

Komentarz redakcyjny

Editorial

Tym razem anesteziolog będzie starał się zachęcić do lektury kolejnego zeszytu naszego pisma. Redakcja dołożyła starań by znalazły się w nim prace interesujące wszystkich onkologów, niezależnie od ich szczegółowych specjalizacji. Nawet anesteziolog w części historycznej znalazł wzmiankę o W. Mortonie, powszechnie uznanym za „ojca” znieczulenia ogólnego.

Chociaż numer zawiera pięć prac oryginalnych i dwa artykuły przeglądowe, lekturę proponuję rozpocząć od pracy J. Lenartowicza „Leczenie chirurgiczne nowotworów na przestrzeni wieków...”. Artykuły z zakresu historii medycyny znalazły sobie stałe miejsce w *Nowotworach*. Cieszy konsekwentne prowadzenie tego interesującego i potrzebnego działu, tym bardziej, że kolejna publikacja napisana jest niezwykle ciekawie i oprócz bogatej faktografii dostarcza sporo materiału do refleksji.

Rozpoczynając od sceptycznego stwierdzenia Celsusa, że „żadne metody nie przyniosły nikomu nic dobrego...” w leczeniu nowotworów, autor artykułu pozwala czytelnikowi prześledzić starania lekarzy w doskonaleniu technik chirurgicznych. Kolejne etapy rozwoju chirurgii autor oznacza wielkimi nazwiskami lekarzy, ale też objaśnia tło historyczne w jakim dokonywał się postęp. Oglądając ryciny przedstawiające protezy zewnętrzne stosowane przez Paré czy zabieg rekonstrukcji nosa Tagliacozziego nie mogą wyjść z podziwu nad pomysłowością i konsekwencją ówczesnych mistrzów chirurgii. Wykazywana dbałość o skuteczność leczenia, a jednocześnie o końcowy efekt kosmetyczny świadczy, że pojęcie „jakość życia” nie jest wynalazkiem ostatnich dziesięcioleci.

Do działu historycznego, należy zaliczyć też wspomnienie o zmarłej w listopadzie 2000 roku Sue Ryder. Życiorys i dokonania tej niezwyklej osoby trudno jest ująć w krótkim artykule. Myślę też, że trudno pokusić się o jakiegokolwiek komentarze dotyczące osoby Sue Ryder, czy dzieła, które stworzyła. Dr Jordan, autorka wspomnienia, ogranicza się więc do informacji biograficznej uzupełnionej o wątek osobistych kontaktów z Lady of Warsaw i historię powstania Oddziału Radioterapii w Szpitalu w Gdyni – Redłowie.

W zeszycie umieszczono dwa artykuły przeglądowe. W pierwszym, A. Łacko i wsp. porównują zastosowanie cisplatyny (DDP) i karboplatyny (CBDCA) w leczeniu guzów litych. Autorzy poszukują odpowiedzi na pytanie czy karboplatyna jest preparatem o tej samej wartości terapeutycznej, co cisplatyna, w leczeniu raka jajnika, jądra, płuca, głowy i szyi oraz pęcherza moczowego, szyjki maci-

cy i przelyku. Dla porównania skuteczności klinicznej przytoczono wyniki porównawczych badań randomizowanych dotyczących zastosowania obydwu preparatów. Autorzy podkreślają konieczność utrzymania równowagi pomiędzy ryzykiem, a skutecznością leczenia w doborze chemioterapeutyków. W przypadkach leczenia paliatywnego, u chorych z niewydolnością nerek, krążenia, cukrzycą o wieloletnim przebiegu, konieczności łączenia analogów platyny z lekami neurotoksycznymi – CBDCA może być lepiej tolerowanym lekiem. Z kolei u chorych z obniżoną rezerwą szpikową – jej stosowanie powinno być ograniczane. Poruszono także ekonomiczne aspekty leczenia. Z danych amerykańskich (nie ma podobnych wyliczeń przeprowadzonych w Polsce) wynika, że na całkowity koszt leczenia, oprócz ceny leku znaczący wpływ ma leczenie uzupełniające, leczenie powikłań, konieczność wykonywania badań dodatkowych. Leczenie droższą karboplatyną może okazać się tańsze niż cisplatiną jak to wykazano w odniesieniu do leczenia raka jajnika, porównywalne w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca lub droższe w niedrobnokomórkowym raku płuca.

K. Herman i wsp. w artykule „Przetoczenia krwi w chirurgii onkologicznej” dokonali przeglądu piśmiennictwa oraz przekazali własne doświadczenia dotyczące okolooperacyjnych przetoczeń krwi na wyniki leczenia przeciwnowotworowego. Sądzę, że artykuł będzie interesujący dla wszystkich zajmujących się leczeniem chirurgicznym. We wstępie znaleźć można zarys historii transfuzjologii, dalej cytowane są dane z badań na zwierzętach oraz badań klinicznych z przetoczeniami krwi allogenicznej i autotransfuzji. Chociaż większość analiz wskazuje, że okolooperacyjne przetoczenia krwi allogenicznej, jak i krwi własnej, zwiększa ryzyko nawrotu nowotworu lub zgonu, przynajmniej w odniesieniu do nowotworów jelita grubego, to interpretacja uzyskanych wyników i wykazanie związku przyczynowo-skutkowego jest niezwykle trudne lub nawet niemożliwe. Autorzy konkludują, że w chwili obecnej można przypuszczać, że ryzyko nawrotu nowotworu jest mniejsze, gdy stosuje się autotransfuzje w porównaniu do przetoczeń krwi obcej ale też, że nie zostało to jednoznacznie udowodnione. Bardziej jednoznaczne są dane wskazujące na negatywny wpływ przetoczeń krwi na częstotliwość zakażeń pooperacyjnych. W dalszej części artykułu przedstawiono przegląd badań próbujących wyjaśnić mechanizmy immunosupresyjnego oddziaływania przetoczonej krwi i ich ewentualny wpływ na wyniki leczenia. W tej części również trudno o jednoznaczne odpowiedzi, a tym bardziej o konkluzję. Jak piszą autorzy, należy

mieć nadzieję, że dalsze prace wyjaśnią do końca mechanizm tych zjawisk.

