

W sprawie klasyfikacji TNM raka płuca

TNM classification of lung cancer

Szanowny Panie Redaktorze,

W zeszycie 6 *Nowotworów*, tom 49, 1999 str.703-705 ukazał się list do Redakcji dr. R. Wiraszki: „Poprawki do klasyfikacji TNM raka płuca i ich znaczenie kliniczne”. Autor listu wprowadził wiele niejasności i błędów merytorycznych, przy czym niektóre cytowane „poprawki” przypisuje niewłaściwemu autorowi. W tekście brak jest jakiegokolwiek powoływania się na dołączone na końcu piśmiennictwo w liczbie 5 pozycji, co pogłębia dezinformację.

Do roku 1986 były w użyciu dwa różniące się podziały kliniczne raka płuca: *Union Internationale Contre le Cancer (UICC)* i *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*. W 1986 r. obie te organizacje, z akceptacją wielu środowisk onkologicznych, w tym japońskich, doprowadziły do ujednoczenia systemu, który zdobył powszechne zastosowanie w świecie.

Po 10 latach potwierdzono wielką praktyczną przydatność klasyfikacji w wyborze metody leczenia i w jednolitej ocenie wyników. Ujawniono przy tym celowość dalszych zmian mających na celu wydzielenie z niektórych heterogennych grup podzbiorów cechujących się odmiennym rokowaniem. Na tej podstawie utworzono nowe podstopnie IA, IB, IIA i IIB oraz przeniesiono podstopnie T3N0M0 ze stopnia IIIA do IIB. Ponadto guz satelitarny w tym samym płacie określono jako T4, a w każdym innym płacie, zarówno w tym samym płucu, jak i przeciwnym jako M1. W ten sposób w 1997 r. opublikowana została przez UICC i AJCC nowa, międzynarodowa, nie podana przez Autora listu, klasyfikacja, której podział należy uznać za obecnie przyjęty (Tabela I).

Należy stwierdzić, że podział ten jest zawarty w publikacji zamieszczonej w dołączonym przez Autora listu do Redakcji piśmiennictwie (Mountain CF, Libshitz HI, Hermes KE. *Lung cancer. A handbook for staging, imaging, and lymph node classification*, USA: Charles P. Young Company; 1999), ale został pominięty i całkowicie nie wykorzystany.

Są już znane 5-letnie efekty leczenia licznych grup chorych, których stopień zaawansowania zgodny był z podziałem z 1997 r. Krzywe przeżycia, zarówno w klasyfikacji klinicznej jak i patologicznej (pooperacyjnej), potwierdzają, że wprowadzone zmiany stworzyły bardziej jednolite podgrupy, odznaczające się podobnym rokowaniem, co stanowi istotny postęp w wyborze metody leczenia.

Tab. I. Stopnie zaawansowania raka płuca wg klasyfikacji TNM

Stopień 0	<i>Carcinoma in situ</i>		
Stopień IA	T1N0M0		
Stopień IB	T2N0M0		
Stopień IIA	T1N1M0		
Stopień IIB	T2N1M0 T3N0M0		
Stopień IIIA	T3N1M0 T1N2M0	T2N2M0	T3N2M0
Stopień IIIB	T4N0M0 T1N3M0 T4N3M0	T4N1M0 T2N3M0	T4N2M0 T3N3M0
Stopień IV	Każde T każde N	M1	

Wracając do tekstu listu, zdanie na stronie 704: „Jeżeli guz pierwotny dał pojedynczy przerzut w obrębie tego samego płata, oceniamy zaawansowanie jako T2, a jeżeli do innego płata tego samego płuca – jako T3” jest błędne, ponieważ są to odpowiednio T4 i M1, na co zwracam uwagę powyżej. Podobnie na stronie 703 w określeniu cechy T4 [w punkcie (f)] podano błędnie „kręgosłup”, podczas gdy chodzi o trzon kręgu. Gwoli ścisłości przy określeniu cechy T4 do „... guz z płynem nowotworowym w opłucnej” należy dodać lub w osierdziu. Na stronie 704 czytamy: „Stopień zaawansowania T3N0M0, dotychczas zaliczany do stopnia IIIA...”. Zaawansowanie T3N0M0 jest podstopniem lub podzbiorem (*subset*), a nie stopniem.

A co na temat zmian w klasyfikacji? Oczywiście w wielu krajach prowadzone są intensywne dalsze poszukiwania możliwości jej ulepszenia. Autor listu do Redakcji przytacza doświadczenia francuskie (str. 704). Grunenwald i wsp. celem próby stworzenia lepszej wyrazistości w ocenie efektów leczenia skojarzonego w stopniu III proponują zmiany w obrębie cechy N i T4, co prowadzi do wyodrębnienia podstopni IIIA, IIIB, IIIC. Należy z naciskiem stwierdzić, że badania Grunenwalda i wsp. nie znalazły uwzględnienia w przyjętej w świecie międzynarodowej klasyfikacji, a już całkowitym nieporozumieniem jest przypisywanie tych propozycji autorstwu Mountain'a.

Każda nowa propozycja zmian w przyjętej klasyfikacji wymaga wielu lat badań i przejęcia problemu przez inne grupy badawcze celem weryfikacji powtarzalności wyników. Dopiero ich potwierdzenie przez inne zespoły może być podstawą wnioskowania, w międzynarodowych komitetach, o wprowadzenie ewentualnych nowych elementów w bieżącej klasyfikacji.

Proces zmian w klasyfikacji jest niezwykle złożony, powolny; stanowi źródło licznych kontrowersji. Nie opiera się na doświadczeniu i poglądach pojedynczych zespołów. Określenie „poprawka” nie znajduje zastosowania w procesie wyważonych zmian w klasyfikacji zaawansowania nowotworów.

Dr Maciej Głogowski

Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Centrum Onkologii-Instytut
im M. Skłodowskiej-Curie
ul. W.K. Roentgena 5
02-781 Warszawa