

Nowotwory

Journal of Oncology



**XXIV ZJAZD
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII
ONKOLOGICZNEJ**

SZCZECIN, 17-19 MAJA 2018 ROKU



Nowotwory

Journal of Oncology

established in 1923
as the *Bulletin of the Polish Committee Against Cancer*
renamed *NOWOTWORY* in 1928
renamed *NOWOTWORY Journal of Oncology* in 2001

bimonthly

official organ of the



POLISH ONCOLOGICAL SOCIETY



CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT
IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE

MARIA SKŁODOWSKA-CURIE
MEMORIAL CANCER CENTER
AND INSTITUTE OF ONCOLOGY

journal of the



POLISH SOCIETY
OF SURGICAL ONCOLOGY

Editorial Board

M. BAUMANN (Germany)

L. CATALIOTTI (Italy)

A. EGGERMONT (France)

J. FIJUTH (Poland)

H. ZUR HAUSEN (Germany)

J. JASSEM (Poland)

J. KŁADNY (Poland)

A. MACIEJCZYK (Poland)

L.J. PETERS (Australia)

P. RUTKOWSKI (Poland)

I. TANNOCK (Canada)

A. TURRISI (USA)

C.J.H. VAN DE VELDE (Netherlands)

J. WALEWSKI (Poland)

P.H. WIERNIK (USA)

Editor in Chief: Wojciech M. WYSOCKI (Poland)

Editor Emeritus: Edward TOWPIK (Poland)

Co-Editor: Richard F. MOULD (United Kingdom)

Nowotwory

Journal of Oncology

Address of the Editorial Office:

Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center
and Institute of Oncology
ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, Poland
tel. (48) 22 546 20 21
e-mail: redakcja@coi.waw.pl
www.nowotwory.edu.pl

Address of the Publisher:

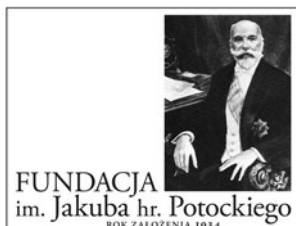
VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k.
Świętokrzyska 73 St., 80-180 Gdańsk
tel. (48) 58 320 94 94
e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl

Managing Editors: Aleksandra Towpik, Dorota Czarnocka

NOWOTWORY Journal of Oncology

is indexed in: Biochemistry & Biophysics Citation Index, CAS, CrossRef, EMBASE, Free Medical Journals,
Google Scholar, Index Copernicus (95.32), MNiSzW (9), Polska Bibliografia Lekarska, Scopus, SJR
and Ulrich's Periodicals Directory

Editorial policies and author guidelines are published on journal website:
www.nowotwory.edu.pl



NOWOTWORY Journal of Oncology is published with the generous support from the Count Jakub Potocki Foundation

ISSN 0029-540X

XXIV ZJAZD
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII
ONKOLOGICZNEJ

Streszczenia



redakcja suplementu

JÓZEF KŁADNY
WOJCIECH M. WYSOCKI

SZCZECIN, 17–19 MAJA 2018 ROKU

Szanowni Państwo,

Zapraszając Państwa do Szczecina na XXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i XXXV Konferencję PTChO, liczę, że będzie to kolejne owocne spotkanie lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, których wspólnym celem jest poprawa wyników leczenia pacjentów chorych na nowotwory. Program naukowy jest różnorodny i obejmuje zagadnienia dotyczące diagnostyki i leczenia niemalże wszystkich najczęściej występujących nowotworów, będących jednocześnie nadal wyzwaniem dla chirurgów onkologów.

Lekarze na całym świecie od lat próbują jak najskuteczniej zwalczać tę, jakże jeszcze nieakceptowalnie często śmiertelną, chorobę — niestety różnice w efektach leczenia zależą nie tylko od samych lekarzy. Przedstawiając problemy związane z leczeniem chorych onkologicznie, dobrze jest przytaczać proste liczby obrazujące w sposób dobitny, w jakim miejscu się znajdujemy. Oficjalne statystyki mówią, że w Polsce rocznie diagnozuje się ok 150 tys. nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe i jednocześnie odnotowuje się ok 100 tys. zgonów w tej grupie chorych. Te same statystyki w odniesieniu do Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej mówią, że nowych zachorowań na nowotwory złośliwe rocznie jest tam ok 1 600 tys. a zgonów ok 600 tys. To proste zestawienie jest niestety dla nas wyzwaniem, chyba na pokolenia, oznacza bowiem, że — porównując zachorowania do zgonów — w Polsce w danym roku kalendarzowym aktualnie umiera 2/3 dotkniętych chorobą nowotworową, a przeżywa 1/3, podczas gdy w USA jest dokładnie odwrotnie — przeżywa 2/3, a umiera 1/3.

Jest zatem szereg problemów i zagadnień do omówienia i temu między innymi powinny służyć tego rodzaju kongresy. Mam nadzieję, że tak będzie w Szczecinie, że nie tylko wymienimy poglądy i pochwalimy się swoimi sukcesami w leczeniu naszych onkologicznych pacjentów, ale też powstaną nowe pomysły i idee zwiększające skuteczność naszych działań diagnostyczno-leczniczych.

Stawiamy na Państwa aktywność, każde wystąpienie będzie dyskutowane, a w spotkaniach będą uczestniczyli nie tylko wybitni lekarze specjaliści polscy i zagraniczni, ale też nasi pacjenci w sesjach im dedykowanych. Zatem w imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego zachęcamy Państwa do jak najliczniejszego uczestnictwa i zdecydowanej aktywności, licząc, że wspólnym wysiłkiem uda nam się w tym obszarze medycyny choć trochę zmniejszyć dystans do najlepszych.

Prof. dr hab. n. med. Józef Kładny
Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego
XXIV Zjazdu PTChO w Szczecinie

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością oddajemy do Państwa rąk suplement zjazdowy czasopisma *Nowotwory Journal of Oncology*, towarzyszący XXIV Zjazdowi Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Nasze czasopismo — które w tym roku świętuje jubileusz 95-lecia działalności — jest z Towarzystwem od wielu lat. Przez długi czas pismem *Nowotwory Journal of Oncology* kierował chirurg, aktywny członek Zarządu PTChO, prof. Edward Towpik, który w tym roku ustąpił z pełnionej 24 lata funkcji, obejmując zarazem stanowisko Redaktora Honorowego. Jednocześnie stanowisko Redaktora Naczelnego czasopisma *Nowotwory* objął także chirurg onkolog i członek naszego Towarzystwa — niżej podpisany. Zatem związki pomiędzy pismem a Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej mają wieloletni i ścisły wymiar osobisty oraz merytoryczny, a redakcja pisma z radością przyjmuje artykuły przygotowane w polskich ośrodkach chirurgii onkologicznej. Dlatego zachęcam, aby artykuły będące rozwinięciem doniesień zjazdowych prezentowanych w niniejszym suplemencie kierować do redakcji naszego wspólnego pisma — do *Nowotworów*.

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Wojciech Wysocki
Redaktor Naczelnny *Nowotwory Journal of Oncology*
Prezes-Elekt Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej

Spis treści

Wykłady	1
Prezentacje ustne	12
Prezentacje plakatowe	17
Skorowidz autorów	40

WYKŁADY

Active surveillance versus standard resection after neoadjuvant chemoradiotherapy for esophageal or junctional carcinoma

J.J.B. van Lanschot

Department of Surgery, Erasmus MC, Erasmus University Rotterdam, the Netherlands

After publication of the long-term results of the CROSS-trial neoadjuvant chemoradiotherapy (nCRT) followed by radical surgical resection is considered standard of potentially curative care in most Western countries. By adding nCRT the 5-year overall survival has improved from 34% after surgery alone to 47% after combined therapy [1, 2].

Surprisingly, about one-third of patients have a pathologically complete response (pCR) in the resection specimen after pretreatment with the CROSS regimen. This high pCR rate imposes an ethical imperative to identify these patients in order to avoid potentially unnecessary surgery. Before embarking on a strategy of 'active surveillance' in patients with a clinically complete response (cCR), an optimal set of diagnostic modalities must be defined, which enables the accurate identification of patients with substantial residual disease after nCRT. For this purpose the Dutch diagnostic preSANO trial has recently been completed [3]. In 220 patients clinical response assessments were prospectively performed 6–12 weeks after the end of nCRT. By combining repeated PET-CT, endoscopy with multiple bite-on-bite biopsies and endosonography with fine needle aspiration of suspected lymph nodes a false-negativity rate of 10% was accomplished. Moreover, intercurrent distant metastases were detected in another 10%.

A stepped-wedge cluster randomized trial has now been initiated in 12 Dutch centers, aiming to include prospectively 300 patients with cCR after chemoradiotherapy [4]. In this SANO-trial the novel strategy of active surveillance will be randomly compared to standard therapy (i.e. immediate surgical resection). Primary endpoint will be 5-year overall survival. Secondary endpoints include quality of life, complications after (delayed) surgery, distant dissemination rate, and costs.

References

1. Hagen P van, Hulshof MCCM, Lanschot JJB van et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 2012; 366: 2074–2084.
2. Shapiro J, Lanschot JJB van, Hulshof MCCM et al. Long-term results of a randomised controlled trial comparing neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery with surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS trial). *Lancet Oncol* 2015; 16: 1090–1098.
3. Noordman BJ, Spaander VMCW, Valkema R et al. A prospective study on the accuracy of detecting residual disease after neoadjuvant chemoradiotherapy for oesophageal cancer (the preSANO trial). *Lancet Oncol*: accepted for publication.
4. Noordman BJ, Wijnhoven BPL, Lagarde SM, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus active surveillance for oesophageal cancer: stepped-wedge cluster randomised trial. *BMC Cancer* 2018; 18: 142.

Wpływ akredytacji na organizację pracy i jakość usług medycznych świadczonych w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii. (Dotychczasowe polskie doświadczenia oraz warunki i zasady działania)

M. Talerzyk

Zachodniopomorskie Centrum Onkologii

Nowotwór złośliwy piersi jest najczęstszą chorobą nowotworową kobiet na świecie. Dane epidemiologiczne wskazują na poprawę wyników leczenia, ale wciąż jest dużo do zrobienia. Ułatwienie dostępu do diagnostyki, dobry sprzęt i nowoczesne technologie lecznicze oraz świadomość społeczna mają ogromny wpływ na jakość i długość życia kobiet chorych na raka piersi. Istotnym elementem w całym procesie postępowania jest odpowiednia organizacja. O kompleksowym podejściu do diagnostyki i terapii mówiono już w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku (na 1 EBCC we Florencji w 1998 r.). Działalność senologiczną wsparła Unia Europejska, wydając rezolucje w 2003, 2006, 2008 i 2012 r., wskazując na konieczność tworzenia Breast Cancer Unitów we wszystkich krajach członkowskich. Dostosowanie się do programu akredytacyjnego i zdobycie certyfikatu Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego ma gwarantować wszystkim kobietom równy dostęp do diagnostyki i leczenia na odpowiednim poziomie, niezależnie od miejsca zamieszkania. Trzyletni okres przygotowawczy Breast Unitu w Zachodniopomorskim

Centrum Onkologii do akredytacji pozwolił na osiągnięcie stawianych przez SIS wymagań (poprawa organizacji pracy, zakup nowoczesnego sprzętu, ustawiczne kształcenie się). Znacząco poprawiono czas oczekiwania na wynik badania patomorfologicznego, który warunkuje podjęcie decyzji terapeutycznej, zwiększono odsetek zabiegów oszczędzających, upowszechniono zabiegi rekonstrukcyjne. Pacjentka uczestniczy dwukrotnie w posiedzeniu Komisji BU, podczas której dyskutuje się o sposobie postępowania. Taka forma spotkań daje jej poczucie bezpieczeństwa przy podejmowaniu decyzji. Opcja wsparcia psychologicznego, rehabilitacja na każdym etapie choroby, edukacja w szkole dla pacjentów onkologicznych i ich rodzin oraz opieka paliatywna to wartości dodane do kompleksowej opieki nad pacjentkami w ZCO. Przestrzeganie ustalonych zasad uporządkowało w ZCO każdy etap diagnostyki i leczenia pacjentów. Upowszechnienie kompleksowej działalności w ramach BCU powinno poprawić wskaźniki przeżycia Polek chorych na raka piersi.

Nowe techniki obrazowania raka piersi — znaczenie dla klinicysty

K. Kozielek

Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów
im. Aliny Pienkowskiej w Poznaniu

Wstęp. Obrazowanie gruczołu piersiowego opiera się różnych metodach, które w zależności od kontekstu klinicznego mogą występować samodzielnie lub być kooperatywne. Ostatnie lata obfitowały nie tylko w nowe narzędzia obrazowania dla poszczególnych modalności, takie jak na przykład tomosynteza (DBT), mammografia spektralna (CESM), automatyczna ultrasonografia, ale także w nowe zastosowania, jak m.in. DWI-MRI w ocenie skuteczności planowanej chemioterapii neoadiuwantowej. Niezależnie od rozwoju znanych metod obrazowania pojawiają się lub są rozwijane ścieżki alternatywne, takie jak termografia, tomografia piersi (CBBCT) czy przeznaczony do badania piersi skaner PET (DbPET). Na naszych oczach zmienia się także podejście do wyników badań obrazowych; od lat przyjęte pojęcia czułości i specyficzności uzupełniane są o istotność biologiczną lub kliniczną. Część z tych metod i zastosowań jest już dostępna w praktyce klinicznej, brakuje jednak standardów ich zastosowania. Niniejsze opracowanie ma na celu nie tylko prezentację tych metod, ale także próbę wykazania ich przydatności w codziennej praktyce.

Podsumowanie

- tomosynteza wykazuje większą czułość od klasycznej mammografii, także w wykrywaniu raków biologicznie istotnych;

- mammografia spektralna wykazuje czułość podobną do czułości rezonansu magnetycznego piersi;
- automatyczna ultrasonografia mogłaby być alternatywą do badania wykonywanego klasycznie w przypadku potrzeby zbadania dużej populacji;
- elastosonografia jest uznanym badaniem uzupełniającym, zwiększającym specyficzność ultrasonografii;
- potrzeba rozszerzenia wskazań do MRI piersi jest elementem dyskusji;
- metody obrazowe oceny skuteczności chemioterapii neoadiuwantowej wymagają dalszych badań;
- mała dostępność do DbPET, CBBCT wpływa na ograniczoną możliwość ich ewaluacji.

Wielodyscyplinarna współpraca jako podstawa właściwej diagnostyki i leczenia chorych na raka piersi

B. Radecka

Opolskie Centrum Onkologii; Uniwersytet Opolski

Podstawą nowoczesnego leczenia chorych na raka piersi jest kojarzenie metod miejscowych (chirurgia i napromienianie) i systemowych (chemioterapia, hormonoterapia, leki molekularnie ukierunkowane) w sposób sekwencyjny lub jednoczasowy. Wybór właściwego postępowania powinien mieć miejsce tuż po uzyskaniu rozpoznania histopatologicznego. Na decyzje terapeutyczne wpływa szereg czynników zależnych od choroby (m.in. stopień klinicznego zaawansowania, podtyp biologiczny raka), ale także od pacjentki (m.in. wiek biologiczny, stan menopauzalny, współistniejące schorzenia, preferencje) i systemu (dostęp do nowoczesnych terapii, dostęp do specjalistycznej opieki lekarskiej). W tym kontekście istotne jest, aby pacjentka trafiła od początku do ośrodka o dużym doświadczeniu i dysponującym wielodyscyplinarnym zespołem specjalistów. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do chorych na wczesnego raka piersi. W ciągu ostatnich dekad operacyjne leczenie wczesnego raka piersi istotnie ewoluowało w kierunku zmniejszenia agresywności (amputację piersi zastąpił zabieg oszczędzający, a w miejsce rutynowej limfadenektomii wykonuje się biopsję węzła wartowniczego). Upowszechnienie technik chirurgii onkoplastycznej pozwala na zachowanie lub odtworzenie piersi, co ma ogromne znaczenie dla jakości życia pacjentek. Jednak w większości przypadków inwazyjnego raka piersi sam zabieg operacyjny nie jest postępowaniem wystarczającym. W celu poprawy wyników leczenia stosuje się systemowe leczenie, a w niektórych przypadkach dodatkowo radioterapię. Systemowe leczenie może być prowadzone przed leczeniem lub po leczeniu operacyjnym. Jego celem jest zniszczenie mikroprzerzutów, które potencjalnie mogą być obecne już w chwili rozpoznania nowotworu. Dobór tego leczenia zależy od podtypu biolo-

gicznego definiowanego na podstawie ekspresji receptorów steroidowych, receptora HER2 oraz wskaźnika Ki76. Zgodnie z wytycznymi polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych kompleksowa opieka nad chorymi powinna odbywać się w ramach profilowanych ośrodków, które dysponują zespołem doświadczonych specjalistów z różnych dziedzin.

Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna w schemacie leczenia raka piersi — co i w jakim zakresie?

A. Śliwiński, P. Krajewski

Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Połączenie wiedzy z zakresu chirurgii plastycznej i estetycznej jest bardzo ważnym elementem operacji rekonstrukcyjnych w zakresie piersi. Zwrócenie uwagi na staranne wykonywanie mastektomii lub operacji oszczędzających ma szczególne znaczenie dla ostatecznego efektu estetycznego, który po pokonaniu choroby nowotworowej staje się ważną składową leczenia.

W przypadkach rekonstrukcji odroczone zastosowanie zróżnicowanych technik operacyjnych pozwala na uzyskanie zadowalających efektów oraz niskiego odsetka powikłań. Rekonstrukcje jednoczesne, np. z zaoszczędzeniem brodawki, są obarczone wyższym ryzykiem powikłań. Takie zabiegi powinny być stosowane u ściśle określonych pacjentek, tak aby mogły uzyskać z nich wymierne korzyści. Leczenie raka piersi jest obecnie leczeniem skojarzonym, a chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna ma w nim swój spory udział. Priorytetem chirurgów operujących piersi powinno zawsze być zdrowie, nie można jednak zapominać o odczuciach pacjentek związanych z efektami estetycznymi operacji.

Poszukiwania genów związanych z ryzykiem i wynikami leczenia nowotworów

C. Cybulski, J. Lubiński

Zakład Genetyki i Patomorfologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Dotychczas opisano ponad 100 genów, których mutacje związane są z dziedziczną predyspozycją do raków. Do nowotworów z reguły predysponują mutacje genów układu naprawy DNA oraz regulacji cyklu komórkowego. W homogennej genetycznie populacji polskiej wykryto szereg mutacji założycielskich w genach *BRCA1*, *BRCA2*, *CHEK2*, *PALB2* oraz *RECQL*. Opracowano proste testy DNA wykrywające mutacje powtarzalne tych genów. Identyfikacja predysponujących mutacji umożliwia specyficzne postępowanie medyczne u zdrowych nosicieli, w tym profilaktykę,

wczesne rozpoznanie i leczenie nowotworów. Nowotwory, które rozwijają się u nosicieli mutacji DNA, często posiadają specyficzną charakterystykę kliniczną i rokowanie oraz wymagają odmiennego leczenia. W ostatnich latach opracowano sekwencjonowanie nowej generacji, które umożliwia identyfikację nowych genów związanych z wysokim ryzykiem i wynikami leczenia nowotworów.

Czynniki genetyczno-środowiskowe a wyniki leczenia raków płuca

M. Lener

Zakład Genetyki i Patomorfologii, Katedra Onkologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Każdego roku w Polsce z powodu raka płuca umiera ponad 16 tys. mężczyzn i ponad 5 tys. kobiet. Rejestr Międzynarodowej Agencji do Badań nad Rakiem (IARC) podaje, że biorąc pod uwagę cały świat, corocznie z powodu raka tego narządu umiera ponad milion ludzi.

Pomimo stałego postępu w diagnostyce i terapii wskaźniki przeżycia chorych z rozpoznaniem raka płuca wciąż pozostają niezadowalające; wskaźniki 5-letnich przeżyć wynoszą poniżej 15%. Postęp w badaniach naukowych umożliwił identyfikację markerów molekularnych, znajdujących zastosowanie w praktyce klinicznej leczenia raka płuca jako markerów prognostycznych i predykcyjnych. Do najważniejszych markerów prognostycznych niedrobnokomórkowego raka płuca (NSCLC) należą: somatyczne mutacje genów *K-ras*, *p53*, wysoki poziom microRNA-21, hipermetylacja genu *p16*, jednoczesna hipermetylacja genów *p16*, *FHIT*, obniżona ekspresja genu *PTEN*, hipometylacja genu *F2RL*, wysoki poziom białka CRP. Obecność tych czynników wiąże się z krótszym czasem przeżycia pacjentów chorych na NSCLC. Wśród markerów predykcyjnych NSCLC najważniejsze zastosowanie mają: mutacje somatyczne genu *EGFR* (korzystna odpowiedź na leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej — TKI), obecność genu fuzyjnego *EML4-ALK* (wysoka wrażliwość na leczenie inhibitorami ALK), niski poziom ekspresji genów *ERCC1* i *RRM1* (korzystna odpowiedź na terapię związkami cisplatyny i gemcytabiną), nadekspresja genu *BRCA1* (większa podatność na winorelbinę i inne leki, które wiążą się z tubuliną), niska ekspresja genu *BRCA1* (pozytywna odpowiedź komórek NSCLC na leczenie związkami platyny). Najprawdopodobniej kolejnym markerem o wartości prognostycznej w raku płuca jest stężenie selenu. Wyniki najszybszych badań wskazują, że niski poziom tego pierwiastka w surowicy ($Se < 68 \mu g/l$) u pacjentów chorych na raka płuca w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego wiąże się z niekorzystnym rokowaniem co do czasu przeżycia ($HR -2,82$; $p = 0,01$).

Czynniki genetyczno-środowiskowe a wyniki leczenia raka prostaty

B. Masojć

Oddział Kliniczny Radioterapii, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

W roku 2015 w Polsce na raka prostaty zachorowało około 14 000 mężczyzn. Wskaźnik całkowitych przeżyć 5-letnich w tym nowotworze w polskiej populacji wynosi około 76%, aczkolwiek charakteryzuje się zróżnicowaniem pomiędzy województwami.

Czynniki wpływające na przeżycie w raku prostaty to przede wszystkim czynniki kliniczne (stopień lokoregionalnego zaawansowania choroby, stopień histologicznej złośliwości w skali Gleasona, przerzuty odległe, wyjściowy poziom PSA). Ponadto z badań wynika, że również czynniki genetyczne mogą mieć związek ze złym rokowaniem i tzw. agresywną postacią raka prostaty.

Zaobserwowano, że pacjenci chorzy na raka prostaty, u których w wywiadzie u ojca wystąpił rak prostaty o agresywnym przebiegu, mieli dwukrotnie większe prawdopodobieństwo zgonu z tego powodu w porównaniu do pacjentów bez takiego wywiadu. Do tej pory zidentyfikowano geny mające wpływ na złe rokowanie w raku prostaty, m.in. geny związane z naprawą DNA — *BRCA2*, *NBS1*. Szacuje się, że ok. 2% przypadków raka prostaty w ogólnej populacji dotyczy nosicieli mutacji w *BRCA2*, a mediana przeżyć u tych chorych wynosi około 50 miesięcy. Częstość mutacji 657del5 w *NBS1* w rakach prostaty w polskiej populacji to około 1,4%, a jej obecność jest związana z około 1,8 raza większym ryzykiem zgonu (mediana przeżyć około 57 miesięcy) w porównaniu do osób bez mutacji. Ponadto do tej pory zidentyfikowano inne geny (kandydujące) (*LEPR*, *RNA-SEL*, *IL4*, *CRY1*, *ARVCF*), jak i polimorfizmy pojedynczego nukleotydu (rs4880, rs4054823) mogące mieć wpływ na rokowanie w raku prostaty. Ich użyteczność kliniczna powinna być potwierdzona dalszych badaniach.

Leczenie personalizowane mięsaków tkanek miękkich

M. Dziedzicki

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Mięsaki tkanek miękkich (MTM) są rzadko występującymi nowotworami (około 1–2% wszystkich nowotworów złośliwych u dorosłych), mogącymi rozwijać się w każdej lokalizacji. Najczęściej występują na kończynie dolnej — 1/3 przypadków. Mięsaki rozwijające się na kończynie górnej, w obrębie powłok tułowia oraz w przestrzeni zaotrzewnowej stanowią po ok. 15% przypadków w każdej

z tych lokalizacji. Ze względu na różnorodny obraz kliniczny, wiek występowania, różne lokalizacje i wynikającą z tego różną topografię guza od dawna obowiązuje zasada, że taktyka postępowania u chorych na mięsaki jest wspólna i zależy przede wszystkim od podtypu histologicznego i stopnia złośliwości histologicznej, ale niezbędne dla uzyskania trwałego wyleczenia radykalne leczenie chirurgiczne wymaga indywidualizacji. Niemniej jednak taktyka ta przez wiele lat była prosta, obejmując, poza wspomnianym leczeniem chirurgicznym, radioterapię na obszar guza, która mogła być stosowana zarówno przed-, jak i pooperacyjnie. Wyjątki od tej zasady były nieliczne. Obecnie dysponujemy coraz większą ilością danych, sugerujących, że indywidualizacja postępowania u chorych na mięsaki tkanek miękkich powinna iść znacznie dalej niż dotychczas. Coraz więcej dowodów przemawia za zasadnością neoadiuwantowego leczenia systemowego u chorych na mięsaki o wysokim stopniu złośliwości. Personalizowane jest również zastosowanie radioterapii przed- lub pooperacyjnej, jak również sposobu jej dawkowania. W niektórych przypadkach (jak np. rzadki mięsak skóry — DFSP) wykorzystuje się leczenie ukierunkowane molekularnie — imatynib, stosowany w leczeniu indukcyjnym guzów pierwotnie nieresekcyjnych. W przypadkach mięsaków miejscowo zaawansowanych zastosowanie znajdują różne techniki leczenia lokoregionalnego, wykorzystywane jako leczenie indukcyjne (poprzez częściową remisję guza ułatwiające/umożliwiające późniejsze leczenie chirurgiczne — np. HILP) lub jako metody samodzielne (HIPEC w niektórych mięsakach ograniczonych do jamy otrzewnej — np. DSRCT). Wydaje się zatem, że indywidualizacja leczenia chorych na mięsaki, uwzględniająca nie tylko ich różnorodność topograficzną, ale także podtyp histologiczny, staje się powoli standardem postępowania.

Mięsaki przestrzeni zaotrzewnowej — współczesne leczenie

P. Rutkowski

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Lokalizacja mięsaka tkanek miękkich (MTM) w przestrzeni zaotrzewnowej (około 15% wszystkich MTM) stanowi szczególne wyzwanie lecznicze, dlatego nowotwory te powinny być bezwzględnie leczone w wyspecjalizowanych ośrodkach. Najczęściej w okolicy tej występują *liposarcoma* (głównie *well-differentiated liposarcoma WD LPS* i *dedifferentiated liposarcoma DD LPS*), *leiomyosarcoma*, *soltaryfibrous tumor*. Specyfika mięsaków przestrzeni zaotrzewnowej (MPZ) polega na dużym potencjale do nawrotów miejscowych, rzadszym występowaniu przerzutów do płuc (częśćniej do wątroby) oraz większej trudności w osiągnięciu odpowiednich marginesów tkankowych (położenie pozaprziedziałowe,

inwazja ważnych życiowo narządów). Podstawowe czynniki rokownicze obejmują wielkość guza nowotworowego, typ histologiczny, stopień złośliwości histologicznej, wieloogniskowość i radykalizm resekcji. Dla oceny rokowania można stosować nomogramy. Rozległe resekcje obejmujące wraz z guzem sąsiadujące narządy (nerka, jelito, mięśnie, wątroba) stanowią jedyną możliwość wyleczenia tych nowotworów i są szczególnie uzasadnione w przypadkach, gdy nie pozostawia się makroskopowych fragmentów guza. Przy planowaniu leczenia należy rozważyć możliwość radioterapii przedoperacyjnej, a obecnie — w sytuacji MPZ o wysokim stopniu złośliwości — przedoperacyjną chemioterapię z zastosowaniem antracyklin i ifosfamidu. Podczas leczenia operacyjnego najczęściej z nowotworem usuwane są: nerki/nadnercza (około 50% chorych), jelito grube — hemikolektomia prawo- lub lewostronna (ponad 20%), część trzustki (15%) i śledziona (10%). Resekcja blokowa MTM przestrzeni zaotrzewnowej z nacieczonymi narządami sąsiadującymi poprawia przeżycia chorych (zwłaszcza w przypadku tłuszczakomięsaków). Część autorów proponuje operowanie MPZ w sposób „przedziałowy”, usuwając również niezajęte otaczające narządy, takie jak śledziona, ogon trzustki, nerka, mięsień lędźwiowy, co może wpływać na poprawę wyników odległych, gdyż mikroskopowy naciek narządów sąsiadujących, które makroskopowe nie są zajęte przez mięsaka, występuje w ponad 60% przypadków. Liberalne podejście do resekcji niezajętych przez nowotwór, ale przyległych narządów należy brać pod uwagę zawsze, gdy indywidualnie dobiera się zakres leczenia chirurgicznego, uwzględniający jakość marginesów i oczekiwane powikłania. Powikłania chirurgiczne po rozległych operacjach MPZ dotyczą około 12% chorych. Stwierdzenie nacieku żyły głównej dolnej w badaniach obrazowych wymaga specjalnej analizy, ponieważ z jej ściany może rozwijać się część operowanych przypadków *leiomyosarcoma*. Ubytki wymagają rekonstrukcji żyły głównej dolnej.

Ortopedyczne pułapki w ocenie zmian w kościach

K. Antoniak, D. Kotrych, A. Bohatyrewicz,

P. Ziętek, K. Dobiecki

Katedra i Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii
Narządu Ruchu, Pomorski Uniwersytet Medyczny
w Szczecinie

Mięsaki kości stanowią heterogenną grupę pierwotnych złośliwych nowotworów kości. Obraz kliniczny bywa bardzo często pozbawiony symptomatologii i nierzadko w momencie rozpoznania guz ma charakter choroby zaawansowanej. Mięsaki kości następczą zatem trudności w procesie diagnostycznym z uwagi na niemy klinicznie przebieg, podob-

nie jak następczą go również w procesie terapeutycznym, ponieważ rozpoznawane są w zaawansowanym stadium choroby. Obraz radiologiczny nie do końca różnicuje nam charakter procesu rozrostowego i w zależności od wieku pacjenta i płci może odpowiadać zmianie przerzutowej lub pierwotnemu łagodnemu nowotworowi kości. Również szereg chorób metabolicznych tkanki kostnej może imitować chorobę nowotworową. Podobny obraz może występować w przypadku niektórych mięsaków kości, które rozwijają się pod „maską” zapalenia tkanki kostnej, co często bywa mylące, szczególnie w populacji wieku rozwojowego. Diagnostyka zmian kostnych powinna opierać się na algorytmie diagnostycznym z wypełnieniem wszystkich jego zaleceń. Tylko takie postępowanie prowadzi do prawidłowego ustalenia rozpoznania histopatologicznego i wdrożenia adekwatnego leczenia, które powinno być prowadzone w ośrodku wyspecjalizowanym w onkologii narządu ruchu. Efektem końcowym jest zastosowanie u pacjenta leczenia oszczędzającego kończynę oraz zwiększenie odsetka pięcioletnich przeżyć.

Laparoskopowa pankreatoduodenektomia w raku głowy trzustki — jak ja to robię?

A. Budzyński

II Katedra Chirurgii, Collegium Medicum,
Uniwersytet Jagielloński

Podstawową zasadą zaawansowanych operacji laparoskopowych w chirurgii nowotworów przewodu pokarmowego jest utrzymanie wiarygodnego standardu onkologicznej jakości zabiegu. W tę zasadę doskonale wpisuje się laparoskopowa pankreatoduodenektomia. Operacja małoinwazyjna nie może zmieniać tych samych reguł, które obowiązują w chirurgii klasycznej, tj. kwalifikacji, zachowania czystości onkologicznej, marginesów operacyjnych, zakresu limfangiektomii, dostępu odnaczyniowego itd. Niedopuszczalne jest obniżenie jakości onkologicznej jedynie w imię dążenia do wykonania operacji laparoskopowo, stąd w przypadku pankreatoduodenektomii można zauważyć występowanie odpowiednio wysokiego odsetka konwersji spowodowanego troską o właściwe wykonanie operacji, a nie wymuszonego przez trudności operacyjne. W trakcie prezentacji zostaną przedstawione zasady nowoczesnej operacji raka głowy trzustki w oparciu o filmy wideo prezentujące poszczególne etapy zabiegu. Mimo różnic w dostępie operacyjnym, innego kąta spojrzenia na pole operacyjne, użycia innych narzędzi do preparowania tkanek, innej kolejności wykonywania poszczególnych etapów zabiegu, zabieg nie odbiega od najlepszych standardów operacji otwartych. Zostanie również przedstawiona technika zespołów kończących zabieg laparoskopowej pankreatoduodenektomii.

Anatomia miednicy dla chirurga — płaszczyzny powięziowe, *holyplane*, przepona, miednica, ściana boczna, anatomia splotów przedkrzyżowych

W.J. Kruszewski

Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpital Morski

im. PCK w Gdyni

Zakład Propedeutyki Onkologii,

Gdański Uniwersytet Medyczny

Miednica to obszar, w którym w czasie operowania wybranych chorych chirurg spotyka się z urologiem i/lub z ginekologiem. Położone tam w bezpośrednim sąsiedztwie ważne narządy układu moczowego, płciowego oraz przewodu pokarmowego łączy nie tylko umiejscowienie, ale niejednokrotnie wspólne dla ścian miednicy i samych narządów źródło unaczynienia oraz unerwienia, w szczególności unerwienia wegetatywnego. Dlatego funkcje fizjologiczne narządów miednicy są współzależne, a potencjalne szkody związane z interwencją chirurgiczną w zakresie każdego z narządów z osobna mogą skutkować upośledzeniem działania narządów sąsiednich, niebędących przedmiotem leczenia operacyjnego. W wystąpieniu przedstawiono istotne elementy z zakresu anatomii i fizjologii ścian miednicy oraz podstawowych narządów i układów powiązanych położeniem w miednicy. Szczególną uwagę zwrócono na potencjalne szkody wynikające z określonych typów interwencji chirurgicznej w tym obszarze. Podkreślono rolę umiejętnego poruszania się w określonych płaszczyznach preparowania chirurgicznego jako sposobu na osiągnięcie optymalnego wyniku leczenia chirurgicznego z zachowaniem dbałości o optymalną jakość życia pacjenta po operacji.

Extended endopelvic resection for the treatment of locally advanced and recurrent cervical cancer

M. Höckel

Traditional management of locally advanced cervical cancer and of post-surgical recurrences is chemoradiation. Selected central post-radiation recurrences without fixation to the pelvic side wall and/or hydronephrosis can be cured by pelvic exenteration. However, abortion rates of 30–50% are reported from larger surgical series of pelvic exenteration frustrating locoregional tumor control and cure of the patient.

We have set up the theory of cancer progression by inverse morphogenesis within the scope of self-organizing biological systems from the analysis of tumor spread patterns of the lower female genital tract (cervical, vaginal, vulval carcinoma). The stepwise tumor propagation within embryologically defined tissue domains (ontogenetic cancer fields) represents an *order of cancer* that can be exploited for exact

diagnosis by ontogenetic staging and for treatment by cancer field resection and therapeutic lymph node dissection. Extended endopelvic resection is the translation of the theory of ontogenetic cancer fields for the treatment of locally advanced and recurrent cervicovaginal cancer. The different types of extended endopelvic resection including the laterally extended endopelvic resection (LEER) allow RO extirpation of cervicovaginal carcinomas of ontogenetic stages 3a, 3b and selected oT4 irrespective of prior treatment, pelvic side wall fixation or hydronephrosis.

The long-term treatment results of extended endopelvic resection demonstrated its potential to increase the curative chances for patients suffering from these prognostically poor disease states and support the theory of ontogenetic cancer fields.

Chirurgia zaawansowanego raka jajnika — zabiegi radykalne i cytoredukcyjne

Ł. Wicherek

Oddział Kliniczny Ginekologii Onkologicznej, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Terapia chorych na raka jajnika polega na skojarzeniu leczenia chirurgicznego i chemioterapii. Na ostateczny wynik leczenia wpływa zakres leczenia chirurgicznego. Usunięcie wszystkich widocznych ognisk raka w czasie zabiegu cytoredukcyjnego wydłuża całkowite przeżycie nawet o 5 lat. Zabieg cytoredukcyjny zmniejszający jedynie masę nowotworu ma nieznaczny wpływ na ostateczny wynik leczenia. Wyniki leczenia chirurgicznego wydają się zależeć także od doświadczenia lekarza operującego. Wiele ze wskazań do odstąpienia od resekcji jest względnych i zmienia się w przypadku kwalifikacji do zabiegu przez doświadczonego chirurga lub ginekologa onkologa, który operuje co najmniej 30 chorych na raka jajnika rocznie. Bardzo często wykonanie zabiegu całkowitej cytoredukcji jest związane z koniecznością wykonania więcej niż 2 zespożeń w obrębie przewodu pokarmowego lub resekcji przepony, a nierządki splenektomii. Dlatego taki zabieg określa się mianem wielonarządowej resekcji, a jego zakres wykracza znacznie poza ramy klasycznej ginekologii. Do jego powodzenia niezbędna jest interdyscyplinarna współpraca chirurgów i ginekologów. Jest to także wyzwanie dla systemu organizacji szpitala. Z jednej strony należy opracować zasady sprawnej współpracy chirurgiczno-ginekologicznej, a z drugiej tak zorganizować pracę, by w sposób bezpieczny przeprowadzać zabiegi trwające od 5 do 8 godzin. Ponadto należy wykonać zabieg w taki sposób, aby chora mogła rozpocząć leczenie adiuwantowe w czasie nie dłuższym niż 6 tygodni od operacji, ponieważ opóźnienie rozpoczęcia chemioterapii może zniweczyć korzyści odniesione z zabiegu. Jednakże pokonanie tych trudności leży w zakresie możliwości

organizacyjnych polskich ośrodków. Przedstawione zostaną w tym zakresie doświadczenia bydgoskiego ośrodka onkologicznego.

Zastosowanie biologii molekularnej w chirurgicznym leczeniu raka żołądka

K. Połom

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Rak żołądka jest nadal jednym z najczęstszych nowotworów. Obecnie strategia lecznicza oparta jest w głównej mierze na ocenie pierwotnego stanu zaawansowania choroby, dodatkowo z oceną czynników klinicznych i histopatologicznych. Dzięki nowym klasyfikacjom molekularnym możemy dokładniej poznać biologię tego nowotworu. Uzyskane informacje z badań molekularnych mogą uzupełnić i rozszerzyć naszą wiedzę dotyczącą czynników rokowniczych w tej chorobie. Przedstawione zostaną kliniczne zastosowania klasyfikacji molekularnej raka żołądka w cyklu publikacji powstałych we współpracy z Uniwersytetem w Sienie we Włoszech ze szczególnym uwzględnieniem niestabilności mikrosatelitarnej.

Radioterapia raka odbytnicy — kiedy możemy nie napromieniać przedoperacyjnie?

K. Bujko

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Po wprowadzeniu techniki całkowitego wycięcia mezorektum odsetek nawrotów miejscowych po resekcji bez napromieniania zmniejszył się z około 25% do 10%. Napromienianie przedoperacyjne w obu przypadkach zmniejszyło ryzyko nawrotów miejscowych o połowę, odpowiednio do około 12% i 5%. Co ważne, dawniej obserwowano po napromienianiu około 10-procentową poprawę przeżyć całkowitych, podczas gdy po wprowadzeniu techniki całkowitego wycięcia mezorektum poprawy przeżyć nie obserwowano. Ponadto napromienianie powoduje późne powikłania pooperyacyjne, w tym nasilenie objawów zespołu resekcji przedniej. Powstaje zatem pytanie, czy korzyści po napromienianiu (zmniejszenie nawrotów) przeważają nad stratami (powikłania). Odpowiedź na to pytanie zależy od spodziewanego ryzyka nawrotów po samej operacji — gdy on jest wyższy niż około 10%, wówczas napromienianie jest uzasadnione. Badanie MR miednicy musi być wykonane dla oceny tego ryzyka. Bez względu na wskazanie do napromieniania jest zagrożenie marginesu chirurgicznego, czyli zajęcie powięzi mezorektum, powięzi międzyzwieraczowej lub naciekanie trudno resekuwalnych narządów lub struktur sąsiednich.

Inne czynniki brane pod uwagę to: 1) zaawansowanie raka — wskazania od \geq cT3 w raku dolnej odbytnicy i $>$ T3a(b?) środkowej odbytnicy; 2) przerzuty do węzłów: $>$ 9 mm lub nierówny zarys, okrągły kształt, nierównomierny sygnał; 3) zajęcie naczyń mezorektum; 4) umiejscowienie guza (im niżej, tym ryzyko nawrotu większe); 5) większe ryzyko przy zajęciu kwadrantu przedniego; 6) jakość operacji (mierzona odsetkiem nawrotów miejscowych i stanem powięzi mezorektum ocenianym przez patologa). Zdarza się jednak, że bez napromieniania badanie patologiczne preparatu pooperacyjnego ujawnia większe ryzyko nawrotu niż spodziewane, np. zajęcie lub bliski margines cięcia chirurgicznego (1–2 mm) lub liczne przerzuty do węzłów chłonnych, szczególnie z naciekaniem torebki. Wówczas wskazane jest napromienianie pooperyacyjne.

Chemoembolizacja zmian przerzutowych w wątrobie

M. Szemitko

Zakład Radiologii Zabiegowej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2; Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Leczenie zmian przerzutowych w wątrobie za pomocą chemoembolizacji mikrosferami stanowi opcję leczniczą zwykle stosowaną w przypadku niepowodzenia wcześniejszych schematów chemioterapii. W dostępnym piśmiennictwie znajdziemy jedynie pojedyncze przypadki badań odnośnie łączenia ww. chemoembolizacji mikrosferami oraz standardowej chemioterapii. Do przypuszczalnych korzyści, jakie można osiągnąć, stosując ww. techniki, należy poprawa skuteczności leczenia, oddziaływanie na przerzuty pozawątrobowe oraz możliwość objęcia leczeniem większej liczby pacjentów. Łączenie ww. technik leczniczych wymaga ścisłej współpracy z onkologiem oraz ustalenia optymalnych cykli leczenia w celu minimalizacji efektów ubocznych. Podobnie dalszych badań wymaga ustalenie roli i skuteczności leczenia mikrosferami załadowanymi doxorubicyną w leczeniu zmian przerzutowych z innych typów nowotworów.

Działalność rzecznicza organizacji pacjenckich w dziedzinie onkologii

W. Wiśniewski

Fundacja Onkologiczna Alivia; Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Organizacje pacjenckie inicjują lub biorą aktywny udział w działaniach na rzecz zmiany systemu opieki onkologicznej. Obecnie można zaobserwować dwa procesy. Po pierwsze, decydenci oraz inni interesariusze systemu ochrony zdrowia

zapraszają przedstawicieli NGO do procesów konsultacji poszczególnych propozycji oraz długoterminowej wizji systemu. Po drugie, wiele organizacji pacjenckich profesjonalizuje się, coraz większą część zasobów przeznaczając na próbę kształtowania opieki onkologicznej finansowanej ze środków publicznych. Oba zjawiska determinują konieczność wzajemnego dostosowania się poszczególnych środowisk. Ze strony organizacji pacjenckich konieczne jest stworzenie procedur zapewniających przejrzystość prowadzonych działań oraz możliwość zaangażowania jak największej grupy chorych. Inni interesariusze, a przede wszystkim instytucje administracji centralnej, powinni przygotować procedury angażowania organizacji pacjenckich w procesy decyzyjne.

Perforacja przewodu pokarmowego w przebiegu raka jelita grubego (rjg): epidemiologia i postępowanie

K. Bielecki

Szpital Solec sp. z o.o., Warszawa

Perforacja jelita grubego (pjpg) jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia chorego i jest obciążona wysoką śmiertelnością (12–48%) i powikłaniami (50–60%). W około 1,1–10% wszystkich raków jelita grubego (rjg) dochodzi do perforacji jelita. Rozróżniamy dwa typy perforacji: a) perforacja w miejscu lokalizacji guza nowotworowego i b) perforacja odległa od guza, najczęściej powyżej guza, w mechanizmie tzw. *closed-loop obstruction*. Gorsze rokowanie jest w przypadkach przedziurawienia jelita w miejscu odległym od guza. Chorzy z objawami pjpg są obciążeni większym ryzykiem zgonu i powikłaniami okołoperacyjnymi głównie z powodu zaawansowanego wieku (powyżej 70 r.ż.), chorób towarzyszących (wyższe ASA) oraz bardziej zaawansowanego nowotworu. Postępowanie u większości chorych jest operacyjne i waha się od bardziej zachowawczego (np. obarczająca stomia, drenaż przezskórny lub otwarty, wyłonienie) poprzez odcinkową resekcję guza wraz z miejscem perforacji (operacja sposobem Hartmanna) do radykalnej operacji z limfadenektomią typu CME (*complete mesocolic excision*). W literaturze cały czas trwa debata nad zakresem operacji wykonywanej w trybie pilnym. Trudno jest udowodnić, że radykalna chirurgia poprawia rokowanie u chorych z perforacją w przebiegu raka jelita grubego. Są to zwykle chorzy starsi, obciążeni chorobami układowymi i z bardziej zaawansowanym nowotworem. Postępowanie chirurgiczne jest uzależnione od stanu ogólnego chorego, od stopnia nasilenia sepsy pochodzenia brzuszego, umiejętności chirurga, stopnia zaawansowania nowotworu, czasu jaki upłynął od momentu perforacji i od referencyjności ośrodka leczącego. Podstawowym pytaniem jest, czy chory z pjpg w przebiegu raka powinien być operowany według tych samych zasad co

chorzy na raka jelita grubego (rjg) bez perforacji, zwłaszcza w zakresie rozległości limfadenektomii i wielonarządowych resekcji? Odpowiedź jest na „tak” pod warunkiem zastosowania tzw. *high-quality surgery* (doświadczeni chirurdzy i anestezjolodzy, referencyjny ośrodek z OIT, z nowoczesnym sprzętem). Postępowanie chirurgiczne w perforacji rjg jest następujące: 1) resekcja guza wraz z miejscem perforacji i limfadenektomią z pierwotnym zespoleniem (a to jest zależne od stanu chorego, tzw. *Mannheim Peritonitis Index*, nasilenia sepsy i umiejętności chirurga) lub pierwotne zespolenie ze ileostomią odbarczającą, 2) wycięcie guza wraz z miejscem perforacji sposobem Hartmanna, 3) intensywne płukanie jamy otrzewnowej (20–40 l wody destylowanej), 4) pooperacyjny drenaż przepływowo-płuczający jamy otrzewnowej, 5) opcjonalnie postępowanie wg metody otwartego brzucha po usunięciu źródła zakażenia. W takich sytuacjach rekomenduje się planowane relaparotomie.

Doświadczenie własne obejmuje obserwacje 1205 chorych operowanych z powodu rjg. W tej grupie było 45 chorych z perforacją jelita grubego. W 33 przypadkach perforacja była w miejscu guza (śmiertelność okołoperacyjna 12,1%), a u 12 chorych perforacja była w miejscu proksymalnym od guza (śmiertelność okołoperacyjna 33,3%). Zgony okołoperacyjne w całej 45-osobowej grupie chorych z perforacją rjg wyniosły ok. 20%.

Wnioski. 1) przedziurawienie w raku jelita grubego jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia (śmiertelność ok. 20%, powikłania okołoperacyjne ok. 60%), 2) zaleca się leczenie radykalne u większości chorych z przedziurawieniem rjg, 3) rekomendujemy wycięcie guza z miejscem perforacji (operacja Hartmanna) jeśli *Mannheim Peritonitis Index* > 25 punktów, 4) czynniki ryzyka zgonu w perforacji rjg to sepsa, podeszły wiek chorych, choroby towarzyszące, opóźnione rozpoznanie perforacji jelita grubego.

Kolejność dojsć operacyjnych w poszczególnych typach resekcji przełyku

J. Kozak

Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Taktyka przeprowadzenia resekcji przełyku/wpustu, a następnie rekonstrukcji przewodu pokarmowego musi być u wybranego chorego odpowiednio dobrana i podlegać możliwości modyfikacji podczas jej wykonywania. Przeprowadzone badania diagnostyczne pozwalają w 60–98% ustalić stopień operacyjności zmiany i wybrać jedną ze standardowych metod operacyjnych (operacje McKeowna, Sweeta; Skinner (resekcja żołądka) metodą otwartą lub małoinwazyjną. Klasyczne dostępy operacyjne to: laparotomia pośrodkowa górna, torakotomia prawostronna przez 4–6 mż, torakofrenolaparotomia lewostronna przez 6–7 mż,

cerwikotomia, laparoscopia, torakoscopia oraz kombinacja tych dostępów.

Kolejność wyboru dostępu operacyjnego zależy od:

- długości i zasięgu choroby;
- doszczętności przewidywanego zabiegu;
- drogi prowadzenia zabiegu (przezskłatkowo/przezrozworowo);
- miejsca i sposobu wykonywania zespolień;
- rodzaju wybranego substytutu przełyku;
- przebytego leczenia onkologicznego;
- stanu sercowo-płucnego chorego;
- przebytych zabiegów w obrębie klatki piersiowej i jamy brzusznej;
- zakażenia pola operacyjnego;
- doświadczenia zespołu operacyjnego.

Taktyka operacyjna ma zapewnić doszczętność onkologiczną zabiegu, a rekonstrukcja przewodu pokarmowego — możliwość odpowiednio długotrwałego odżywiania.

Dwupolowa resekcja przełyku z zachowaniem lewej tętnicy żołądkowej

J. Wójcik, J. Alchimowicz, J. Pieróg, M. Bielewicz, B. Kubisa, H. Janowski, M. Wojtyś, M. Czarnecka, N. Wójcik, B. Maciąg, K. Kaseja, T. Grodzki

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp. Dwupolowa resekcja przełyku wg Ivora Lewisa zakłada częściową resekcję przełyku z jednoczasową rekonstrukcją z graftu żołądkowego i dwupolową limfadenektomią dla przypadków onkologicznych. Graft żołądkowy jest utworzony z krzywizny większej żołądka i unaczyniony przez prawostronne tętnice żołądkowe, a zespolenie jest wykonywane w prawej jamie opłucnej. W tej operacji tętnica żołądkowa lewa ulega zamknięciu, a jej okolica podlega potencjalnej, doszczętniej limfadenektomii. Jednoczasowe usunięcie krzywizny mniejszej powoduje, iż przemieszczana część żołądka ulega znacznemu wydłużeniu. Przy niewydolności prawostronnych naczyń żołądkowych w wybranych przypadkach operacja jest możliwa z wykorzystaniem pełnego graftu żołądkowego o mniejszej, standardowej długości, z zachowaniem jego dodatkowego ukrwienia od lewej tętnicy żołądkowej oraz akceptowalnym zakresem limfadenektomii. Operacja jest możliwa zarówno z wykorzystaniem techniki klasycznej, jak i małoinwazyjnej.

Materiał. Grupa badana (16) składała się z 13 mężczyzn i 3 kobiet w wieku 43–82 lat (średnia 63,5 roku), u których śródoperacyjnie stwierdzono niedorozwiniętą i słabo tętniącą lub bardzo krótką tętnicę żołądkowo-sięciową prawą. Przyczynami operacji (2011–2017) były: gruczolakorak wpustu typu Siewert I + II (8), gruczolakorak 1/3 dolnej przełyku (2), rak mieszany 1/3 dolnej przełyku (1), rak płaskonabłonkowy 1/3 dolnej przełyku (2), stenoza zapalna (1)

i zespół Boerhaavego (2). Zespolenie żołądkowo-przełykowe wykonywano od poziomu 5 cm powyżej przeciętej żyły nieparzystej do poziomu 5–7 cm poniżej nieprzeciętej żyły nieparzystej. W 4 przypadkach wykonano zespolenie staplerem okrężnym 28–29, a w 12 przypadkach techniką 2 staplerów liniowych. W 13 przypadkach onkologicznych usunięto ogółem 326 węzły chłonne, średnio 25 węzłów/zabieg.

Wyniki. W 14 przypadkach uzyskano prawidłowy przebieg pooperacyjny. W 1 przypadku zanotowano zgon z powodu zapalenia śródpiersia. W 1 przypadku wykonano wtórną gastrektomię z powodu martwicy żołądka, z rozłączeniem przewodu pokarmowego. Badanie kontrastowe przypadków niepowikłanych wykazało specyficzny kształt graftu w odcinku nadprzeponowym, z przechodzeniem kontrastu do dwunastnicy.

Wnioski. Wykorzystanie żołądka z zachowaniem lewej tętnicy żołądkowej umożliwia w wybranych przypadkach rekonstrukcję po resekcji przełyku według pierwotnego planu leczenia.

Zmiany w leczeniu raka przełyku na podstawie 20-letniego doświadczenia jednego ośrodka

T. Grodzki

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej i Transplantacji,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

W Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej i Transplantacji PUM w latach 1998–2018 wykonano 317 resekcji przełyku. Częstotliwość resekcji sięgała od 3 w 1998 r. do 33 w 2017 r., średnio 16 resekcji na rok. Grupa operowanych chorych składała się z 253 (80%) mężczyzn i 64 (20%) kobiet w wieku 25–82 lat. Najstarsza kobieta miała 79 lat, a najstarszy mężczyzna 82 lata. Najmłodsza kobieta miała 30 lat, a najmłodszy mężczyzna 25 lat. 37 (11,5%) chorych operowano z przyczyn nieonkologicznych, a 280 (89%) — z przyczyn onkologicznych. Grupa młodych chorych 25–47 lat (średnia 39,6) składała się z 20 mężczyzn i 5 kobiet i stanowiła 8% ogółu operowanych. Raka płaskonabłonkowego rozpoznano u 154 (55%) chorych, gruczolowego u 111 (40%) chorych, a raka innego typu u 15 (5%) chorych. W 92 (32,5%) przypadkach zastosowano neoadiuvantową skojarzoną radiochemioterapię, a w 3 przypadkach neoadiuvantową radioterapię. W 25 (8%) przypadkach wykonano operacje jednodostępowe (laparotomia, laparoscopia, torakotomia lewostronna lub prawostronna, torakolaparotomia lewostronna). W 135 przypadkach zastosowano dostęp operacyjny dwupolowy, a w 149 przypadkach dostęp trójpolowy. U 5 (1,5%) chorych wykonano jedynie etap resekcyjny zabiegu, w 3 przypadkach zakres resekcji był niestandardowy. Do etapu rekonstrukcyjnego wykorzystywano żołądek w 289 przypadkach, jelito cienkie w 20 przypadkach, prawą połowę okrężnicy w 2 przypadkach, a poprzecznicę w jed-

nym przypadku. Technikę małoinwazyjną do tego typu operacji wprowadzono w 2005 roku. Wykonano 50/215 (23%) zabiegów wg protokołu MIE (*minimally invasive esophagectomy*). W tej grupie było 14 operacji hybrydowych, 3 resekcje jednopolewe (laparoscopia), 19 resekcji dwupolowych (laparoscopia + videotorakoscopia prawostronna) oraz 14 resekcji trójpolowych (laparoscopia, videotorakoscopia prawostronna w ułożeniu pronacyjnym oraz dojście szyjne). Poziom powikłań pooperacyjnych przekraczał 50%. Śmiertelność pooperacyjna była zgodna z krzywą uczenia i sięgała od 37% w 2000 roku do 0% w 2015 roku. W latach 1998–2010 wyniosła 17% (26 zgonów/151 resekcji), w latach 2011–2017 — 8,4% (14 zgonów/166 resekcji). Analiza okresu 2015–2017 wykazała dalsze zmniejszenie śmiertelności pooperacyjnej do poziomu 6,6% (5 zgonów/75 resekcji). W 1998 zespół zajmujący się leczeniem przełyku składał się z 2 operatorów i 3 asystentów, a w 2017 roku z 7 operatorów i ogółem 12 osób.

Radioterapia w raku piersi — gdzie uzupełnia, a gdzie zastępuje chirurgię?

A. Niwińska

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Radioterapia jest stosowana we wszystkich stopniach zaawansowania raka piersi. Stanowi niezbędne uzupełnienie zabiegu operacyjnego u chorych po operacji oszczędzającej. Korzyść z napromieniania odnosi zarówno chore na raka przedinwazyjnego, jak i inwazyjnego. U chorych na raka inwazyjnego radioterapia zmniejsza ryzyko wznowy miejscowej o 15,7% i wydłuża przeżycie chorych o 3,8%, u chorych na raka przedinwazyjnego zmniejsza ryzyko wznowy o 15% bez wpływu na przeżycie. Zasadniczo u chorych na inwazyjnego raka piersi napromienia się całą pierś z podwyższeniem dawki na łożę po guzie pierwotnym, jednakże u chorych na raka piersi z niskim ryzykiem wznowy można zastosować napromienianie części gruczołu piersiowego (APBI), a u niektórych nawet zrezygnować z napromieniania. Na podstawie wyników badania Z 0011 można stwierdzić, jeśli chora w klinicznym stopniu T1–2 N0, po operacji oszczędzającej z procedurą węzła wartowniczego, ma w badaniu histopatologicznym 1–2 makroprzerzuty w węzłach wartowniczych, a będzie napromieniana na pierś z pół skośnych oraz leczona systemowo, to nie ma ona wskazań do limfadenektomii pachowej. Jeśli u takiej chorej wykonano mastektomię, to trzeba wykonać limfadenektomię pachową bez radioterapii lub napromienić okolice węzłowe (bez limfadenektomii pachowej).

U chorych na pierwotnie operacyjnego raka piersi, poddanych chemioterapii przedoperacyjnej, wskazania do radio-

terapii uzupełniającej zależą od zaawansowania choroby przed chemioterapią i po chemioterapii.

Wskazaniem do radioterapii uzupełniającej po mastektomii jest: cecha T3, T4, przerzuty do 4 i więcej pachowych węzłów chłonnych, przerzuty do 1–3 węzłów chłonnych pachowych z towarzyszącymi innymi czynnikami ryzyka wznowy lokoregionalnej oraz nieradykalny zabieg operacyjny. Radioterapia uzupełniająca po mastektomii zmniejsza ryzyko wznowy lokoregionalnej o 21,4% oraz wydłuża przeżycie całkowite chorych o 5,4%.

Czy zabiegi z zakresu radiologii interwencyjnej mają za zadanie zastąpić czy uzupełnić leczenie chirurgiczne chorych z pierwotnymi i przerzutowymi nowotworami wątroby?

K. Zieniewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Chirurgiczna resekcja pierwotnych i przerzutowych zmian ogniskowych w wątrobie jest optymalnym sposobem leczenia tej grupy chorych, jednakże u większości pacjentów — ok. 80% — radykalne onkologicznie R0 resekcje będą niemożliwe. W związku z nowymi możliwościami terapeutycznymi, które pojawiły się wraz z postępem technologicznym i farmakologicznym, coraz większej grupie chorych można zaproponować metody leczenia o charakterze paliatywnym, ale w istotny sposób poprawiające przeżycie i komfort życia. Wyjaśnienie, czy techniki ablacyjne są choć porównywalne do chirurgicznego wycięcia resekcyjnych zmian pierwotnych i przerzutowych w wątrobie oraz czy techniki te dają dodatkową korzyść w postaci wydłużenia okresu przeżycia w stosunku do współczesnego leczenia chemicznego nierekcyjnych zmian, wciąż wymaga przeprowadzenia randomizowanych badań klinicznych. Postęp technologiczny jest skoncentrowany na doskonaleniu coraz potężniejszych narzędzi wykorzystujących elektrolityczne lub mikrofalowe sposoby destrukcji zmian ogniskowych.

W opublikowanej w 2015 roku pracy będącej przeglądem ablacyjnych i embolizacyjnych technik stosowanych w leczeniu wtórnych zmian ogniskowych I poziom ewidencji (AHRQ) osiągnęły termoablacja RFA oraz dotętnicza chemioterapia irinotekaniem (PVA DEBIRI) i radioembolizacja (SIRT). Radioembolizacja glass SIRT oraz termoablacja mikrofalowa osiągnęły II/III poziom, natomiast krioblację i nieodwracalną elektroporację czyli NanoKnife sklasyfikowano na poziomie IV.

Nieco inaczej wygląda rola technik ablacyjnych w terapii pierwotnych nowotworów złośliwych wątroby. U chorych z HCC optymalnym leczeniem, przy zachowaniu restrykcyjnych kryteriów, jest transplantacja wątroby bądź ograniczona resekcja. Termoablacja (RFA/MWA) oraz TACE mogą

być terapią pomostową do transplantacji bądź metodami leczenia wznowy guza albo formą leczenia paliatywnego. W grupie pacjentów z nieresekcyjnym wewnątrzwątrobowym *cholangiocarcinoma* techniki destrukcji guza są daleko mniej skuteczne i zazwyczaj nie poprawiają odległego przeżycia chorych.

Współcześnie zabiegi z zakresu radiologii interwencyjnej mogą stanowić uzupełnienie leczenia chirurgicznego chorych z pierwotnymi i przerzutowymi nowotworami wątroby.

Rekonstrukcje 3D i innowacje w leczeniu rozległych mięsaków kości

D. Kotrych, A. Bohatyrewicz

Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych, Katedra i Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp. Leczenie operacyjne mięsaków kości jest jednym z etapów leczenia kompleksowego. Zabiegi, w których można uratować kończynę, możliwe są w większości przypadków zależnie od lokalizacji i rozległości guza. Dzięki nowoczesnym implantom, takim jak protezy modułarne i zalecane implanty 3D, w większości przypadków udaje się zastosować procedury oszczędzające kończynę.

Cel. Celem tej pracy jest zaprezentowanie innowacyjnych sposobów rekonstrukcji ubytków u chorych z rozległymi mięsakami kości.

Metoda. Zbadano 25 wybranych pacjentów hospitalizowanych w Klinice Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu

Ruchu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w latach od 2009 do 2018. U wszystkich pacjentów zdiagnozowano zaawansowane formy pierwotnych nowotworów kości. Wiek pacjentów wahał się od 15 do 28 lat. Postępowaniem chirurgicznym we wszystkich przypadkach była rekonstrukcja uszkodzenia przy użyciu wykonanych na zamówienie implantów 3D pokrytych stopem EPORE. Posłużyliśmy się kamerą gamma SPECT/CT GE Hawkeye 4 do scyntygrafii kości przy użyciu radioizotopu ^{99m}Tc MDP, aby dokładnie zobrazować wrastanie kości w powierzchnię implantu, jak też wyeliminować artefakty. U wszystkich pacjentów test przeprowadzono 12 miesięcy po operacji. Grupa kontrolna składała się z 5 pacjentów z dużymi pourazowymi uszkodzeniami miednicy, których poddano operacji wszczepienia wykonanych na zamówienie implantów tego samego pochodzenia. Okres obserwacji klinicznej wyniósł od 12 do 36 miesięcy.

Wyniki. U badanych chorych uzyskano obiecujące wczesne wyniki leczenia. 23 chorych nie ma nawrotu choroby nowotworowej, 1 chora zmarła po roku od czasu operacji, u 1 chorego wystąpiły przerzuty do płuc. Wyniki badań za pomocą SPECT/CT wykonane u wszystkich pacjentów rok później bez żadnych wątpliwości dowiodły osteointegrację kości chorego z powierzchnią EPORE w rejonie wszczepionej, wykonanej na zamówienie endoprotezy.

Wnioski. Indywidualne projektowanie implantów w technologii 3D pozwoliło poszerzyć wskazania do rozległych resekcji, często pierwotnie kwalifikowanych jako nieoperacyjne. Wczesne dobre wyniki obserwacji onkologicznej oraz funkcjonalnej chorych stanowią nowy kierunek w opracowaniu standardów leczenia zaawansowanych mięsaków kości.

Prezentacje USTNE

Brak zlokalizowania węzła wartowniczego u chorych na raka piersi zakwalifikowanych do leczenia oszczędzającego węzły chłonne dołu pachowego — wynik błędu podczas przeprowadzania procedury chirurgicznej czy ważny sygnał dotyczący stopnia zaawansowania choroby — analiza jednośrodkowa

T. Nowikiewicz¹, I. Głowacka-Mrotek², M. Tarkowska³, W. Zegarski¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

²Katedra i Klinika Rehabilitacji, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy ³Katedra i Zakład Laseroterapii i Fizjoterapii, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Wstęp. Usunięcie węzła wartowniczego (SLNB) jest standardem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u pacjentów z wczesnym rakiem piersi. Umożliwia ocenę statusu regionalnego układu chłonnego uzyskiwaną dzięki weryfikacji patologicznej reprezentatywnego węzła chłonnego.

Cel. Celem pracy jest określenie znaczenia klinicznego braku zidentyfikowania węzła wartowniczego (SLN) podczas procedury SLNB, wykonywanej z zamiarem zaoszczędzenia węzłów chłonnych dołu pachowego.

Materiał i metody. 3972 chorych z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi zakwalifikowanych do SLNB, leczonych w latach 2011–2016. W sposób prospektywny przeanalizowano wszystkie przypadki braku identyfikacji SLN oraz przyczyny niepowodzenia zaplanowanego zabiegu operacyjnego.

Wyniki. W przypadku 134 chorych (3,4%) nie uwidoczniiono SLN (grupa I), co spowodowało jednoczesne wykonanie limfadenektomii pachowej. U 49,3% chorych z tej grupy (66/134) zdiagnozowano obecność przerzutów raka do węzłów chłonnych (vs 22,7% u pacjentek po usunięciu SLN — grupa II; $p < 0,0001$) — w 39,4% przypadków w stopniu pN1, 18,2% — pN2, 42,4% — pN3 (w grupie II — odpowiednio: 80,0% 12,9% i 7,1%; $p < 0,0001$).

Wyższy stopień zaawansowania nowotworu w grupie I potwierdzał dodatkowo znaczny odsetek obecności nacieku torebki węzła (71,2% vs 43,8% — w grupie II) oraz przerzutów wewnątrznaczyniowych (9,0% vs 2,9%).

Nie stwierdzono jednocześnie obecności różnic znamienych statystycznie pomiędzy porównywanymi grupami

w ocenie wielkości guza pierwotnego (klinicznej i patologicznej), jego lokalizacji, zastosowania chemioterapii neoadiuwantowej, przebytego leczenia operacyjnego piersi oraz innych analizowanych zmiennych.

Wnioski. Nieuwidocznienie węzła wartowniczego podczas SLNB wskazuje na znacznie podwyższone ryzyko zdiagnozowania przerzutów raka piersi do węzłów chłonnych dołu pachowego. Może jednocześnie świadczyć o wyższym stopniu zaawansowania nowotworu i jego większej agresywności (wynik oceny pN, naciek torebki węzła, zatory naczyń). Wymaga to w sposób jednoznaczny wykonania u chorych limfadenektomii pachowej.

Ocena czynników ryzyka powikłań pooperacyjnych u chorych na raka odbytnicy

M. Zeman, M. Czarnecki, A. Czarniecka, M. Grajek, M. Strączyński, A. Chmielarz, D. Walczak, A. Maciejewski
Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wstęp. Leczenie chirurgiczne ciągle pozostaje najistotniejszą częścią skojarzonego leczenia chorych na raka odbytnicy. Powikłania tego leczenia, a w szczególności nieszczelność zespolenia jelitowego po przedniej resekcji odbytnicy, stanowią istotny problem kliniczny.

Cel. Celem pracy jest retrospektywna analiza czynników klinicznych znanych przed zabiegiem operacyjnym, mogących mieć wpływ na wystąpienie powikłań.

Materiał i metody. Analizie poddano 418 kolejnych chorych operowanych z powodu raka odbytnicy (246 mężczyzn i 172 kobiety) w okresie od lipca 2013 do grudnia 2016. Wykonano 257 resekcji przednich, 135 resekcji brzuszno-kroczowych oraz 26 resekcji sposobem Hartmanna. Czynniki predykcyjne wystąpienia powikłań poddano analizie regresji logistycznej.

Wyniki. W całej badanej grupie chorych powikłania pooperacyjne wystąpiły w 24,6% przypadków, w tym powikłania w stopniu 3 lub wyższym wg Claviena w 10,5% przypadków. Śmiertelność okołoperacyjna wyniosła 0,5%. W grupie chorych po przedniej resekcji odbytnicy w 29 (11,3%) przypadkach stwierdzono nieszczelność zespolenia jelitowego, w tym 18 nieszczelności wczesnych i 11 późnych. Anali-

za powikłań zgodnie z klasyfikacją Clavienna wykazała, że znamienny wpływ na ryzyko wystąpienia powikłań w całej grupie chorych miały: choroba niedokrwienna serca, stosunek neutrofilów do limfocytów (NLR) > 5 oraz *prognostic nutritional index*. Statystycznie znamiennymi czynnikami ryzyka wystąpienia nieszczelności wczesnych okazały się przedoperacyjny NLR > 5 oraz liczba płytek krwi obwodowej, natomiast w przypadku nieszczelności późnych — towarzysząca choroba niedokrwienna mięśnia sercowego. **Wnioski.** W całej grupie chorych stwierdziliśmy niski odsetek ciężkich powikłań i zgonów pooperacyjnych. W badanym materiale stwierdziliśmy odmiennie czynniki ryzyka nieszczelności wczesnych i późnych, co wskazuje na ich odmienną etiologię. **Słowa kluczowe:** rak odbytnicy, powikłania pooperacyjne, nieszczelność zespolenia jelitowego, stosunek neutrofilów do limfocytów

Rekonstrukcja piersi mikronaczyniowym płatem DIEP z przeszczepem pachwinowych węzłów chłonnych jako jedna z metod chirurgicznego leczenia obrzęku limfatycznego

R. Ulczok¹, K. Donocik¹, D. Walczak¹, P. Drozdowski¹, M. Dobrut¹, R. Szumniak¹, Ł. Krakowczyk¹, M. Grajek¹, J. Wiergoń¹, M. Kalemba², A. Maciejewski¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

²Zakład Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Wstęp. Obrzęk chłonny powstaje w wyniku zaburzeń wrodzonych w układzie limfatycznym lub wskutek przebytych urazów, zakażeń, nowotworów lub konsekwencji ich leczenia. Najczęstszą przyczyną wtórnego obrzęku kończyn górnych są procedury związane z leczeniem raka piersi. Do czynników powodujących wystąpienie obrzęku chłonnego związanego z rakiem piersi można zaliczyć: limfadenektomię pachową, chemioterapię, radioterapię, powikłania pozabiegowe, nadciśnienie tętnicze, otyłość, wiek. Po ujawnieniu się obrzęku chłonnego stosuje się leczenie zachowawcze, a w przypadku braku efektu takich działań alternatywą pozostaje leczenie chirurgiczne.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie chirurgicznego leczenia wtórnego obrzęku chłonnego III stopnia kończyny górnej u pacjentek po radykalnych amputacjach piersi.

Metody. Przed chirurgicznym leczeniem u pacjentek wykonano pomiary nasilenia obrzęku chłonnego: pomiar obwodów kończyny, limfoscyntyografię i SPECT CT oraz śródoperacyjnie — limfografię ICG. Pacjentki zakwalifikowano do rekonstrukcji piersi płatem DIEP z przeszczepem

pachwinowych węzłów chłonnych. Efekty chirurgicznego leczenia oceniano w 3, 7 i 12 tygodniu po zabiegu.

Wyniki. W trakcie 3-miesięcznej obserwacji uzyskano systematyczną poprawę dotyczącą zakresu ruchomości w obrębie stawu barkowego u pacjentek po przeszczepie płata DIEP z węzłami oraz zmniejszenie obwodów kończyny górnej.

Wnioski. Rekonstrukcja piersi mikronaczyniowym płatem DIEP wraz z przeszczepem węzłów chłonnych jest skuteczną metodą chirurgicznego leczenia obrzęku chłonnego, gdzie metody zachowawcze okazały się nieskuteczne i nietrwałe.

Czy zastosowanie chemioterapii przed zabiegiem resekcyjnym powoduje wzrost ryzyka chirurgicznych powikłań u chorych na raka żołądka?

T. Al-Amawi, M. Kwietniak, P. Wojtasik, M. Halczak, J. Kładny
Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wyniki leczenia raka żołądka są niezadowalające z powodu rozpoznawania w zaawansowanym stadium. W celu poprawy tych wyników w ostatnich latach wprowadzono chemioterapię okołoperacyjną jako standardowe postępowanie w leczeniu chorych na zaawansowanego resekcyjnego raka żołądka.

Cel. Celem pracy jest ocena wpływu zastosowania chemioterapii przed operacją na częstość powikłań pooperacyjnych, a zwłaszcza powikłań chirurgicznych.

Materiał i metody. Od 23 sierpnia 2015 r. do 17 grudnia 2017 r. w Klinice hospitalizowano 76 chorych z rozpoznaniem raka żołądka. Do leczenia operacyjnego zakwalifikowano 64 chorych. Wykonano 52 zabiegi resekcyjne żołądka, 8 zespołów omijających i 4 operacje zwiadowcze. Przedmiotem analizy była grupa 52 chorych (34 mężczyzn i 18 kobiet) po zabiegach resekcyjnych. Średnia wieku chorych wynosiła 65 lat (od 44 do 83), mediana — 66 lat.

Wyniki. Wykonano 40 całkowitych wycięć żołądka i 12 prawie całkowitych wycięć. Chemioterapię przedoperacyjną zastosowano u 30 chorych (58% operowanych). Grupa chorych, u których zastosowano chemioterapię przedoperacyjną, była nieco młodsza (średnia wieku 63 lata vs 68 lat), grupy nie różniły się istotnie pod względem płci i rodzaju wykonanego zabiegu resekcyjnego. Powikłania w okresie pooperacyjnym stwierdzono u 18 chorych (34,6% po zabiegach resekcyjnych), w tym 25% powikłań chirurgicznych. Śmiertelność okołoperacyjna wynosiła 5,7%. Nieszczelność zespolenia stwierdzono u 1 chorego, co stanowi ok. 2% operowanych. Więcej powikłań rozpoznano po całkowitym wycięciu żołądka — 40% vs 17% po subtotalnym wycięciu żołądka. Częściej rozpoznano powikłania w grupie chorych po chemioterapii przedoperacyjnej (43%) w porównaniu do

27,2% chorych, u których nie zastosowano leczenia przedoperacyjnego. Więcej powikłań chirurgicznych obserwowano u chorych po chemioterapii — 30% vs 18,2%. Powikłania śmiertelne wystąpiły u 1 chorego po chemioterapii i 2 chorych w grupie bez leczenia przedoperacyjnego.

Biopsja węzła chłonnego wartowniczego metodą ferromagnetyczną u chorych na raka piersi — 5 lat doświadczeń

A. Kurylcio¹, J. Mielko¹, K. Rawicz-Pruszyński¹,
T. Nowikiewicz², M. Skórzewska¹, B. Ciseł¹,
W. Zegarski³, W. Polkowski¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Wstęp. Biopsja węzła chłonnego wartowniczego (*sentinel node biopsy* — SNB) jest małoinwazyjną metodą stagingową chorych na raka piersi z klinicznie wolnymi od przerzutów węzłami chłonnymi. „Złotym standardem” lokalizacji SN jest technika izotopowa. Metoda ferromagnetyczna jest nieizotopową metodą identyfikacji SN.

Cel pracy. Ocena 5 lat doświadczeń w identyfikacji SN przy użyciu metody ferromagnetycznej.

Materiał i metody. Od stycznia 2013 do lutego 2018 r. 221 chorych (33–80 lat) poddano SNB metodą ferromagnetyczną, używając superparamagnetycznego tlenku żelaza i magnetometru (SPIO, Sienna+, SentiMag, Endomagnetics Ltd., UK).

Wyniki. Analizie poddano 221 chorych, wykonano 223 SNB. Staging: Tis: 13, T1a: 3, T1b: 18, T1c: 119 (53,3%), T2: 68, T3: 2. Zabiegi oszczędzające wykonano w 178 (79,8%) przypadkach (onkoplastyka w 92 — 41,2%). Mastektomie wykonano u 42 (18,8%) chorych (10 NSM+IBR). Współczynnik identyfikacji SN 98,2% (219/223). Zidentyfikowano 449 SN, śr. 2,01. Czas migracji SPIO: 10–65 min., śr. 21,1 min. Stwierdzono 32 (14,3%) przerzutowe SN. U 40 (17,9%) chorych wykonano tumorektomie — współczynnik identyfikacji: 97,5%. 19 SNB po NACTH — 100% identyfikacji. Okres obserwacji wynosił od 1 do 60 miesięcy. Nie stwierdzono wznowy w obrębie jamy pachowej. Brązowawe zabarwienie w miejscu podania SPIO stwierdzono u 6 (2,7%) chorych. 10 (4,4%) chorych wymagało mnogich punkcji jamy pachowej.

Wnioski. SNB metodą ferromagnetyczną jest efektywną i bezpieczną metodą identyfikacji, również u chorych poddanych wcześniejszym zabiegom oraz po zastosowaniu NACTH. Łatwa identyfikacja 2–4 SN ma znaczenie kliniczne

u chorych poddanych NACTH (PTCHO, NCCN, St. Gallen, Z0011, AMAROS). Metoda ferromagnetyczna umożliwia uniezależnienie się od ośrodka medycyny nuklearnej. Na niekorzyść metody przemawiają koszty (znacznik, plastikowe narzędzia) i trudniejsza preparatyka u chorych otyłych.

Preliminary results of initial robotic right hepatectomies performed in one institution

M.V. Marino¹, J.W. Mituś², G. Shabat¹, A. Frontali³,
G. Gulotta¹, A. Komorowski²

¹Department of General Surgery and Emergency, University of Palermo, P. Giaccone Hospital, Palermo, Italy

²Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology, Kraków, Poland

³Department of Endocrine and General Surgery, IRCCS Gruppo Multimedica, Sesto San Giovanni, Italy

Background. Already laparoscopic surgery (LS) is undeniably accepted technique for liver resections applied in selected patients. Robotic surgery (RS), despite the lack of specific liver surgery recommendations gathers more interest which is supported recently by rising number of publications on this topic. The unique features of RS can overcome the difficulties that can be found during LS. In addition RS provides potential to expand indications for more advanced liver surgeries.

Aim. The aim of our study is to evaluate the feasibility of a complex robotic liver operation, the right hepatectomy, describing our technique, giving some technical comments and reporting our initial results using the robotic system.

Material and methods. We analyzed the postoperative outcomes of 14 patients undergoing to robotic right hepatectomy since March 2015 to February 2016 in order to evaluate the advantages of robotic approach also in hands of a young well-trained surgeon.

Results. The overall mean operative time was 430 min (range 290–550) and the estimated blood loss was 357 ml (range 120–720) no blood transfusion was required. Only 2 patients (14.3%) underwent to conversion to open surgery; the overall morbidity was 3/14 (21.4%) and all complications occurred were classified like minor. The histological characteristics showed a mean surgical margin of 25 mm and we achieved a R0 resection rate of 91.6%. The reoperation and 90-days mortality rate were both null. The 1-year overall and disease free-survival rate were 92.3% and 84.6% respectively.

Discussion. Further clinical trials are necessary collect evidence and confirm the current promising results of RS of liver. The robotic right hepatectomy is a safe and feasible technique, providing acceptable short-term outcomes and oncological results.

Przydatność danych przedoperacyjnych w ocenie zajęcia węzłów chłonnych u pacjentów operowanych z powodu raka żołądka

M. Pryt¹, M. Kalwas², M. Janiszewski¹, K. Peńkiewicz¹, J. Jakubik¹, D. Nejc¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp. U pacjentów operowanych z powodu raka żołądka przerzuty w węzłach chłonnych są silnym negatywnym czynnikiem rokowniczym.

Cel. Celem badania jest analiza wartości diagnostycznej danych przedoperacyjnych jako czynników wskazujących na obecność przerzutów w węzłach chłonnych.

Materiał i metody. Przeprowadzono analizę retrospektywną dokumentacji 350 pacjentów z rozpoznaniem raka żołądka hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2011–2017. Do badania włączono 150 chorych operowanych bez chorób współistniejących, wpływających na wyniki badań dodatkowych. U wszystkich rozpoznano gruczolakoraka, przebadano co najmniej 25 węzłów chłonnych oraz nie stosowano chemioterapii neoadiuwantowej. Zbadano wartość diagnostyczną następujących czynników: wiek, płeć, lokalizacja i wielkość guza, wyniki badania histopatologicznego oraz przedoperacyjnych badań krwi. Ponadto obliczono wskaźnik stosunku ilości neutrofilii do limfocytów (*neutrophil to lymphocyte ratio* — NLR), płytek krwi do limfocytów (*platelet to lymphocyte ratio* — PLR) oraz *tumor index* — TI (iloczyn wartości cechy T i największego wymiaru guza w cm).

Wyniki. Na podstawie analizy wieloczynnikowej stwierdzono, że istotnie powiązane z obecnością przerzutów w węzłach chłonnych były: NLR (OR = 1,35; 95%CI [1,08–1,71]; p = 0,009), *tumor index* (OR = 1,07; 95%CI [1,02–1,12]; p = 0,004), typ mieszany według Laurena (OR = 3,85; 95%CI [1,12–13,2]; p = 0,033). Analiza krzywych ROC pozwoliła na ocenę wartości diagnostycznej badanych czynników: *tumor index* (AUC = 0,66), punkt odcięcia — 6 (czułość 87%, swoistość 42%), NLR (AUC = 0,63), punkt odcięcia — 4,1 (czułość 35%, swoistość 90%).

Wnioski. *Tumor index* i NLR są czynnikami wskazującymi na obecność przerzutów w węzłach chłonnych u pacjentów chorych na raka żołądka. NLR może być użytecznym narzędziem stosowanym w indywidualizacji leczenia tych pacjentów.

Słowa kluczowe: rak żołądka, PLR, NLR, gastrektomia, węzły chłonne

Wyniki i metody leczenia chorych na raka odbytnicy w Polsce

K. Herman, J.W. Mituś

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wstęp. W Polsce nowotwory złośliwe odbytnicy stanowią u mężczyzn około 5,4%, a u kobiet 3,8% wszystkich zachorowań. Według Krajowego Rejestru Nowotworów od 2000 roku zachorowanie na raka odbytnicy (RO) w Polsce stale wzrasta, wynosząc ponad 5,5 tysiąca rocznie. Wiadomo, że liczba zgonów polskich pacjentów jest o wiele wyższa niż w krajach Europy Zachodniej. Brakuje jednak szczegółowych danych dotyczących wyników leczenia z ostatnich lat oraz trendów epidemiologicznych i geograficznych z tym związanych.

Cel. Celem pracy jest analiza metod leczenia i ich wyników (przeżyć 5-letnich) chorych na RO leczonych w Polsce w ostatnich latach.

Materiał i metody. Na podstawie Rejestru Leczenia Chorych NFZ dokonano analizy danych dotyczących metod leczenia chorych na RO w 2015 roku dla każdego województwa oraz przeżyć 5-letnich i ich ewentualnego związku z metodami leczenia chorych za rok 2010.

Wyniki. W 2015 roku różnica w częstotści zastosowania radioterapii pomiędzy województwami wyniosła 27,4% (od 37,4% do 64,8%). Odsetek chorych leczonych chirurgicznie pomiędzy województwami wyniósł od 81,8% do 91,5% (różnica 10,4%). Różnica w zastosowaniu leczenia systemowego wyniosła 14,6% (od 44,6% do 59,2%). Leczenie skojarzone radiochemioterapią przeprowadzono w poszczególnych województwach u 44,6% do 59,2% chorych (różnica 18,2%). Bezwzględne przeżycia 5-letnie w Polsce wynosiły: w 2005 — 44,0%, 2006 — 44,1%, 2007 — 44,5%, 2008 — 43,1%, 2009 — 43,6%, 2010 — 44,2%. Względne przeżycie 5-letnie za 2010 rok wyniosło więc 52,1% i było niższe o 13,9% od chorych leczonych w USA oraz o 3,9% od leczonych w Anglii. W roku 2010 różnica przeżyć 5-letnich pomiędzy polskimi województwami wyniosła 11,2% (36,7–47,9%). W analizach jedno- i wielowymiarowych nie wykazano znamiennego wpływu różnej częstości stosowania różnych metod leczenia na różnice w wynikach leczenia pomiędzy województwami.

Wnioski. Pomimo braku danych na temat struktury zaawansowania nowotworów w różnych województwach inne przesłanki nie wskazują na to, iż gorsze wyniki leczenia chorych na RO w niektórych województwach są spowodowane wyższym zaawansowaniem występujących tam

nowotworów. Ponadto całkowicie niezrozumiałe są tak duże różnice w stosowaniu różnych metod leczenia, pomimo że standardy postępowania są jednolite w całym kraju. Wskazuje to na potencjalnie znaczne różnice w jakości leczenia. Może to skutkować w ostatnich latach stagnacją w zakresie wyników leczenia chorych na RO w Polsce.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, wyniki leczenia

Przeżycia 6-miesięczne i 5-letnie chorych na raka odbytnicy leczonych wyłącznie radioterapią w Polsce

K. Herman, J.W. Mituś

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wstęp. Zachorowanie na raka odbytnicy (RO) w Polsce stale wzrasta, stanowiąc poważny problem kliniczny. Opublikowane badania wykazały, że — wykorzystując samodzielną radioterapię — można osiągnąć całkowitą kliniczną, a nawet patologiczną odpowiedź w wyselekcjonowanej grupie pacjentów. Otwiera to potencjalnie nowe drogi terapeutyczne w tej grupie chorych. W Polsce latach 2007–2011, 1298 pacjentów z rozpoznaniem rakiem odbytnicy było leczonych wyłącznie radioterapią (tj. bez leczenia chirurgicznego).

Cel. Celem pracy jest przedstawienie wyników przeżyć 6-miesięcznych oraz 5-letnich chorych na RO leczonych wyłącznie radioterapią w Polsce.

Materiał i metody. Na podstawie Rejestru Leczenia Chorych NFZ dokonano analizy przeżyć 6-miesięcznych oraz 5-letnich dotyczących chorych na RO leczonych w latach 2007–2011 dla każdego województwa.

Wyniki. W Polsce w badanym okresie 1298 pacjentów leczonych z powodu RO było napromienianych bez następującego zabiegu operacyjnego, ale nieznanne są powody takiej decyzji terapeutycznej; czy była decyzją zamierzoną (*watch-and-wait*), czy może spowodowana była przeciwwskazaniami do zabiegu. Przeżycie 6-miesięczne pacjentów analizowanej podgrupy dla wszystkich województw było na podobnym poziomie i wyniosło 85% (zakres 73–92%). Przeżycie 5-letnie różniło się znacząco pomiędzy województwami i średnio wyniosło 20% (ale w zakresie 11–48%). Ograniczającym elementem dalszej analizy jest brak danych charakteryzujących cechy kliniczno-patologiczne analizowanych pacjentów. Jednak bardzo zastanawiające jest, że w niektórych województwach zanotowano długoletnie przeżycia u blisko połowy chorych.

Wnioski. Obserwuje się duże różnice między województwami. Konieczne są dalsze szczegółowe badania w celu prawidłowego porównania badanych populacji. Dostępne dane wskazują, że zastosowanie radioterapii jako samodzielnej metody leczenia może być korzystne w wyselekcjonowanej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, radioterapia

Prezentacje PLAKATOWE

Predykcyjne i prognostyczne znaczenie wskaźnika liczby neutrofilii do limfocytów (NLR) krwi obwodowej dla wyników leczenia imatynibem chorych na zaawansowany nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego (GIST)

P. Rutkowski¹, P. Teterycz¹, A. Klimczak¹, C. Osuch², E. Bylina¹, K. Szamotulska³, I. Ługowska¹

¹Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

²Uniwersytet Jagielloński

³Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Wstęp. Z dostępnych danych wynika, że stosunek bezwzględnej liczby neutrofilii do limfocytów (NLR) krwi obwodowej jest czynnikiem rokowniczym w przypadku wielu nowotworów. Brak jest danych co do wartości klinicznej tego wskaźnika w leczeniu ukierunkowanym molekularnie zaawansowanych nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST).

Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena zależności między NLR a efektem leczenia w grupie chorych leczonych z powodu nieresekcyjnych/przerzutowych GIST.

Materiał i metody. Do analizy włączono 385 chorych na nieoperacyjny lub przerzutowy GIST leczonych wyjściowo imatynibem w latach 2001–2016. U wszystkich chorych oceniono wyjściowo NLR, następnie po 3 miesiącach leczenia i przy progresji choroby (lub ostatniej obserwacji). Wartości odcięcia NLR wyniosły 2,7 i 5,4. Do analizy statystycznej użyto estymatora Kaplana-Meiera, testu log-rank oraz modelu proporcjonalnego hazardu Coxa.

Wyniki. Mediana przeżycia wolnego od progresji (PFS) i odsetek 5-letniego PFS wynosiły, odpowiednio, 44,8 miesiąca i 43%, mediana przeżycia całkowitego (OS) i odsetek 10-letniego OS: 87,2 miesiąca oraz 36,3%. Pacjenci z NLR powyżej wartości 2,7 w momencie rozpoczęcia leczenia mieli istotnie krótsze OS i PFS: mediana OS dla $NLR \leq 2,7$ wyniosła 89,3 miesiąca (95% przedział ufności CI: 80,2–115) vs 59,4 miesiąca (95% CI: 48,6–82) dla $NLR > 2,7$ ($p < 0,001$); mediana PFS wyniosła, odpowiednio, 59,4 vs 32,7 ($p < 0,001$). W analizie wieloczynnikowej PFS uwzględniającej wskaźnik aktywności mitotycznej i obecność mutacji w eksonie 11 KIT, NLR również był istotny statystycznie (HR 1,09; 95% CI: 1,01–1,19; $p = 0,030$). W grupie chorych z progresją cho-

roby $NLR > 2,7$ oceniony w 3. miesiącu terapii związany był z istotnie krótszym czasem do progresji (7,5 vs 19 miesięcy).

Wnioski. Nasze wyniki wykazały przydatność NLR jako niezależnego czynnika predykcyjnego i prognostycznego wśród chorych na zaawansowane GIST leczone wyjściowo imatynibem, jak również jako markera dla monitorowania efektów terapii.

Ocena resekcyjności przy użyciu śródoperacyjnej ultrasonografii laparoskopowej na przykładzie nerwiaka osłonkowego wnęki wątroby

M. Sebastian, M. Sroczyński, P. Piekarczyk, J. Rudnicki

Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp. Laparoskopowe badanie ultrasonograficzne jest narzędziem, które w bardzo dokładny sposób umożliwia śródoperacyjne określenie resekcyjności zmian guzowatych w obrębie jamy brzusznej. Pozwala w minimalnie inwazyjny sposób ocenić miejscowe zaawansowanie choroby i podjąć decyzję co do dalszego postępowania chirurgicznego. Jego zastosowanie pomaga w ocenie struktur, które znajdują się za płaszczyzną preparowania, a których ze względu na specyfikę techniki laparoskopowej nie można ocenić palpacyjnie.

Cel. Ocena resekcyjności zmian guzowatych w jamie brzusznej przy użyciu laparoskopowego badania ultrasonograficznego na przykładzie nerwiaka osłonkowego okolicy wnęki wątroby.

Materiał i metody. Śródoperacyjne badanie ultrasonograficzne zostało przeprowadzone głowicą laparoskopową Toshiba PEF-704 LA (częstotliwość 7,0 MHz) z funkcją duplex-doppler z aparatem Toshiba NemioMX SSA-590A. Ocenie śródoperacyjnej poddano guza okolicy wnęki wątroby, który został zdiagnozowany w przedoperacyjnych badaniach ultrasonografii oraz rezonansu magnetycznego jamy brzusznej u 22-letniej kobiety. Wielkość ocenianej zmiany $3,5 \times 2 \times 2$ cm bez nacieku naczyń oraz dróg żółciowych. Po uzyskaniu zgody pacjentka została zakwalifikowana do laparoskopii.

Wyniki. Zastosowanie laparoskopowego badania ultrasonograficznego potwierdziło resekcyjność guza i umożliwiło jego doszczętne usunięcie bez uszkodzenia elementów

więzadła wątrobowo-dwunastniczego. Śródoperacyjnie oraz pooperacyjnie nie obserwowaliśmy żadnych powikłań. Pooperacyjne badanie histopatologiczne oraz immunohistochemiczne ustaliło rozpoznanie doszczętnie usuniętego łagodnego guza nerwiaka osłonkowego (*schwannoma*) o wymiarach 3,5 × 2 × 2 cm S100 (+), SMA (-), CD117 (-), CD34 (+) — tylko w naczyniach krwionośnych, Ki-67 (+) < 1% w komórkach guza. Przez 15 miesięcy po zabiegu operacyjnym pacjentka pozostaje bez objawów nawrotu choroby.

Wnioski. Śródoperacyjne ultrasonograficzne badanie laparoskopowe zapewniło nawigację w trakcie trudnego technicznie i niebezpiecznego preparowania w okolicy wnęki wątroby i umożliwiło bezpieczne przeprowadzenie zabiegu metodą laparoskopową.

Słowa kluczowe: laparoskopowe badanie ultrasonograficzne, nerwiak osłonkowy, więzadło wątrobowo-dwunastnicze, laparoscopia

Does HER-2 over-expression improves the outcome of axilla down-staging in node positive invasive breast cancer?

A. Saad Abdalla Al-Zawi

Basildon & Thurrock University Hospital, Basildon, Wielka Brytania

Abstract. The neoadjuvant chemotherapy (NAC) is regarded as part of the management of node positive early breast invasive carcinoma. The NAC potentially result in complete pathological response of the axillary diseases. Many approaches has been suggested to deal with the axilla after NAC, and the aim is to avoid unnecessary surgery and decrease the morbidity associated with axillary node clearance (ANC).

Aim. This paper reports the value of Human Epidermal Growth Factor (HER-2) expression in predicting the response to NAC.

Methods. A retrospective single institutional database review identified 49 patients with node positive early breast cancer, all underwent NAC in addition to trastuzumab. subsequently had a breast surgery (mastectomy or breast conservative surgery) as well as axillary node clearance (ANC). HER-2 expression status has been identified as well as the post-operative pathomorphology of the removed axillary tissue.

Results. The age of study ranges between 32–72 years of age. The subgroup aged between 41–50 years formed the majority (55%). All the 49 a patients had a positive nodal disease before NAC, this has been confirmed in the core biopsy or sentinel lymph node biopsy. The HER-2 over-expression was detected in 27%. Complete pathological response seen in 30% only of the study group. The CPR was in 38% of the HER-2 positive group, however it was only in 28% of the

HER-2 negative group. There was two out of five triple negative cancer patients showed CPR.

Conclusion. The nodal pathological response of the node positive disease breast cancer is slightly superior in HER-2 positive patients. This could be the result of additive effect of the chemotherapy and trastuzumab combination. However, the study is limited with the small sample.

Key words: breast cancer, axillary metastasis, neoadjuvant chemotherapy

Analiza wyników leczenia chorych na chrzęstniakomięsaki w materiale Kliniki Nowotworów Tkank Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii — Instytutu w Warszawie

A. Komor, T. Goryń, A. Pieńkowski, J. Skoczylas, P. Teterycz, P. Rutkowski

Klinika Nowotworów Tkank Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Trzecim do częstości występowania nowotworem pierwotnym kości jest chrzęstniakomięsak. Podstawą leczenia chrzęstniakomiesaków jest leczenie chirurgiczne. W ostatnich latach rozwinięto złożone techniki rekonstrukcyjne pozwalające oszczędzić funkcjonalność kończyn. Obecnie najskuteczniejszym sposobem rekonstrukcji kości i stawów po radykalnej resekcji mięsaka jest zastosowanie endoprotezoplastyki. Operacje tego typu stanowią wyzwanie dla chirurga i obarczone są dużym ryzykiem powikłań.

Cel. Celem pracy była retrospektywna ocena wyników leczenia u dorosłych chorych na chrzęstniakomięsaki leczonych w Klinice Nowotworów Tkank Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii — Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w latach 2000–2015.

Materiał i metody. W tym okresie leczono 218 chorych, w tym 116 mężczyzn i 102 kobiety. Najczęstszą lokalizacją mięsaka były kości miednicy (30%), kość udowa (24%), ramienna (12%) i łopatka (10%). 93% chorych leczono chirurgicznie. Resekcję miejscową wraz rekonstrukcją przy pomocy endoprotezy wykonano u 38 (18%) chorych, u 56 (27%) wykonano amputację, natomiast u pozostałych 111 (54%) wykonano inny typ resekcji.

Wyniki. Resekcję radykalną mikroskopowo R0 uzyskano u 150 (75%) chorych. 5-letnie przeżycia całkowite w badanej grupie wyniosły 72%. U chorych poddanych rekonstrukcji wyniki 5-letnich przeżyć nie odbiegały od wyników w całej badanej grupie. W tej grupie reoperacji wymagało 14 (38%) chorych, najczęściej z powodu infekcji (9). Wznowa miejscowa wystąpiła u 10 (27%) chorych, natomiast przerzuty odległe stwierdzono u 9 (23%).

Wnioski. Operacje resekcyjne wraz rekonstrukcją przy pomocy endoprotez modularnych rekonstrukcyjnych u pacjentów leczonych z powodu chrzestniakomięsaka są bezpieczne i dobrze akceptowane przez chorych. Pomimo ograniczenia zakresu ruchu pozwala na zachowanie funkcji podporowej i użytkowej kończyny. Pacjenci z podejrzeniem nowotworu złośliwego kości powinni być diagnozowani i leżeni w wielospecjalistycznych ośrodkach onkologicznych.

Late gastric metastasis from breast invasive lobular carcinoma: a case report

A. Saad Abdalla Al-Zawi, P. Idaewor, A. Lazarevska, T. Comez
Basildon & Thurrock University Hospital, Basildon, Essex,
Wielka Brytania

Introduction. Breast cancer is regarded as the most common female malignant disease and is accounting for almost a third (31%) of all female cancers, it is followed by lung cancer (12%) and bowel cancer (11%). Worldwide, breast cancer is regarded as the most frequent malignancy in women worldwide, accounting for approximately 32% of all cancers and is the cause of 19% of cancer deaths in females internationally. Invasive breast cancer usually metastasise to lymph nodes, lungs, liver, bone and brain. Other rarer sites of breast malignancy distant metastasis include oesophagus, stomach, colon, thyroid and urinary bladder. This paper presents a case of late metastatic recurrence of invasive lobular carcinoma in the stomach.

Case report. A female patient aged 84 presented with dysphagia and weight loss. Twenty three years earlier had mastectomy for invasive breast cancer, also had hysterectomy for uterine cancer and suffering from type 2 diabetes mellitus and Meniere's disease. CT abdomen showed massive ascites with innumerable sclerotic and lytic metastasis in the bony skeleton. Gastroscopy demonstrated mild oesophagitis and abnormal area in the stomach with non-specific inflammatory changes. A biopsy from this area have shown the gastric mucosa infiltrated by single cells of malignant neoplasm with atrophy of crypts. The malignant cells expressing positivity for Cam 5.2, CK7, oestrogen 8 / 8 and patchily for GCDFP-15. The tumour was negative for CD45, CD3, CK20, TTF-1 and synaptophysin. The proliferative index with Ki67 is 10%. The patho-morphological features are suggesting metastatic breast lobular adenocarcinoma. The patient has been referred to palliative systemic therapy.

Discussion. Breast cancer is the second most common malignancy to metastasize to the GI tract, after malignant melanoma. The deposits may be found in the oro-pharynx, oesophagus (12%), stomach (60%), duodenum, small bowel (8%), colon (11%) and rectum (7%). Primary breast cancer has manifested first as gastric metastasis, presentation could be similar to primary gastric cancer as, abdominal pain,

dyspepsia, anorexia, vomiting, bleeding and weight loss. The time interval between the diagnosis of the primary breast cancer and the presentation of GI metastasis can vary widely from synchronous up to 30 years later. It is recommended to include in the IHC panel, ER status, CK7, CK20, GCDFP-15, GATA3, CD3 and CD45. Management of gastric metastasis from primary breast cancer usually is systemic palliative chemotherapy in combination of hormonal manipulation.
Conclusion. Presence of malignant lesion in the stomach with a previous history of breast cancer should raise the possibility of metastatic disease recurrence, regardless the duration of the primary breast cancer diagnosis.

Wartość kliniczna oznaczenia VEGF-C w komórkach resekcyjnego gruczolakoraka żołądka

M. Szajewski^{1,2}, W. Kruszewski^{1,2}, M. Ciesielski^{1,2},
R. Pęksa³, J. Walczak¹, J. Zieliński⁴, M.A. Lewandowska⁵

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Nowotworów Piersi, Skóry i Tkank Miękkich, Gdyńskie Centrum Onkologii

²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁵Zakład Genetyki i Onkologii Molekularnej, Innowacyjne Forum Medyczne, Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

Wstęp. Jednym z czynników mogących potencjalnie wpływać na parametry kliniczne i rokowanie w raku żołądka jest VEGF-C, czynnik odpowiedzialny za powstawanie i wzrost naczyń limfatycznych w podścielisku nowotworu.

Cel. Celem pracy jest ocena ekspresji VEGF-C w komórkach gruczolakoraka żołądka, a także jej wpływu na parametry patokliniczne i rokowanie u chorych na ten nowotwór.

Materiał i metody. Analizie poddano materiał histopatologiczny pozyskany podczas zabiegów resekcyjnych 100 chorych na gruczolakoraka żołądka operowanych w Klinice Chirurgii Onkologicznej GUMed w okresie 2006–2013. Minimalny czas obserwacji wyniósł 48 miesięcy. Z badania wykluczono chorych z przerzutami odległymi. Ekspresję VEGF-C w komórkach raka oraz gęstość naczyń limfatycznych w podścielisku guza oceniono metodami immunohistochemicznymi. Wyniki oznaczeń odniesiono do: mediany wieku, płci, pTNM, typu histologicznego nowotworu wg. Laurena oraz wg. WHO, stanu receptora HER2 (ocena immunohistochemiczna oraz weryfikacja FISH), lokalizacji guza w żołądku, czasu przeżycia.

Wyniki. Ekspresję VEGF-C wykazano w komórkach 74 guzów. Wykazano zależność pomiędzy komórkową ekspresją

VEGF-C a gęstością naczyń limfatycznych w podścielisku guza ($p = 0,03$) oraz typem histologicznym raka wg. Laurena oraz wg. WHO (p odpowiednio 0,002 oraz 0,001). Zauważono zależność pomiędzy ekspresją VEGF-C a statusem receptora HER2 ($p = 0,06$). 94% guzów HER2 (+) wykazywało ekspresję VEGF-C. Nie wykazano zależności pomiędzy ekspresją VEGF-C a pozostałymi ocenianymi parametrami patoklinicznymi gruczolakoraka oraz ekspresją VEGF-C i rokowaniem ($p > 0,05$).

Wnioski. Nie wykazano bezpośredniej zależności pomiędzy ekspresją VEGF-C a rokowaniem w gruczolakoraku żołądka. Znamiennej wyższą ekspresją VEGF-C obserwowano w potencjalnie lepiej rokujących typach histologicznych gruczolakoraka żołądka, a także rakach HER2 (+).

Słowa kluczowe: VEGF-C, rak żołądka

Krótko- i długoterminowe wyniki funkcjonalne oraz zależne od opinii pacjentów w grupie osób starszych operowanych z powodu nowotworu złośliwego jamy brzusznej

J. Kenig¹, K. Mastalerz¹, J.W. Mitus², U. Skorus¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

²Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Zabieg operacyjny jest jednym z najsilniejszych czynników inicjujących niepełnosprawność/inwalidztwo osób starszych. W tej grupie wiekowej często istotniejsze jest bycie samodzielnym niż samo wydłużenie życia. Dlatego celem pracy było przedstawienie wyników funkcjonalnych oraz zależnych od opinii pacjenta u osób ≥ 70 roku życia operowanych z powodu nowotworu złośliwego jamy brzusznej.

Materiały i metody. Kolejni pacjenci w wieku ≥ 70 lat zakwalifikowani do planowej operacji z powodu nowotworu złośliwego jamy brzusznej. Zespół kruchości rozpoznawano z pomocą Całościowej Oceny Geriatrycznej. Wpływ zabiegu operacyjnego monitorowano za pomocą chirurgicznej skali Apgar (SAS). W czasie rocznej obserwacji oceniano co 3 miesiące podstawowe/instrumentalne czynności życia codziennego (ADL/IDAL), test „wstań i idź” (TUG), ocenę funkcji kognitywnych, jakość życia (EQ-5D).

Wyniki. Do badania włączono prospektywnie 165 pacjentów, mediana wieku 77 (70–93) lat. Zespół kruchości stwierdzono u 38,2%. 30-dniowa oraz 12-miesięczna śmiertelność wyniosła 9% oraz 18,8%. 16% i 21% pacjentów nie powróciła do przedoperacyjnego poziomu sprawności fizycznej u umysłowej, ADL i IADL pozostawał upośledzony u 9 i 20% osób po roku od operacji. Średni EQ-5D wahał się w okresie obserwacji 0,64–0,82. Najważniejszymi wskaźnikami predykcyjnymi powrotu do zdrowia były: zespół kruchości OR 4,6 (95% CI: 1,8–17,6), TUG 3,2 (95% CI: 2,4–13,4), funkcje

kognitywne 3,9 (95% CI: 2,2–18,9), SAS 2,3 (95% CI: 1,7–4,2). Spadek sprawności w 1-miesiącu był najsilniejszym wskaźnikiem ryzyka zgonu.

Wniosek. Zespół kruchości, a nie wiek metrykalny, był istotnym predyktorem powrotu do zdrowia po zabiegu operacyjnym. Zaburzenia funkcji kognitywnych utrzymywały się dłużej niż niepełnosprawność fizyczna, wpływając na obniżenie jakości życia. Odpowiednia selekcja pacjentów, prerehabilitacja oraz pooperacyjne ograniczenie spadku sprawności powinny być celami poprawy wyników leczenia w grupie pacjentów starszych.

Analiza wskaźników śmiertelności wczesnej i odległej w poszczególnych grupach wiekowych u chorych poddanych zabiegowi resekcijnemu z powodu raka żołądka

M. Ciesielski^{1,2}, W.J. Kruszewski^{1,2}, M. Szajewski^{1,2}, J. Walczak¹, J. Zieliński³, N. Spychalska¹, J. Szeffel^{1,2}, J. Wydra¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Nowotworów Piersi, Skóry i Tkank Miękkich, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie

²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp. Pomimo postępów w leczeniu rak żołądka pozostaje nowotworem o złym rokowaniu, a gastrektomia jest rozległym zabiegiem, związanym z dużym urazem okołoperacyjnym i znaczną śmiertelnością.

Cel. Celem pracy jest analiza 1, 3, 6, 12 i 36-miesięcznych wskaźników śmiertelności po zabiegu resekcijnym z powodu raka żołądka.

Materiał i metody. Analizie poddano 288 chorych operowanych w dwóch ośrodkach chirurgii onkologicznej na Pomorzu w latach 2006–2013. Chorych przydzielono do czterech grup w zależności od wieku w chwili operacji: 29–50 lat (grupa I, $n = 28$), 51–65 lat (grupa II, $n = 119$), 66–75 lat (grupa III, $n = 83$) i 76–92 lata (grupa IV, $n = 58$)

Wyniki. Wskaźniki śmiertelności 30-dniowe wyniosły dla kolejnych grup: I — 0%, II — 0,8%, III — 7,2%, IV — 12,1%. Wskaźniki śmiertelności 90-dniowe wyniosły: I — 3,6%, II — 5,0%, III — 12,0%, IV — 17,2%. Wskaźniki śmiertelności 6-miesięczne wyniosły: I — 14,3%, II — 8,4%, III — 16,9%, IV — 29,3%. Wskaźniki śmiertelności 12-miesięczne wyniosły: I — 25,0%, II — 16,0%, III — 28,9%, IV — 41,4%. Wskaźniki śmiertelności 3-letnie wyniosły: I — 60,7%, II — 41,2%, III — 59,0%, IV — 67,2%.

Wnioski. Chorzy w najmłodszej grupie wiekowej (grupa I) cechowali się najniższymi odsetkami zgonów po 30 i 90 dniach od zabiegu, natomiast ich wskaźniki śmiertelności 6, 12 i 36-miesięczne były wyższe od obser-

wowanych u chorych w wieku średnim (grupa II). Różnice we wskaźnikach śmiertelności pomiędzy chorymi w wieku podeszłym (grupa IV) a pozostałymi grupami chorych były najbardziej wyraźne po 1, 3 i 6 miesiącach. Autorzy pracy wysuwają hipotezę, że chorzy młodzi umierają częściej z powodu bardziej agresywnej natury nowotworu, natomiast obserwowana najwyższa wczesna śmiertelność u chorych w wieku podeszłym wynika ze znacząco gorszej tolerancji rozległego urazu okołoperacyjnego.

Słowa kluczowe: rak żołądka, gastrektomia, wskaźnik śmiertelności, wiek podeszły

U chorych na resekcyjnego raka żołądka nadekspresja receptora HER2 nie wpływa na rokowanie

M. Ciesielski^{1,2}, M. Szajewski^{1,2}, R. Pęksa³, R. Lenckowski⁴, M. Supel⁴, J. Zieliński⁵, J. Walczak¹, J. Szefel^{1,2}, W.J. Kruszewski^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Nowotworów Piersi, Skóry i Tkanek Miękkich, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie

²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Klinika Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴Zakład Patomorfologii, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie

⁵Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp. W raku piersi nadekspresja receptora HER2 jest uznanym czynnikiem gorszego rokowania. W raku żołądka wartość rokownicza tego oznaczenia pozostaje przedmiotem kontrowersji.

Cel. Celem pracy jest ocena zależności nadekspresji HER2 w komórkach raka żołądka z wybranymi wskaźnikami patoklinicznymi oraz odległym wynikiem leczenia onkologicznego.

Materiał i metody. Analizie poddano materiał archiwalny 277 chorych poddanych resekcji żołądka z powodu raka w dwóch ośrodkach chirurgii onkologicznej w latach 2006–2013. Nadekspresję HER2 rozpoznawano w przypadku odczynu immunohistochemicznego 2+ oraz 3+. Analizowano zależność pomiędzy stanem HER2 a głębokością naciekania guza w ścianę narządu (pTis-pT2 vs pT3-pT4), obecnością przerzutów do węzłów chłonnych, liczbą przerzutowych węzłów chłonnych, obecnością przerzutów odległych, zaawansowaniem wg pTNM (I–II vs III–IV), lokalizacją guza w żołądka (wpust vs pozostałe), obecnością komponenty śluzowej w guzie, typem wg Laurena oraz czasem przeżycia chorych.

Wyniki. Nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka żołądka częściej występowała w guzach typu jelitowe-

go wg Laurena ($p = 0,003$) umiejscowionych we wpuszczeniu ($p = 0,03$), o mniejszej głębokości naciekania ściany narządu ($p = 0,03$), wykazujących niższy stopień zaawansowania pTNM ($p = 0,02$) oraz przy braku komponenty śluzowej ($p = 0,03$). Nie stwierdzono zależności pomiędzy nadekspresją HER2 a czasem przeżycia chorych ($p = 0,6$).

Wnioski. Nadekspresja receptora HER2 w komórkach resekcyjnego raka żołądka nie wpływa na rokowanie chorych. Istnieje zależność pomiędzy dodatnim wynikiem badania immunohistochemicznego a lokalizacją guza w proksymalnej części żołądka, mniejszym stopniem zaawansowania klinicznego oraz korzystnymi rokowniczo czynnikami histopatologicznymi.

Słowa kluczowe: rak żołądka, HER2, czynnik rokowniczy, immunohistochemia, czas przeżycia

W leczonym chirurgicznie raku żołądka przerzuty odległe to niekoniecznie gorszy czynnik rokowniczy niż naciekanie narządów sąsiadujących czy przerzuty w okolicznych węzłach chłonnych

M. Ciesielski^{1,2}, W.J. Kruszewski^{1,2}, M. Szajewski^{1,2}, N. Spychalska¹, J. Walczak¹, J. Zieliński³, R. Pęksa⁴, R. Lenckowski⁵, M. Supel⁵, J. Szefel^{1,2}, J. Wydra¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie

²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴Klinika Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁵Zakład Patomorfologii, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie

Wstęp. Według TNM cecha M1 stanowi o najwyższym stopniu zaawansowania raka żołądka, bez względu na miejscową rozległość nacieku oraz stopień zajęcia regionalnego układu chłonnego. Celowość paliatywnej resekcji żołądka u pacjenta M1 pozostaje tematem kontrowersji.

Cel. Celem pracy jest porównanie odległych wyników leczenia chorych po resekcji żołądka z powodu raka tego narządu u chorych M1 oraz chorych M0, ale z naciekiem narządów sąsiadujących oraz z rozsiewem do węzłów chłonnych.

Materiał i metody. Analizie poddano wyniki leczenia 232 kolejnych chorych poddanych resekcji żołądka z powodu raka w latach 2006–2012. Wyodrębniono 4 podgrupy chorych: M1 (grupa I, $n = 22$), chorzy w stopniu zaawansowania pN3aM0 (grupa II, $n = 37$), w stopniu zaawansowania pN3bM0 (grupa III, $n = 23$) i chorzy w stopniu zaawansowania pT4bM0 (grupa IV, $n = 9$).

Wyniki. W całej badanej grupie 232 chorych 5-letni wskaźnik przeżycia wyniósł 35,3%, średnio w miesiącach 44,5,

przy medianie 30. Odsetki przeżyć 5-letnich w badanych grupach wyniosły kolejno: I — 22,7%, II — 10,8%, III — 4,3%, IV — 20%. Średnie i mediany czasu przeżycia w miesiącach wyniosły kolejno: I — 32,3 i 16; II — 26,5 i 20; III — 20,9 i 14; IV — 27,9 i 22. Analiza krzywych przeżycia Kaplana-Meiera nie wykazała różnic statystycznych pomiędzy badanymi grupami.

Wnioski. Występowanie przerzutów odległych u chorych na resekcyjnego raka żołądka nie sprzyja gorszemu rokowaniu niż rozległe zajęcie układu chłonnego lub naciekanie narządów sąsiadujących. Występowanie cechy M1 w wybranych przypadkach nie musi stanowić przeciwwskazania do wykonania paliatywnej resekcji żołądka.

Słowa kluczowe: rak żołądka, gastrektomia, wskaźnik śmiertelności, przerzuty odległe

Porównanie skuteczności antybiotykoterapii i wyników leczenia chorych z kałowym zapaleniem otrzewnej w grupach chorych z samoistną perforacją raka jelita grubego oraz niewydolnością zespolenia jelitowego po operacji kolorektalnej

M. Ciesielski^{1,2}, W.J. Kruszewski^{1,2}, N. Spychalska¹,

E. Artukowicz^{3,4}, M. Szajewski^{1,2}, J. Wydra¹, J. Szefel¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie

²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Laboratoria Medyczne Bruss, Pracownia Mikrobiologii, Gdynia

⁴Dział Epidemiologii, Szpitale Pomorskie, Gdynia

Wstęp. Kałowe zapalenie otrzewnej (KZO) u chorego na raka jelita grubego (RJG) jest niezależnie od przyczyny związane z bezpośrednim zagrożeniem życia. Może być pierwszym objawem RJG wskutek samoistnej perforacji guza lub skutkiem niewydolności zespolenia jelitowego po zabiegu kolorektalnym.

Cel. Celem pracy było porównanie skuteczności antybiotykoterapii i wyników leczenia chorych z KZO w grupach chorych z samoistną perforacją RJG oraz niewydolnością zespolenia jelitowego po operacji kolorektalnej.

Materiał i metody. Materiał stanowi 16 chorych z samoistną perforacją raka jelita grubego (grupa I) oraz 18 z niewydolnością zespolenia jelitowego (grupa II). Analizowano wrażliwość na poszczególne antybiotyki patogenów obecnych w wymazach pobranych podczas pierwszego zabiegu przeprowadzanego z powodu KZO. W badanych grupach porównano częstość występowania rozlanego lub ograniczonego zapalenia otrzewnej, konieczność leczenia w oddziale intensywnej terapii, konieczność leczenia metodą otwartego brzucha, czas hospitalizacji oraz śmiertelność.

Wyniki. W obu badanych grupach najskuteczniejszymi antybiotykami były: karbapenemy, tigecyklina oraz piperacylina/tazobactam. W badanych grupach (grupa I vs II) pokrywały one stwierdzone patogeny w następujących odsetkach: meropenem 93,8% vs 72,2%, piperacylina/tazobactam 93,8 vs 55,6%, imipenem 81,2% vs 61,1%, tigecyklina 75,0% vs 66,7%. W grupie I stwierdzono rzadziej występujące rozlane zapalenie otrzewnej (40,0% vs 58,8%), rzadszą konieczność leczenia na oddziale intensywnej terapii (37,5% vs 61,1%), krótszy średni czas hospitalizacji (18 dni, mediana 11 vs 34,2 dni, mediana 25) oraz niższą śmiertelność (20,0% vs 27,8%). Metoda otwartego brzucha nie była stosowana u chorych w grupie I, natomiast w grupie II zastosowano ją u 33,3% chorych.

Wnioski. Niewydolność zespolenia jelitowego jest związana z wyższą opornością patogenów na antybiotyki oraz gorszymi wynikami leczenia.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, kałowe zapalenie otrzewnej, antybiotykoterapia

Czy wysokozróżnicowane raki tarczycy typu klasycznego są nowotworami o nieprzewidywalnym przebiegu?

K. Kaliszewski, B. Wojtczak, Z. Forkasiewicz,

W. Balcerzak, P. Domosławski

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp. Wysokozróżnicowane raki tarczycy typu klasycznego są stosunkowo rzadkimi nowotworami o dobrym rokowaniu, jednakże nawet w tej grupie nowotworów mogą zdarzyć się przypadki o bardzo agresywnym przebiegu. W pracy prezentujemy serię przypadków wysokozróżnicowanych raków tarczycy typu klasycznego o bardzo agresywnym przebiegu.

Materiał i metody. Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 4327 pacjentów leczonych w jednym ośrodku w latach 2008–2016 z powodu schorzeń tarczycy. Wyodrębniono najbardziej agresywne przypadki wysokozróżnicowanych raków tarczycy. Uwzględniając okres około- oraz pooperacyjny, przeprowadzono analizę danych demograficznych, klinicznych, histopatologicznych oraz dotyczących przebiegu pooperacyjnego.

Wyniki. W wyniku analizy wytypowano 14 (4,02%) pacjentów z agresywną postacią wysokozróżnicowanego raka tarczycy o typie klasycznym: 10 (2,87%) przypadków raka brodawkowatego oraz 4 (1,14%) przypadki raka pęcherzykowego (11 [78,57%] kobiet i 3 [21,43%] mężczyzn). Średnia wieku chorych wynosiła 76 lat. Cechy kliniczne świadczące o agresywnym przebiegu, jak: przekraczanie przez guz torebki gruczołu (100%), dodatnie marginesy chirurgiczne (100%), przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych (78%),

wieloogniskowość (100%), naciekanie sąsiednich narządów i tkanek (85%), obecność odległych przerzutów (50%), występowały znacznie częściej niż u ogromnej większości wysokozróżnicowanych raków tarczycy typu klasycznego. W okresie obserwacji (średnio 47 miesięcy) wykazano wysoki odsetek wznów miejscowych (85%), przerzutów do płuc lub innych odległych narządów (28%) oraz śmiertelności (35%).

Wnioski. W grupie chorych z wysokozróżnicowanymi rakami tarczycy typu klasycznego charakteryzującymi się dobrym rokowaniem mogą zdarzyć się przypadki o bardzo agresywnym przebiegu, co pozwala na określenie tych guzów nowotworami o nieprzewidywalnym przebiegu.

Przerzuty jasnokomórkowego raka nerki do gruczołu tarczowego imitujące obecność guza pierwotnego — analiza 9 przypadków

K. Kaliszewski

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp. Nowotwory wtórne (NW) tarczycy występują rzadko. Należą do nich przerzuty jasnokomórkowego raka nerki (JKRN). Prezentujemy serię przypadków pacjentów z przerzutami JKRN do gruczołu tarczowego.

Materiał i metody. Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 4327 chorych leczonych w jednym ośrodku w latach 2008–2016 z powodu schorzeń tarczycy. Wśród 384 (8,87%) pacjentów z nowotworami złośliwymi u 10 (0,23%) rozpoznano guzy wtórne, a u 9 (0,2%) przerzuty JKRN.

Wyniki. Przerzuty JKRN do tarczycy rozpoznano u 6 kobiet i 3 mężczyzn w wieku 57–81 lat (średnio 69,2 lata). Prawie wszyscy z tych chorych (7/9) przeżyli jednostronną nefrektomię z powodu JKRN co najmniej 7 lat przed pojawieniem się nowotworu tarczycy (7–16 lat, średnia 9,5 roku). U 2 (22,22%) pacjentów guz tarczycy był pierwotną manifestacją JKRN. Średni czas od zdiagnozowania guza tarczycy do podjęcia leczenia wśród wszystkich chorych wyniósł 19 miesięcy. Wszyscy pacjenci przed operacją tarczycy mieli wykonane badania obrazowe oraz biopsję aspiracyjną cienkoigłową, która niestety w żadnym przypadku nie ustaliła charakteru guza. U 2 (22,22%) osób na podstawie biopsji stwierdzono „podejrzanie złośliwości” (kategoria V wg TBSRTC), ale bez określenia typu nowotworu. Przerzuty JKRN u 5 (55,55%) chorych były zlokalizowane w jednym płacie tarczycy jako pojedyncza masa guzowata o średnicy 11–49 mm (średnio 27 mm). U 4 (44,44%) osób stwierdzono wieloogniskowość nowotworu lokalizującego się także w obu płatach tarczycy. U 7 (77,77%) chorych wykonano całkowitą resekcję gruczołu tarczowego. U 1 (11,11%) chorego wykonano zabieg nieradykalny, a u 1 (11,11%) pacjenta wykonano jedynie tracheostomię. 6 (66,66%) pacjentów

zmarło z powodu postępu choroby (średnio 4,1 roku), natomiast 3 (33,33%) chorych nadal żyje bez objawów JKRN.

Wnioski. U wszystkich chorych z guzem tarczycy oraz przebytą wcześniej nefrektomią z powodu JKRN w diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę występowanie przerzutów tego nowotworu do gruczołu tarczowego. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa nadal jest niewystarczającą metodą diagnostyczną w tych przypadkach. Chirurgia jest podstawowym sposobem leczenia przerzutów JKRN do tarczycy. Niestety w niektórych przypadkach polega ona jedynie na wykonaniu zabiegu paliatywnego.

Wyniki leczenia starszych pacjentów chorych na raka jelita grubego operowanych w trybie doraźnym — przegląd systematyczny

J. Kenig¹, J.W. Mituś², K. Mastalerz¹, C. Michalik³, U. Skorus¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

²Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

³Oddział Urologii, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

W związku z wydłużaniem się średniej długości życia w Europie zwiększa się stale odsetek osób starszych w populacji. Dotyczy to również liczby pacjentów chorych na raka jelita grubego operowanych w trybie doraźnym. Dlatego celem tej pracy był systematyczny przegląd badań przedstawiających wyniki leczenia starszych pacjentów chorych na raka jelita grubego operowanych w trybie doraźnym.

Materiały i metody. Wykonano przegląd systematyczny baz Medline, Embase i Cochrane Library od stycznia 2000 do grudnia 2017, stosując kryteria PRISMA, ocenę jakości badań Newcastle-Ottawa oraz ryzyko błędów systematycznych. Do badania włączono prace dotyczące pacjentów w wieku ≥ 70 lat operowanych w trybie doraźnym z powodu powikłań raka jelita grubego. Celem pierwszorzędowym była ocena 30-dniowej śmiertelności oraz chorobowości. Celem drugorzędowym były wyniki onkologiczne leczenia (marginesy, liczba węzłów chłonnych), przeżycia 5-letnie

Wyniki. Do badania włączono ostatecznie 11 badań (2 prospektywne i 9 retrospektywnych) obejmujące 18 892 pacjentów w wieku 70–101 lat. Kobiety stanowiły 59%. ASA > 2 stanowili 33–100% badanych populacji. Tylko 4 badania opisywały szczegółowo stopień zaawansowania nowotworu. Najczęstszymi wskazaniami do zabiegu były w kolejności: niedrożność przewodu pokarmowego, perforacja oraz krwawienie. 30-dniowa śmiertelność wyniosła 9–30%, 30-dniowe powikłania wystąpiły u 20–82%. Jednoroczna śmiertelność wzrastała wraz z wiekiem i wyniosła 30–50%. Tylko dwa badania opisywały wyniki onkologiczne, które wykazały nieradykalność zabiegów u 8–14% pacjentów.

Wniosek. Wyniki leczenia są złe, 1/3 pacjentów umiera w pierwszych trzydziestu dniach, a połowa w pierwszym roku. Konieczne są jednak dalsze badania, ponieważ większość prac ma charakter retrospektywny, dotyczy często pacjentów operowanych w ubiegłym wieku, nie opisuje wyników onkologicznych oraz nie prowadzi żadnej pogłębianej oceny geriatrycznej.

Inhibitory EGFR i c-Met jako potencjalne czynniki terapeutyczne ograniczające powstawanie inwadopodiów w komórkach ludzkiego czerniaka

K. Pietraszek-Gremplewicz¹, M. Ziętek², R. Matkowski², D. Nowak¹, E. Dratkiewicz¹, A. Simiczjew¹

¹Zakład Patologii Komórki, Wydział Biotechnologii, Uniwersytet Wrocławski

²Dolnośląskie Centrum Onkologii, Katedra Onkologii, Zakład Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp. Badania prowadzące do lepszego poznania szlaków sygnalizacyjnych odpowiedzialnych za rozwój czerniaka skóry mogą sprzyjać powstawaniu skutecznych terapii ukierunkowanych molekularnie. Struktury adhezyjne wykazujące aktywność proteolityczną — inwadopodia, odgrywają istotną rolę w tworzeniu przerzutów przez komórki nowotworowe. Są one zaangażowane w proces migracji, ponieważ odpowiadają nie tylko za kontakt komórki z podłożem, ale biorą także udział w degradacji macierzy pozakomórkowej, ułatwiając komórkom inwazję.

Cel. Celem badań było ustalenie wpływu foretinibu (inhibitor czynnika wzrostu hepatocytów — c-Met) w połączeniu z gefitinibem/lapatinibem (inhibitory receptora naskórkowego czynnika wzrostu — EGFR) na inwadopodia w komórkach ludzkiego czerniaka.

Materiały i metody. W badaniach wykorzystano trzy linie komórkowe czerniaka: wyizolowaną z pierwszorzędnego nowotworu (A375) i dwie pochodzące z przerzutów do węzłów chłonnych (HS294T i WM9), i pierwotne hodowle komórek wyprowadzane z biopsji guzów pierwotnych i wtórnych pochodzących od chorych na czerniaka skóry. Po inkubacji z inhibitorami EGFR i c-Met badane komórki barwiono immunofluorescencyjnie w celu obrazowania komórkowej lokalizacji kortaktyny i aktyny, białek tworzących struktury inwadopodiów.

Wyniki. Hodowla linii komórkowych w pożywce zawierającej mieszaninę inhibitorów EGFR i c-Met powodowała zmiany w komórkowej organizacji aktyny i aktywności inwadopodiów. Analiza bioinformatyczna wykazała duże zróżnicowanie w poziomie ekspresji białek zaangażowanych w tworzenie inwadopodiów w próbkach pierwotnych i metastatycznych czerniaków. Obserwacje te zostały

potwierdzone w komórkach czerniaka wyizolowanych od pacjentów, u których obserwowano zróżnicowany poziom odpowiedzi na użyte inhibitory.

Wnioski. Receptory EGFR i c-Met mogą stanowić potencjalne cele w terapii ograniczającej powstawanie inwadopodiów, jednakże ze względu na dużą heterogenność w poziomie receptorów, jak i w ekspresji białek inwadopodialnych wśród czerniaków, konieczne byłoby stosowanie spersonalizowanych terapii.

Słowa kluczowe: czerniak, inwadopodia, kortaktyna, foretinib, lapatinib, gefitinib

Pierwotne zespolenie jelitowe w grupie osób starszych operowanych z powodu raka jelita grubego w trybie doraźnym — przegląd systematyczny

J. Kenig¹, J.W. Mitus², K. Mastalerz¹, U. Skorus¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

²Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Jest coraz więcej dowodów na to, że można wykonać bezpiecznie pierwotne zespolenie jelitowe w przypadku raka jelita grubego (RJG) operowanego w trybie doraźnym. Osoby starsze są jednak grupą pacjentów bardzo heterogenną zarówno co do rezerw fizjologicznych, jak i ilości chorób towarzyszących. Dlatego celem pracy był przegląd systematyczny badań przedstawiających wyniki leczenia pacjentów starszych z RJG operowanych w trybie doraźnym, u których wykonano pierwotne zespolenie jelitowe.

Materiały i metody. Wykonano przegląd systematyczny baz Medline, Embase i Cochrane od stycznia 2000 do grudnia 2017, stosując kryteria PRISMA, ocenę jakości badań Newcastle-Ottawa oraz ryzyko błędów systematycznych. Do badania włączono prace dotyczące pacjentów w wieku ≥ 70 lat operowanych w trybie doraźnym z powodu RJG, u których wykonano pierwotne zespolenie jelitowe.

Celami pierwszorzędnymi były: ocena powikłań związanych z wykonaniem zespolenia (szczególnie rozejście zespolenia) oraz śmiertelność. Celami drugorzędnymi: czynniki determinujące lub dyskwalifikujące pacjenta od wykonania pierwotnego zespolenia.

Wyniki. Do badania włączono 8 badań (1 prospektywne i 7 retrospektywnych) obejmujące 754 pacjentów (kobiety 48,3%) w wieku 70–94 lat. 38% pacjentów zostało zakwalifikowanych jako ASA > 2 . Rozejście zespolenia stwierdzono w 9,4% przypadków. 30-dniowa śmiertelność wyniosła 5–22%. Pacjenci z wykonanym pierwotnym zespoleniem mieli mniej powikłań, ale dłuższy czas hospitalizacji. Czynniki ryzyka wyłonienia stomii były: niestabilność hemodynamiczna, wiek > 85 lat, ASA > 2 , wielochorobowość.

Wniosek. Wykonanie pierwotnego zespolenia jest bezpieczne w wyselekcjonowanej grupie osób starszych z RJG operowanych w trybie doraźnym. Konieczne są jednak dalsze badania, ponieważ większość prac ma charakter retrospektywny oraz nie prowadzi żadnej pogłębionej oceny geriatrycznej, co pozwoliłoby na odpowiednią selekcję pacjentów, również tych, którzy obecnie nie kwalifikują się do takiego postępowania.

Rak przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego — wczesne wyniki

S. Głuszek¹, M. Kot², Ł. Nawacki¹, J. Matykiewicz¹

¹Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

²Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Wstęp. Rak przełyku jest szóstą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych i ósmym najczęstszym nowotworem na świecie. Pięcioletnie przeżycie rzadko przekracza 40% i najczęściej wynosi 15–25%. Rak płaskonabłonkowy, zajmujący najczęściej górną i środkową część przełyku, może być poddany radiochemioterapii z intencją radykalności leczenia. Chirurgia, otwarta i laparoskopowa, zwłaszcza w przypadku nowotworu dolnej części przełyku, zajmuje główne miejsce w postępowaniu terapeutycznym. **Cel pracy.** Celem pracy była analiza dostępnych opcji terapeutycznych i wczesnych wyników leczenia w oparciu o własne doświadczenia.

Metodyka. Dokonano retrospektywnej analizy historii chorób 143 pacjentów, z rozpoznaniem raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego (typ I–II według klasyfikacji Siewerta). Dokonano analizy typu histopatologicznego, zaawansowania procesu nowotworowego (TNM), metod i wczesnych wyników leczenia. Punktami końcowymi były wczesne powikłania po leczeniu operacyjnym z intencją wyleczenia: nieszczelność zespolenia, śmiertelność szpitalna.

Wyniki. W badanej grupie zabieg resekcyjny wykonano u 53 pacjentów (37,06%), u 20 chorych wykonano zabieg założenia protezy samorozprężalnej do przełyku (13,98%). Pozostali chorzy ze względu na zaawansowanie procesu nowotworowego zostali poddani zabiegom paliatywnym (założenie PEG, paliatywna chemioterapia, paliatywna radioterapia) lub zostali zdyskwalifikowani z leczenia. W grupie chorych poddanych zabiegowi operacyjnemu z intencją wyleczenia było 8 (15%) przypadków nieszczelności połączenia przełykowo-żołądkowego i 6 (11,3%) zgonów. W grupie chorych poddanych zabiegowi protezowania przełyku u jednego chorego wystąpiła perforacja pod-

czas zabiegu, która wymagała zaopatrzenia przez laparotomię. Powikłanie to zakończyło się zgonem pacjenta.

Wnioski. Wyniki potwierdzają konieczność poszukiwania nowych metod diagnostycznych, które umożliwią wczesne rozpoznanie nowotworu, jak również potrzebę rozwoju metod leczenia systemowego.

Słowa kluczowe: rak przełyku; rak połączenia przełykowo-żołądkowego; powikłania

Guzy przerzutowe trzustki — czy i kiedy leczenie operacyjne jest korzystne dla chorego?

I. Pierzankowski

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Guzy przerzutowe trzustki stanowią niewielki (2–5%), ale stale rosnący odsetek wszystkich nowotworów tego narządu. Z uwagi na powyższe fakty autorzy zdecydowali się na przeanalizowanie dokumentacji medycznej chorych leczonych operacyjnie z tego powodu w trzech ośrodkach chirurgicznych.

Cel. Celem pracy było wyodrębnienie grupy chorych, dla których leczenie operacyjne przerzutów do trzustki byłoby najkorzystniejsze.

Materiał i metody. Poddano analizie retrospektywnej dokumentację medyczną 21 przypadków chorych leczonych operacyjnie w trzech ośrodkach chirurgicznych z powodu przerzutowych guzów trzustki. W analizie wyszczególniono lokalizację zmian wtórnych, ich wielkość, ilość oraz typ interwencji chirurgicznej, radykalność interwencji, rozpoznanie histopatologiczne choroby, a także wystąpienie powikłań pooperacyjnych. W toku analizowania dokumentacji uwzględniono poza tym: płeć i wiek chorych, rodzaj i lokalizację nowotworu pierwotnego, czasokres, jaki minął do pojawienia się zmian wtórnych, w tym w trzustce. Całkowity czas przeżycia zdefiniowano jako czas od rozpoznania choroby do lutego 2018 r., używając w tym celu estymatora Kaplana-Meiera. W podobny sposób oceniono również czas przeżycia od rozpoznania zmian przerzutowych do trzustki.

Wyniki. W następstwie oceny badanych parametrów ustalono, że głównym czynnikiem determinującym dalszy los chorego jest rodzaj nowotworu pierwotnego. Pozostałe kryteria mają znaczenie pomocnicze w wyborze sposobów leczenia.

Wnioski. Leczenie operacyjne guzów przerzutowych trzustki jest najlepszym rozwiązaniem dla wyselekcjonowanych przypadków raka jasnokomórkowego nerki. Dla pozostałych chorych należy rozważyć leczenie alternatywne z zakresu onkologii klinicznej i radioterapii.

Słowa kluczowe: trzustka, przerzut, operacja, rak jasnokomórkowy

Ocena rozpowszechnienia dermatoskopii oraz jej wpływu na wykrywalność czerniaka i innych nowotworów złośliwych skóry

U. Staszek-Szewczyk^{1,2}, K. Zielińska², J. Łaba², K. Szewczyk^{1,2}

¹Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

²Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

W 2015 roku w Polsce zarejestrowano 3600 nowych zachorowań na czerniaka i 1446 zgonów. Przeżycia pięcioletnie wyniosły około 65%. Najważniejszymi czynnikami rokowniczymi u chorych na czerniaki skóry bez przerzutów są grubość i obecność owrzodzenia ogniska pierwotnego. Kluczowe znaczenie dla poprawy przeżywalności ma jak najwcześniejsze wykrycie choroby.

Celem pracy było ustalenie częstości wykonywania dermatoskopii przez lekarzy specjalistów przed skierowaniem pacjenta do usunięcia podejranej zmiany skóry oraz ocena wpływu oceny dermatoskopowej na częstość rozpoznawania czerniaka i innych nowotworów złośliwych skóry. Stworzono krótką, anonimową ankietę własną, zawierającą 4 pytania demograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie), 3 pytania dotyczące zmiany skórnej (Od kiedy zmiana jest w obserwacji? Kto kierował na zabieg: dermatolog, lekarz POZ, chirurg, sam/sama? Czy przed planowanym zabiegiem zmiana była badana dermatoskopem?) oraz informację dotyczącą wyniku badania mikroskopowego.

Badanie rozpoczęto 12 lutego i trwa do chwili obecnej. Ankietowani są pacjenci Dolnośląskiego Centrum Onkologii oraz prywatnej praktyki chirurgii onkologicznej. Większość pytanym wyraziła zgodę na udział w badaniu. Do chwili obecnej największą grupę stanowią pacjenci powyżej 60 roku życia, mieszkający w mieście, płci męskiej. Do zabiegu w 60% przypadków kwalifikował dermatolog, w 30% chirurg, w 10% lekarz POZ. Większość zmian przed usunięciem została zbadana dermatoskopem (65%), w tym u wszystkich pacjentów w prywatnej praktyce. Oczekujemy na wyniki badania histopatologicznego większości ankietowanych. Wstępne wyniki pokazują, iż większość pacjentów miała wykonaną dermatoskopię, zgodnie z zaleceniami ekspertów, i była kierowana do zabiegu przez specjalistów. Oczekujemy, iż znaczny odsetek wykonanych przedoperacyjnie dermatoskopii będzie skutkowało zwiększoną wykrywalnością czerniaka i nowotworów złośliwych skóry.

Słowa kluczowe: dermatoskopia, czerniak, nowotwory złośliwe skóry

Laparoskopowe resekcje raka jelita grubego jako standard postępowania — doświadczenia własne

T. Gach^{1,2}, W. Szwed¹, P. Bogacki^{1,3}, R. Solecki^{1,2}, M. Szura^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński

³Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński

Wstęp. Laparoskopowe operacje jelita grubego są coraz częstszym sposobem leczenia raka jelita grubego. Zakres zabiegów laparoskopowych oraz doszczędność leczenia onkologicznego są porównywalne z klasyczną chirurgią. Dodatkowo połączenie techniki laparoskopowej z prowadzeniem chorych wg protokołu ERAS pozwala zmniejszyć ilość powikłań pooperacyjnych i skrócić czas hospitalizacji chorych.

Cel. Celem pracy jest ocena wyników zabiegów resekcyjnych raka jelita grubego wykonanych metoda laparoskopową.

Materiał i metoda. W okresie 24 miesięcy od stycznia 2016 do grudnia 2017 roku w oddziale operowano 203 chorych z powodu raka jelita grubego. Do zabiegów laparoskopowych zakwalifikowano 192 chorych. Ze względu na zaawansowanie procesu nowotworowego lub trudności techniczne podczas zabiegu w 12 przypadkach wykonano konwersję do zabiegu otwartego. Dalszej analizie poddano 180 chorych. Wszyscy chorzy w okresie pooperacyjnym prowadzeni byli według protokołu ERAS. 42,8% badanej grupy stanowiły kobiety, 57,2% — mężczyźni. Wiek chorych wahał się od 30 do 93 lat, mediana: 68 lat. Analizie poddano rodzaj zabiegów, czas zabiegów, czas hospitalizacji, radykalność leczenia onkologicznego oraz powikłania pooperacyjne.

Wyniki. Wykonano 51 prawostronnych hemikolektomii, 4 resekcje poprzecznicy, 32 lewostronnych hemikolektomii, 12 resekcji esicy, 54 przednich resekcji odbytnicy, 16 zabiegów sposobem Hartmanna oraz 11 brzuszno-kroczykowych amputacji odbytnicy. Resekcję R0 wykonano u 95% chorych, R1 u 1,7%, R2 u 3,3% chorych. Średnia usuniętych węzłów wynosiła 16. U 56% chorych zaawansowanie guza w badaniu histopatologicznym oceniono na T3, u 11% — T1, u 15% — T2 i u 18% — T4. U 39% chorych stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych. Średni czas trwania zabiegu wyniósł 124 minuty. Czas hospitalizacji po zabiegu wahał się pomiędzy 2 a 24 dni, średnio 4 dni, mediana 4 dni. Ciężkie powikłania pooperacyjne (IIIb, IV, V st.) wystąpiły u 19 chorych, w tym 2 chorych zmarło.

Wnioski. Laparoskopowe operacje jelita grubego są efektywną i bezpieczną metodą leczenia nowotworów tego narządu. Pozwalają skrócić czas hospitalizacji i zminimalizować odsetek ciężkich powikłań.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, laparoscopia, resekcja, powikłania

Wieloletnie przeżycie chorego na raka żołądka z przerzutami do wątroby po radykalnym zabiegu chirurgicznym

N. Spychalska, M. Ciesielski, M. Szajewski, J. Walczak, W.J. Kruszewski

Szpital Pomorskie, Szpital Morski im. PCK w Gdyni

Wstęp. Powszechnie uważa się, że obecność przerzutów odległych w raku żołądka wyklucza możliwość leczenia radykalnego. Zasadność gastrektomii paliatywnej z resekcją przerzutów w IV stopniu zaawansowania choroby pozostaje tematem dyskusji.

Opis przypadku. Prezentowany przypadek dotyczy 64-letniego chorego z rozpoznaniem gruczolakorakiem żołądka pod postacią rozległego 11 cm nacieku okolicy okołopustowej (pT3) z naciekiem na przełyk, limfadenopatią krzywizny mniejszej i okolicy pnia trzewnego oraz z 4 guzami przerzutowymi w wątrobie. Średnica zmian wynosiła od 1,1 do 2,3 cm. Resekcję podjęto mimo niekorzystnych perspektyw oraz licznych chorób ogólnoustrojowych, stanowiących przeciwwskazanie do chemioterapii neoadiuwantowej. Śródoperacyjnie nie stwierdzono przerzutów dootrzewnowych. Wykonano gastrektomię z limfadenektomią D2, wraz z resekcją zmian ogniskowych w zakresie obu płatów wątroby. Indeks węzłowy wyniósł 1/31. Margines odcięcia od strony przełyku wyniósł 1,5 cm. Potwierdzono przerzutowy charakter guzów w wątrobie oraz ich resekcję w granicach tkanek zdrowych. Okres pooperacyjny był niepowikłany. Czas obserwacji wynosi 66 miesięcy. Chory jest w pełnej remisji, bez oznak nawrotu choroby.

Wnioski. Przebieg choroby w raku żołądka jest nieprzewidywalny. Racjonalna kwalifikacja do leczenia chirurgicznego w przypadku raka żołądka z resekcyjnymi przerzutami do wątroby daje szansę na wyleczenie. Ocena, u których pacjentów resekcja może wpływać na przedłużenie całkowitego czasu przeżycia, budzi ogromne zainteresowanie.

Rak z komórek Merkla u chorych leczonych w Centrum Onkologii — Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie w latach 1995–2017 — doświadczenia własne

J. Szloch, W. Kibil, W.M. Wysocki

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wstęp. Rak z komórek Merkla (*Merkel-cell carcinoma* — MCC) to rzadki nowotwór neuroendokryny skóry o wysokim potencjale złośliwości. W niniejszej pracy analizie poddano grupę kolejnych chorych leczonych w COI-OK.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 26 chorych na MCC (14 kobiet, 12 mężczyzn). Średnia wieku wyniosła 73,6 roku (min. 55, max. 89 lat). Rozpoznanie mikroskopowe ustalono na podstawie badania materiału operacyjnego lub biopsyjnego. Najczęstszą lokalizacją ogniska pierwotnego była skóra kończyn dolnych (65% chorych), rzadziej skóra głowy i szyi (23% chorych), kończyn górnych (8% chorych) oraz tułowia (4% chorych).

Wyniki. Średnia długość obserwacji wynosiła 32,7 miesiąca (od 2 do 177). Średni czas przeżycia bez nawrotu choroby wyniósł 26 miesięcy (od 0 do 117). Nawrót choroby stwierdzono u 15 chorych (58%); w 9 przypadkach miał charakter wielonarządowy. Wznowę miejscową rozpoznano w 6 (23%) przypadkach, przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych w 13 (50%), przerzuty odległe w 9 (35%). Pozaregionalne węzły chłonne były najczęstszą lokalizacją przerzutów odległych (8 przypadków; 31%), odnotowano po jednym przypadku rozsiewu do mózgu, tarczycy oraz trzustki. W tabeli I zestawiono czas przeżycia bez nawrotu choroby oraz czas obserwacji, z uwzględnieniem charakteru nawrotu.

Wnioski. Rak z komórek Merkla to rzadki, agresywny nowotwór, występujący najczęściej u ludzi po 70 roku życia. Do nawrotu dochodzi u 2/3 chorych, najczęstszą formą nawrotu jest rozsiew do regionalnych węzłów chłonnych, często dochodzi do przerzutowania drogami chłonnymi do odległych stacji węzłowych. Stwierdzenie nawrotu choroby korelowało z krótszym okresem obserwacji.

Tabela I. Czas przeżycia bez nawrotu, okres obserwacji oraz charakter nawrotu

Rodzaj nawrotu choroby	Czas przeżycia bez nawrotu choroby (średnia, w miesiącach)	Okres obserwacji (średnia, w miesiącach)
Bez nawrotu	51,9	51,9
Nawrót choroby (łącznie)	9,9	20,8
Wznowa miejscowa	7,6	11,5
Rozsiew do regionalnych węzłów chłonnych	9,4	20,9
Przerzuty odległe	14,7	31,1

Podskórna mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka — metoda stosowana w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi i Rekonstrukcji Białostockiego Centrum Onkologii — materiał własny od 2015 roku

K. Bielawska, S. Jarosz, L. Kozłowski

Białostockie Centrum Onkologii

Podskórna mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka jest powszechną metodą leczenia chirurgicznego raka piersi. W latach 2016–2017 w Oddziale Chirurgii Onkologicznej przeprowadzaliśmy 68 operacji podskórnych mastektomii z rekonstrukcją protezą. Jest to metoda rutynowo stosowana w chirurgii piersi, kiedy nie możemy wykonać leczenia oszczędzającego. Do podskórnej mastektomii są kwalifikowane pacjentki chore na raka wieloogniskowego i po leczeniu neoadiuwantowym z powodu zaawansowania bądź profilu biologicznego guza. Podczas 2-letniej obserwacji nie odnotowaliśmy zwiększonej ilości powikłań onkologicznych.

Wyniki. Wyniki leczenia tą metodą są bardzo dobre, nie obserwuje się większej ilości wznów miejscowych w porównaniu z radykalną zmodyfikowaną mastektomią.

Wnioski. Podskórna mastektomia jest metodą leczenia chirurgicznego bezpieczną onkologicznie, która pozwala osiągnąć dobre efekty kosmetyczne.

Wskazania i wybrane aspekty chirurgii cytoredukcyjnej w połączeniu z dootrzewnową chemioterapią perfuzyjną w hipertermii (CRS + HIPEC) w leczeniu nowotworów otrzewnej — 4 lata doświadczeń Dolnośląskiego Centrum Onkologii (DCO)

K. Szewczyk^{1,2}, B. Kapturkiewicz¹, A. Leszczyszyn-Stankowska¹, P. Włodarczak¹, T. Sędziak¹, B. Bednorz¹, M. Bogusiak¹, P. Lesiak¹, M. Belda¹, M. Wapłak¹, M. Kazanowski¹, M. Bębenek¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

²Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp. Rozsiew otrzewnowy nowotworów przewodu pokarmowego i żeńskiego narządu rodowego oraz pierwotne nowotwory otrzewnej mogą wymagać wykonania zabiegu cytoredukcyjnego (CRS) w połączeniu z dootrzewnową chemioterapią perfuzyjną w hipertermii (HIPEC). W Polsce tylko kilka ośrodków wykonuje CRS + HIPEC, podczas gdy zapotrzebowanie wynosi min. 2000 procedur rocznie (<http://www.chirurgia-onkologiczna.pl/images/files/hipec.pdf>).

Cel. Analiza wskazań oraz wybranych aspektów chirurgicznych procedur CRS + HIPEC wykonanych w DCO w latach 2014–2018.

Materiał i metody. Utworzono prospektywny rejestr wszystkich pacjentów DCO poddawanych procedurze CRS + HIPEC zawierający dane kliniczne chorych oraz wybrane parametry techniczne procedur.

Wyniki. W okresie od stycznia 2014 r. do lutego 2018 r. w DCO wykonano łącznie 96 procedur CRS + HIPEC (w kolejnych latach: 21, 27, 19, 21 i 8 do 15 lutego 2018 r.). Wszystkie procedury HIPEC przeprowadzono w technice zamkniętej (PerformerHT, RanD, Modena). Wskazaniami były głównie rak jelita grubego — 39 chorych (40,6%) i rak jajnika — 37 (38,5%), rzadziej międzybłoniak otrzewnej (8,3%), pseudośluzak otrzewnej (4,2%), rak żołądka (3,1%), inne (5,2%). Zakres cytoredukcji chirurgicznej (CRS) był szeroki: od pojedynczych zmian otrzewnej do rozległych wielonarządowych resekcji włącznie; wszystkie miały charakter resekcji radykalnych (CC-0) lub niemal radykalnych (do 2,5 mm; CC-1). Nie odnotowano zgonów okołoperacyjnych.

Wnioski. Procedura CRS + HIPEC jest bezpieczną i bardzo obiecującą opcją leczenia dla wielu chorych z nowotworami pierwotnymi otrzewnej i przerzutami do otrzewnej.

Słowa kluczowe: nowotwory, otrzewna, CRS, HIPEC

Wyniki leczenia chorych na *dermatofibrosarcoma protuberans*

J. Wajda, W. Łobaziewicz, W.M. Wysocki

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wstęp. *Dermatofibrosarcoma protuberans* (DFSP) to rzadki, wolno rosnący nowotwór, występujący głównie u młodych dorosłych, najczęściej zajmujący skórę i tkankę podskórną tułowia, rzadziej kończyn lub okolicy głowy i szyi. Leczeniem z wyboru DFSP jest wycięcie guza z zachowaniem marginesu zdrowych tkanek. Radioterapia oraz leczenie celowane mogą być stosowane przedoperacyjnie lub uzupełniająco. DFSP cechuje się częstymi wznowami miejscowymi, rzadkim przerzutowaniem i wieloletnim przeżyciem.

Cel. Ocena wyników leczenia chorych na DFSP.

Materiał i metody. Retrospektywna analiza dokumentacji chorych na DFSP leczonych w COI-OK w latach 2000–2017.

Wyniki. W grupie 28 chorych na DFSP było 15 (54%) kobiet oraz 13 (46%) mężczyzn. Wiek w chwili rozpoznania wahał się od 24 do 73 lat (mediana 45 lat). Zmiany zlokalizowane były na tułowiu (21 chorych [75%]), kończynach (7 [25%]) oraz w obszarze głowy i szyi (1 [4%]). Siedemnastu (60%) chorych pierwotnie operowano poza ośrodkiem onkologicznym, a do COI-OK skierowano ich już po rozpoznaniu, w celu dalszego leczenia chirurgicznego. U 14 (50%) pacjentów zastosowano uzupełniającą radioterapię. Wznowę miejscową zaobserwowano u 7 (25%) chorych (średnio po 56 miesiącach). Mediana czasu obserwacji wynosiła 57,5 miesiąca. Ponadto u jednej chorej z wielokrotnymi nawrotami miejscowymi i postępującą destrukcją kości

czaszki, u której obecnie guz wznowy nie oddziela się od opony twardej mózgu, zastosowanie imatynibu powstrzymało dalszą progresję choroby.

Wnioski. Większość chorych, u których ostatecznie rozpoznaje się DFSP, pierwotne leczenie rozpoczyna poza ośrodkiem onkologicznym. Nieodpowiednie postępowanie pierwotne wymaga radykalizacji w ośrodku referencyjnym i przyczynia się do większej liczby niepowodzeń miejscowych. W niektórych przypadkach, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe, leczenie celowane imatynibem umożliwia wieloletnie przeżycie.

Słowa kluczowe: *dermatofibrosarcoma protuberans*, włókniakomięsak guzowaty skóry, DFSP

Zalety i wady lobektomii jako procedury diagnostyczno-terapeutycznej w leczeniu nowotworów tarczycy — analiza materiału własnego

P. Góralski, J. Gałczyński, M. Dedecjus,

E. Stachlewska-Nasfeter, A. Żyłka

Klinika Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Usunięcie jednego płata tarczycy wraz z cieśnią jest operacją chirurgiczną dopuszczalną u chorych ze zmianą/zmianami ogniskowymi obejmującymi jeden płat tarczycy. Istotnym problemem jest wyselekcjonowanie pacjentów mogących odnieść maksymalne korzyść z takiego postępowania.

Cel. Celem pracy była retrospektywna analiza procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów zakwalifikowanych do lobektomii w Klinice Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej CO-I w Warszawie

Materiał i metody. Badaniem objęto 109 chorych operowanych w 2017 r. w CO-I, u których wykonano lobektomię. Chorych tych podzielono na dwie grupy. Grupa pierwsza obejmowała 50 osób (45,9%), byli to chorzy wymagający radykalizacji. Grupę drugą, tj. 59 osób (54,1%), stanowili pacjenci niewymagający usunięcia drugiego płata. Obie grupy porównano pod względem wyników przedoperacyjnych (BACC) oraz rozpoznania histopatologicznego.

Wyniki. W grupie pierwszej stwierdzono 10 (37%) z 27 pacjentów z kategorią III wg. Bethesda, 10 (40%) z 25 pacjentów z kategorią IV, 25 (54,2%) z 46 z kategorią V oraz 5 (45%) z 11 z kategorią VI. W grupie pierwszej 39 (78%) pacjentów miało rozpoznanie raka brodawkowatego z TNM > pT1a, u 10 chorych (20%) rozpoznano raka pęcherzykowego z TNM > pT1a, u jednego chorego stwierdzono raka rdzenia-stego tarczycy. W grupie drugiej u 34 (31%) pacjentów rozpoznano w badaniu histopatologicznym zmianę łagodną.

Wnioski. Usunięcie połowy tarczycy u części chorych było procedurą leczniczą, u pozostałych badanych pacjentów operacja ta miała charakter diagnostyczno-terapeutyczny pozwalający na zakwalifikowanie do radykalizacji po operacji pierwotnej. Ocena obecnie uznanych przedoperacyjnych parametrów klinicznych i cytologicznych nie pozwalała na właściwe zakwalifikowanie do leczenia chirurgicznego. Konieczne są dalsze prace nad poszukiwaniem parametrów pozwalających zmniejszyć liczbę operacji i reoperacji.

Transfer węzłów chłonnych wraz z uszypułowanym płatem z mięśnia najszerzego grzbietu (msLD) jako skuteczna metoda chirurgicznego leczenia obrzęku limfatycznego kończyny górnej u pacjentki po radykalnej amputacji piersi — opis przypadku

K. Donocik¹, R. Ulczok¹, D. Walczak¹, P. Drozdowski¹, M. Dobrut¹, R. Szumniak¹, Ł. Krakowczyk¹, M. Grajek¹, J. Wierzoń¹, M. Kalemba², A. Maciejewski¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

²Zakład Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej Centrum Onkologii IMSC w Gliwicach

Wstęp. Obrzęk chłonny powstaje w wyniku niewydolności limfatycznej z dysproporcją między produkcją chłonki a jej transportem do krążenia. Jedną z przyczyn jest choroba nowotworowa lub konsekwencje jej leczenia. W krajach rozwiniętych najczęstszą przyczyną wtórnego obrzęku kończyn górnych są procedury związane z leczeniem raka piersi. Usunięcie węzłów chłonnych pachy, chemioterapia, radioterapia, powikłania pozabiegowe, nadciśnienie tętnicze, otyłość to najważniejsze czynniki ryzyka wystąpienia obrzęku chłonnego. W przypadku braku efektu leczenia zachowawczego — kompleksowej terapii przeciwzastoinowej (CDT) — opcją pozostaje leczenie chirurgiczne.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie chirurgicznego leczenia wtórnego obrzęku chłonnego II/III stopnia kończyny górnej u pacjentki po radykalnej amputacji piersi prawej.

Metody. Pacjentkę przed planowanym leczeniem chirurgicznym miały wykonane pomiary nasilenia obrzęku chłonnego: pomiar obwodów kończyny, limfoscyntyografię i SPECT CT oraz śródoperacyjnie limfografię ICG. Pacjentkę zakwalifikowano do rekonstrukcji układu chłonnego pachy prawej uszypułowanym płatem msLD z przeniesieniem przyległych węzłów chłonnych (LNT). Efekty postępowania chirurgicznego oceniano w 3, 7 i 12 tygodniu po zabiegu.

Wyniki. W trakcie 3-miesięcznej obserwacji uzyskano systematyczną poprawę dotyczącą zakresu ruchomości w obrębie stawu barkowego, zwiększenie siły mięśniowej, zmniejszenie

szanie obwodu kończyny górnej oraz znamiennej poprawę spływu chłonki widoczną w limfoscyntygrafii kontrolnej.

Wnioski. Chirurgiczne leczenie obrzęku chłonnego kończyny górnej metodą msLD LNT jest skuteczną alternatywą dla chorych, u których metody zachowawcze nie dały trwałych efektów.

Ocena narzędzia POLARs służącego do predykcji pooperacyjnego zespołu dysfunkcji jelita grubego u pacjentów poddawanych operacji przedniej resekcji odbytnicy z powodu raka — doniesienia wstępne

P. Bogacki^{1,2}, T. Gach^{1,3}, W. Szwed¹, M. Szura^{1,3}

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

²Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński

³Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński

Wstęp. Radykalne leczenie raka odbytnicy związane jest z możliwością wystąpienia szeregu dolegliwości w okresie pooperacyjnym określanymi jako zespół objawów po przedniej resekcji odbytnicy. Oceniając ryzyko wystąpienia powikłań po zabiegu operacyjnym oraz informując pacjenta o możliwych skutkach odległych zabiegu, korzysta się z szeregu skal rokowniczych. Jednym z takich narzędzi jest formularz POLARs służący do przewidywania prawdopodobieństwa wystąpienia zespołu przedniej resekcji odbytnicy po zabiegu resekcyjnym.

Cel. Ocena trafności prognostycznej narzędzia POLARs w przewidywaniu wystąpienia zespołu LAR oraz ocena jego ciężkości u pacjentów po laparoskopowej przedniej resekcji odbytnicy.

Materiały i metody. Badaniem retrospektywnym objęto 62 pacjentów operowanych laparoskopowo w okresie od stycznia 2016 do marca 2017. Korzystając z narzędzia POLARs, uzyskano predykcję ryzyka wystąpienia zespołu LAR. Następnie w okresie od 6 do 24 miesięcy po zabiegu oceniona została funkcja jelit oraz jej wpływ na jakość życia pacjentów przy pomocy kwestionariusza LARs. Wyniki przewidywane zostały porównane z rzeczywistymi.

Wyniki. Grupę badaną stanowiło 27 kobiet (43,5%) i 35 (56,45%) mężczyzn, średnia wieku 63,5 roku (min. 35, max. 80, SD 9,9 roku). Średni przewidywany przy pomocy narzędzia POLARs wynik funkcji jelit wynosił 25,18 (kategoria „umiarkowany LAR”), średni rzeczywisty wynik funkcji jelit oceniany kwestionariuszem LARs wyniósł 28,71 (również kategoria „umiarkowany LAR”). Jednakże analizując pojedyncze przypadki, okazało się, że jedynie w 23% przewidywana kategoria dysfunkcji jelit była zgodna z tą rzeczywistą.

Wnioski. Narzędzie POLARs nie wykazało dużej skuteczności w przewidywaniu stopnia dysfunkcji jelit po przedniej

resekcji odbytnicy u poszczególnych pacjentów, mimo iż na dużej grupie chorych średnie wyniki wydają się być obiecujące. Dalsza ocena narzędzia POLARs jest konieczna na większej grupie chorych w celu potwierdzenia tej hipotezy.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, przednia resekcja, LAR, LARs, POLARs

Mnogie pierwotne nowotwory występujące synchronicznie lub metachronicznie u chorych na raka piersi leczonych w Centrum Onkologii w Krakowie

J.W. Mitus¹, W. Kamzol², M. Kołodziej-Rzepa¹, M. Wilczek¹, W.M. Wysocki¹, B. Sas-Korczyńska²

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

²Klinika Onkologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wstęp. Nowotwory mnogie w zależności od czasu pomiędzy ich rozpoznaniem dzielone są na: synchroniczne (drugi pierwotny nowotwór rozpoznany jednocześnie lub w czasie do 6 miesięcy po pierwszym) lub metachroniczne (drugi pierwotny nowotwór rozpoznany w czasie dłuższym niż 6 miesięcy).

Cel. Charakterystyka i porównanie chorych na raka piersi (RP), u których zdiagnozowano drugi pierwotny nowotwór — synchroniczny (SN) lub metachroniczny (MN).

Materiał i metody. Analizą objęto 518 chorych leczonych w latach 1963–2014 z powodu raka piersi, u których stwierdzono rozwój drugiego pierwotnego nowotworu. U 112 (21,6%) chorych rozpoznano nowotwory synchroniczne, a u 406 (78,4%) nowotwory metachroniczne. Porównano cechy populacyjno-kliniczne i terapeutyczne (m.in. wiek, stan menopauzalny, rodzaj drugiego nowotworu, metody leczenia RP), z uwzględnieniem typu drugiego pierwotnego nowotworu (synchronicznego lub metachronicznego). W przeprowadzonej analizie wykorzystano następujące testy statystyczne: Chi-kwadrat (zmienne skategoryzowane), t-Studenta i analizę wariancji (zmienne ciągłe), metodę Kaplana-Meiera oraz test log-rank (ocena prawdopodobieństwa przeżycia i porównanie wyników), przyjmując poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki. Najczęstszym drugim pierwotnym nowotworem, zarówno synchronicznym, jak i metachronicznym, był rak drugiej piersi — u 296 (57,1%) chorych. W grupie MN rak piersi stanowił 55,4%, a SN 63,39%; $p = 0,131$. Drugie co do częstości były nowotwory ginekologiczne, które występowały u 17,9% (rak trzonu macicy, jajnika, szyjki macicy). Pozostałe 24,4% stanowiły nowotwory skóry, rak jelita grubego, nerki, płuca, tarczycy, pęcherza moczowego, żołądka oraz chłoniaki. Leczenie chirurgiczne raka piersi obejmowało amputację piersi sposobem: Pateya (52%), Halsteda (20%),

Maddena (11%) lub amputację prostą (3%); u pozostałych 14% wykonano zabieg oszczędzający — kwadrantektomię. Uzupełniająca radioterapia została przeprowadzona u 35,2% chorych w grupie MN ($p = 0,07$); natomiast adiuwantowe leczenie systemowe — u 40,8% z MN i u 45,5% z SN, w tym hormonoterapię otrzymało 38,6% MN i 75,8% z SN (różnice statystycznie znamienne; $p = 0,001$). Nowotwory metachroniczne istotnie częściej występowały u chorych powyżej 50 roku życia (55,7% vs 44,3%; $p < 0,00001$), a RP rozpoznawany był częściej przed menopauzą (57,9% vs 42,1%; $p = 0,00275$). Chore z rozpoznaniem SN były starsze (powyżej 50 roku życia: 80,4% vs 19,6%; $p < 0,00001$) z RP rozpoznany częściej po menopauzie (58,0% vs 42,0%; $p = 0,00275$). Średni czas obserwacji wyniósł 154,8 miesiąca (zakres: 2–558 m., mediana: 136 m.). Odsetki 10-letnich przeżyć całkowitych wynosiły odpowiednio dla SN: 65,3% vs MN: 76,5% ($p = 0,27772$; test log-rank), a w odniesieniu do przeżycia bezobjawowego odpowiednio dla NS: 44,9% vs NM: 28,6% ($p = 0,03101$; test log-rank).

Wnioski. Analiza przeżycia wykazała istotną statystycznie różnicę w zakresie bezobjawowych przeżyć pomiędzy grupami. Chore, u których wystąpiły nowotwory synchroniczne, były starsze, a także po menopauzie, podczas gdy chore na nowotwory metachroniczne — młodsze i przed menopauzą. Pomimo że występowanie innych pierwotnych nowotworów (zarówno synchronicznych, jak i metachronicznych) u chorych na RP jest stosunkowo rzadkie, to wskazuje to na istotną rolę starannej diagnostyki w czasie rozpoznania RP oraz ścisłej obserwacji po zastosowanym leczeniu. Rozwój innych pierwotnych nowotworów jest bowiem istotnym czynnikiem wpływającym zarówno na wyniki leczenia, jak i na jakość życia chorych.

Nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego (nzp-j) i nieszczelność kikuta dwunastnicy (nkd) u chorych operowanych z powodu raka żołądka z intencją wyleczenia

S. Głuszek

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Wstęp. U większości chorych w Polsce rak żołądka wykrywany jest w zaawansowanym stadium choroby i tylko 50–70% z nich kwalifikuje się do zabiegu z intencją wyleczenia. Trudne leczenie operacyjne obciążone jest ryzykiem ciężkich powikłań: nieszczelnością zespolenia przełykowo-jelitowego (nzp-j) i kikuta dwunastnicy (nkd).

Cel. Celem pracy była ocena czynników wpływających na występowanie ww. powikłań i metod leczenia.

Materiał i metody. Analizie retrospektywnej poddano 270 chorych (M 183 — 67,8% i K 87 — 32,2%) operowanych z powodu raka żołądka. Potencjalnymi czynnikami ryzyka nzp-j oraz nkd były: wiek, płeć, czas trwania operacji, dodat-

kowo wykonane w czasie operacji procedury chirurgiczne, rodzaj zespolenia przełykowo-jelitowego.

Wyniki. Nzp-j wystąpiła u 11 chorych (4%), a nkd u 9 chorych (3,3%). Nie było korelacji pomiędzy wystąpieniem nzp-j czy nkd a czynnikami zależnymi od chorego (wiek, płeć), jak również nie wykazano wpływu na wystąpienie ww. powikłań takich czynników, jak wykonanie dodatkowych procedur chirurgicznych (np. splenektomia). W grupie 11 chorych, u których wystąpiła nzp-j, nie stwierdzono wpływu wykonania dodatkowych procedur chirurgicznych (splenektomii) na częstość tego powikłania ($p = 0,1579$). Większość nzp-j, jak i nkd leczono zachowawczo, z zastosowaniem endoskopii (protezy samorozprężalne). Trzech chorych z nzp-j i 4 chorych z nkd wymagało reoperacji. Śmiertelność w całej grupie wyniosła 4,8%. Spośród chorych z nzp-j śmiertelność wyniosła 10%, a spośród chorych z nkd — 16,7%.

Wnioski. Nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego i nieszczelność kikuta dwunastnicy, po operacji raka żołądka, jest ciężkim powikłaniem, obciążonym ryzykiem zgonu. Wczesne rozpoznanie tych powikłań zwiększa szanse wyleczenia przy pomocy metod chirurgicznych, zachowawczych i endoskopowych

Słowa kluczowe: rak żołądka, nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego, nieszczelność kikuta dwunastnicy

Zastosowanie uszypułowanego płata torako-nadbrzusznego w przypadku zaburzeń gojenia rany nad implantem wszczepionym podczas jednoczasowej rekonstrukcji piersi

R. Tarkowski¹, A. Balcerzak², M. Rząca³, M. Bębenek²

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy

²Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

³Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Kamieńskiego we Wrocławiu

Zalecenia PTChO wskazują celowość zaproponowania i wykonania jednoczasowej rekonstrukcji piersi u chorej zakwalifikowanej do amputacji gruczołu z powodu raka piersi. Wykonanie podskórnej mastektomii i odtworzenie piersi za pomocą implantu silikonowego podczas tej samej operacji pozwala na uniknięcie dodatkowej traumatyzacji pacjentki, dzięki uniknięciu okaleczenia i uzyskaniu dobrego efektu estetycznego. Jednym z powikłań są zaburzenia gojenia się rany. W przypadku rekonstrukcji dwuetapowych częstość dehiscencji wynosi od 1–2% w przypadkach bez napromieniania do 10–15% z zastosowaniem radioterapii (Nahabedian 2009, 2015). Ich ryzyko jest wyższe w przypadku niedokrwienia powłok nad implantem. Kompromis między koniecznością usunięcia tkanki gruczołowej, położonej blisko skóry u młodych, szczupłych kobiet a pozostawieniem

odpowiedniej warstwy tkanki podskórnej z biegnącymi w niej naczyniami zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń gojenia. Kolejne czynniki ryzyka to: nacisk wywierany na ranę przez implant o dużej masie/objętości pomimo zastosowania siatki polipropylenowej czy bezkomórkowej macierzy pochodzenia dermalnego podtrzymującej wszczep, zaleganie płynu, napięcie powłok, efekt nikotyny. Jakkolwiek cięcia w dolnych kwadrantach nie są preferowane, położenie zmian blisko powierzchni skóry w ich lokalizacji wymusza wycięcie fragmentu skóry nad guzem i wykonanie mastektomii podskórnej z takiego właśnie cięcia. W konsekwencji rana położona bezpośrednio nad implantem jest narażona na wymienione wyżej czynniki. Ekstruzja implantu prowadzi zazwyczaj do jego zakażenia, a w konsekwencji konieczności usunięcia wszczepu. Rozwiązaniem może być odpowiednio wczesne (poprzedzające ekstruzję) pokrycie ubytku i zbliżenie bez napięcia brzegów rany za pomocą uszypułowanego płata skórno-tłuszczowego, przesuniętego z sąsiedztwa (torako-nadbrzusznego, *thoraco-epigastric flap*). Pochodzenie z sąsiadującej z piersią okolicy pozwala na uzyskanie barwy identycznej z barwą jej skóry. Problem może stanowić niedokrwienie dystalnej części płata — stosunek długości do szerokości nie powinien przekraczać 1,5 : 1, jednak zbyt duża szerokość może utrudniać rotację (Matros i wsp. 2011). Wadą może być szersza i większa bliżna u podstawy piersi, bezsprzeczną zaletą jest uniknięcie usunięcia implantu.

Wstępna ocena doświadczeń własnych z zakresu operacji nowotworów jelita grubego przy zastosowaniu technik małoinwazyjnych (laparoscopia, operacje robotowe)

K. Dąbrowski, M. Zawadzki, R. Czarnecki, M. Rząca, Z. Obuszko, W. Witkiewicz

Oddział Chirurgii Onkologicznej, WSSK we Wrocławiu

Podstawową metodą leczenia nowotworów jelita grubego jest leczenie operacyjne. W ostatnich latach wzrosła popularność i dostępność małoinwazyjnych technik operacyjnych, takich jak operacje laparoskopowe oraz przy użyciu robota, jednak wybór strategii leczenia raka jelita grubego zależy w głównej mierze od stopnia zaawansowania choroby, stanu ogólnego chorego oraz współistniejących istotnych chorób. Mało inwazyjne zabiegi laparoskopowe, cechujące się porównywalną skutecznością do metod „otwartych”, a przy tym bardziej korzystne pod względem wielkości rany, dolegliwości bólowych i czasu hospitalizacji, stosowane są obecnie coraz częściej. W pracy przedstawiamy nasze doświadczenie w leczeniu chorych z nowotworami jelita grubego w pierwszych latach (2013–2015) wprowadzenia technik małoinwazyjnych. W tym okresie przeprowadziliśmy operację u 464 chorych: 297 chorych było poddanych operacji tech-

niką klasyczną, natomiast 167 technikami małoinwazyjnym. Operacje przeprowadzili specjaliści chirurgii onkologicznej. Czas hospitalizacji chorych poddanych operacji małoinwazyjnych był krótszy o jeden dzień niż u pacjentów poddanych operacji klasycznej. Czas trwania operacji małoinwazyjnych był dłuższy o około jedną godzinę. Radykalność onkologiczna (ocena histopatologiczna preparatu) była taka sama w obu grupach. Liczba powikłań pooperacyjnych była mniejsza w grupie pacjentów poddanych operacji małoinwazyjnych. Operacje przy wykorzystaniu technik laparoskopowych/robotowych ze względu na mniejszą inwazyjność niż klasyczna chirurgia, a przy takiej samej radykalności onkologicznej, powinny być coraz częściej metodą pierwszego wyboru w rękach doświadczonych chirurgów z zakresu chirurgii kolorektalnej.

Ocena skuteczności chemioterapii indukcyjnej u chorych na raka piersi

A. Khorau

Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny, Grodno, Białoruś

Ocena skuteczności chemioterapii indukcyjnej u chorych na raka piersi.

Rekonstrukcja ubytku w piersi za pomocą płata LD po szerokim wycięciu pierwotnego kostniakomięsaka gruczołu — opis przypadku

R. Tarkowski, T. Bojarowski, A. Hap

Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy

Wstęp. Pierwotny kostniakomięsak piersi (*osteosarcoma*) jest bardzo rzadko występującym nowotworem piersi. Mięsaki stanowią 1% wszystkich nowotworów gruczołu, na ich tle *osteosarcoma* jest jednym z rzadziej występujących typów (12,5%). Poza serią 50 przypadków leczonych w okresie 38 lat, opisanych przez Silvera, dostępne dane obejmują głównie kazuistykę. Średni wiek chorych jest wyższy niż w przypadku pierwotnych kostniakomięsaków kości (najczęstszych wrzecionowatokomórkowych nowotworów kości, 80% zachorowań w 2 i 3 dekadzie życia (Rutkowski i wsp. 2015), wynosi 64 lata. Wykluczenie ogniska pierwotnego w układzie kostnym jest niezbędne w celu potwierdzenia pierwotnego charakteru guza. Inaczej niż w przypadku *osteosarcoma* kości, leczeniem z wyboru jest zabieg chirurgiczny (szerokie wycięcie lub mastektomia). Ponieważ mięsaki rzadko przerzucają drogą chłonki, interwencja nie obejmuje eksploracji pachy.

Opis przypadku. 50-letnia pacjentka zgłosiła się z pojedynczym, dobrze odgraniczonym guzem lewej piersi, po-

łożonym w górnym zewnętrznym kwadrancie. W badaniu histopatologicznym biopsji stwierdzono utkanie kostniakomięsaka, zalecając ostateczną weryfikację rozpoznania po przebadaniu całego guza. Wykluczono rozsiew procesu, scyntygram kości nie wykazał obecności zmian. Po przedyskutowaniu opcji terapeutycznych na spotkaniu komisji wielospecjalistycznej, z uwagi na wątpliwości (chirurgia vs przedoperacyjna chemioterapia, analogicznie do kostniakomięsaków kości i brak szczegółowych zaleceń w związku z rzadkim występowaniem choroby) przypadek konsultowano w Centrum Onkologii — Instytucie w Warszawie. Ostatecznie pacjentce zaproponowano szerokie wycięcie guza i z uwagi na wielkość ubytku po resekcji — jego uzupełnienie za pomocą uszypułowanego płata z mięśnia najszerzego grzbiet (LD). Guz wycięto z marginesem niezmiennego makroskopowo mięszu piersi szerokości 2 cm; preparat objął skórę nad powierzchownie położonym guzem i kanał biopsji gruboigłowej. W badaniu histopatologicznym preparatu stwierdzono marginesy wolne od nowotworu (R0). Po rekonsultacji radioterapeutycznej i chemioterapeutycznej zalecono obserwację. Podczas 9 miesięcznej obserwacji nie stwierdzono wznowy procesu.

Wnioski (na podstawie analizy przypadku i piśmiennictwa). Pomijając badanie Silvera, dostępne dane opierają się na opisach przypadków. Leczeniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne. Optymalny margines wycięcia jest wyższy niż w przypadku leczenia chorych na raka. Zastosowanie własnych tkanek (płata LD) jest wartościową metodą rekonstrukcji ubytku.

Rola brzuszno-krzyżowej amputacji (ASAR) w zaawansowanych rakach dolnej części odbytnicy

M. Bębenek, B. Kapturkiewicz, A. Leszczyszyn-Stankowska, T. Sędziak, M. Bogusiak, P. Włodarczak, P. Lesiak, K. Szewczyk, B. Bednorz, M. Kazanowski, M. Wapłak, M. Belda
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Wstęp. Wyniki leczenia raka gruczołowego odbytnicy wykazują duże zróżnicowanie, z nawrotami miejscowymi od kilku do powyżej 50%, a przeżyciami 5-letnimi od 36% do 80%. Zróżnicowanie to spowodowane jest wieloma czynnikami, a przede wszystkim doświadczeniem ośrodka leczącego i przestrzeganiem obowiązujących standardów. Gorsze wyniki leczenia obserwuje się w nisko położonych gruczolakorakach odbytnicy, co z kolei ma związek z uwarunkowaniami anatomicznymi miednicy małej i kontrowersyjnymi, jak do tej pory, sposobami leczenia chirurgicznego.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie sposobu leczenia operacyjnego zaawansowanych raków odbytnicy, zlokalizowanych w 1/3 dolnej odbytnicy, umożliwiającej resekcję R0 guzów T3 i T4 i analiza wyników leczenia.

Materiał i metody. Poddano retrospektywnej analizie wyniki leczenia chorych z zaawansowanym rakiem dolnej części odbytnicy w latach 1998–2017 i porównano je z wynikami leczenia raków środkowej i górnej części odbytnicy w tym samym stopniu zaawansowania klinicznego, w analogicznym okresie.

Wyniki. Zastosowanie brzuszno-krzyżowej amputacji odbytnicy w zaawansowanych rakach dolnej części odbytnicy pozwoliło na uzyskanie takich samych odległych wyników leczenia (72%) jak po przedniej resekcji (73%) w analogicznych stopniach zaawansowania. Ilość nawrotów miejscowych była również taka sama i wyniosła odpowiednio 3,6% i 4%.

Wnioski. Procedura chirurgiczna ASAR umożliwia resekcję R0 zaawansowanych raków dolnej części odbytnicy i dzięki temu wyniki leczenia nie różnią się od osiągniętych w operacjach górnej i środkowej części tego narządu. Słowa kluczowe: Rak odbytnicy, chirurgia, wyniki leczenia

Wczesne wyniki leczenia 35 chorych z niskim rakiem odbytnicy operowanych w Dolnośląskim Centrum Onkologii techniką TaTME

B. Kapturkiewicz, M. Bogusiak, P. Lesiak, A. Leszczyszyn-Stankowska, K. Szewczyk, P. Włodarczak, T. Sędziak, B. Bednorz, M. Kazanowski, M. Wapłak, M. Belda, M. Bębenek
I Oddział Chirurgii Onkologicznej, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Wstęp. Opublikowana przez A. Lacy praca wprowadzająca technikę TaTME wywołała w świecie chirurgicznym żywą dyskusję co do przydatności tej metody w leczeniu pacjentów z nisko położonym rakiem odbytnicy. Wyniki prezentowane przez różne ośrodki chirurgiczne zajmujące się tą metodą sugerowały jej dużą przydatność i skuteczność. **Cele.** Celem naszej pracy było sprawdzenie wczesnych wyników leczenia chirurgicznego chorych z niskim rakiem odbytnicy techniką *transanal total mesorectal excision*. Kolejnym celem była ocena doszczętności wycięcia oraz marginesów chirurgicznych i funkcjonalności zachowanych zwieraczy.

Materiał i metody. Materiał stanowiło 35 chorych operowanych w Dolnośląskim Centrum Onkologii w okresie od 5 maja 2016 roku do 28 lutego 2018 roku. Zastosowano technikę opisaną przez A. Lacy i wsp., początkowo hybrydowo, tj. z dostępu przezodbytnicowego endoskopowo i z otwarciem jamy brzusznej, a następnie klasycznie, przez dwa zespoły — endoskopowy i laparoskopowy.

Wyniki. Spośród 35 chorych operowanych techniką TaTME w naszym ośrodku zarejestrowaliśmy jeden zgon. Pozostali pacjenci znajdują się pod stałą obserwacją i kontrolą, nie stwierdzono u nich cech wznowy miejscowej. Spośród operowanych jedynie u jednego chorego stwierdzono niepewny radialny margines wycięcia. U wszystkich pozostałych pacjen-

tów zachowano doszczętność onkologiczną oraz adekwatną limfadenektomię i zadowalające marginesy chirurgiczne.

Wnioski. Metoda TaTME wydaje się być bardzo obiecująca pod względem doszczętności wycięcia i funkcjonalności, a także QoL, zwłaszcza u pacjentów, u których przewidywane są trudności techniczne.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, TaTME, metody operacyjne, laparoscopia

Badanie jakości życia kobiet po leczeniu raka piersi ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju leczenia operacyjnego

A. Gałka

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp. Współczesna medycyna szuka najbardziej skutecznego sposobu leczenia nowotworu piersi, który jednocześnie będzie miał najbardziej pozytywny wpływ na jakość życia kobiet.

Cel. 1. Czy wybór techniki operacyjnej ma związek z jakością życia kobiet operowanych z powodu raka piersi? 2. Który z zastosowanych zabiegów operacyjnych ma najkorzystniejszy wpływ na życie kobiet?

Materiał i metody. Badaniami objęto pacjentki operowane z powodu raka piersi następującymi metodami: grupa 1 — leczenie oszczędzające; grupa 2 — mastektomia; grupa 3 — mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją piersi. Zastosowano metody: ankieta własna, kwestionariusz przedstawiający Skalę Akceptacji Choroby AIS, kwestionariusz EORT, kwestionariusz EORT QL BR 23.

Wyniki i wnioski. Akceptacja choroby ma istotny wpływ na jakość życia kobiet leczonych na raka piersi. Wybór metody leczenia operacyjnego nie wpływa bezpośrednio na jakość życia. Akceptacja choroby była różnorodna wśród badanych trzech grup kobiet — najmniejszą odnotowano w grupie kobiet po mastektomii, a najwyższą po jednoczasowej rekonstrukcji piersi. Zastosowany zabieg mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją miał największy pozytywny wpływ na życie kobiet. Wśród zmiennych socjodemograficznych istotny wpływ na jakość życia miał fakt posiadania partnera, natomiast wśród zmiennych klinicznych — uboczne skutki terapii (utrata włosów, powikłania chemioterapii).

Słowa kluczowe: rak piersi, leczenie oszczędzające, mastektomia, jednoczasową rekonstrukcja, jakość życia.

Analiza powikłań w trakcie krzywej uczenia techniki TaTME (transanal total mesorectal excision) na podstawie 35 operowanych pacjentów z niskim rakiem odbytnicy

M. Bogusiak, B. Kapturkiewicz, P. Lesiak,

A. Leszczyszyn-Stankowska, K. Szewczyk, P. Włodarczak,

M. Kazanowski, B. Bednorz, T. Sędziak, M. Wapłak, M. Belda,

A. Balcerzak, M. Bębenek

Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Wstęp. W 2010 roku prof. A. Lacy zaproponował nową technikę resekcji odbytnicy z dostępu przez odbytowego (transanal total mesorectal excision — TaTME) w leczeniu operacyjnym niskich raków odbytnicy. Metoda ta, w odróżnieniu od dotychczas przeprowadzanych zabiegów brzuszno-krzyżowej i brzuszno-kroczonej resekcji odbytnicy, pozwalała na resekcję odbytnicy z zachowaniem prawidłowo funkcjonującego zwieracza odbytu.

Cele. Celem pracy była ocena skuteczności i powikłań pierwszych zabiegów techniką TaTME w leczeniu niskich raków odbytnicy w naszym ośrodku.

Materiał i metody. Pacjentów w wieku od 31 do 86 lat z rozpoznaniem rakiem gruczolowym odbytnicy położonymi do 6 cm od brzegu odbytu i zaawansowaniem od cT1 do cT4 zakwalifikowano do zabiegu resekcji odbytnicy techniką TaTME. Od maja 2016 r. do lutego 2018 r. w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu przeprowadzono łącznie 35 zabiegów techniką TaTME. Zastosowano początkowo technikę hybrydową, tj. z dostępu przez odbytowego endoskopowego i z otwarciem jamy brzusznej, a następnie klasycznie przez dwa zespoły — endoskopowy i laparoskopowy jednocześnie. U 27 zastosowano radioterapię przedoperacyjną, a 8 było operowanych bez leczenia przedoperacyjnego.

Wyniki. W okresie okołoperacyjnym zmarł jeden pacjent (pacjent był reoperowany z powodu martwicy jelita i ostatecznie zmarł). Pozostali pacjenci nie wymagali reoperacji i nie obserwowano poważnych powikłań. W obserwacji trwającej od 1 do 21 miesięcy u żadnego pacjenta nie stwierdzono wznowy procesu nowotworowego. U trzech pacjentów wystąpiła atonia pęcherza moczowego. U dwóch pacjentów zaburzenia wycofały się w ciągu miesiąca od zabiegu. U wszystkich pacjentów wylaniano ileostomię protekcyjną. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego wykonywano w okresie od 3 do 12 miesięcy od zabiegu operacyjnego. U żadnego z pacjentów po odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego nie obserwowano zespołu niskiej przedniej resekcji.

Wnioski. Zabieg techniką TaTME jest nowoczesną i trudną techniką operacyjną, ale pozwalającą na skuteczne onkologicznie resekcje z zachowaniem prawidłowej funkcji zwieraczy przy niskim odsetku powikłań.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, resekcja odbytnicy, dostęp przez odbytowy, TaTME

Technika TaTME — doświadczenia Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu na podstawie 35 przypadków chorych operowanych z powodu niskiego raka odbytnicy

P. Lesiak, B. Kapturkiewicz, M. Bogusiak, A. Leszczyszyn-Stankowska, P. Włodarczak, T. Sędziak, K. Szewczyk, B. Bednorz, M. Belda, M. Wapłak, M. Kazanowski, M. Bębenek
Oddział Chirurgii Onkologicznej I, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Wstęp. Raki zlokalizowane w dolnej części odbytnicy stanowią poważny problem chirurgiczny i do tej pory u części pacjentów wykonywano zabiegi brzuszno-kroczonej bądź brzuszno-krzyżowej resekcji odbytnicy. W 2010 r. opracowano technikę przezodbytnicowego całkowitego wycięcia mezorectum.

Cel. Celem naszej pracy była ocena przydatności i możliwości technicznych wykonania zabiegu przezodbytnicowego całkowitego wycięcia mezorectum (TaTME).

Materiał i metody. Od maja 2016 r. w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu wprowadzono technikę przezodbytnicowego całkowitego wycięcia mezorectum w leczeniu pacjentów z nisko zlokalizowanym rakiem odbytnicy. Do zabiegów kwalifikowano chorych na raka gruczołowego odbytnicy zlokalizowanego do 6 cm od brzegu odbytu oraz pacjentów z wysokim BMI i przewidywanymi trudnościami technicznymi w przypadku przedniej resekcji odbytnicy.

Wyniki. W okresie od 5 maja 2016 r. do 28 lutego 2018 r. w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu zoperowano 35 pacjentów metodą TaTME. Jeden pacjent zmarł z powodu powikłań pooperacyjnych. Pozostali chorzy żyją, pozostają w stałej kontroli onkologicznej, nie prezentują objawów wznowy.

Wnioski. Operacja TaTME okazała się skuteczna onkologicznie i pozwoliła na zachowanie zwieraczy u chorych, którzy byłiby poddani zabiegowi doszczętnemu z wyłonieniem permanentnej kolostomii.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, metody operacyjne, przezodbytnicowe całkowite wycięcie mezorectum, TaTME

Ocena jakości życia pacjentek chorych na raka piersi po różnych sposobach leczenia chirurgicznego

A. Danielak, A. Madej-Mierzwa, W. J. Kruszewski, M. Szajewski, J. Wydra, B. Szutowicz-Wydra
Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpital Morski im. PCK w Gdyni

Wstęp. Pacjentki chore na raka piersi coraz częściej leczymy, zaoszczędzając gruczoł piersiowy. W przypadku mastektomii oferujemy jednoczasowo lub w trybie odroczonej

rekonstrukcję gruczołu. Jednym z celów tego postępowania jest dbałość o jak najlepszą jakość życia pacjentek.

Cel. Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentek chorych na raka piersi po operacji, w zależności od zastosowanych metod leczenia chirurgicznego.

Materiał i metoda. Ocena jakości życia (QoL) przy pomocy kwestionariusza EORTC QLQ -C30 (version 3.0) oraz EORTC QLQ - BR23, przeznaczonych do oceny jakości życia u chorych na raka piersi. Analizie poddano kwestionariusze pochodzące od 594 pacjentek operowanych w latach 2010–2016. Minimalny czas obserwacji wyniósł 12 miesięcy. Pacjentki podzielono na grupy: poddane zabiegom rekonstrukcyjnym (A — 51 kobiet), leczeniu oszczędzającemu (B — 199 kobiet), amputacji piersi (C — 344 kobiety). Porównano pomiędzy grupami: globalną jakość życia, funkcjonowanie fizyczne, funkcjonowanie emocjonalne oraz spełnianie ról społecznych.

Wyniki. Wykazano istotną statystycznie różnicę w ocenie globalnej jakości życia ($p = 0,0001$) pomiędzy grupami A i C (wyższa w grupie A) oraz B i C (wyższa w grupie B), a także w funkcjonowaniu fizycznym ($p < 0,0001$) pomiędzy grupami A i C (lepsze w grupie A) oraz B i C (lepsze w grupie B), nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami A i B. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami przy porównaniu pozostałych parametrów.

Wnioski. Pacjentki poddane zabiegom oszczędzającym oraz rekonstrukcyjnym wykazują wyższą globalną jakość życia oraz lepsze funkcjonowanie fizyczne niż pacjentki po amputacji piersi.

Słowa kluczowe: ocena jakości życia, globalna jakość życia, funkcjonowanie fizyczne, rak piersi, leczenie oszczędzające, rekonstrukcja piersi, amputacja piersi.

Przedoperacyjny drenaż dróg żółciowych u pacjentów z żółtaczką mechaniczną w przebiegu guzów pola trzustkowo-dwunastniczego poddanych pd sposobem Whipple'a

M. Derejska, M. Durlik

Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

Wstęp. Zabieg wycięcia głowy trzustki wraz z dwunastnicą sp. Whipple'a jest operacją obciążoną dużym ryzykiem powikłań pooperacyjnych. U wielu pacjentów z guzami pola trzustkowo-dwunastniczego dochodzi do rozwoju żółtaczki mechanicznej stanowiącej dodatkowe obciążenie i czynnik ryzyka. Protezowanie dróg żółciowych ma w założeniu poprawiać stan ogólny pacjenta przed planowanym leczeniem operacyjnym, a przez to zmniejszyć ilość powikłań okołoperacyjnych oraz śmiertelność.

Materiał i metody. W okresie od października 2014 r. do września 2017 r. w Klinice Chirurgii Gastroenterologicz-

nej i Transplantologii CSK MSWiA wykonano 418 operacji wycięcia głowy trzustki wraz z dwunastnicą sposobem Whipple'a z powodu guzów pola trzustkowo-dwunastniczego, w tym u 146 (35%) pacjentów po przedoperacyjnym protezowaniu głównej drogi żółciowej oraz u 85 (20%) z żółtaczką mechaniczną operowanych bez wcześniejszego protezowania dróg żółciowych. Oceniano skutki przedoperacyjnego protezowania dróg żółciowych u pacjentów z żółtaczką mechaniczną poprzez analizę zgonów i powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza ciężkich (stopień III i IV w skali Clavien-Dindo).

Wyniki. Nie wykazano wpływu protezowania na zmniejszenie liczby powikłań pooperacyjnych. Stwierdzono znamienne statystycznie różnicę w odsetku ciężkich powikłań w skali Clavien-Dindo (51% vs 75%). U pacjentów protezowanych stwierdzono mniejsze ryzyko powikłań krwotocznych (13% vs 40%), ale wzrost ryzyka wystąpienia powikłań infekcyjnych (27% vs 15%). Protezowanie dróg żółciowych zmniejsza ryzyko zgonu u pacjentów z ciężkimi powikłaniami pooperacyjnymi i żółtaczką mechaniczną w wywiadzie. Protezowanie dróg żółciowych opóźnia natomiast leczenie chirurgiczne. Średni czas od protezowania do zabiegu operacyjnego wynosił 10 tygodni.

Wnioski. Rutynowe protezowanie dróg żółciowych u pacjentów z żółtaczką mechaniczną zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pozostaje nadal kwestią nie rozstrzygniętą. Na podstawie zebranego materiału jest ono korzystne dla pacjentów z żółtaczką mechaniczną, zmniejsza ryzyko ciężkich powikłań i reoperacji oraz zgonów. Znacząco jednak opóźnia rozpoczęcie leczenia chirurgicznego.

Słowa kluczowe: pankreatoduodenektomia, żółtaczka mechaniczna, protezowanie dróg żółciowych

Analiza wybranych wskaźników hematologicznych (NLR i PLR) u chorych operowanych z powodu raka piersi

M. Grolik¹, J. Tabor², J. Wajda², T. Burzyński³, W.M. Wysocki²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Wadowicach

²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

³Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Specjalistyczny Szpital im. L. Rydygiera w Krakowie

Cel. Ocena roli wyliczanych hematologicznych wskaźników NLR (liczba neutrofilów / liczba limfocytów) i PLR (liczba płytek / liczba limfocytów) u chorych operowanych z powodu raka piersi (RP).

Materiał i metody. Analiza objęła 311 chorych poddanych radykalnej zmodyfikowanej mastektomii sp. Maddena z powodu RP. Obliczono w całej grupie wartość złożonych wskaźników hematologicznych: NLR oraz PLR. Wartość wyliczoną

odniesiono do parametrów kliniczno-patologicznych: wiek chorych (< 50 i > 50 lat), masa ciała (< 60 i > 60 kg), BMI (< 25 i > 25 kg/m²), cukrzyca, skala ASA, wielkości guza (< 3 i > 3 cm), obecności przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych, wznowa miejscowej i rozsiew oraz czas przeżycia bez nawrotu choroby.

Wyniki. Wartość NLR wahała się od 0,48 do 27,75, a wartość PLR od 14,69 do 661,0. Średnia wartości NLR wyniosła 3,36, a PLR — 162,9. Wartość NLR > 5 stwierdzono u 54 pacjentów (17%). Wartość NLR > 5 zaobserwowano u 87% chorych > 50 roku życia oraz u 75% chorych z BMI < 25 i u 94% chorych, u których nie rozpoznano cukrzycy. Ponadto wartość NLR > 5 stwierdzono u 90% bez przerzutów w węzłach chłonnych, u 98% chorych bez rozsiewu systemowego i takiego samego odsetka chorych bez nawrotu miejscowego. U chorych, u których czas przeżycia bez nawrotu choroby przekraczał 5 lat, wartość NLR > 5 stwierdzono u 60% chorych; natomiast u chorych, u których czas przeżycia bez nawrotu choroby wynosił < 5 lat, odsetek chorych z NLR > 5 wynosił 40%.

Wartość PLR kategoryzowano w trzech grupach: I (PLR < 150; 55% chorych), II (PLR 150–300; 39,5% chorych) oraz III (PLR > 300; 4,5% chorych). W tej ostatniej grupie 78% chorych było > 50 roku życia, 86% nie miało cukrzycy, a u 93% nie stwierdzono rozsiewu nowotworu; u żadnej chorej z wartością PLR > 300 nie stwierdzono nawrotu miejscowego, a 72% chorych przeżyło co najmniej 5 lat bez cech objawów choroby.

Wnioski. Złożone wykładniki hematologiczne (NLR i PLR) mają potencjalną wartość rokowniczą u chorych na raka piersi; ich wartość koreluje z wybranymi wskaźnikami kliniczno-patologicznymi.

Porównanie skojarzonego leczenia cytoredukcyjnego z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (mitomycyna C lub oksaliplatyna) u chorych na nawrotowego raka jajnika z przerzutami do otrzewnej

J. Mielko, K. Rawicz-Pruszyński, A. Kurylcio, B. Ciseł, M.

Skórzewska, M. Cisło, W. Polkowski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp. Rak jajnika jest jedną z głównych przyczyn umieralności wśród kobiet na świecie. Przerzuty odległe, w tym do otrzewnej, stwierdza się u ponad 70% przypadków w chwili rozpoznania. Nawet po wdrożeniu zalecanego schematu terapeutycznego, opartego na mikroskopowo radykalnej chirurgii cytoredukcyjnej i adiuwantowej chemioterapii, u ponad połowy chorych na zaawansowanego raka jajnika dojdzie do nawrotu choroby.

Cel. Porównanie wczesnych i odległych wyników skojarzonego leczenia cytoredukcyjnego z chemioterapią do-

otrzewnową w hipertermii (z zastosowaniem mitomycyny C lub oksaliplatyny) u chorych na nawrotowego raka jajnika z przerzutami do otrzewnej.

Materiały i metody. Analizą objęto 44 chore na nawrotowego raka jajnika, u których wykonano operację cytoredukcyjną (*cytoreductive surgery* — CRS) metodą otwartą w połączeniu z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (*hyperthermic intraperitoneal chemotherapy* — HIPEC) z wykorzystaniem mitomycyny C (grupa MMC) lub oksaliplatyny (grupa OXA).

Wyniki. Chorobowość (obliczana za pomocą wskaźnika chorób współwystępujących Charlsona, CCI) w grupie OXA była statystycznie istotniejsza w porównaniu do grupy MMC ($p = 0,049$). W grupie MMC stwierdzono dłuższy czas przeżyć całkowitych w stosunku do grupy OXA (kolejno 44 i 38 miesięcy). Rodzaj wykorzystanego chemioterapeutyku nie miał wpływu na czas hospitalizacji. Analiza wieloczynnikowa wyodrębniła cztery niezależne czynniki przeżyć całkowitych: rozległość zrakowacenia otrzewnej w skali PCI (*peritoneal cancer index*), wartość markera CA-125 w surowicy krwi, oraz stopień i zakres chirurgii cytoredukcyjnej.

Wnioski. U chorych na nawrotowego raka jajnika, CRS i HIPEC z wykorzystaniem mitomycyny C wiąże się z niższą liczbą powikłań oraz wyższym wskaźnikiem przeżyć całkowitych w porównaniu do CRS i HIPEC z oksaliplatyną. Wykonanie doszczętnej operacji cytoredukcyjnej jest najważniejszym czynnikiem rokowniczym zależnym od operatora.

Możliwości i ograniczenia radykalnego leczenia raka przełyku na podstawie doświadczeń własnych

M. Jankowski

Katedra Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp. Nowotwory złośliwe przełyku pomimo postępów w diagnostyce i terapii są związane ze złym rokowaniem i nadal stanowią poważny problem terapeutyczno-diagnostyczny.

Cel. Ocena wyników leczenia skojarzonego raka przełyku w aspekcie nowoczesnego, skojarzonego postępowania terapeutycznego.

Materiał. W latach 2015–2017 w Klinice Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Centrum Onkologii w Bydgoszczy, zoperowano z intencją wyleczenia 58 chorych na raka przełyku. Zespolenie na szyi wykonano u 24 chorych, zespolenie w klatce piersiowej u 34 (59%) chorych. 24 (41%) chorych otrzymało terapię przedoperacyjną. Średni czas zabiegu wyniósł 320 minut, średni pobyt na oddziale 22 dni (7–188). Powikłania pooperacyjne (I–V wg Clavien-Dindo) dotyczyły 29 (50%) chorych, w tym nie-

szczelności 11 (19%) chorych, a reoperacje 7 (12%) chorych. Śmiertelność okołoperacyjna wyniosła 5% (3 chorych).

Wyniki. W badaniu pooperacyjnym opisano stopnie zaawansowania I, II oraz III odpowiednio u 2 (3%), 26 (45%) i 23 (39%) chorych, a całkowitą odpowiedź patologiczną u 6 (10%) chorych. Nawrót choroby zaobserwowano u 15 (26%) chorych, średni czas do nawrotu wyniósł 11 miesięcy. Obecnie w regularnej kontroli pozostaje 40 (69%) chorych.

Nie odnotowano wpływu terapii przedoperacyjnej na występowanie powikłań pooperacyjnych. Obecność przerzutów do węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym oraz III stopień zaawansowania wg WHO miały negatywny wpływ na przeżycia całkowite (*overall survival*) oraz przeżycia wolne od choroby (*disease free survival*) ($p < 0,05$).

Wnioski. Leczenia operacyjne raka przełyku wiąże się z dużym ryzykiem wystąpienia powikłań okołoperacyjnych, co wymaga od ośrodka leczącego niezbędnego doświadczenia. Ryzyko nawrotu choroby jest związane przede wszystkim z wyższym pierwotnym zaawansowaniem choroby.

Bezpieczeństwo i przydatność kliniczna przedobytniczej chirurgii endoskopowej (TEO/TEM) na podstawie doświadczeń własnych

M. Jankowski, D. Bała, D. Wiśniewski,
K. Tkaczyński, W. Zegarski

Katedra Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp. Przedobytnicza chirurgia endoskopowa (TEO/TEM) daje unikalną możliwość przeprowadzenia małoinwazyjnych zabiegów resekcyjnych w przypadku dystalnej lokalizacji guzów jelita grubego.

Cel. Ocena techniki wartości klinicznej techniki TEO/TEM w zakresie wykorzystywania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym u chorych na guzy odbytnicy.

Materiał. W Klinice Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2016–2017 przeprowadzono 23 zabiegi TEO/TEM u chorych ze zdiagnozowanymi wstępnie łagodnymi zmianami odbytnicy lub guzami neuroendokrynnymi.

Wyniki. Konwersję do zabiegu otwartego przeprowadzono u jednego chorego. Po zabiegu na podstawie badania patologicznego rozpoznano gruczolakoraka postawiono u 10 (43%) chorych, z których jeden chory (4%) został zakwalifikowany do TME (pT2), a 9 (39%) chorych pozostało w obserwacji (pT1). Średni czas hospitalizacji po TEO/TEM wyniósł 2 dni. U jednego chorego wystąpiło krwawienie zaopatrzone endoskopowo, nie obserwowano innych powikłań. W obserwacji pozostają wszyscy chorzy, u jednego (4%) zaobserwowano problemy anorektalne pod postacią

uczucia parcia na stolec, uczucia niepełnego wypróżnienia, zwężenie rozpoznano u 1 chorego (4%).

Wnioski. Przewodnicząca chirurgia endoskopowa (TEO/TEM) jest bezpieczną i użyteczną metodą uzupełniającą techniki operacyjne u chorych na guzy odbytnicy. Pozwala na skuteczne zdiagnozowanie choroby i daje możliwość skutecznego leczenia małoinwazyjnego.

Podskórna mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka w materiale Oddziału Chirurgii Onkologicznej SP ZOZ MSWiA w Białymstoku

L. Kozłowski, A. Dmitruk, P. Oleksza,

M. Juchimiuk, K. Rogowski

Oddział Chirurgii Onkologicznej, SP ZOZ MSWiA w Białymstoku

Wstęp. Nowoczesne leczenie chirurgiczne w onkologii niesie za sobą nowe wyzwania. Pacjenci leczeni z powodu nowotworów oczekują nie tylko skutecznego i radykalnego zabiegu chirurgicznego jako elementu leczenia skojarzonego, ale także dobrego efektu kosmetycznego czy zachowania funkcji narządu, z którego wywodzi się nowotwór.

Cel. Celem pracy była ocena wczesnych wyników leczenia pacjentek chorych na raka piersi, u których metodą radykalnego leczenia chirurgicznego była podskórna mastektomia z zachowaniem kompleksu otoczka-brodawka z jedno- lub dwuetapową rekonstrukcją, w przypadku przeciwwskazań do zabiegu oszczędzającego (BCT) i jako alternatywa do mastektomii z biopsją węzła wartownika lub zmodyfikowanej mastektomii.

Materiał i metody. Badaniem objęto 78 pacjentek leczonych od kwietnia 2015 do grudnia 2017 w Oddziale Chirurgii Onkologicznej SP ZOZ MSWiA w Białymstoku. Podskórna mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka z jednoczasową rekonstrukcją protezą, lub dwuetapowo z ekspanderem, była przeprowadzana u pacjentek z przeciwwskazaniami do zabiegu oszczędzającego (BCT), z wieloogniskowym rakiem piersi w I i II stopniu zaawansowania klinicznego oraz u pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi po leczeniu neoadiuwantowym, u których uzyskano całkowitą lub prawie całkowitą remisję. Oceniano ten sposób leczenia chirurgicznego pod względem bezpieczeństwa onkologicznego/radykalizmu chirurgicznego, efektu kosmetycznego tego sposobu leczenia operacyjnego oraz zadowolenie pacjentek z tej metody leczenia.

Wyniki. Podskórna mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka jest alternatywnym leczeniem chirurgicznym dla pacjentek chorych na raka piersi, u których istnieją kliniczne przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu oszczędzającego, w przypadku raków piersi wieloogniskowych w I i II stopniu zaawansowania klinicznego oraz

dla pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi, u których po leczeniu neoadiuwantowym obserwowano prawie całkowitą lub całkowitą remisję. Jest to zabieg bezpieczny onkologicznie i powszechnie akceptowany przez pacjentki, u których został przeprowadzony. Dobry i bardzo dobry efekt kosmetyczny był stwierdzony u 83% pacjentek leczonych tą metodą. W okresie 31 miesięcy obserwacji nie zaobserwowano zwiększonego odsetka wznów miejscowych, potrzeby powtórnej operacji, powikłań pooperacyjnych — przy powszechnej akceptacji sposobu leczenia tą metodą chirurgiczną. W celu opracowania szczegółowych wyników badania systematycznie zwiększana jest liczba pacjentek leczonych tą metodą chirurgiczną i potrzeba czasu obserwacji do sprecyzowania ostatecznych wyników badania. Mamy głębokie przekonanie, że jest to metoda leczenia chirurgicznego, która jest stosowana we wszystkich ośrodkach zajmujących się nowoczesnym leczeniem pacjentek chorych na raka piersi w Polsce.

Wnioski. Podskórna mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka jest zabiegiem alternatywnym dla pacjentek, u których ze wskazań klinicznych nie można wykonać zabiegu oszczędzającego (BCT), dla pacjentek z wieloogniskowym rakiem piersi, z miejscowo zaawansowanym miejscowo rakiem piersi z dobrą odpowiedzią po leczeniu neoadiuwantowym. Jest to zabieg bezpieczny pod względem onkologicznym i akceptowalny przez zdecydowaną większość pacjentek, u których zastosowano tę metodę leczenia chirurgicznego.

Resekcje trzustki — wczesne powikłania pooperacyjne

S. Głuszek^{1,2}, M. Kot², J. Haduch³, J. Matykievicz²

¹Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych i Pracownią Genetyki, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

²Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Wstęp. Resekcje trzustki należą do najtrudniejszych procedur chirurgicznych i nadal są obciążone dużym odsetkiem powikłań.

Cel pracy. Celem pracy była analiza wczesnych powikłań pooperacyjnych po resekcjach trzustki.

Materiał i metoda. Analizie poddano przebiegi pooperacyjne u 100 chorych po zabiegach resekcyjnych trzustki.

Wyniki. Najczęściej wskazaniami do resekcji trzustki były: rak (brodawki Vatera — 30, trzustki — 24), guzy zapalne (16), łagodne guzy torbielowate (12); w 8 przypadkach resekcja

trzustki (dystalna) była elementem składowym operacji z powodu zaawansowanego raka żołądka; pozostałe to: chłoniak (2), guz neuroendokryny (2), gruczolak z dysplazją dużego stopnia brodawki Vatera (2), GIST (1), IPNM (1), fibromatoza (1), uraz (1). Najczęściej wykonywaną operacją było częściowe wycięcie narządu (77: resekcja proksymalna — 38, resekcja dystalna — 39); całkowitą pankreatektomię wykonano u 20 chorych; u 3 chorych operacja ograniczyła się do wycięcia guza. Dominującymi powikłaniami pooperacyjnymi były przetoki trzustkowe (7%) oraz krwotoki (5%).

Tylko 1 przypadek przetoki był leczony operacyjnie. We wszystkich przypadkach powikłań krwotocznych konieczna była interwencja chirurgiczna (u 2 chorych — kilkakrotna). W okresie pooperacyjnym zanotowano 4 zgony (4%).

Wnioski. Chirurgia trzustki nadal pozostaje dyscypliną bardzo trudną, wymagającą nie tylko doskonałej techniki operacyjnej, ale również umiejętności leczenia powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: nowotwory trzustki, resekcja trzustki, powikłania pooperacyjne

Skorowidz AUTORÓW

A

Al-Amawi T.	13
Alchimowicz J.	9
Antoniak K.	5
Arłukowicz E.	22

B

Balcerzak A.	31, 34
Balcerzak W.	22
Bała D.	37
Bednorz B.	28, 33, 34, 35
Belda M.	28, 33, 34, 35
Bębenek M.	28, 31, 33, 34, 35
Bielawska K.	28
Bielecki K.	8
Bielewicz M.	9
Bogacki P.	26, 30
Bogusiak M.	28, 33, 34, 35
Bohatyrewicz A.	5, 11
Bojarowski T.	32
Budzyński A.	5
Bujko K.	7
Burzyński T.	36
Bylina E.	17

C

Chmielarz A.	12
Ciesielski M.	19, 20, 21, 22, 27
Ciseł B.	14, 36
Cisło M.	36
Comez T.	19
Cybulski C.	3
Czarnecka M.	9
Czarnecki M.	12
Czarnecki R.	32
Czarnecka A.	12

D

Danielak A.	35
Dąbrowski K.	32
Dedecjus M.	29
Derejska M.	35
Dmitruk A.	38
Dobiecki K.	5
Dobrut M.	13, 29
Domosławski P.	22
Donocik K.	13, 29
Dratkiewicz E.	24
Drozdowski P.	13, 29
Durlik M.	35

F

Forkasiewicz Z.	22
Frontali A.	14

G

Gach T.	26
Gałczyński J.	29
Gałka A.	34
Głowacka-Mrotek I.	12
Głuszek S.	25, 31, 38
Goryń T.	18
Góralski P.	29
Grajek M.	12, 13, 29
Grodzki T.	9
Grolik M.	36
Gulotta G.	14

H

Haduch J.	38
Halczak M.	13
Hap A.	32
Herman K.	15, 16
Höckel M.	6

I

Idaewor P.	19
------------	----

J

Jakubik J.	15
Janiszewski M.	15
Jankowski M.	37
Janowski H.	9
Jarosz S.	28
Juchimiuk M.	38

K

Kalemba M.	13, 29
Kaliszewski K.	22, 23
Kalwas M.	15
Kamzol W.	30
Kapturkiewicz B.	28, 33, 34, 35
Kaseja K.	9
Kazanowski M.	28, 33, 34, 35
Kenig J.	20, 23, 24
Khorau A.	32
Kibil W.	27
Klimczak A.	17
Kładny J.	13
Kołodziej-Rzepa M.	30
Komor A.	18

Komorowski A.	14
Kot M.	25, 38
Kotrych D.	5, 11
Kozak J.	8
Kozielek K.	2
Kozłowski L.	28, 38
Krajewski P.	3
Krakowczyk Ł.	13, 29
Kruszewski W.J.	6, 19, 20, 21, 22, 27, 35
Kubisa B.	9
Kurylcio A.	14, 36
Kwietniak M.	13

L

Lanschot J.J.B. van	1
Lazarevska A.	19
Lenckowski R.	21
Lener M.	3
Lesiak P.	28, 33, 34, 35
Leszczyszyn-Stankowska A.	28, 33, 34, 35
Lewandowska M.A.	19
Lubiński J.	3

Ł

Łaba J.	26
Łobaziewicz W.	28
Ługowska I.	17

M

Maciąg B.	9
Maciejewski A.	12, 13, 29
Madej-Mierzwa A.	35
Marino M.V.	14
Masojc B.	4
Mastalerz K.	20, 23, 24
Matkowski R.	24
Matykiewicz J.	25, 38
Michalik C.	23
Mielko J.	14, 36
Mituś J.W.	14, 15, 16, 20, 23, 24, 30

N

Nawacki Ł.	25
Nejc D.	15
Niwińska A.	10
Nowak D.	24
Nowikiewicz T.	12, 14

O

Obuszko Z.	32
Oleksza P.	38
Osuch C.	17

P

Pęksa R.	19, 21
Pęskiewicz K.	15
Piekarz P.	17
Pieńkowski A.	18
Pieróg J.	9
Pierzankowski I.	25
Pietraszek-Gremplewicz K.	24
Polkowski W.	14, 36
Połom K.	7
Pryt M.	15

R

Radecka B.	2
Rawicz-Pruszyński K.	14, 36
Rogowski K.	38
Rudnicki J.	17
Rutkowski P.	4, 17, 18
Rząca M.	31, 32

S

Saad Abdalla Al-Zawi A.	18, 19
Sas-Korczyńska B.	30
Sebastian M.	17
Sędziak T.	28, 33, 34, 35
Shabat G.	14
Simiczjew A.	24
Skoczylas J.	18
Skorus U.	20, 23, 24

Skórzewska M.	14, 36
Solecki R.	26
Spychalska N.	20, 21, 22, 27
Sroczyński M.	17
Stachlewska-Nasfeter E.	29
Staszek-Szewczyk U.	26
Strączyński M.	12
Supel M.	21
Szajewski M.	19, 20, 21, 22, 27, 35
Szamotołska K.	17
Szefel J.	20, 21, 22
Szemitko M.	7
Szewczyk K.	26, 28, 33, 34, 35
Szloch J.	27
Szumniak R.	13, 29
Szura M.	26, 30
Szutowicz-Wydra B.	35
Szwed W.	26, 30

Ś

Śliwiński A.	3
--------------	---

T

Tabor J.	36
Talerczyk M.	1
Tarkowska M.	12
Tarkowski R.	31, 32
Tetrycz P. –	17, 18
Tkaczyński K.	37

U

Ulczoł R.	13, 29
-----------	--------

W

Wajda J.	28, 36
Walczak D.	12, 13, 29
Walczak J.	19, 20, 21, 27
Waplak M.	28, 33, 34, 35
Wicherek Ł.	6
Wierzoń J.	13, 29
Wilczek M.	30
Wiśniewski D.	37
Wiśniewski W.	7
Witkiewicz W.	32
Włodarczak P.	28, 33, 34, 35
Wojtasik P.	13
Wojtczak B.	22
Wojtyś M.	9
Wójcik J.	9
Wójcik N.	9
Wydra J.	20, 21, 22, 35
Wysocki W.M.	27, 28, 30, 36

Z

Zawadzki M.	32
Zdzenicki M.	4
Zegarski W.	12, 14, 37
Zeman M.	12
Zielińska K.	26
Zieliński J.	19, 20, 21
Zieniewicz K.	10
Ziętek M.	24
Ziętek P.	5

Ż

Żyłka A.	29
----------	----