Pięć prac oryginalnych, zgodnie z nową zasadą obowiązująca w piśmie opublikowano w języku angielskim. Chociaż początkowo nie byłem entuzjastą drukowania naszego pisma w obcym języku, co raz bardziej przekonuję się o celowości takiej zmiany. Wyniki badań prowadzonych w Polsce powinny być udostępniane międzynarodowemu środowisku onkologów.

J. Czyż i wsp. z Gdańska przedstawiają wyniki leczenia 40 chorych na ziarnicę złośliwą pierwotnie oporną na chemioterapię lub nawrotową wysokodawkowaną chemioterapią połączoną z przeszczepianiem autologicznych komórek krwiotwórczych.

K. Małecki i wsp. z Krakowa przedstawiają grupę 30 chorych, u których stosowano pooperacyjną radioterapię w leczeniu naczyń pęcherzowo centralnego układu nerwowego. Uzyskane wyniki są zgodne z doniesieniami światowymi. Wykazano, że leczeniem z wyboru tego rzadkiego nowotworu jest leczenie chirurgiczne. Pooperacyjna radioterapia powinna być stosowana w przypadkach niedoszczętnego wycięcia chirurgicznego i tylko w takich przypadkach wydłuża czas przeżycia. Badanie jest ciekawe z uwagi na stosunkowo dużą grupę leczonych.

Praca P. Rutkowskiego i wsp. z Warszawy dotyczy poszukiwań nowych czynników prognostycznych w leczeniu czerniaka. Autorzy oznaczali obecność mRNA tyrozynazy we krwi obwodowej u chorych I-III stopniach zaawansowania choroby, grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe, lub chore na inne niż czerniak nowotwory. Tyrozynaza wybrana została jako marker komórek czerniaka z uwagi na znaczną specyficzność dla komórek syntetyzujących melanicę. U 21% chorych na czerniaka stwierdzono obecność mRNA tyrozynazy we krwi i u żadnego z grupy kontrolnej. Nie wykazano jednak, by dodatni test tyrozynazowy korelował z innymi czynnikami rokowniczymi ani sam w sobie był czynnikiem rokowniczym co do długości przeżycia. Negatywny wynik badania jest tym bardziej ciekawy, że założenie rokowało uzyskanie zupełnie innych rezultatów.

E. Chmielewska i W. Michalski analizują niepowodzenia radykalnej radioterapii chorych na nierobnokokowego raka płuca. Potrzeba takiej analizy wynika przede wszystkim z narastającej częstotliwości występowania tego nowotworu, a także z niewielkiego odsetka (ok.15%) chorych kwalifikujących się do leczenia chirurgicznego w Polsce. Główną przyczyną niepowodzeń leczenia było niewyleczenie miejscowe, a nie przerzuty odległe. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność zmodyfikowania strategii leczenia. Dyskutowane jest zwiększanie dawki, zastosowanie niekonwencjonalnych sposobów frakcjonowania dawek i kojarzenie radioterapii ze stosowaniem chemioterapeutyków uczulających na działanie promieni lub hamujących procesy naprawcze uszkodzonych przez promieniowanie komórek nowotworowych. W dyskusji autorzy przedstawiają wyniki badań przemawiających za takimi zmianami. Sądzę, że uzyskane wyniki warte są głębszej refleksji, a dyskusja dostarcza rzetelnych podstaw do takich przemyśleń.

Praca Z. Mentraka i wsp. omawia doświadczenia w stosowaniu aparatu ABBI w wykonywaniu biopsji niewyczuwalnych zmian piersi u kobiet. Aparat oceniono jako przydatne uzupełnienie metod diagnostycznych. Stwierdzono też, że w wybranych przypadkach, biopsja może być jednocześnie zabiegiem terapeutycznym.

Cieszę mnie bardzo, że *Nowotwory* bywają miejscem żywych polemik. W obecnym numerze w dziale „Listy do redakcji” znajdujemy polemikę na temat uzupełniającej radioterapii u chorych leczonych z powodu raka żołądka. Koledzy z Gliwic protestują przeciwko krytycznej ocenie wartości radioterapii pooperacyjnej przedstawionej w pracy doktorskiej dr Z. Guzel-Szczepiórkowskiej.

W dziale *Varia* czytelnik znajdzie artykuł H. Dusińskiej i wsp. opisujący Dział Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie. Zarys historii powstania tego działu uzupełniony jest o omówienie najciekawszych zbiorów. Znajdziemy tam również informacje o tworzonej komputerowej kartotece lekarzy. Lektura artykułu na pewno nie zastąpi wizyty w dziale Zbiorów Specjalnych ale może stanowić znakomite wprowadzenie, jeśli nie przewodnik, po zgromadzonych zbiorach.

Dziękując Redakcji za kolejny, interesujący numer *Nowotworów*, zachęcam Państwa do szczegółowego zapoznania się z jego treścią.

Dr n. med. Jerzy Jarosz
Kierownik Zakładu Anestezjologii
Centrum Onkologii-Instytut
im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie