

Lizboński akord

W dniach 14–15 lutego 2014 r. odbyło się w Lizbonie pierwsze międzynarodowe spotkanie w celu wypracowania konsensusu w temacie zatytułowanym „Rak odbytnicy — kiedy nie operować”. Dyskusja nad obecną i przyszłą praktyką kliniczną miała na celu określenie nowych opcji leczenia raka odbytnicy. Wykłady dotyczyły wielu zagadnień obejmujących wpływ tzw. całkowitej odpowiedzi uzyskanej po radio- i chemioterapii na postępowanie u chorych na raka odbytnicy. Organizatorem spotkania była Fundacja Champalimaud (właściciel sieci handlowej *Biedronka* w Polsce). Komitetowi Naukowemu przewodniczyli Bill Heald, Geerard Beets i Carlos Carvalho. Wśród wykładowców znaleźli się przedstawiciele chirurgii, radiologii, radioterapii i patologii, m.in. Angelita Habr-Gama, Regina Beets-Tan, Gina Brown, Chris Cunningham, Jean-Pierre Gerard, Philippe Rouanet, Werner Hohenberger, Philip Quirke oraz Vincenzo Valentini.

Wyniki obrad nt. możliwości leczenia oszczędzającego, polegającego na intensywnej obserwacji (nadzór) po uzyskaniu całkowitej regresji po radio- i chemioterapii chorych na raka odbytnicy, podsumować można następująco:

Potrzeba więcej dowodów naukowych

- Badania randomizowane są niewykonalne.
- Współpraca międzynarodowa (rejestr) jest konieczna.
- Konieczny jest dłuższy czas obserwacji chorych.

Definicja całkowitej odpowiedzi klinicznej

Całkowita: prawidłowa błona śluzowa lub blizna pokryta gładką błoną śluzową, prawie całkowita, niecałkowita.

Czas jej zdiagnozowania: 8–12 tygodni po zakończeniu radioterapii.

Nie należy pobierać biopsji (endoskopowo) w ciągu pierwszych 12 tygodni po radioterapii, gdyż jej wynik jest niemiarodajny.

Badania obrazowe: MRI (*tumour regression grade*) i/lub PET-CT.

Strategia nadzoru

Badanie *per rectum*, endoskopia, badania obrazowe — intensywne w 1. roku obserwacji.

- Opcje w odpowiedzi prawie całkowitej:
- wycięcie miejscowe przez odbyty (TEM),
- ścisły nadzór MRI lub PET-CT z badaniem *per rectum* i rektoskopią.

Schemat leczenia w okresie „obserwacji”

Rozważyć chemioterapię konsolidacyjną.

Brak dowodów na skuteczność chemioterapii uzupełniającej (adiuwantowej):

- po resekcji/amputacji odbytnicy, poprzedzonej przedoperacyjną radio-, chemioterapią.

Możliwości eskalacji dawki radioterapii:

- kontaktowa (endokawitarna), brachyterapia, EBRT, IMRT.

Terminologia

Wczesna wznowa miejscowa/wczesny odrost:

- prawdopodobnie bardziej agresywna.

Późna wznowa/odrost:

- prawdopodobnie mniej agresywna.

Arbitralnie określony przedział czasu: 1 rok.

Zawsze rozważyć ocenę odpowiedzi:

Jeśli choremu zaproponowano radio-, chemioterapię, obserwacja/nadzór może być opcją postępowania, gdy zdiagnozowano całkowitą odpowiedź kliniczną (nie jest to błąd w sztuce).

Chorzy, którzy mogą odnieść największą korzyść:

- z niskimi rakami odbytnicy (w zasięgu badania palcem),
- w wieku podeszłym lub obciążeni ciężkimi chorobami współistniejącymi.

Jeśli wybrano radioterapię 5 × 5 Gy, można zastosować długi interwał czasowy i chemioterapię w czasie jego trwania.

Współdział chorego w podejmowaniu decyzji jest konieczny po zapewnieniu pełnej i wyczerpującej informacji.

Spodziewane są kolejne spotkania międzynarodowe na tematy związane z doskonaleniem leczenia chirurgicznego chorych na raka odbytnicy.

Prof. dr hab. n. med. Wojciech P. Polkowski

Klinika Chirurgii Onkologicznej
Uniwersytet Medyczny im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie
e-mail: wojciech.polkowski@umlub.pl

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bujko

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