzyka, badanie rodzin z dziedzicznym niepolipowatym rakiem jelita grubego i wczesne polipektomie w grupie osób z rodzinną polipowatością – wszystko to może zaowocować poprawą w zakresie występowania pełnoobjawowego raka jelita grubego.

Kolejny artykuł przeglądowy, którego autorem jest doktor Tadeusz Pieńkowski z Centrum Onkologii–Instytutu w Warszawie, jest w osobistym odbiorze piszącego komentarz, ozdobą obecnego zeszytu *Nowotworów*. Systemowe leczenie poprawiło wyniki leczenia chorych na raka piersi. Korzyści dotyczą chorych leczonych z założeniem radykalnym jak też, w mniejszym stopniu, z założeniem paliatywnym. Dotyczą chorych przed i po okresie menopauzy. Mimo wielkiego postępu, jaki dokonał się dotychczas, wciąż mamy nadzieję na dalszą ewolucję w leczeniu raka piersi. Postęp można osiągnąć wprowadzając nowe koncepcje leczenia, nowe leki. Wiele można osiągnąć poprzez właściwy dobór chorych tzn. precyzyjne kwalifikowanie chorych do różnych rodzajów leczenia. Autor pracy w niezwykle fachowy sposób omawia kliniczne, jak też molekularne czynniki predykcyjne w raku piersi. Polecam czytelnikom lekturę tego opracowania.

Praktyczną wartość ma artykuł docenta Władysława Lejmana i Andrzeja Wysockiego z Kliniki Chirurgii Ogólnej UJ. Rozpowszechnienie chirurgii laparoskopowej dotyczy również onkologii. Autorzy omawiają ryzyko wszczepów nowotworowych w ranach po wprowadzeniu troakarów. Nie jest to problem częsty, ale dość istotny, na co słusznie zwraca uwagę autor komentarza do artykułu profesor Edward Stanowski.

Obecny zeszyt *Nowotworów* wzbogaca opis ciekawego przypadku pozakostnego umiejscowienia mięsaka Ewinga (doktor Andrzej Lemieszek i współautorzy z Poznania). Umiejscowione poza układem kostnym mięsaki Ewinga są niezwykle rzadkie i dlatego każde doniesienie (nawet o charakterze kazuistycznym) poszerza zakres naszej wiedzy na temat rozpoznawania i leczenia tego szczególnego nowotworu. Istotnym uzasadnieniem jest bardzo poważne rokowanie u chorych z pozakostnym umiejscowieniem mięsaka Ewinga i konieczność leczenia skojarzonego.

Szczególną uwagę zwracają prace w działach *Varia* i Listy do Redakcji.

Docent Paweł Murawa z Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu podejmuje temat – wyzwanie, jakim jest poprawa standardu leczenia raka piersi. Autor opiera się na zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz towarzystw krajowych (brytyjskie, duńskie i polskie). Uzupełnia je własnymi przemyśleniami chirurga z wieloletnim doświadczeniem w leczeniu chorych na nowotwory piersi. Jest to opracowanie niezwykle ważne w dobie ekonomizacji służby zdrowia, która niestety nie zawsze idzie w parze z utrzymaniem odpowiedniej jakości leczenia. Docent Murawa zwraca uwagę na ogromną rolę ośrodków specjalistycznych – przede wszystkim w zakresie prowadzenia szkolenia.

Jak zwykle ciekawym przerywnikiem jest dział *Varia litteraria*. Tym razem redaktor naczelny *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* prof. Henryk Gaertner przybliży nam sylwetkę Aleksego z Piemontu, zakonnika i uczonego alchemika, żyjącego na przełomie XV i XVI wieku, a zarazem przedstawia bibliofilską edycję Zbigniewa Beli na ten temat.

Wreszcie listy do redakcji – każdy z nich wart naszej uwagi. Profesor Jacek Jassem z Akademii Medycznej w Gdańsku jest od lat orędownikiem opierania codziennej praktyki na dowodach naukowych. W latach 90-tych gwałtownie wzrosła liczba wykonywanych procedur wysokodawkowanej chemioterapii ze wspomaganiami technikami transplantacyjnymi (przeszczepianie komórek szpiku lub komórek krwi obwodowej u chorych na raka piersi). W USA (dane rejestru Północnoamerykańskiego) w 1989 roku przeprowadzono takie leczenie u około 600 chorych, a w 1995 roku aż u 3 800 chorych. Podane liczby stanowią według rejestru zaledwie połowę rzeczywistej liczby. W USA obliczono, że przyjmując za racjonalne wskazania obecnie stosowane przez ośrodki (co nie wydaje się bezdyskusyjne), należałoby rocznie przyznać na ten cel około 150 milionów dolarów, co stanowi ponad 15% całego budżetu Narodowego Instytutu Raka. Profesor Jassem w tytule listu stawia pytanie, czy opisane w liście fakty są końcem złudzeń prób chemioterapii wysokimi dawkami w odniesieniu do raka piersi. Myślę, że wspomniana metoda powinna być nadal przedmiotem kontrolowanych badań klinicznych. Opisana w liście sytuacja świadczy natomiast dobitnie o tym, jak bardzo kontrolowane muszą być te badania.

Profesor Jan Steffen przedstawia w liście do redakcji niezwykle doniosłe wydarzenie naukowe, w którym udział ma Polka – doktor Jolanta Lissowska z Centrum Onkologii–Instytutu w Warszawie. Udział naszej rodaczki powinien być źródłem satysfakcji całego naszego środowiska. Badania, w których uczestniczyła doktor Lissowska, wykazały związek rozwoju raka żołądka u osób zakażonych *Helicobacter pylori*, u których na podłożu genetycznym w śluzówce żołądka jest uwalniania w dużych ilościach interleukina-1. Odkrycie to może mieć ogromne znaczenie praktyczne w profilaktyce tego nowotworu, na co z naciskiem wskazuje profesor Jan Steffen.

List profesora Andrzeja Kułakowskiego łączy się tematycznie ze wspomnianym wcześniej artykułem docenta Pawła Murawy. Dotyczy ekonomicznych zagadnień opieki nad chorymi na nowotwory. Autor listu, opierając się na własnym wieloletnim doświadczeniu – zarówno wytrawnego klinicysty, jak też osoby kierującej wielkim ośrodkiem onkologicznym, analizuje kryteria w ustalaniu priorytetów w leczeniu onkologicznym. W niezwykle precyzyjny sposób zwraca uwagę na konieczność właściwego rozłożenia środków finansowych – wybór metod najskuteczniejszych (czasem kosztownych) i eliminacja metod nieskutecznych.

Doktor Maciej Głogowski z Centrum Onkologii–Instytutu w Warszawie ustosunkowuje się do zamieszczonego w poprzednim zeszycie listu do redakcji na temat poprawek w klasyfikacji TNM raka płuca. Tak szybka repli-

ka świadczy o kontrowersyjności listu do redakcji z poprzedniego zeszytu *Nowotworów*. Zgadzam się z doktorem Głogowskim, że zawarte zostały w nim sformułowania mylące czytelników (w tym błędy merytoryczne). Najbardziej istotne są nieprawidłowo sformułowane w poprzednim zeszycie i skorygowane przez doktora Głogowskiego zasady określania cechy T4 i M1. Wszystkich czytelników *Nowotworów* proszę o uważne przeczytanie komentarza doktora Głogowskiego i uwzględnienie uwag przez niego przedstawionych. Na marginesie, nasuwa się pytanie o celowość komentowania „na bieżąco” (niekiedy recenzowania) listów do redakcji.

Ogólnie, większość artykułów obecnego zeszytu *Nowotworów* powinna znaleźć się w lekturze „obowiązkowej” każdego onkologa.

Dr hab. med. Maciej Krzakowski
Kierownik Kliniki
Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Centrum Onkologii–Instytut
im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie