

Nowotwory

Journal of Oncology

Redaktorzy Działów | Sections Editors

B. Bobek-Billewicz	— diagnostyka obrazowa diagnostic imaging
J. Didkowska	— epidemiologia epidemiology
J. Fijuth	— radioterapia radiotherapy
R. Kordek	— biologia nowotworów tumor biology
P. Rutkowski	— chirurgia surgery
K. Urbański	— ginekologia onkologiczna gynecological oncology
K. Warzocha	— onkohematologia oncohematology
M. Welnicka-Jaśkiewicz	— onkologia kliniczna clinical oncology

Rada Redakcyjna | Editorial Board

M. Baum (UK)	L.J. Peters (Australia)
M. Baumann (Niemcy)	J. Reguła (Polska)
H. Bonnefoi (Francja)	M. Reinfuss (Polska)
L. Cataliotti (Włochy)	R. Rosell (Hiszpania)
M. Dębiec-Rychter (Belgia)	M.I. Saunders (UK)
R. Dziadziuszko (Polska)	J.A. Siedlecki (Polska)
A. Eggermont (Francja)	E. Sierko (Polska)
A. Ferlito (Włochy)	B. Sikic (USA)
K. Herman (Polska)	K. Składowski (Polska)
M. Gospodarowicz (Kanada)	I.E. Smith (UK)
S. Grodecka-Gazdecka (Polska)	H.D. Suit (Kanada)
H. zur Hausen (Niemcy)	R. Suwiński (Polska)
J. Jassem (Polska)	E. Starosławska (Polska)
A. Jeziorski (Polska)	I. Tannock (Kanada)
A. Kawecki (Polska)	K.R. Trott (UK)
B. Koczwara (Australia)	A. Turrisi (USA)
M. Krawczyk (Polska)	C.J.H. van de Velde (Holandia)
M. Krzakowski (Polska)	J.B. Vermorken (Belgia)
M. Litwiniuk (Polska)	J. Walewski (Polska)
B. Maciejewski (Polska)	M. Werner-Wasik (USA)
A. Nasierowska-Guttmejer (Polska)	P.H. Wiernik (USA)
Z.I. Nowecki (Polska)	M. Wojtukiewicz (Polska)
J. Overgaard (Dania)	P. Wysocki (Polska)

Redaktor Naczelny | Editor in Chief:

Edward TOWPIK (Polska)

Redaktor | Co-Editor:

Richard F. MOULD (United Kingdom)

Redaktor | Co-Editor:

Wojciech M. WYSOCKI (Polska)

Nowotwory

Journal of Oncology

ukazuje się od 1923 roku, początkowo jako
Biuletyn Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka
od 1928 roku — *NOWOTWORY*
od 2001 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

dwumiesięcznik | bimonthly

oficjalny organ | official organ of the



POLSKIEGO TOWARZYSTWA
ONKOLOGICZNEGO

POLISH ONCOLOGICAL SOCIETY



CENTRUM ONKOLOGII — INSTYTUTU
im. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE

MARIA SKŁODOWSKA-CURIE
MEMORIAL CANCER CENTER
AND INSTITUTE OF ONCOLOGY

czasopismo | journal of the



POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

POLISH SOCIETY
OF SURGICAL ONCOLOGY

Redaktor techniczny | Managing Editor: Olga Strzelec

Journal Club: Anna Kowalczyk, Ewa Szutowicz-Zielińska, Anna Wrona, Krzysztof Konopa

Adres Redakcji | Address of the Editorial Office:

Centrum Onkologii — Instytut
im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, Poland
tel. (48) 22 546 20 21, faks (48) 22 643 93 80
e-mail: redakcja@coi.waw.pl
www.nowotwory.viamedica.pl

Adres Wydawcy | Address of the Publisher:

VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k.
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk
tel. (48) 58 320 94 94, faks (48) 58 320 94 60
e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl

NOWOTWORY Journal of Oncology

jest indeksowany w: Biochemistry & Biophysics Citation Index,
CAS, CrossRef, EMBASE, Free Medical Journals,
Google Scholar, Index Copernicus (95,32), MNiSzW (9),
Polskiej Bibliografii Lekarskiej, Scopus, SJR
oraz Ulrich's Periodicals Directory

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

Informacje dotyczące zakresu tematycznego pisma, zasad deponowania prac, przebiegu procesu recenzji i publikacji tekstów zamieszczono na stronie internetowej www.nowotwory.viamedica.pl

PL ISSN 0029-540X

SUPLEMENT 1

XXII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

Streszczenia



redakcja suplementu

Piotr RUTKOWSKI
Edward TOWPIK
Wojciech WYSOCKI

KRAKÓW, 16–17 WRZEŚNIA 2016 ROKU

Szanowni Państwo,

Z dumą i radością witamy w Krakowie na XXII Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i poprzedzającej go XXXIII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTChO.

Zjazd PTChO odbywa się w nietypowym terminie — od 16 do 17 września 2016 r. Powodem zmiany był właśnie zakończony w Krakowie — po raz pierwszy w Polsce — kongres European Society of Surgical Oncology. Zarząd PTChO uznał, że święto europejskiej chirurgii onkologicznej warto połączyć z najważniejszym corocznym wydarzeniem dla polskich chirurgów onkologicznych — kolejnym Zjazdem PTChO. Dlatego oba te ważne dla naszej społeczności wydarzenia odbywają się w łączności czasowej w tym samym nowoczesnym centrum kongresowym, niemal vis-à-vis Wzgórza Wawelskiego.

Program Zjazdu PTChO obejmie szereg zagadnień znajdujących się w obszarze zainteresowań chirurgów onkologów — w szczególności raka jelita grubego, raka piersi, czerniaki, mięsaki tkanek miękkich, nowotwory gruczołów dokrewnych. W programie uwzględniono stałe elementy naszych dorocznych spotkań, m.in.: spotkanie Konsultantów Wojewódzkich, Rejestr GIST oraz sesje przygotowane przez Sekcję PTChO, a także Sesję Młodych i Sesję Pielęgniarską. Zjazdowi — tradycyjnie — towarzyszy kurs wprowadzający do specjalizacji z chirurgii onkologicznej. Podczas Zjazdu odbędzie się także Walne Wyborcze Zgromadzenie Członków Towarzystwa, podczas którego wspólnie dokonamy wyboru nowego Zarządu i Prezesa Elekta PTChO.

Zamiarem Komitetu Naukowego, Organizacyjnego oraz Zarządu PTChO jest, aby nasze zjazdy były okazją do wymiany praktycznych doświadczeń klinicznych i otwartej dyskusji. Życzymy Państwu, aby tak właśnie się stało.

Witamy w Krakowie!



Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Herman
Przewodniczący
Komitetu Naukowego



Prof. dr hab. n. med.
Piotr Rutkowski
Przewodniczący
Komitetu Naukowego



Dr hab. n. med.
Wojciech Wysocki
Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego

Spis treści

Wykłady	1
Prezentacje ustne	17
Prezentacje plakatowe	19
Skorowidz autorów	42

WYKŁADY

Współczesne standardy postępowania w raku żołądka — aktualizacja 2016

A. Jeziorski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Diagnostyka.

— obowiązkowa:

1. Badanie endoskopowe z pobraniem wycinków i określeniem typu raka (jelitowy/rozlany)
2. Test na HP
3. TK jamy brzusznej z określeniem stanu regionalnych węzłów chłonnych.
4. EUS w przypadku podejrzenia wczesnego raka żołądka.

— uzupełniająca:

1. Rtg klatki piersiowej
2. USG jamy brzusznej
3. Określenie stanu HER2 z pobranych wycinków.

W przypadkach podejrzenia rozsiewu wewnątrztrzewnowego niewidocznego w USG/TK, na co wskazuje wodobrzusze i/lub widoczny guz jajnika, a także w przypadku guzów $\geq T2 M0$, należy wykonać diagnostyczną laparoskopię, z pobraniem płynu do oceny cytologicznej przed planowaną laparotomią.

Leczenie chirurgiczne.

Po wykluczeniu obecności przerzutów odległych:

1. W przypadku raka wczesnego żołądka zabieg może być ograniczony do usunięcia częściowego żołądka lub endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej, jeśli T1aN0, G1, średnica zmiany do 2 cm; w przypadku wieloogniskowości należy usunąć cały żołądek; zakres limfadenektomii w przypadku raka wczesnego leczonego operacyjnie powinien obejmować co najmniej D1+.

2. W przypadku rozpoznania zaawansowanego raka ($\leq T2N0$) położonego w części dystalnej, typu jelitowego wg Lauren, można wykonać prawie całkowite wycięcie dalszej części żołądka. W przypadkach takich zaleca się wycięcie obwodowej części żołądka z marginesem ≥ 5 cm od guza.
3. W pozostałych przypadkach zaawansowanego raka oraz raka każdej wielkości guza będącego typem rozlanym należy wykonać całkowite wycięcie żołądka.
4. We wszystkich operacjach o charakterze radykalnym (R0) obowiązuje wykonanie limfadenektomii D2.

Leczenie skojarzone.

1. U każdego chorego z potencjalnie resekcyjnym rakiem żołądka, w stopniu zaawansowaniu cT3–4, każde N, M0, u którego zakładamy możliwość wykonania operacji R0 należy rozważyć chemioterapię okołoperacyjną;
2. U chorych po resekcji częściowej lub całkowitej, w zaawansowaniu pT3–4 N0M0 lub każde pT N(+) M0 oraz chorych z rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego zaleca się zastosowanie adiuwantowej radio-chemioterapii (o ile przez leczeniem chirurgicznym nie rozpoczęto chemioterapii okołoperacyjnej);
3. U chorych z zaawansowanym, miejscowo nieresekcyjnym guzem, ale bez obecnych przerzutów odległych (T4, każde N, M0) należy rozważyć zastosowanie chemioterapii indukcyjnej w intencji ponownej laparotomii i próby usunięcia narządu objętego nowotworem;
4. U chorych z pierwotnie uogólnionym procesem nowotworowym zaleca się zastosowanie chemioterapii paliatywnej;
5. U chorych z uogólnioną chorobą nowotworową, u których jest ekspresja HER2, zalecane jest rozważenie leczenia celowanego;
6. W nieresekcyjnych nawrotach zaleca się rozważenie chemioterapii i ponowienie próby resekcji.

Badanie podatności zachorowania na nowotwory złośliwe — dziedziczny rak piersi i jajnika

Diagnosis of predisposition to malignant tumors — hereditary breast and ovarian cancers

J. Lubiński

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Hereditary breast and ovarian cancers are a group of syndromes that involve high predisposition to above cancers and an autosomal dominant with high penetrance pattern of inheritance.

Genetic factors and risk assessment

Breast and ovarian cancer among carriers of BRCA1/BRCA2 mutations. Among BRCA1 carrier the average cumulative risk of breast cancer by 80 years of age is 70% and of ovarian cancer 45%. Among BRCA2 carriers these average cumulative risks are 70% and 10% respectively.

After a first breast cancer, BRCA1 and BRCA2 carriers have also a substantial risk of contralateral breast cancer. 70% of breast cancers that develop in BRCA1 carriers are “triple negative”. BRCA2 carriers are “triple negative” in 15% only. Serious ovarian cancers predominate in both types of carriers. Risk of breast or ovarian cancer is higher among carriers with a positive family history, however for ~40% of carriers breast/ovarian cancer family history is negative although the risk of these cancers is substantially increased.

By 70 yrs of age, the cumulative risk of breast cancer is ~7% among men with BRCA2 mutations.

Hereditary breast and ovarian cancer due to genes other than BRCA1 and BRCA2. High (> 20–25%) lifetime risk of breast cancers has been reported also in carriers of mutations in such genes like PALB2, CHEK2, PTEN, TP53, STK11, CDH1 and, recently, RECQL.

Hereditary breast and ovarian cancer without an identified genetic cause. At present, majority of persons with a suspected hereditary predisposition to breast and ovarian cancer have not been found to have a mutation that is pathogenic. For these patients, integrating estimates of cancer risks according to family history with other clinical factors, are recommended.

The most popular tools include BOADICEA (ccge.medschl.cam.ac.uk/boadicea/), BRCAPro and Tyrer-Cuzick model (www.cancertechnology.co.uk/ibis-software-tyrer-cuzick-model).

Screening for mutations

Next generation sequencing (NGS). NGS analyses are now available which allow BRCA1 and BRCA2 sequencing for 200 USD. With such cost it seems that NGS of BRCA1/BRCA2 should be considered by all women, because, actually, it is life-saving procedure.

In addition to BRCA testing NGS panels of other cancer risk genes are also available now. This cost is only slightly higher than NGS of BRCA1/BRCA2.

Founder mutations. For several countries/ethnic groups genetic testing is much more cost-effective because of high prevalence of founder mutations. It is the well known effect in Israel, Slavic countries, French Canadians, Iceland, Cyprus and others.

Management in hereditary breast and ovarian cancer syndromes

BRCA1/BRCA2

Surveillance. Screening for breast cancer should include an annual MRI examination because of its high sensitivity (85–90%) in detection of early cancers. Mammography and USG of the breast performed together are showing sensitivity 2 times lower. USG and CA125 are detecting no more than 10% of early ovarian / fallopian tube cancers.

Prevention. Two the strongest procedures to reduce the risk of cancers among BRCA1/2 carriers are mastectomy — protection approaches 100% and adnexectomy — 5-fold protection. Preventive adnexectomy is associated also with ~80% reduction of all-cause mortality. Other procedures include: long breast feeding, delay of menarche, tubal ligation and tamoxifen. A very important is to do not use oral contraceptives (OC) at age < 25 yrs (increased risk of breast cancer diagnosed at age under 40 yrs) but to apply OC at women at age > 35 yrs (not increased risk of breast but lower of ovarian cancer).

Treatment. The 10-year survival rate among women with breast cancer and a BRCA1 mutation is much improved after adnexectomy — the risk of death is decreased by up to 70%. Tamoxifen in breast cancers in carriers is reducing by 50% the risk of contralateral breast cancer even in patients with ER(-), PR(-) tumours.

Breast cancers in carriers are poorly responding to taxanes, but are highly sensitive to cis-platin.

Ovarian cancers in carriers which are sensitive to platin, have longer progression free survival (PFS) after applying PARP inhibitor — olaparib.

Other hereditary breast and ovarian cancer syndromes. At this time definite guidelines for above syndromes has to be established by further investigations.

Znaczenie wytrzewienia miednicy mniejszej w chirurgii onkologicznej

A. Stelmach

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

Nawrót nowotworu złośliwego w terenie miednicy po leczeniu nie musi oznaczać, że stan jest nieuleczalny, jednak może wymagać leczenia chirurgicznego nazywanego wytrzewieniem. Celem takiego postępowania jest próba wyleczenia pierwotnego lub nawrotowego nowotworu złośliwego. Zabieg wytrzewienia wykonuje się, gdy nowotwór zajmuje część lub wszystkie narządy miednicy, które pozostawiono po pierwszej operacji. Wytrzewienie całkowite polega na usunięciu pęcherza moczowego wraz z otaczającymi tkankami, takimi jak: cewka moczowa, dolny odcinek jelita (odbytu i odbytnicy), srom i pochwa, wytrzewienie przednie polega na usunięciu pęcherza moczowego bez odbytu i odbytnicy, a wytrzewienie tylne na usunięciu odbytu i odbytnicy bez pęcherza moczowego. Zabieg wytrzewienia miednicy z pozostawieniem mięśnia dźwigacza odbytu oznacza zachowanie tkanek poniżej dna miednicy, zwłaszcza sromu i dolnej części pochwy. W zależności od tego, jakie narządy zostały usunięte, pojawia się potrzeba wytworzenia sztucznego odprowadzenia moczu (urostomia) i/lub sztucznego odbytu (kolostomia) do odprowadzenia kału. W tym celu wykonuje się jedną lub więcej sztucznych przetok (stomii) łączących wytworzony sztuczny zbiornik moczu lub jelito z powłokami brzuszными, przez które mocz i/lub zawartość jelit będzie się gromadzić w worku lub workach umieszczonych po zewnętrznej stronie brzucha. Warunkiem takiego leczenia jest diagnostyka przedoperacyjna wykluczająca uogólnienie procesu nowotworowego, brak cech możliwej niedoszczędności onkologicznej w badaniach obrazowych oraz dobry stan ogólny pacjenta i akceptacja przetoki kałowej i moczowej. Powyższe czynniki decydują o tym, że rozległe ultraradykalne operacje wykonywane są zbyt rzadko niż wskazywałaby na codzienna praktyka lekarska. Leczenie opiera się na udziale w operacji chirurga z doświadczeniem w terenie miednicy, urologa i u pacjentek ginekologa. Mimo dużego okaleczenia chorego, jeżeli wyczerpano inne metody leczenia onkologicznego postępowanie takie jest uzasadnione pod warunkiem spełnienia wcześniej przedstawionych wymogów kwalifikacji do operacji.

Management of melanoma: The future

A.M.M. Eggermont

Gustave Roussy Cancer Institute w Paryżu

In this abstract I only make some short remarks about a personal vision what the treatment of melanoma may look like in the near future. The incidence of cutaneous melanoma will continue to rise over the next decade, probably at the same or a marginally lower rate as it has over the past 3 decades (roughly doubling incidence per 10 years).

Diagnostics and surgical management. Changes in diagnosis of primary melanomas will be technology driven. Raman spectroscopy and confocal microscopy and digital photo database analyses may be tools that allow a better selection to identify melanomas from non-malignant moles. Excision Margins by en large will be 0.5 cm for melanomas < 1 mm and 1 cm for melanomas 1 mm.

Surgical sentinel node staging is a temporary phenomenon and will be replaced by other diagnostic imaging systems: such as very high-resolution ultrasound and new laser-scanning technologies such as photoacoustic tomography (PAT). Completion lymph node dissection in patients with positive sentinel nodes will by en large disappear as a standard procedure and replaced by ultrasound follow up. CLND will be recommended on basis of tumor load in SN(s), and the decision of the patient will largely depend on logistic elements and preference for surgery vs imaging check ups. Thus the number of patients with palpable lymphnodes will become smaller and smaller.

Emerging neo-adjuvant therapies. These patients will be treated by induction systemic therapies to reduce or eradicate locoregional tumor load. For this the currently successful systemic therapies for advanced disease such as BRAF+MEK inhibitor based therapies and anti-PD1 based therapies will be used. The early experience with this approach indicates its efficacy. After RCTs addressing the question of immediate surgery vs neoadjuvant therapy+surgery it is likely that in the end perhaps up to 1/3 or 1/2 of patients will not need to undergo regional lymph node dissections anymore and that the other 50% will have much more sparing dissections with low rates of local recurrences and very rare indications for additional radiation therapy.

Adjuvant therapies. The role of adjuvant interferon therapies will be limited to patients who started with an ulcerated primary. Clearly the checkpoint inhibitors are expected to establish their role in this setting for all melanomas, independent of BRAF mutational status. For BRAFmutant melanoma the combination of BRAF inhibitor+ MEK inhibitor is expected to establish its role. Thusfar ipilimumab has succeeded in the indication fort he high risk of relapse stage III melanoma population. Outcomes for BRAF+MEK inhibition and for anti-PD1 are expected in 2017 and 2018.

Systemic therapies for advanced melanoma. Clearly immunotherapy, targeted therapies and their combinations as well as a re-emergence of some vaccine strategies will further shape the future landscape. Where anti-PD1 at this moment takes first place for all patients with advanced disease, with the exception of high tumor burden rapidly progressive BRAFmutant melanoma patients (who should be treated with the BRAFi+MEKi up front), the near future may see the superiority of combos such as anti-CTLA4+anti-PD1 and in the BRAFmutant population the alternative scheduling of targeted and immunotherapies. The role of vaccinations, such as T-vec, remains to be established in the multitude of combos and sequential scheduling that are to be explored. Additional checkpoint inhibitors as well as agonists, bispecific monoclonal antibodies, IDO-inhibitors, stromal modulating agents, TLR-inhibitors and a number of cytokines and chemokines are among the candidates that are currently explored to further enhance antitumor effects and in particular further improve the durability of responses. Transforming „non-inflamed“ tumors into „inflamed T-cell infiltrated tumors“ will be key for further progress.

Some guiding references:

1. Eggermont AMM, Spatz A, Robert C. Cutaneous Melanoma. *Lancet* 2014; 383: 816–27.
2. Van der Ploeg APT, Van Akkooi ACJ, Rutkowski P i wsp. Prognosis in patients with sentinel node-positive melanoma is accurately defined by the combined Rotterdam tumor load and Dewar topography criteria. *J Clin Oncol* 2011; 29: 2206–14.
3. Voit CA, Van Akkooi ACJ, Schäfer-Hesterberg G i wsp. Rotterdam Criteria for sentinel node (SN) tumor burden and the accuracy of ultrasound (US)-guided fine-needle aspiration cytology (FNAC): can US-guided FNAC replace SN staging in patients with melanoma? *J Clin Oncol* 2009; 27: 4994–5000.
4. Voit C, Van Akkooi ACJ, Schäfer-Hesterberg G i wsp. Ultrasound morphology criteria predict metastatic disease of the sentinel nodes in patients with melanoma. *J Clin Oncol* 2010; 28: 847–52.
5. Leiter U, Stadler R, Mauch C i wsp. Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2016; 17: 757–67.
6. Eggermont AMM, Suci S, Testori A i wsp. Ulceration and stage are predictive of interferon efficacy in melanoma: Results of the phase III adjuvant trials EORTC 18952 and EORTC 18991. *Eur J Cancer* 2012; 48: 218–25.
7. Eggermont AM, Suci S, Rutkowski P i wsp. Long term follow up of the EORTC 18952 trial of adjuvant therapy in resected stage IIB–III cutaneous melanoma patients comparing intermediate doses of interferon-alpha-2b (IFN) with observation: Ulceration of primary is key determinant for IFN-sensitivity. *Eur J Cancer* 2016; 55: 111–21.
8. Suci S, Ives N, Eggermont AM i wsp. Predictive importance of ulceration on the efficacy of adjuvant interferon- α (IFN): An individual patient data (IPD) meta-analysis of 15 randomized trials in more than 7,500 melanoma patients (pts). *J Clin Oncol* 2014; 32 (5s): abstract 9067.
9. Eggermont AM, Chiarion-Sileni V, Grob JJ i wsp. Adjuvant ipilimumab versus placebo after complete resection of high-risk stage III melanoma (EORTC 18071): a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2015; 16: 522–30.
10. Coens C, Suci S, Vanna Chiarion-Sileni V i wsp. Phase III trial (EORTC 18071 / CA184-029) of post-operative adjuvant ipilimumab compared to placebo in patients with resected stage III cutaneous melanoma: Health Related Quality of Life (HRQoL) results. *Lancet Oncology* 2016; in press.
11. Garbe C, Perisk, Hauschild A i wsp. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline — Update 2016. *Eur J Cancer* 2016; 63: 201–17

Sekwencja leczenia chirurgicznego u chorych z przerzutami raka jelita grubego w wątrobie i ogniskiem pierwotnym

J. Kładny, P. Wojtasik

Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Resekcja przerzutów do wątroby w przypadku rozlanego raka jelita grubego stała się postępowaniem standardowym. Postęp w chirurgii wątroby umożliwia bezpieczne przeprowadzenie tego typu zabiegów. Większa agresywność chirurgów w połączeniu z coraz bardziej skuteczną chemio- i radioterapią powoduje zwiększenie odsetka chorych na rozlanego raka jelita grubego, którzy poddawani są zabiegom resekcyjnym wątroby. Kompletnie chirurgiczne usunięcie zmian wtórnych w wątrobie (R0) może być związane z przeżyciem 5-letnim na poziomie 30–50%. Szczególną grupę pacjentów z rakiem jelita grubego stanowią ci, którzy mają przerzuty w wątrobie już w chwili wykrycia ogniska pierwotnego. Te tzw. przerzuty synchroniczne występują u 15–20% chorych na RJG. Wybór sposobu postępowania (sekwencja leczenia chirurgicznego) w tej grupie chorych może być bardzo zróżnicowana, dobierana indywidualnie i zależy może od wielu czynników, takich jak np.: wiek chorego, stan ogólny, umiejscowienie ogniska RJG i co za tym idzie — niezbędny dostęp chirurgiczny, rozległość planowanej resekcji wątroby, umiejscowienie ognisk wtórnych w wątrobie w stosunku do ogniska pierwotnego, tryb przeprowadzanej operacji (czy jest pilna, czy planowa). Należy stwierdzić, że nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do jednoczesnego usunięcia ogniska pierwotnego RJG i zmian wtórnych w wątrobie pod warunkiem możliwości przeprowadzenia resekcji R0 i w przypadku gdy zespół wykonujący taki zabieg nie przewiduje (znając swoje doświadczenie zarówno w chirurgii jelita grubego, jak i wątroby) znaczących trudności i znamienego zwiększenia liczby groźnych powikłań pooperacyjnych w wyniku poszerzenia zabiegu. Ze względu na swoją małą inwazyjność coraz częściej stosowane w jednoczesnych operacjach raka jelita grubego i jego ognisk przerzutowych w wątrobie znajdują techniki laparoskopowe, szczególnie w przypadku lokalizacji zmiany pierwotnej w odbytnicy. Należy pamiętać, że ograniczając się w pierwszym etapie leczenia chirurgicznego do usunięcia „tylko” ogniska pierwotnego w jelicie grubym, zyskujemy czas umożliwiającą nam podanie chemio- i/lub radioterapii, a przez to określenie chemiowrażliwości nowotworu, a także wychwycenie chorych z gwałtownie postępującym rozsiewem choroby nowotworowej, którzy nie odnieśliby żadnych korzyści z resekcji ognisk przerzutowych. Czas ten może być także spożytkowany na wykrycie innych — pozawątrobowych ognisk wtórnych raka. Na koniec warto także wspomnieć, że jedną z możliwych (aczkolwiek rzadko stosowanych) opcji postępowania w opi-

sywanej przez nas grupie chorych jest usunięcie najpierw ognisk przerzutowych z wątroby, a dopiero w drugim etapie leczenia ogniska pierwotnego w jelicie grubym. Według autorów stosujących tę metodę („*liver first*”) pozwala ona u większego odsetka pacjentów przeprowadzić pełne, skojarzone, optymalne i „nieopóźnione” leczenie onkologiczne.

Przednia resekcja czy amputacja brzuszno-kroczo-

M. Bębenek

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Wyniki leczenia raka odbytnicy znacznie odbiegają od siebie w zależności od miejsca leczenia. Według danych z piśmiennictwa nawroty miejscowe wynoszą od 2,5 do 50%, a przeżycia 5-letnie od 40 do 80%. Różnice te wynikają z wielu przyczyn, ale przede wszystkim z doświadczenia zespołu terapeutycznego i odpowiedniej techniki operacyjnej. Przy optymalnej chirurgii i leczeniu skojarzonym kolejnym czynnikiem decydującym o powodzeniu leczenia jest lokalizacja guza. Rak dolnej części odbytnicy rokuje gorzej. W wielu publikacjach podkreśla się, że chorzy, u których zastosowano przednią resekcję (*anterior resection* — AR) lepiej rokują niż operowani sposobem brzuszno-kroczo- *(abdominoperineal resection* — APR). Upowszechnienie zaproponowanych przez Healda reguł całkowitego usunięcia krezki odbytnicy (*total mesorectal excision* — TME) zaowocowało zdecydowaną poprawą przeżyć oraz obniżeniem odsetka wznów miejscowych u pacjentów z guzami odbytnicy zlokalizowanymi w środkowych i górnych 2/3 tego narządu. Z uwagi na uwarunkowania anatomiczne ograniczające dostęp chirurgiczny leczenie operacyjne dolnych raków odbytnicy wciąż nie przynosi jednak zadowalających efektów. W związku z powyższym od ponad dekady trwają poszukiwania metody chirurgicznej, która zastąpiłaby technikę APR Milesa. Jednym z zaproponowanych ostatnio rozwiązań było poszerzenie zasięgu APR i zastosowanie tzw. cylindrycznej APR. Zdaniem twórców tej techniki jej wykorzystanie skutkuje znaczną poprawą wyników onkologicznych. Od lat 50. ubiegłego stulecia w DCO we Wrocławiu stosowana była technika resekcji odbytnicy z dostępu brzuszno-krzyżowego. W rzeczywistości była to stara technika Milesa przy nieco innym ułożeniu chorego (Miles układał chorego na lewym boku). Zaadaptował ją w Polsce prof. Tadeusz Koszarowski, a do Wrocławia przeniósł pierwszy dolnośląski ordynator oddziału chirurgii onkologicznej doc. Aleksy Woźniwski. Początkowo ten sposób operacji stosowany był dla wszystkich raków odbytnicy, nawet tych zlokalizowanych powyżej załamka otrzewnej miednicy małej. Po wprowadzeniu staplerów w latach osiemdziesiątych

rozpoczął się powolny rozwój technik z zaoszczędzeniem zwieraczy. Operacja brzuszno-krzyżowa wykonywana była w dwóch etapach: brzuszny, podczas którego preparowano odbytnicę na tępo, dłonią bez kontroli wzroku, aż do miednicy małej i następnie po ułożeniu kikuta w miednicy małej zaszywano ponad nim otrzewną; po wytworzeniu kolostomii i zamknięciu powłok chorego odwracano na brzuch. Po usunięciu kości guzicznej usuwano odbytnicę z guzem, następnie zakładano pasy gazy podpierające zszytą otrzewną i zamykano prowizorycznie ranę. Wyniki takiego postępowania były oczywiście złe, a ilość powikłań, w tym śmiertelnych — ogromna. Krytycznym momentem opieki pooperacyjnej było usuwanie zropiałych pasów gazy w 6.–8. dobie pooperacyjnej (ropienie, krwawienia, ewenteracje). Z tego powodu w wielu szpitalach wprowadzono brzuszno-kroczo- *(abdominosacral amputation of the rectum* — ASAR). Dotychczas opublikowane przez nas dane wskazują, że ASAR — czy to w skojarzeniu, czy jako jedyna opcja leczenia — daje znacznie lepsze wyniki terapeutyczne niż APR, a odsetki 5-letnich przeżyć i częstość wznów u pacjentów operowanych tą metodą są takie same jak u chorych operowanych sposobem AR. Obecnie operacja ASAR jest wykonywana z zachowaniem zasad TME, na każdym etapie pod pełną kontrolą wzroku. ASAR spełnia kryteria operacji R0, co zasadniczo odróżnia ją od pierwotnego, w którym preparowanie odbywało się na tępo. Popularnym wówczas określeniem było: „samotność chirurga w miednicy małej” (cyt. prof. M.P. Nowacki). Z uwagi na fakt, że pomimo wspomnianych korzyści metoda ASAR wciąż pozostaje nieznaną szerokim rzeszom chirurgów, celem niniejszej pracy jest prezentacja tej techniki oraz wyników terapeutycznych uzyskanych dzięki jej zastosowaniu u 467 kolejnych pacjentów z dolnymi rakami odbytnicy, operowanych z założeniem leczniczym w okresie 17 lat, od 1998 do 2015 roku. Przeprowadzona przez nas analiza dużej grupy niewyselekcjonowanych pacjentów wykazała, że zastosowanie techniki ASAR pozwala na uzyskanie znakomych wyników leczenia dolnych raków odbytnicy. Zaprezentowane w niniejszej pracy odsetki 5-letnich przeżyć względnych wynoszą 75,3%, ilość wznów miejscowych wynosi 2,5%. Podsumowując, nasze doświadczenia wskazują na zasadność upowszechnienia ASAR jako optymalnej metody chirurgicznego leczenia dolnych raków odbytnicy.

Jak uniknąć nieszczelności zespolenia kolorektalnego?

P. Mroczkowski

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie,
Universitätsklinikum Magdeburg,
Elisabeth-Krankenhaus Kassel

Nieszczelność zespolenia jest jednym z najpoważniejszych powikłań chirurgii kolorektalnej. Jej wystąpienie prowadzi do pogorszenia przeżyć krótko- i długoterminowych, jak również związane jest ze znaczącym i długotrwałym obniżeniem jakości życia (QOL). W badaniach populacyjnych nieszczelność obserwowana jest w ok. 10–15% zespolenia. Czynniki ryzyka wystąpienia nieszczelności zespolenia można podzielić na trzy grupy — związane z pacjentem, związane z nowotworem oraz związane ze strategią i techniką operacyjną. Doniesienia literaturowe są kontrowersyjne. Do dyskusowanych istotnych czynników ryzyka zależnych od pacjenta należy płeć, wiek, poziom wydolności wg skali ASA, nikotynizm, alkoholizm, otyłość. Wśród czynników związanych z nowotworem wymieniana jest lokalizacja guza oraz stopień zaawansowania wg klasyfikacji UICC. Dyskusowane parametry śród- i okołoperacyjne to przetaczanie masy czerwono krwinkowej, wytwarzanie stomii odbarczającej, czas trwania zabiegu, stosowanie techniki laparoskopowej, liczba zabiegów ośrodka i operatora, zastosowanie terapii neoadiuwantowej.

Najnowsze doniesienia sugerują, że negatywny wpływ nieszczelności zespolenia na wyniki odległe wynika ze śmiertelności szpitalnej w okresie pooperacyjnym, natomiast znika u pacjentów, którzy przeżyli pierwotną hospitalizację. Podsumowując, stwierdzić należy, że tylko niewielka część czynników ryzyka wystąpienia nieszczelności zespolenia zależna jest od chirurga, natomiast większość zdeterminowana jest przez pacjenta i jego chorobę. Jednakże znajomość czynników ryzyka może ułatwić decyzje o rezygnacji z próby zespolenia i wykonaniu resekcji bez odtwarzania ciągłości przewodu pokarmowego, jak również pozwolić na selekcjonowanie pacjentów z grup ryzyka do leczenia w ośrodkach mogących skutecznie leczyć to powikłanie (interwencyjna radiologia, intensywna opieka medyczna, zapobieganie i terapia posocznicy).

Nawrót w miednicy po resekcji odbytnicy z powodu raka

A. Rutkowski

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

Wznowa miejscowa (*local recurrence* — LR) raka odbytnicy definiowana jest jako nawrót nowotworu w obrębie miednicy, występujący samodzielnie bądź równocześnie

z uogólnieniem choroby. Próby klasyfikacji LR opierają się na cechach klinicznych (ból, krwawienie, guz wyczuwalny w badaniu przez odbytnicę), radiologicznych (obraz TK, MRI, TRUS, PET-CT) oraz patomorfologicznych. Największe ryzyko LR występuje w przypadku wysokiego zaawansowania guza pierwotnego (pT3–4) i dodatniego marginesu okrężnego resekcji (*circumferential resection margin* — CRM). Guz wielkości ≥ 5 cm wiąże się ze zwiększonym ryzykiem LR głównie w okolicy przedkrzyżowej i od strony bocznej. CRM ≤ 1 mm jest niezależnym od stopnia zaawansowania czynnikiem ryzyka nawrotu zarówno miejscowego, jak i uogólnionego. Ponadto czynnikiem ryzyka LR jest również położenie guza pierwotnego względem brzegu odbytu (dolna część odbytnicy — ryzyko około 10–15%) oraz względem ścian odbytnicy (ściana przednia — ryzyko około 15%, pozostałe ściany — około 6%). Inne czynniki ryzyka LR to: nacieki raka w naczyniach krwionośnych, chłonnych i okołonerwowe, egzofityczny wzrost nowotworu, nacieki raka wokół guza (*pudding spread*), unieruchomienie guza względem ścian miednicy, niedrożność lub perforacja guza nowotworowego. Po radykalnej operacji techniką TME wznowa obserwowana jest najczęściej w centralnej części miednicy i dotyczy okolicy zespolenia oraz ściany przedniej. Jeżeli jednak pierwotne zaawansowanie nowotworu wymagało leczenia skojarzonego (radioterapia lub radiochemioterapia), to wówczas wznowa dotyczy najczęściej okolicy przedkrzyżowej i/lub ścian bocznych. Efekt radioterapii w kontekście zmniejszenia odsetka LR widoczny jest szczególnie w relacji do ryzyka wznowy w okolicy zespolenia i ściany przedniej. Nie ma jak dotychczas wystarczająco przekonujących dowodów, że rozszerzona, boczna limfadenektomia zmniejsza ryzyko LR w porównaniu ze standardowym leczeniem opierającym się na radioterapii/radiochemioterapii przedoperacyjnej i technice TME. Obserwowany wyższy odsetek LR po amputacji brzuszno-krzyżowej związany jest zarówno z niskim położeniem nowotworu, jak i z większym ryzykiem niedostatecznej jakości usunięcia mezorektum i/lub jatrogennej perforacji guza. Upowszechnienie operacji techniką cylindrycznego wycięcia nowotworu o niskiej lokalizacji (*extralevator abdominoperineal excision* — ELAPE) pozwala na poprawę wyników onkologicznych, głównie poprzez zmniejszenie ryzyka LR. Możliwości radykalnego leczenia wznowy miednicznej położonej w okolicy zespolenia i/lub od strony przedniej są większe niż wówczas, gdy wznowa zlokalizowana jest w okolicy przedkrzyżowej lub od strony bocznych ścian miednicy. Taka lokalizacja miedniczna wznowy obserwowana jest najczęściej po leczeniu jedynie chirurgicznym. Wznowa miedniczna po leczeniu skojarzonym dotyczy w większości przypadków ścian bocznych i/lub okolicy przedkrzyżowej, co w większości przypadków uniemożliwia podjęcie radykalnego leczenia.

Rola chemioterapii pooperacyjnej u chorych operowanych po radiochemioterapii z powodu nieresekcyjnego pierwotnie raka odbytnicy

M. Las-Jankowska, M. Jankowski, D. Bała, W. Zegarski

Katedra Chirurgii Onkologicznej, CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Wstęp. Rak odbytnicy jest chorobą rozpoznawaną w Polsce u około 6000 osób rocznie, a przeżycia 5-letnie odnotowuje się u blisko 50% chorych. Kluczowym elementem procesu terapeutycznego jest radykalny zabieg chirurgiczny, w razie potrzeby skojarzony z radioterapią i/lub chemioterapią. Nieresekcyjny rak odbytnicy jest definiowany jako guz, w przypadku którego z dużym prawdopodobieństwem nie można przeprowadzić radykalnej resekcji (resekcji R0) i dotyczy około 10% chorych. Najczęściej podstawą rozpoznania jest stwierdzenie nieruchomego guza w badaniu przedmiotowym lub naciekania sąsiednich narządów lub ściany miednicy (cecha T4) w badaniach obrazowych. U chorych z nieresekcyjnym rakiem odbytnicy radiochemioterapia przedoperacyjna (preCRT) daje możliwość kontroli miejscowej i wykonania radykalnego zabiegu operacyjnego. Współcześnie jest dyskutowana rola chemioterapii pooperacyjnej (postCT) u tych chorych.

Materiał. Materiałem do analizy były losy 75 chorych operowanych w Katedrze Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy od stycznia 2003 r. do grudnia 2012 r. Przedoperacyjna ocena stanu zaawansowania nowotworu przeprowadzana była w oparciu o badanie przedmiotowe *per rectum* oraz badania obrazowe: rezonansu magnetycznego (RM) lub tomografii komputerowej (TK) miednicy; TK jamy brzusznej, TK lub rentgenogramu przeglądowego klatki piersiowej.

Przedoperacyjne leczenie skojarzone u tych chorych polegało na jednoczesnej radioterapii konwencjonalnej (28 frakcji po 2,0 Gy, oraz *boost* 5,4 Gy) do całkowitej dawki 50,54 Gy, w trakcie której chorzy otrzymywali 2 kursy chemioterapii opartej na 5-fluorouracylu. U 32 chorych zastosowano jednocześnie pooperacyjną chemioterapię wg schematu LF1 lub LF4. Po leczeniu chorzy byli nadzorowani w Poradni Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Wyniki. W całej grupie ($n = 75$) wykonano 20 amputacji brzuszno-kroczywych (*abdominoperineal resection* — APR), 50 przednich resekcji odbytnicy z zespoleniem mechanicznym (*anterior resection* — AR), a u 5 chorych operację Hartmanna (HART). Wśród nich chorzy preCRT+postCT stanowili odpowiednio 30%, 46% i 60%. W całej grupie chorych ($n = 75$) na podstawie pooperacyjnego wyniku histopatologicznego u 32 (43%) stwierdzono III st. zaawansowania wg WHO, całkowitą odpowiedź patologiczną (pCR) odnotowano w 6 (8%) przypadkach. U chorych preCRT i preCRT+postCT III st. zaawansowania potwierdzono odpowiednio u 19 (44%) i 13 (41%) osób. 3-letnie przeżycia obserwowano u 43 pacjentów ($n = 75$): u 25 (58%) chorych poddanych wyłącznie preCRT oraz 18 (56%)

osób, u których zastosowano również postCT. 5-letnie przeżycia odnotowano u 26 chorych, odpowiednio: 19 (44%) oraz 7 (22%). Nie stwierdzono różnic wg estymacji Kaplana-Meiera w 5-letnich OS po preCRT i po preCRT+postCT.

Wniosek. Na podstawie analizy materiału chemioterapia pooperacyjna u pacjentów poddanych radiochemioterapii przedoperacyjnej z powodu zaawansowanego lokoregionalnie raka odbytnicy nie wpływa znacząco na wyniki leczenia onkologicznego.

Trafność przedoperacyjnej endoskopowej lokalizacji zmian nowotworowych jelita grubego

M. Szura¹, A. Pasternak², R. Solecki¹, M. Matyja³,

A. Szczepanik², A. Matyja²

¹Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej,

²I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej

i Gastroenterologicznej, ³II Katedra Chirurgii,

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp. Laparoskopowe zabiegi z powodu raka stają się standardem postępowania leczniczego w przypadku nowotworów jelita grubego. Nowotwór nieprzechodzący na surowicówkę jelita jest niewidoczny podczas zabiegu, a palpacyjne badanie jelita podczas zabiegu laparoskopowego nie jest możliwe. Dlatego też dokładna lokalizacja nacieku nowotworowego jest jednym z ważniejszych zadań przed planowym zabiegiem operacyjnym. Celem pracy jest ocena przydatności systemu magnetycznego pozycjonowania endoskopu w przedoperacyjnej lokalizacji nacieku nowotworowego w jelicie grubym.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 246 pacjentów operowanych w latach 2012–2015 z powodu raka jelita grubego, u których przed zabiegiem w badaniu kolonoskopowym określono dokładną lokalizację zmiany. Analizą objęto pacjentów, u których nacieki nowotworowe zlokalizowany był powyżej 30 cm od brzoju odbytu. Oceniane jelito podzielono anatomicznie na 13 części celem dokładnego anatomicznego określenia lokalizacji. Badania endoskopowe wykonywano dwoma rodzajami endoskopów: z funkcją magnetycznego pozycjonowania — grupa I i bez niej — grupa II. Pacjenci do danej grupy byli przydzielani w oparciu o randomizację. Ostatecznym potwierdzeniem lokalizacji zmiany była ocena śródoperacyjna. Badanie uzyskało zgodę komisji bioetycznej i zostało zarejestrowane w ClinicalTrials.gov nr NCT01688557.

Wyniki. W grupie I było 127 pacjentów, w grupie II — 119. Średni wiek badanych pacjentów wynosił 65,7 roku ($SD \pm 11,5$). Obie grupy porównywalne były pod względem płci, wieku, BMI i częstości wcześniej wykonanych zabiegów w obrębie jamy brzusznej. W grupie I poprawność lokalizacji potwierdzono u 95,23% pacjentów, a w grupie II u 83,19% pacjentów ($p = 0,00197$). Największe rozbieżności w lokalizacji wystąpiły w grupie I u 8,9% pacjentów, a w grupie II 20% pacjentów, u których pierwotnie lokalizację zmiany oceniono w dystalnej

części esicy. Analizie poddano inne czynniki mogące wpływać na wystąpienie błędu przy pierwotnej endoskopowej ocenie lokalizacji zmiany. Nie stwierdzono różnic statystycznych dla następujących czynników: wiek ($p = 0,439$), płeć ($p = 0,72$), wzrost ($p = 0,099$), waga ($p = 0,355$) i BMI ($p = 0,897$).

Wnioski. Magnetyczne endoskopowe pozycjonowanie pozwala na dokładniejsze określenie lokalizacji nacieku nowotworowego w jelicie grubym w porównaniu do standardowego badania kolonoskopowego, szczególnie w lewej połowie okrężnicy. Metoda ta może być szczególnie przydatna w planowaniu i prowadzeniu zabiegu laparoskopowego, zmniejszając prawdopodobieństwo resekcji niewłaściwego odcinka jelita.

Leczenie chorych na mięsaki kości z zastosowaniem endoprotez

A. Pierkowski, I. Ługowska, T. Goryń

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

Mięsaki kości stanowią heterogenną grupę rzadkich nowotworów, odpowiadającą za około 0,5% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. W zakres metod leczenia onkologicznego wchodzi chemioterapia, radioterapia i chirurgia. Prawidłowe rozpoznanie i skuteczne leczenie skojarzone pierwotnych nowotworów złośliwych kości jest sumą współpracy wielodyscyplinarnej radiologów, chirurgów onkologów i chirurgów ortopedów, onkologów klinicznych, radioterapeutów, rehabilitantów, patologów i specjalistów medycyny nuklearnej w doświadczonych ośrodkach onkologicznych.

Kwalifikacja chorych na mięsaki kości do leczenia zależy od: rozpoznania histopatologicznego, lokalizacji guza pierwotnego, miejscowego zaawansowania, obecności ewentualnych przerzutów odległych, stanu sprawności chorego i oceny ryzyka powikłań. Ponad 70% mięsaków kości wymaga leczenia skojarzonego (zwłaszcza mięsaki kościopochodne i mięsaki drobnokomórkowe) głównie za pomocą chirurgii i chemioterapii. Podstawowym elementem terapii pozostaje zapewnienie miejscowej kontroli mięsaka poprzez właściwe radykalne postępowanie chirurgiczne. Poprawa diagnostyki mięsaków kości, wprowadzenie zasad leczenia skojarzonego i postęp technologiczny spowodowały rozszerzenie wskazań do stosowania operacji oszczędzających kończynę. Operacje te jednak muszą zapewniać radykalne miejscowo wycięcie nowotworu (R0 — mikroskopowo bez nacieku w linii cięcia chirurgicznego), nie mogą skracać czasu wolnego od nawrotu choroby oraz muszą powodować uzyskanie takich efektów czynnościowych, które w oczywisty sposób przewyższają efekty amputacji i protezowania zewnętrznego, a nie pogarszają jakości życia chorego. Przy kwalifikowaniu chorych do leczenia oszczędzającego kończynę kluczowa jest ocena miejscowego zaawansowania guza — konieczne jest zatem przeprowadzenie starannej diagnostyki obrazowej (TK, NMR, RTG, scyntygrafia, PET-TK). Metody

stosowane w leczeniu oszczędzającym to „*custom made*” lub coraz bardziej popularne modułowe, onkologiczne protezy wewnętrzne, auto- lub alloprzeszczerpy kostne, artrodezy dużych stawów, a w niektórych lokalizacjach jedynie radykalne resekcje kości (bark, miednica). Należy podkreślić, że implantacja protezy onkologicznej wiąże się z możliwością powikłań w ciągu całego życia chorego, prowadzących nawet do konieczności amputacji kończyny. Podstawowym problemem jest utrzymanie sprawności mechanicznej protez i zapobieganie zanikowi kości w sąsiedztwie protezy. Niekiedy oprócz rekonstrukcji fragmentów kości niezbędne są rekonstrukcje w zakresie struktur mięśniowo-więzadłowych, a czasem również naczyniowych.

Sentinel node biopsy in melanoma 2016 — what's new?

A. van Akkooi

Department of Surgical Oncology, Netherlands Cancer Institute — Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam

Sentinel node biopsy (SNB) is the most accurate staging tool currently available for stage I–II melanoma patients. The procedure is indicated especially for intermediate thickness melanoma (pT2/3), for which the prognostic power is the greatest. SNB can be of value in thin melanoma (> 0.75 mm in thickness), with adverse prognostic factors, and in thick melanomas (pT4), although T4 patients are already at high risk of disease progression. Completion lymph node dissection (CLND) after positive SN yields additional non-sentinel lymph nodes (NSNs) in around 20% of cases. Several factors are predictive for NSN positivity, such as primary tumor characteristics and SN tumor burden. The most used and best validated tumor burden parameter is the maximum diameter of the SN metastasis. Other important parameters are the microanatomic location of the metastasis in the SN and tumor penetrative depth. These parameters might be used to stratify risk and select patients for either adjuvant treatment trials (diameter > 1 mm), or refraining from treatment (minimal SN tumor burden). There is no undisputed evidence for an overall treatment-related benefit for SNB-based management, although benefit has been suggested for a subgroup of node positive patients with intermediate-thickness melanomas. The DeCOG-SLT study failed to demonstrate a survival benefit for CLND after a positive SN. Results of the MSLT-2 and EORTC 1208 (MINI-TUB) trial, that both assess the role of CLND in SN positive patients have to be awaited. There might be a role for US-FNAC in melanoma staging. New SN visualization techniques can help allow easier identification of SNs in complex areas, shorten operation time and possibly reduce the amount of false-negative SNBs.

Czy powinniśmy indywidualizować leczenie skojarzone mięsaków w zależności od typu histopatologicznego?

P. Rutkowski

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

Kluczową rolę w leczeniu mięsaków tkanek miękkich (MTM) odgrywa leczenie chirurgiczne, jednak wprowadzenie zasad leczenia skojarzonego (chirurgii, radioterapii i chemioterapii) w wyspecjalizowanych ośrodkach w ramach wielodyscyplinarnych zespołów znamienne zwiększyło szansę na całkowite wyleczenie chorego lub uzyskanie długoletniego przeżycia, oraz na ograniczenie zasięgu operacji (wykonanie operacji oszczędzającej kończynę zamiast amputacji). Kolejnym, spektakularnym krokiem naprzód jest wprowadzenie do praktyki klinicznej niektórych z typów tych nowotworów leków celowanych molekularnie, nakierowanych na zaburzenie genetyczne stanowiące przyczynę etiologiczną danego nowotworu (np. nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego — GIST czy *dermatofibrosarcoma protuberans* — DFSP). Wskazana jest indywidualizacja skojarzonego leczenia chorych na MTM z przestrzeganiem następujących ogólnych zasad postępowania:

- MTM w stopniu zaawansowania IA — wyłącznie chirurgiczne leczenie o założeniu radykalnym;
- MTM w pozostałych stopniach zaawansowania według TNM (IB, IIA, IIB) — radykalne leczenie chirurgiczne i uzupełniająca radioterapia;
- MTM zaawansowane miejscowo z obecnością czynników ryzyka rozsiewu, ale bez przerzutów (wysoki stopień złośliwości histologicznej G3–G4 i wielkość > 5–10 cm — III stopień wg TNM, M0) — należy rozważyć zastosowanie chemioterapii i radioterapii przedoperacyjnej (lub włączenie chorego do prospektywnych badań klinicznych), przy czym nie należy rozpoczynać leczenia poza ośrodkami referencyjnymi. W przypadku mięsaków Ewinga lub *rhabdomyosarcoma* obowiązuje zasada leczenia skojarzonego z chemioterapią okołoperacyjną;
- MTM w IV stopniu zaawansowania — rozpoczęcie leczenia od chemioterapii, a w przypadku uzyskania odpowiedzi i przy policzalnych przerzutach (możliwość wycięcia) radykalizacja postępowania (radykalne wycięcie pierwotnej zmiany w osłonie chemioterapii i miejscowe leczenie). Niektóre leki powinny być stosowane w specyficznych typach histologicznych MTM (np. taksoidy — *angiosarcoma*; gemcytabina ± docetaksel — *leiomyosarcoma* — 16% odpowiedzi przy kombinacji obu leków; trabectedyna — *myxoid/round cell liposarcoma* lub *leiomyosarcoma*; ifosfamid — *synovial sarcoma*; imatynib — DFSP lub GIST; sunitynib — *alveolar soft part sarcoma*; inhibitory mTOR — *PEComa/lymphangioloio-*

myomatosis; kryzotynib — *inflammatory myofibroblastic tumor* z obecnością translokacji ALK).

Indywidualizacja leczenia skojarzonego dotyczy również MTM przestrzeni zaotrzewnowej — resekcja tłuszczakomięsaków 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 makroskopowo nie są zajęte przez mięsaka występuje w ponad 50%. Liberalne podejście do resekcji niezajętych przez nowotwór, ale przyległych narządów należy brać pod uwagę zawsze, gdy indywidualnie dobiera się zakres leczenia chirurgicznego, uwzględniając jakość marginesów i oczekiwane powikłania. W lokalizacji zaotrzewnowej MTM należy również indywidualizować zastosowanie radioterapii przedoperacyjnej.

W GIST z kolei potwierdzono, że leczenie uzupełniające imatynibem przez 3 lata w grupie chorych o dużym ryzyku nawrotu wydłuża przeżycia wolne od nawrotu choroby i przeżycia całkowite w porównaniu ze schematem rocznej terapii (badanie SSGXVIII; 5-letnie przeżycie wolne od nawrotu choroby 71,1% vs 52,3% dla odpowiednio 36-miesięcznej i 12-miesięcznej terapii imatynibem; oraz 5-letnie przeżycia całkowite, odpowiednio 93,4% vs 86,8%). Jednocześnie przy kwalifikacji chorych do leczenia uzupełniającego obowiązkowe jest oznaczenie statusu mutacji GIST — kwestią dyskusyjną jest stosowanie leczenia uzupełniającego imatynibem w GIST o genotypach o małej wrażliwości na imatinib (*PDGFRA D842V* czy *wild-type*).

Co nowego w chirurgii onkologicznej? Nowotwory wątroby i dróg żółciowych

K. Zieniewicz

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Chirurgia onkologiczna wątroby i dróg żółciowych w ostatnich latach rozwija się wyjątkowo dynamicznie. Postępy dotyczą przede wszystkim wprowadzenia nowoczesnych metod diagnostyki obrazowej, biochemicznej i skojarzonych metod leczenia wielospecjalistycznego. Jest to naturalna konsekwencja osiągnięć w zakresie badań podstawowych (genetyka, genomika, metabolomika), farmakologii (chemioterapia i terapie celowane) oraz rozwoju technologii. Najważniejszym motorem postępu w tej dziedzinie jest wdrożenie zespołów wielospecjalistycznych (*multidisciplinary team* — MDT), które w określonej sekwencji wspólnie realizują plan leczenia. W zakresie poszczególnych zagadnień onkologii chirurgicznej wątroby największy postęp dokonuje się w zakresie diagnostyki i leczenia zabiegowego — w tym transplantacji — pacjentów z pierwotnym rakiem wątrobowokomórkowym. Chorzy ze zmianami przerzuto-

wymi do wątroby, przede wszystkim z najczęściej występującego raka jelita grubego, ale i z innych narządów, mają szansę na istotne wydłużenie okresu przeżycia dzięki wykorzystaniu nowatorskich technik chirurgicznych i radiologii interwencyjnej (dwuetapowa resekcja, ALLPS, nowe techniki destrukcji, np. nieodwracalna elektroprotracja — NanoKnife, ablacja mikrofalowa). Pojawiły się pierwsze doniesienia o zastosowaniu metod leczenia transplantacyjnego.

Relatywnie nieco mniej dynamicznie wygląda postęp leczenia chorych z rakiem pęcherzyka żółciowego, wewnątrzwątrobowym *cholangiocarcinoma* bądź rakiem dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych, choć w tych przypadkach postępy w diagnostyce pozwalają lepiej wyselekcjonować grupę chorych, która ma szansę skorzystać z leczenia chirurgicznego.

Rak ukryty piersi

A. Jeziorski

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Rak ukryty piersi rozpoznawany jest u chorych, u których stwierdza się obecność przerzutów raka gruczołowego, niezróżnicowanego lub niesklasyfikowanego w pachowych węzłach chłonnych, natomiast przeprowadzone badanie przedmiotowe i badania obrazowe nie ujawniają obecności guza pierwotnego w piersi. Raki ukryte piersi stanowią od 0,3% do 1% wszystkich chorych na raka piersi. Wartości te pochodzą z doniesień o charakterze historycznym, kiedy ukrytego raka piersi rozpoznawano w oparciu o brak guza w piersi w badaniu klinicznym i brak obrazu raka w badaniu mammograficznym i ultrasonograficznym. Współcześnie nawet w 85% przypadków raka ukrytego piersi możliwe jest rozpoznanie ogniska pierwotnego w piersi przy pomocy obrazowania metodą rezonansu magnetycznego.

W rozpoznaniu raka ukrytego dominuje obraz kliniczny. W badaniu przedmiotowym stwierdza się obecność wykonalnych palpacyjnie węzłów chłonnych pachowych. W badaniu piersi znajdującej się po tej samej stronie co guz w dole pachowym nie stwierdza się obecności guza ani żadnych innych objawów mogących sugerować występowanie guza pierwotnego. Brak nowotworowego guza w piersi w badaniu klinicznym jest warunkiem koniecznym do rozpoznania raka ukrytego piersi, ale nie jest warunkiem wystarczającym.

Jeżeli wyniki badań obrazowych nie pozwalają na wykrycie zmian podejrzanych w piersi, konieczne jest wykonanie biopsji gruboigłowej lub biopsji wycinającej. Jeżeli wynik badania histopatologicznego potwierdzi, że guz jest przerzutem raka gruczołowego, niskozróżnicowanego lub niesklasyfikowanego, rutynowe badania powinny zostać uzupełnione o oznaczenie ekspresji receptorów estrogenowych i proge-

steronowych oraz o ocenę występowania nadekspresji białka HER2 w komórkach raka. Pomocne może być wykonanie barwień immunohistochemicznych mających na celu ocenę ekspresji cytokeratyny 7 i cytokeratyny 20 w komórkach raka: profil cytokeratyn CK7+/CK20- występuje w około 90% raków piersi, natomiast jeżeli stwierdzi się profil CK7-/CK20+ lub CK7-/CK20- z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że rak piersi nie jest źródłem przerzutów do węzłów chłonnych.

Badania obrazowe mają na celu określenie stopnia zaawansowania raka ukrytego piersi, to znaczy stwierdzenie, czy nie występują przerzuty odległe. Wykonanie limfadenektomii pachowej jest podstawowym zabiegiem leczniczym u chorych na ukrytego raka piersi, który powinien być wykonywany u wszystkich chorych na raka ukrytego piersi. Mastektomia jest nadal podstawową metodą leczenia chorych na ukrytego raka piersi. Alternatywą dla mastektomii może być napromienianie całej piersi. Decyzję co do wyboru sposobu leczenia miejscowego powinno się uzgodnić z chorą. Zastosowanie radioterapii uzupełniającej na okolicę pachową uzależnia się od występowania standardowych wskazań. Po zastosowaniu leczenia miejscowego i regionalnego wdraża się uzupełniające leczenie systemowe. Rokowanie chorych na ukrytego raka piersi jest takie samo lub lepsze niż rokowanie chorych na raki piersi jawne klinicznie lub radiologicznie w tym samym stopniu zaawansowania.

Ponowna biopsja węzła wartowniczego

D. Murawa

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, WCO w Poznaniu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy

Biopsja węzła wartowniczego (BWW) to znany standard postępowania w pierwotnym raku piersi przy negatywnych klinicznie węzłach chłonnych. Wynika to z wysokiego odsetka identyfikacji oraz niskiego wskaźnika wyników fałszywie negatywnych (średnio do 7%).

W około 5–10% przypadków raka piersi dochodzi do wznowy procesu nowotworowego w obrębie gruczołu lub blizny po mastektomii. Wydaje się, iż ponowna ocena układu chłonnego w tej grupie chorych może być czynnikiem decyzyjnym, w jakim zakresie stosować leczenie lokoregionalne oraz systemowe. Na dzień dzisiejszy brak jednak stosownych wytycznych.

W ostatnich latach coraz więcej mówi się o tzw. „ponownej biopsji węzła wartowniczego”. Powszechne zastosowanie leczenia oszczędzającego, jak i „pierwotnej biopsji węzła wartownika” — czyli postępowanie małoinwazyjne w chirurgii raka piersi — spowodowało, iż częściej spotykamy chorych z problemem izolowanej wznowy miejscowej. Ponowne wy-

konanie BWW powoduje, iż chorzy z negatywnym WW mogą nadal uniknąć okaleczającej limfadenektomii pachowej. Drugi ważny aspekt poruszany w literaturze to problem wpływu pierwotnego leczenia chirurgicznego oraz radioterapii na uszkodzenia dróg chłonnych i tym samym zmiany w splywie chłonnym tzw. *aberrant drainage*. W przypadku wznowy procesu nowotworowego uwidocznienie nowego węzła wartowniczego oraz nietypowego splywu chłonnego może przyczynić się do poprawy oceny rzeczywistego stopnia zaawansowania choroby nowotworowej.

Prezentowany wykład został oparty głównie na przeglądzie literatury oraz metaanalizie autorstwa Maaskant-Braat AJG i wsp. pt.: Repeat sentinel node biopsy in patients with locally recurrent breast cancer: a systematic review and meta-analysis of the literature [*Breast Cancer Res Treat* 2013, 138: 13–20]. W grupie 692 chorych węzeł wartowniczy zidentyfikowano u 65,3%, z tego w grupie po BWW 81,0%, a w grupie po wcześniejszej limfadenektomii 52,2%. Nietypowy splyw chłonny (*aberrant drainage*) uwidoczniono aż u 43,2% chorych (po limfadenektomii 69,2%, po BWW 17,4%). Przerzuty w „nowym” węzle wartowniczym uwidoczniono w 19,2% przypadków i co szczególnie ważne w 27,5% z tej grupy przerzuty znaleziono w nietypowym splywie chłonnym. W podsumowaniu wyników metaanalizy wskazano, iż w 17,9% chorych wykonanie procedury BWW wpłynęło na zmianę planu leczenia adiuwantowego zarówno w zakresie radioterapii, jak i leczenia systemowego. Ponowna biopsja węzła wartowniczego jest procedurą o wysokim stopniu czułości i dokładności. Udziela dodatkowych istotnych informacji klinicznych i jako taka powinna być rozważana w grupie chorych ze wznową lokoregionalną raka gruczołu piersiowego.

Zakres leczenia chorych z rakami *in situ*

T. Nowikiewicz

Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami (krajowymi: PTChO, PUO oraz zagranicznymi: St Gallen, NCCN) dotyczącymi leczenia chorych z rozpoznaniem raka piersi *in situ* standardem postępowania pozostaje nadal biopsja chirurgiczna zmiany z uzyskaniem ujemnych marginesów wycięcia. W przypadku guzów wewnątrzprzewodowych (*ductal carcinoma in situ* — DCIS) wspomniane powyżej leczenie operacyjne wymaga uzupełniającego zastosowania radioterapii gruczołu piersiowego (zalecenia krajowe). Przedmiotem dyskusji są w dalszym ciągu wskazania do wykonania u chorych z DCIS amputacji piersi oraz weryfikacji stanu regionalnego splywu chłonnego (przy użyciu procedury biopsji węzła wartowniczego).

Wśród głównych celów postępowania terapeutycznego w DCIS należy wymienić dążenie do maksymalnego zwiększenia odsetka leczenia oszczędzającego gruczoł piersiowy (BCT), optymalizację wyników estetycznych leczenia chirurgicznego oraz zapobieganie wystąpieniu postaci inwazyjnych raka piersi.

Pomimo definicyjnego braku możliwości tworzenia przerzutów odległych przez zmiany nowotworowe o typie DCIS ich diagnostyka i leczenie jest źródłem systematycznie rosnących problemów klinicznych. W okresie przed wprowadzeniem populacyjnych programów przesiewowego wykrywania nowotworów złośliwych piersi guzy o charakterze DCIS stanowiły około 3–5% raków tego gruczołu. Upowszechnienie skryningu mammograficznego doprowadziło do znacznego wzrostu liczby wykrywanych przypadków DCIS. Ich obecny odsetek wynosi około 15–30% spośród wszystkich stwierdzanych u chorych rodzajów raka piersi (Ameryka Północna, Europa), ze współczynnikiem zachorowalności na poziomie 14–16,5/100 000. Z opublikowanych aktualnie danych statystycznych wynika, iż u co 33 kobiety dojdzie w trakcie jej życia do zdiagnozowania zachorowania na raka piersi *in situ*.

Według danych rejestru SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results database) w ostatnim dwudziestoleciu (1991–2010) znacznemu obniżeniu uległ odsetek chorych z DCIS poddanych mastektomii (44,9% vs 19,3%). Jednocześnie stwierdzono wzrost wykorzystania radioterapii adiuwantowej po miejscowym wycięciu guza (24,2% vs 46,8%). Zmiany nowotworowe wewnątrzprzewodowe nie podlegają obligatoryjnie konwersji do guzów naciekających. Jednak w okresie dziesięciu lat od ich zdiagnozowania około 14–53% przypadków DCIS może ulec progresji do postaci inwazyjnych. Kolejnym argumentem przemawiającym za koniecznością leczenia operacyjnego chorych z DCIS jest ryzyko współistnienia raka *in situ* z rakiem inwazyjnym. Taka sytuacja może mieć miejsce w przypadku 6–41% DCIS, zdiagnozowanych po biopsji gruboigłowej zmiany. Do czynników zwiększających ryzyko obecności postaci naciekającej raka piersi należy znaczna wielkość DCIS (≥ 4 cm), wysoki lub średni stopień złośliwości histologicznej guza (G2-3), brak stwierdzenia receptorów steroidowych, objaw „masy” w obrazie mammograficznym oraz obecność zmiany badalnej palpacyjnie.

Wymienione powyżej cechy kliniczne są jednocześnie najczęściej uwzględnianymi u chorych z DCIS poddanych BCT wskazaniami do przeprowadzenia biopsji węzła wartowniczego (oprócz przypadków zakwalifikowanych do amputacji piersi). Mimo braku rozpoznania podczas weryfikacji patologicznej preparatu operacyjnego komponenty naciekowej u około 1–10% chorych z DCIS usunięte podczas SLNB węzły chłonne mogą być zmienione przerzutowo.

Jak wynika z zaleceń Polskiej Unii Onkologii, wartość Van Nuys Prognostic Index (VNPI) przekraczająca 10 punk-

tów wymaga wykonania u chorych amputacji prostej oraz pobrania węzła wartowniczego. Jednak konieczność przeprowadzenia mastektomii w przypadku DCIS może dotyczyć chorych, które uzyskały niższą sumę punktów (przypadki zmian o wielkości 4–5 cm, po nieradykalnym wycięciu miejscowym, w stopniu G1 lub G2 — bez obecności martwicy, u chorych w wieku powyżej 60 roku życia). Z tego powodu wartość VNPI może nie być jedynym przydatnym kryterium kwalifikacji chorych z DCIS do procedur leczenia operacyjnego. Z obecnie dostępnych danych (SEER, 2015) wynika, iż około 15,3% chorych z DCIS poddanych mastektomii wymaga ostatecznie przeprowadzenia limfadenektomii pachowej (2,8% w przypadku zastosowania BCT).

Często analizowanym problemem klinicznym jest zjawisko *overtreatment* („nadmierne leczenie”), które również dotyczy leczenia operacyjnego chorych z DCIS. Wiąże się ono z „nadwykrywalnością” (*overdiagnosis*) zmian chorobowych. Oznacza ona przypadki choroby, która nie spowodowałaby pojawienia się objawów, w tym śmierci chorego, w sytuacji gdyby pozostała niewykryta. Odsetek „nadwykrywalności” w DCIS szacowany jest na 0–52% przypadków. Celem trwających obecnie randomizowanych badań prospektywnych (LORD, LORIS) jest określenie możliwości leczenia zachowawczego, dotyczącego wybranych grup chorych na wewnątrzprzewodowego raka piersi. Wnioski z tych badań mogą okazać się pomocne w aspekcie możliwości zmniejszenia częstości przeprowadzania nieuzasadnionych terapeutycznie procedur operacyjnych.

Rekonstrukcja jednoczasowa czy odroczone?

J. Jankau¹, S. Mazur²

¹Klinika Chirurgii Plastycznej, GUMed, ²Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Widoczny jest znaczny wzrost zainteresowania rolą chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej w wspólnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. Jest to wynik rozwoju technik odtwórczych i kontaktów interdyscyplinarnych, które pozwalają na osiągnięcie zdecydowanie lepszych wyników niż przed laty. Wiąże się to również z rosnącymi oczekiwaniami pacjentek co do ostatecznego wyniku estetycznego, a co za tym idzie z zapewnieniem lepszej jakości życia.

Operacje rekonstrukcyjne można wykonywać w trybie natychmiastowym lub w trybie odroczonym. Rekonstrukcja natychmiastowa jest możliwa u tych chorych, u których spełnione są następujące warunki:

- pacjentka wykazuje silną motywację do rekonstrukcji piersi;
- wyjściowy stopień zaawansowania raka piersi T1–2N0M0, kiedy chora z różnych względów nie może być operowana oszczędzająco i jest poddawana amputacji piersi;

— radioterapię pooperacyjną w zabiegach jednoczasowych można zastosować, ale w odpowiednich warunkach po konsultacji złożonej z lekarzy radioterapeutów, chirurgów onkologów i chirurgów plastycznych.

Rekonstrukcja odroczone powinna być proponowana nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zakończenia leczenia uzupełniającego, tj. chemioterapii, i nie wcześniej niż po roku od zakończenia radioterapii.

Zasadniczo operacje rekonstrukcyjne piersi możemy podzielić na dwie grupy. W pierwszej w celu rekonstrukcji wykorzystujemy ekspanderoprotezy, ekspandery wymieniane na implanty, a w drugiej — tkanki własne pacjentki.

Rekonstrukcja z użyciem wszczepów polega na wstępnym rozprężeniu tkanek poprzez wszczępienie ekspandera wypełnianego stopniowo solą fizjologiczną. Po uzyskaniu odpowiedniego rozciągnięcia tkanek ekspander jest usuwany, a w jego miejsce jest wszczepiana właściwa proteza wypełniona żelem silikonowym.

Nową jakością pozwalającą na skróceniu rekonstrukcji piersi do jednego etapu jest zastosowanie tzw. ekspanderoprotezy. Łączy ona właściwości zarówno ekspandera, jak i ostatecznej protezy. Po zakończeniu rozprężania taki wszczep pozostaje na stałe w wytworzonej łoży pod skórą i mięśniem piersiowym.

W zabiegach rekonstrukcji piersi, w których wykorzystywane są tkanki własne najczęściej wykorzystywany jest płat skórno-mięśniowy oparty na unaczynieniu z mięśnia prostego brzucha tzw. TRAM. Wykorzystanie nadmiaru własnej tkanki z okolicy podbrzusza pozwala nam na odtwarzanie całkiem sporych objętości. Metodę tę można zastosować jako płat uszypułowany lub jako płat wolny z zastosowaniem zespolenia mikronaczyniowych (wolny TRAM, DIEP),

Oprócz wymienionego najpopularniejszego miejsca dawczego w podbrzuszu można również wykorzystać tkanki własne pacjentki z pośladków czy wewnętrznej strony ud. Są to jednak zabiegi bardzo skomplikowane technicznie, wymagające zastosowania technik mikrochirurgicznych.

Metodą łączącą zastosowanie materiałów wszczepialnych i tkanek własnych jest połączenie płata z mięśnia najszerzego grzbietu (LD) z implantem dla uzyskania właściwej projekcji i objętości odtworzonej piersi.

Zabiegiem kończącym proces rekonstrukcji piersi jest odtworzenie kompleksu brodawka/otoczka sutkowa. Wzgórek brodawki odtwarza się z odpowiednio zaplanowanych uszypułowanych płatów skórnych, podnoszonych w odpowiednim miejscu użytego do rekonstrukcji płata. Można również zastosować przeszczep części brodawki drugiej piersi, choć sposoby te uważane są obecnie za przestarzałe.

Kolor otoczki jak i wzgórek brodawki odtwarza się za pomocą nanoszenia odpowiedniego barwnika metodą tatuażu śródskórnego.

Czy i jak publikacja badania Z0011 zmieniła naszą praktykę kliniczną w odniesieniu do przerzutów do węzłów wartowniczych?

M. Nagadowska, Z. Mentrak, J. Piechocki, Z. Nowecki
Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Pomimo postępów w badaniach biologii raka piersi w leczeniu chorych na wczesnego raka ocena węzłów chłonnych jest nadal głównym czynnikiem prognostycznym i w dużej mierze decydującym o terapii uzupełniającej. Procedura węzła wartowniczego (WW) jest obecnie standardem w przypadku klinicznie negatywnych węzłów chłonnych. Po opublikowaniu w 2011 roku badania Z0011 w przypadku stwierdzenia przerzutów do węzłów wartowniczych można zrezygnować z limfadenektomii, zarówno w przypadku mikro-, jak i makroprzerzutów.

Materiał i metoda. Przedmiotem analizy jest porównanie wyników radykalizacji po procedurze węzła wartowniczego w naszym ośrodku w latach 2011–2015.

Wyniki. Spośród 517 procedur węzła wartowniczego wykonanych w 2011 roku u chorych z rakiem piersi w I i IIA stopniu zaawansowania poddanych leczeniu chirurgicznemu u 82 (grupa 1 — 15,8% z ww) chorych wykonano limfadenektomię pachową. W grupie tej, przy średnio ocenionych 14 węzłach chłonnych (6–34), przerzuty stwierdzono w 1,8 węzła (1–13), przy czym u 44 (53%) chorych zmieniony węzeł wartowniczy był jedynym przerzutem. W 2015 roku spośród 725 procedur węzła wartowniczego u 91 chorych (grupa 2 — 12%) wykonano radykalizację w obrębie dołu pachowego. W grupie tej przy ocenie średnio 12 węzłów chłonnych (6–30) przerzuty stwierdzono w 2,6 węzła (1–18), przy czym jedynie u 30 chorych (32%) węzeł wartowniczy był jedynym przerzutem. Porównano obydwie grupy pod względem wielkości klinicznej, mammograficznej i patologicznej zmiany pierwotnej oraz wielkości i jakości zmian przerzutowych w węzłach chłonnych: mikro-makroprzerzuty, obecność nacieków w obrębie torebki węzła itp.

Wniosek. Zastosowanie kryteriów badania Z0011 w praktyce w naszym ośrodku wpłynęło na znaczące zmniejszenie liczby radykalizacji i jej następstw.

Pułapki diagnostyczne w patologii nowotworów endokrynnych

S. Sporny
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W diagnostyce patomorfologicznej nowotworów neuroendokrynnych i gruczołów wydzielania wewnętrznego obowiązuje zasada dotycząca wszystkich procesów chorobowych — rozpoznanie musi być postawione z uwzględnieniem obrazu klinicznego. Nowotwór wydzielający do krwioobiegu biologicznie aktywną substancję wpływa na stan całego ustroju, wiodąc niekiedy do nieoczekiwanych skutków. I nie chodzi tu tylko o — wydawałoby się — najważniejszy problem, jakim jest stopień zróżnicowania komórek guza i wynikająca z tego ich żywotność, czyli zdolność do podziałów, migracji, wzbudzania reakcji obronnej układu limfatycznego. Przecież nowotwór zbudowany z wysoko zróżnicowanych komórek wydzielających insulinę, wyzwolony spod ogólnoustrojowych mechanizmów regulacyjnych, może szybko doprowadzić do śmierci nie z powodu rozsiewu, lecz ciężkiej hipoglikemii. Wielkim problemem w mikroskopowym rozpoznawaniu nowotworów endokrynnych jest przywiązywanie wagi do tzw. atypii komórkowej. W guzach gruczołów wydzielania wewnętrznego zmiana wyglądu komórek w postaci anizocytozy, makronukleozy, polimorfizmu jądrowego, hyperchromazji jądrowej nie może być traktowana jako morfologiczny wykładnik ich inwazyjności. Oszacowanie aktywności mitotycznej stanowi bardziej wartościowy parametr, podobnie jak wykrycie nacieku wzrostu wobec naczyń i najbliższego otoczenia np. torebki łącznotkankowej.

W niektórych nowotworach endokrynnych jedynym i pewnym kryterium złośliwości jest pojawienie się przerzutów. Zasada ta wydaje się szczególnie istotna w guzach przytarczyc i nadnerczy. Tylko przystępując do zwalczania tych zmian, należy starać się o jak najszybsze sformułowanie rozpoznania, czyli zanim jeszcze przerzuty wystąpiły. Rodzi to ryzyko niedodiagnozowania albo przeddiagnozowania guzów.

Niezaprzeczalnym przełomem w rozpoznawaniu nowotworów gruczołów wydzielania wewnętrznego okazała się diagnostyka immunohistochemiczna pozwalająca na ustalenie histogenezy komórek, określenie ich produktu hormonalnego, oszacowanie potencjału proliferacyjnego, ujawnienie naciekania otoczenia guza. Niestety nadal utrzymuje się znaczna rozbieżność w zakresie jakości wykonywanych analiz immunohistochemicznych przez poszczególne placówki patomorfologiczne mimo zaawansowanej automatyzacji laboratoriów i poszanowania reżimu obróbki materiału tkankowego.

O znaczeniu biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) w rozpoznawaniu patologii gruczołów dokrewnych napisano już wiele. Jednak ta najszybsza metoda pozyskiwania mate-

riatu komórkowego do analizy mikroskopowej obarczona jest szeregiem ograniczeń wynikających głównie z tego, że ocenie poddaje się wygląd komórek zmiany i układów przestrzennych, które one tworzą, bez możliwości oceny, jak zachowują się one wobec swojego najbliższego otoczenia. Zatem ta metoda diagnostyczna służy głównie podzieleniu przypadków na te, które muszą być operowane, i te niewymagające ingerencji chirurgicznej. Problem jest wyjątkowo istotny, gdyż najczęściej poddawanym BAC narządem u ludzi jest tarczycza. System formułowania rozpoznań cytologicznych w zmianach patologicznych gruczołu tarczowego stanowi wzorzec, jak można przewyciężyć techniczne ograniczenia metody, by uzyskać wartościowe i praktycznie przydatne wyniki analizy mikroskopowej.

Osiągnięcia w dziedzinie biologii molekularnej stanowią zachętę dla zwiększania wiarygodności rozpoznań mikroskopowych, zwłaszcza cytologicznych. Technika ta kryje jeszcze mnóstwo tajemnic, ale podobnie jak niegdyś immunohistochemia stanie się niebawem obowiązkową metodą uzupełniającą w patomorfologii.

Rzadkie nowotwory neuroendokrynne (EUROCRINE)

M. Barczyński

Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, III Katedra Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Ogólnym celem projektu EUROCRINE jest poprawa jakości świadczeń medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia chirurgicznego rzadkich guzów endokrynnych. Projekt finansowany jest w wysokości 1,3 mln euro z Programu Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej (60%) oraz ze środków regionu Skane w Szwecji (40%) i jest realizowany w latach 2013–2017. W ramach projektu stworzono paneuropejski rejestr rzadkich guzów endokrynnych oparty na prospektywnie gromadzonej bazie danych z dostępem *online*: www.eurocrine.eu zawierającej dane ze szpitali partnerskich w całej Europie. Rozpowszechnienie tych danych ma na celu podniesienie standardów klinicznych i zredukowanie różnic w praktyce pomiędzy placówkami szpitalnymi i krajami członkowskimi Unii Europejskiej, a przez to także zmniejszenie zachorowalności i umieralności. Porównanie różnych praktyk i wyników podjętego leczenia będzie szczególnie interesujące z punktu widzenia placówek, które chciałyby podnieść standardy do poziomu uważanego za najlepszy. EUROCRINE w przyszłości stanowić będzie podstawowy środek, dzięki któremu lekarze, naukowcy, osoby kreujące politykę zdrowotną państwa, a także pacjenci będą mogli skorzystać z większego dostępu do wiedzy na temat diagnozy, leczenia oraz przyszłych badań klinicznych dotyczących rzadkich guzów endokrynnych. Rejestr zawiera tylko dane

pozbawione elementów umożliwiających identyfikację pacjentów. Strona internetowa ma pełnić rolę punktu kontaktu pacjentów, zrzeszających ich organizacji, lekarzy i ośrodków zajmujących się rzadkimi guzami endokrynnymi. Ma także pełnić rolę portalu umożliwiającego dostęp do bazy danych. Wyniki analizy statystycznej danych dotyczących zdrowia publicznego będą prezentowane i poddane dyskusji w ramach specjalnej konferencji zorganizowanej dla wszystkich partnerów w marcu 2017 roku w Lund w Szwecji. Zostaną także rozpowszechnione za pomocą strony internetowej. Ewaluacja standardów opieki nad pacjentami po zabiegach chirurgicznych dotyczących rzadkich guzów endokrynnych będzie także przedmiotem analizy i zostanie zaprezentowana w formie rekomendacji dotyczących najlepszych modeli praktyki klinicznej.

Czy centralizacja leczenia raka trzustki w Polsce jest „lekiem na całe zło”?

S. Mrowiec

Śląski Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Gruczolakorak trzustki zajmuje 4 miejsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory na świecie i jest powodem blisko 37 000 zgonów rocznie w USA i 78 000 w krajach europejskich. W rezultacie późnego występowania objawów i agresywnej biologii nowotworu mniej niż 20% pacjentów to kandydaci do rozległej, w zamiarze leczącej (R0) operacji z medianą przeżycia blisko 2 lata. Odkąd Calman-Hine w 1995 roku zaproponował powołanie sieci wyspecjalizowanych, wielodyscyplinarnych ośrodków w chirurgii, anestezjologii i onkologii wobec wysokiej umieralności na raka trzustki, centralizacja leczenia tego schorzenia doprowadziła do znamiennej poprawy wyników leczenia. Istnieje szereg badań przedstawiających zależność pomiędzy liczbą leczonych pacjentów z rakiem trzustki, jakością leczenia chirurgicznego, liczbą wykonanych resekcji trzustki a odległymi wynikami leczenia w tej grupie chorych. Leczenie pacjentów z rakiem trzustki w ośrodkach referencyjnych doprowadziło również do poprawy opieki i leczenia popoperacyjnego, a także do zdecydowanych zmian w zakresie oceny patomorfologicznej (np. sposób badania preparatu, liczba węzłów chłonnych, weryfikacja R0/R1 wg protokołu Leeds itd.). Najważniejszym czynnikiem prognostycznym raka trzustki jest obecnie sposób leczenia chirurgicznego prowadzący do resekcji R0. Uważa się, że po centralizacji leczenia raka trzustki zespół/chirurg wykonujący powyżej 20 pankreatoduodenektomii rocznie (*high-volume*) osiąga znacząco większy odsetek resekcji R0 oraz doświadczenie w kwalifikacji i przeprowadzeniu leczącej resekcji u pacjentów zdyskwalifikowanych bądź poddanych wyłącznie laparotomii eksploratywnej w mniejszych ośrodkach chirurgicznych (*low-volume*). W jednej z prac wykazano 55% odsetek

resekcji R0 w grupie pacjentów z rakiem trzustki nacieka-
jącym naczynia układu wrotnego, zdyskwalifikowanych od
resekcji w małym ośrodku chirurgicznym. Opublikowano
kilka prac dotyczących centralizacji leczenia raka trzustki
m.in. w Holandii. W latach 2005–2009 leczenie chirurgicz-
ne pacjentów z rakiem trzustki w tym kraju spowodowało
zmniejszenie śmiertelności pooperacyjnej z 9,8% do 5,1%.
Wykazano ponadto, że porozumienie pomiędzy chirurgami
i wyselekcjonowanie tych prowadzących leczenie wiązało
się ze znaczącym wzrostem odsetka 2- i 3-letnich przeżyć.
Centralizacja leczenia raka trzustki w ośrodkach referen-
cyjnych pomimo większej liczby pacjentów zgłaszających
się z zaawansowaną chorobą (T3/T4) przyniosła znaczą-
cy wzrost liczby resekcji R0, większe możliwości leczenia
skojarzonego i wielokierunkowego oraz poprawę leczenia
onkologicznego.

Neuromonitoring w chirurgii onkologicznej

A. Konturek

III Katedra Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum,
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Neuromonitoring to graficzna i akustyczna dokumentacja
neurofizjologicznych aktywności jednej lub większej ilości
struktur nerwowych pozwalająca na ocenę czynności bio-
elektrycznej nerwów pod kątem ryzyka ich uszkodzenia
podczas zabiegów operacyjnych.

Stymulacja nerwu obwodowego skutkuje powstaniem de-
polaryzacji z modulacją swojej podstawowej odpowiedzi.
Uzyskany podczas stymulacji wzrost aktywności włókien
mięśniowych zostaje zarejestrowany w formie elektromio-
graficznej. Zmiany w zapisie EMG mogą być zatem przedsta-
wione w postaci sygnałów akustycznych lub zmian w krzy-
wej zapisu na ekranie monitora. Nowoczesna chirurgia to
dynamiczny rozwój nowatorskich rozwiązań i urządzeń,
który zaowocował udoskonaleniem metod operacyjnych
z coraz szerszym wykorzystaniem technik małoinwazyjnych
— również w chirurgii onkologicznej. Ograniczenie urazu
operacyjnego z jednoczesnym zachowaniem prawidłowej
funkcji sąsiadujących organów stało się podstawowym ce-
lem współczesnych metod leczenia. Wprowadzenie i wciąż
udoskonalanie metod śródoperacyjnego neuromonitorin-
gu zaowocowało coraz szerszym jego wykorzystaniem
w różnych dyscyplinach medycznych. Najszerze jak dotąd
zastosowanie neuromonitoring znalazł w chirurgii onkolo-
gicznej głowy i szyi z chirurgią gruczołów wewnętrznego
wydzielania — tarczycy i przytarczyc, chirurgii laryngolo-
gicznej gruczołów ślinowych, gardła i krtani, neurochirurgii
w zakresie włókien rdzeniowych układu autonomicznego
po chirurgię koloproktologiczną i urologiczną, która również
widzi potencjał nowych możliwości bezpiecznej ochrony
nerwów w trudnym polu operacyjnym. Wśród najważniej-

szych zalet techniki neuromonitoringu należy wymienić:
pomoc w lokalizacji nerwów przed ich uwidocznieniem,
pomoc w preparowaniu przy ich zmienności anatomicznej
czy zabiegach w bliznowato zmienionym polu operacyjnym.
Pozwala ustalić prognozę czynności nerwów i prawidłow-
wej funkcji organów w okresie pooperacyjnym oraz ustalić
ewentualne miejsce uszkodzenia z możliwością pierwotnej
rekonstrukcji w celu zagwarantowania integralności ana-
tomicznej włókna nerwowego. Obecnie neuromonitoring
stanowi również ważny punkt w badaniach naukowych
oceniających wartość prognostyczną oraz jest pomocny
w edukacji młodych lekarzy, kreśląc „krzywe uczenia się” lub
„krzywe biegiłości operacyjnej” w określonym polu operacyj-
nym. Na koniec należy wspomnieć o aspektach medycyno-
prawnych, określających śródoperacyjną kontrolę jakości
leczenia oraz powstawanie standardów postępowania
w chirurgii onkologicznej.

Nowotwory neuroendokrynne jelita grubego

A. Cichocki

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

Nowotwory neuroendokrynne jelita grubego to ok. 20%
wszystkich guzów neuroendokrynych. Zdecydowana więk-
szość z nich jest zlokalizowana w odbytnicy. Guzy neuroen-
dokrynne odbytnicy to ok. 1% wszystkich guzów w tej lokaliz-
acji. Mogą to być zarówno guzy wysokozróżnicowane (NEN
G1,G2) jak i raki neuroendokrynne (NEC), a także mieszane
raki gruczołowo-neuroendokrynne (MANEC). Symptomato-
logia tych guzów jest raczej niespecyficzna, najczęściej są
wykrywane w trakcie przesiewowej kolonoskopii. Objawo-
wy „zespół rakowiaka” z reguły świadczą o dużym zaawan-
sowaniu choroby występuje w tej grupie chorych rzadko.
W efekcie wczesne, ograniczone tylko do jelita stadium cho-
roby stwarzające największą szansę wyleczenia to tylko 45%
przypadków. Przerzuty odległe stwierdza się w momencie
rozpoznania u 16–40% chorych. Średnie przeżycie 5-letnie
wynosi 40–70%. U 13–16% chorych z nowotworami neuro-
endokrynnymi jelita grubego współistnieje drugi nowotwór,
najczęściej rak gruczołowy okrężnicy. Neuroendokrynni rak
odbytnicy (NEC) charakteryzuje się wyjątkowo agresywnym
przebiegiem, nawet jeśli jest wysokozróżnicowany (G1).
W diagnostyce poza badaniami czynnościowymi (zespół ra-
kowiaka) w ocenie stopnia zaawansowania najistotniejsze są
badania obrazowe (TK, MR, EUS, SRS, PET-CT). Podstawową
metodą terapii, zwłaszcza z intencją wyleczenia, jest zabieg
chirurgiczny. W przypadku okrężnicy — według ogólnych
zasad chirurgii onkologicznej. W guzach odbytnicy, jeśli
ich wielkość nie przekracza 1 cm (obraz endoskopowy jest
bardzo charakterystyczny) i nie stwierdza się obecności prze-
rzutów, możliwe jest ich usunięcie metodą endoskopową

(*endoscopic mucosal dissection* — ESD). Jeśli guzy są większe (> 2 cm) należy wykonać radykalny zabieg chirurgiczny taki jak w raku gruczołowym. Rokowanie w raku neuroendokrynnym odbytnicy w stadium rozsiewu jest bardzo złe. Przeżycie wynosi 6–9 miesięcy od momentu rozpoznania. W niektórych przypadkach można rozważyć zabieg chirurgiczny jako postępowanie paliatywne.

Leczenie chorych na czerniaki o zaawansowaniu lokoregionalnym

M. Zdzienicki

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

Mimo poczynionych w ostatnim czasie znaczących postępów w leczeniu chorych na zaawansowanego czerniaka skóry w dalszym ciągu wiele problemów tych chorych pozostaje nierozwiązanych. Jedną z trudniejszych sytuacji klinicznych w tej grupie chorych pozostaje lokoregionalny nawrót choroby, najczęściej przyjmujący postać mnogich przerzutów *in-transit*. Wśród metod znajdujących zastosowanie w leczeniu tej grupy chorych należy wymienić: leczenie chirurgiczne (resekcję przerzutów), radioterapię, izolowaną perfuzję kończynową w hipertermii, elektrochemioterapię, immunoterapię miejscową. Prezentacja przedstawia zalety i wady wymienionych powyżej metod, zasady ich doboru w konkretnej sytuacji klinicznej, a także osiągnięte za ich pomocą wyniki. Leczenie przerzutów *in-transit* powinno być indywidualizowane i zależy od liczby zmian, wielkości, lokalizacji i przebiegu klinicznego. W przypadku przerzutów *in-transit* postępowanie chirurgiczne obejmuje wycięcie policzalnych zmian (< 10) z marginesem mikroskopowym wolnym od nacieku czerniaka (makroskopowo może być wąski). Należy rozważyć zasadność wykonania kolejnego wycięcia miejscowego w przypadku pojawienia się następnej kaskady wysiewu *in-transit* po wcześniejszym

i niedawnym (tzn. przed miesiącem) wycięciu zmian. W przypadku pojedynczych zmian nawrotowych można rozważyć ponowną biopsję węzła wartowniczego pod warunkiem, że od pierwotnej operacji i biopsji węzła wartowniczego upłynął dostatecznie długi czas (minimum 12 miesięcy, optymalnie > 24 miesiące). W przypadkach mnogich/nieresekcyjnych należy rozważyć zastosowanie metod leczenia miejscowego: (ablacja laserem, radioterapia, krioterapia, immunoterapię doguzową (PV-10 lub interleukina 2) lub miejscową (imikwimod niezarejestrowany w tym wskazaniu), albo/i elektrochemioterapię (ECT). W przypadku rozległych mnogich zmian zlokalizowanych na kończynie preferowaną metodą jest izolowana chemioterapia perfuzyjna kończynowa w hipertermii (*hyperthermic isolated limb perfusion* — HILP) najczęściej z melfalanem, która może być stosowana wyłącznie w ośrodkach o odpowiednim przygotowaniu i doświadczeniu. Talimogene laherparepvec (T-VEC) to pierwszy lek z nowej klasy zmodyfikowanych genetycznie wirusów onkolytycznych (wirus opryszczki typu 1), który podawany jest doguzowo i ulega selektywnej replikacji wewnątrz nowotworu, produkując czynnik stymulujący kolonie granulocytno-makrofagowe (GM-CSF). W badaniu III fazy z losowym doбором chorych 436 pacjentów przydzielono do terapii T-VEC lub iniekcji podskórnych GM-CSF. Głównym punktem końcowym badania był odsetek długotrwałych odpowiedzi (DRR \geq 6 miesięcy). Badanie to wykazało istotną korzyść z zastosowania T-VEC w porównaniu z GM-CSF (DRR 16,3% vs 2,1%). Odsetek odpowiedzi ogółem wyniósł 26,4% w ramieniu z T-VEC, a mediana OS 23,3 miesiąca. Najlepsze wyniki przy zastosowaniu T-VEC uzyskano w stopniach IIIB/IIIB/IVM1a. T-VEC był generalnie dobrze tolerowany, najczęściej obserwowano objawy paragrypowe (osłabienie, dreszcze i gorączka). T-VEC został zarejestrowany do leczenia chorych na nieresekcyjne czerniaki w stopniach IIIB/IIIB/IVM1a. Obecnie trwają badania nad leczeniem skojarzonym T-VEC z inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (ipilimumabem i pembrolizumabem).

Prezentacje USTNE

Analiza ryzyka nawrotu raka wątrobowokomórkowego po transplantacji wątroby

M. Grąt¹, J. Stypułkowski¹, M. Krasnodębski¹, K. Wronka¹,

Ł. Masior¹, K. Grąt², E. Bik¹, W. Patkowski¹, M. Krawczyk¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, ²II Zakład Radiologii Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp. Pomimo znaczącej poprawy uzyskiwanych wyników odległych nawrotu raka wątrobowokomórkowego (HCC) po transplantacji wątroby pozostają istotnym problemem klinicznym. Celem pracy było ustalenie, jak zmienia się ryzyko nawrotu nowotworu w zależności od okresu, który upłynął od transplantacji wątroby.

Materiał i metody. Dane 240 chorych na HCC leczonych transplantacją wątroby poddano analizie retrospektywnej. Podstawowym punktem końcowym badania był nawrót nowotworu.

Wyniki. Ryzyko nawrotu nowotworu po 5 latach wyniosło 20,5% bezpośrednio po transplantacji, 16,3% po przeżyciu 1 roku bez nawrotu oraz 16,8% po przeżyciu 3 lat bez nawrotu. Odpowiednie wartości wyniosły 9,2%, 10,9% i 6,5% w grupie chorych spełniających kryteria mediolańskie oraz 35,8% ($p < 0,001$), 24,0% ($p = 0,040$) i 35,3% ($p = 0,060$) w grupie chorych niespełniających kryteriów mediolańskich. Młodszy wiek chorych ($p = 0,029$), większa liczba ($p < 0,001$) i wielkość ($p = 0,003$) guzów, wyższe stężenie alfafetoproteiny ($p = 0,004$) oraz niski stopień zróżnicowania guzów ($p = 0,035$) były niezależnymi czynnikami ryzyka nawrotu w bezpośrednim okresie 5 lat od transplantacji. W grupie chorych bez nawrotu raka w pierwszym roku po transplantacji jedynym niezależnym czynnikiem ryzyka nawrotu w okresie kolejnych 5 lat była liczba guzów ($p < 0,001$). Liczba guzów ($p = 0,008$) i transplantacja poprzedzona leczeniem neoadiuwantowym ($p = 0,024$) były niezależnymi czynnikami ryzyka nawrotu w 5-letnim okresie obserwacji po przeżyciu bez wznowy pierwszych 3 lat.

Podsumowanie. Wbrew oczekiwaniom ryzyko nawrotu raka wątrobowokomórkowego nie zmniejsza się istotnie wraz z czasem, który upłynął od transplantacji wątroby. Liczba guzów pozostaje istotnym, niezależnym od czasu, czynnikiem ryzyka nawrotu raka. Chorych po transplantacjach związanych z koniecznością stosowania leczenia neoadiuwantowego w okresie przedoperacyjnym cechuje zwiększone ryzyko nawrotu w odległym okresie po operacji.

Przeszczepienie wątroby (OLTx) vs resekcja lub termoablacja (RFA) w leczeniu raka wątrobowokomórkowego (HCC) u chorych z marskością wątroby

D. Wasiak¹, B. Łągińska², M. Jonas², M. Pacholczyk²,

W. Lisik², O. Tronina³, J. Trzebicki⁴, P. Małkowski¹,

M. Kosieradzki²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego, ²Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, ³Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, ⁴Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp. W ciągu ostatnich 10 lat na całym świecie obserwuje się istotny wzrost liczby przeszczepień wątroby (OLTx) z powodu raka wątrobowokomórkowego (HCC). W materiale naszej Kliniki w ostatnich 5 latach odsetek chorych po przeszczepieniu wątroby z powodu HCC wyniósł 21,4%. Jednocześnie u chorych niewymagających lub niekwalifikujących się do przeszczepienia wątroby proponujemy leczenie chirurgiczne w postaci resekcji lub termoablacji zmian o typie HCC. Celem pracy jest analiza wyników poszczególnych metod.

Materiał i metoda. W latach 2000–2015 wykonano 75 (na 541) transplantacji wątroby u chorych z wykrytym HCC. 66 chorych w momencie przeszczepienia mieściło się w kryteriach mediolańskich (88%). Liczba ognisk nowotworu stwierdzonych w usuniętej wątrobie wynosiła od 1 do 4. Tylko u jednego chorego stwierdzono wieloogniskowy HCC (> 5 zmian). Średnia wielkość ognisk HCC wynosiła 27,63 mm, a największa średnica guza wynosiła 10 cm. W latach 2006–2015 z powodu HCC operowaliśmy 166 chorych, w 65 przypadkach wykonaliśmy RFA, a u 102 chorych resekcyjnie zmian.

Wyniki. Z chorych po OLTx do dnia dzisiejszego żyje 55 chorych (73,33%). Nawrót HCC stwierdzono u 11 chorych (14,66%), spośród których 8 zmarło z tego powodu. 5 chorych zmarło w odległym okresie z innych powodów. W grupie operowanej zanotowaliśmy 103 wznowy (61,4%). 50 chorych ponownie operowaliśmy, 10 chorych zakwalifikowaliśmy do OLTx.

Wnioski. Wyniki odległe uzasadniają leczenie przeszczepieniem u chorych z HCC w marskiej wątrobie.

Wyniki terapii przerzutowych nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) zlokalizowanych w odbytnicy

C. Osuch¹, E. Bylina², J. Siedlecki³, P. Rutkowski²

¹Katedra Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, ²Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ³Zakład Onkologii Molekularnej i Translacyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) rzadko występują w odbytnicy. Klinicznie GIST odbytnicy charakteryzuje się większą agresywnością i większym ryzykiem nawrotu w porównaniu do GIST o innych lokalizacjach. Celem pracy była charakterystyka chorych i wyniki leczenia pacjentów z zaawansowanymi przerzutowymi GIST leczonych w pierwszej linii terapii imatynibem.

Materiał i metody. Do analizy włączono 218 pacjentów leczonych w pierwszej linii imatynibem ze znanym profilem mutacji. W pierwszej części badania porównano pod kątem istotności statystycznej grupę chorych z GIST odbytnicy oraz chorych na GIST w innych umiejscowieniach, oceniając takie czynniki jak: płeć, wiek w chwili włączenia terapii imatynibem, wielkość zmiany, indeks mitotyczny, rodzaj mutacji KIT/PDGFR. Następnie analizowano czas wolny od progresji (PFS) i całkowity współczynnik przeżycia (OS) dla wszystkich badanych oraz oddzielnie dla chorych z GIST odbytnicy i dla chorych z GIST w innych lokalizacjach.

Wyniki. W całej grupie 218 chorych na nieresekcyjne/przerzutowe GIST zidentyfikowaliśmy 11 chorych z GIST zlokalizowanymi pierwotnie w odbytnicy. Pierwotne GIST wywodzące się z odbytnicy były istotnie mniejsze niż GIST w innych lokalizacjach oraz częściej charakteryzowały się występowaniem mutacji w eksonie 11 KIT (80% w porównaniu z 53% w innych narządach). Mediana czasu przeżycia wolnego od progresji (PFS) podczas leczenia imatynibem dla GIST odbytnicy wyniosła 47 miesięcy w porównaniu z 26 miesiącami u pozostałych chorych ($p = 0,02$). Prawdopodobieństwo trzyletniego PFS w grupie pierwszej kształtowało się na poziomie 90%, a w grupie drugiej — 50%.

Wnioski. Mniejsze ryzyko progresji GIST odbytnicy w porównaniu do GIST innych umiejscowień może sugerować większą wrażliwość terapii celowanej w tej lokalizacji, co może wynikać z korzystnego profilu molekularnego.

Operacja otwarta vs operacja laparoskopowa w przypadku resekcji nowotworów podścieliskowych żołądka (GIST). Porównanie na podstawie wyników leczenia serii przypadków z dwóch ośrodków

K. Barski¹, J. Skoczył², E. Bylina², W. Tarnowski¹, P. Rutkowski²

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego, CMKP w Warszawie, ²Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Resekcja radykalna mikroskopowo nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) uważana jest za złoty standard w przypadku miejscowo zlokalizowanych nowotworów. Pytanie, czy resekcja laparoskopowa w porównaniu z operacją otwartą przynosi lepsze wyniki leczenia, wciąż pozostaje bez odpowiedzi. Celem naszej pracy było porównanie wyników operacji laparoskopowej i otwartej na podstawie serii przypadków małych i średnich GIST żołądka leczonych w dwóch ośrodkach.

Materiał i metody. Do badania zostało włączonych 84 chorych. 70 operowanych metodą otwartą (OWR), a 14 chorych operowanych laparoskopowo (LWR). Do badania zostali włączeni tylko pacjenci z histopatologicznie potwierdzonym nowotworem GIST o wielkości < 10 cm zlokalizowanym w żołądku. W naszej pracy analizowaliśmy dane pod względem czasu przeżycia wolnego od nawrotu choroby, danych kliniczno-patologicznych oraz powikłań okołoperacyjnych.

Wyniki. Średni indeks mitotyczny był podobny w obu grupach: w OWR (2/50 HPF; zakres: 0–25) oraz w LWR (3/50 HPF; zakres: 0–6). W grupie chorych operowanych laparoskopowo nie było nawrotów GIST, u 2 chorych (3%) operowanych na otwarcie stwierdzono nawrót choroby. Mediana czasu obserwacji pooperacyjnej wynosiła 30 miesięcy. Śród- i pooperacyjne powikłania odnotowano w 10 z 70 przypadków OWR (14,3%), w 4 wykonano dodatkowo splenektomię. W grupie chorych LWR wystąpiło 1 powikłanie pooperacyjne (7%) oraz w 2 przypadkach była konieczna konwersja (14%). Średni czas operacji otwartej vs laparoskopowej był porównywalny (mediana 95 vs 100 minut). Mediana czasu hospitalizacji po operacji wynosiła 6 dni w obu grupach chorych.

Wnioski. Dla małych i średnich GIST żołądka operacja laparoskopowa daje podobne wyniki onkologiczne i chirurgiczne jak operacja otwarta. Naszym zdaniem resekcja laparoskopowa stanowi bezpieczną i skuteczną opcję leczniczą dla małych i średnich GIST żołądka.

Prezentacje PLAKATOWE

1

Czy liczba znalezionych węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym chorych na raka odbytnicy ma znaczenie kliniczne?

M. Jankowski¹, M. Las-Jankowska¹, D. Bała¹, A. Wiczołek², M. Trojakowska³, E. Smyk³, D. Wiśniewski³, M. Stankiewicz³, W. Hertmanowski³, M. Lewicka³, J. Kobylska³, M. Wojciechowska³, M. Klag¹, W. Zegarski¹

¹Katedra Chirurgii Onkologicznej, CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy, ²Zakład Anatomii Prawidłowej, CM UMK w Bydgoszczy, ³CM UMK w Bydgoszczy

Wstęp. Powszechnie uważa się, że zalecana liczba węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym po resekcji raka odbytnicy wynosi 12.

Materiał i metody. Przeanalizowano 908 resekcji odbytnicy wykonanych od stycznia 2001 do grudnia 2013 w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Przedoperacyjna radioterapia była zastosowana u chorych z resekcyjnymi guzami cT3-4 i/lub cN+ (sRT, 5×5 Gy i zabieg po 7 dniach, *short program*) oraz u chorych z nieresekcyjnymi lub wątpliwie resekcyjnymi cT3-4 guzami (CRT, 50,4 Gy i zabieg operacyjny po 6–8 tygodniach).

Wyniki. Wykonano 614 przednich resekcji odbytnicy (AR — *anterior resection*) i 257 resekcji brzuszno-kroczo- wych (APR — *abdominoperineal resection*) oraz 37 operacji sp. Hartmanna (HART). Średnia ilość znalezionych węzłów chłonnych wyniosła 11,98 (mediana 11). W I–IV stopniu zaawansowania (pTNM) było opisanych odpowiednio (średnia): 10,47; 11; 13 i 12 węzłów chłonnych. Po AR i APR odpowiednio (średnia): 12 i 11. U chorych napromienianych przedoperacyjnie sRT, CRT i nienapromienianych przed zabiegiem odpowiednio: 12, 11 i 12 węzłów chłonnych (średnia). Powyżej 5 lat w obserwacji ambulatoryjnej pozostało 304 chorych.

Podsumowanie. Mniejsza ilość węzłów chłonnych w preparacie nie wiązała się z gorszym rokowaniem operowanych chorych w całej analizowanej grupie. Radioterapia lub radiochemioterapia przedoperacyjna nie wpływała na ilość znalezionych węzłów chłonnych.

2

Jakie znaczenie kliniczne ma lokalizacja guza u chorych z resekcyjnym zaawansowanym rakiem odbytnicy?

M. Jankowski, M. Las-Jankowska, D. Bała, M. Klag, W. Zegarski

Katedra Chirurgii Onkologicznej, CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Wstęp. Lokalizacja raka odbytnicy odgrywa kluczową rolę w wyborze rodzaju terapii i przeprowadzeniu radykalnego zabiegu chirurgicznego.

Materiał i metody. Poddano analizie 355 chorych, których zakwalifikowano i leczono radykalnie z powodu raka odbytnicy cT3-4 i/lub N+ od stycznia 2001 do grudnia 2013 roku w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Resekcyjny zabieg operacyjny był poprzedzony krótkim programem radioterapii 5 × 5 Gy.

Wyniki. Wykonano 218 przednich resekcji (AR), 124 resekcji brzuszno-kroczo- wych (APR) i 13 przednich resekcji sp. Hartmanna (HART). Średnia odległość od linii odbytu wynosiła 6 cm i była różna u chorych z AR i APR (średnie: 8,1 i 3,1 cm). Liczba nawrotów miejscowych wyniosła 6% w całej badanej grupie. Wg estymacji Kaplana-Meiera prawdopodobieństwo całkowitych przeżyć 5-letnich wyniosło 78%. Niska lokalizacja guza (poniżej 3 cm) oraz APR wiązały się z istotnie gorszym rokowaniem ($p < 0,05$). Ponadto niższa lokalizacja guza wiązała się z nieco częstszymi nawrotami miejscowymi, bez istotności statystycznej ($p > 0,05$). Położenie guza poniżej 6 cm od linii odbytu, wiązało się z istotnie statystycznie częstszą liczbą reoperacji ($p < 0,05$) w okresie pooperacyjnym.

Podsumowanie. Lokalizacja guza bliżej kanału odbytu u chorych z resekcyjnymi rakami cT3-4 i/lub N+ leczonymi przedoperacyjnie krótkim programem radioterapii (5 × 5 Gy) nie wpływa istotnie na częstość wznów miejscowych i rokowanie chorych, pod warunkiem przeprowadzenia AR. Wpływa również istotnie na prawdopodobieństwo reoperacji w okresie pooperacyjnym. Bardzo niska lokalizacja (poniżej 3 cm) wpływa na gorsze rokowanie, co może być powiązane z wykonywaniem resekcji brzuszno-kroczo- wej.

3

Ocena przydatności klinicznej wskaźnika liczby płytek krwi do limfocytów u chorych na raka jelita grubego

W.M. Wysocki, Z. Stasik, E. Wójcik, W. Łobaziewicz,

A. Komorowski, J.K. Kulpa

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

Wstęp. W przypadku wielu nowotworów wykazano, że zwiększona liczba płytek krwi wiąże się z progresją choroby i gorszym rokowaniem. W piśmiennictwie weryfikuje się wartość wskaźnika liczby płytek krwi do limfocytów (PLR — *platelet to lymphocyte ratio*; liczba płytek/liczba limfocytów (tys./ml): < 150/1 (0 pkt); 150–300/1 (1 pkt); > 300/1 (2 pkt).

Materiał i metody. Analizą objęto łącznie 258 operowanych z powodu raka jelita grubego [mężczyźni — 60%; mediana wieku — 66 lat; zaawansowanie wg Astlera i Collera: A (4%), B1 (15%), B2 (41%), C1 (6%), C2 (34%)]. Zgromadzono dane na temat wyników badań laboratoryjnych oraz informacje kliniczne, a następnie dokonano analizy korelacji pomiędzy poszczególnymi czynnikami.

Wyniki. Rozkład PLR w badanej grupie wynosił: 0 pkt (30%), 1 pkt (44%), 2 pkt (25%); u 3 chorych — brak danych. Nie stwierdzono korelacji pomiędzy ryzykiem nawrotu miejscowego a wartością PLR; wznowę miejscową obserwowano z podobną częstością w trzech grupach (30,4% vs 39,1% vs 30,4%; $p > 0,05$). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy PLR a ryzykiem wystąpienia przerzutów odległych ($p > 0,05$). Nie wykazano znamiennej zależności pomiędzy wartością PLR a ryzykiem zgonu w okresie obserwacji ($p > 0,05$), a także prawdopodobieństwem całkowitego 2-letniego przeżycia ($p > 0,05$). Wartość punktowa PLR korelowała natomiast ze stężeniem CEA ($p = 0,013$). Nie stwierdzono korelacji wartości PLR z cechami G, T i N.

Wnioski. Nie wykazano jednoznacznie korelacji pomiędzy czasem przeżycia/prawdopodobieństwem niepowodzenia leczenia a grupami rokowniczymi zdefiniowanymi za pomocą PLR. Zaobserwowano niezamienny trend do zwiększania się odsetka chorych, u których doszło do rozsiewu wraz ze wzrostem wartości PLR. Wskaźnik PLR wiązał się znamienne z CEA.

4

Nowy wskaźnik rokowniczy u chorych na raka jelita grubego

W.M. Wysocki, Z. Stasik, U. Rychlik, J. Wysocka, J. Mituś,

J.K. Kulpa

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

Wstęp. U chorych na nowotwory dostępne są złożone hematologiczne lub biochemiczne wskaźniki rokownicze (np. *Glasgow Prognostic Score*; NLR — *Neutrophil/Lymphocyte Rate*). Celem badania było stworzenie nowego wskaźnika, opartego zarówno na czynnikach hematologicznych, jak i biochemicznych.

Materiał i metody. Analizą objęto 258 operowanych z powodu raka jelita grubego [mężczyźni — 60%; mediana wieku — 66 lat; zaawansowanie wg Astlera i Collera: A (4%), B1 (15%), B2 (41%), C1 (6%), C2 (34%)]. Zgromadzono dane na temat wyników laboratoryjnych oraz informacje kliniczne, a następnie dokonano analizy korelacji pomiędzy poszczególnymi czynnikami.

Wyniki. Opracowano nowy wskaźnik (NW), wykorzystując stężenie albumin oraz wskaźnik NLR. Wartość punktowa NW istotnie korelowała z klasycznymi czynnikami rokowniczymi RJG: zaawansowaniem miejscowym (T), przerzutami w węzłach chłonnych (N), zróżnicowaniem histopatologicznym (G) i stężeniem CEA. NW opierał się na podstawowych parametrach hematologicznych (neutrofile i limfocyty) oraz biochemicznych (albuminy). Stwierdzono, że im wyższa była wartość punktowa ryzyka według NW, tym znamienne większe było ryzyko rozsiewu. Wykazano, że NW istotnie wiązał się z prawdopodobieństwem przeżycia 2 lat bez nawrotu miejscowego/rozsiewu. W grupie małego ryzyka według NW około 80% chorych przeżywało 2 lata bez nawrotu miejscowego/systemowego; w grupie umiarkowanego ryzyka — około 60% chorych, a w grupie dużego ryzyka — około 40% chorych. Na obecnym etapie obserwacji nie udało się powiązać nowego wskaźnika rokowniczego z całkowitym czasem przeżycia oraz ryzykiem zgonu.

Wnioski. Nowy wskaźnik dobrze korelował z najsilniejszymi czynnikami rokowniczymi (T, N, G, CEA) oraz opierał się na rutynowych przedoperacyjnych badaniach laboratoryjnych, w związku z tym może stanowić uzupełniający i łatwo dostępny laboratoryjny czynnik rokowniczy.

5

Średnia objętość płytki krwi możliwym markerem progresji raka odbytnicy

M. Włodarczyk, J. Kasprzyk, A. Sobolewska-Włodarczyk, J. Włodarczyk, M. Tchórzewski, A. Dziki, Ł. Dziki, J. Sobolewska

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp. Rak odbytnicy jest jedną z głównych przyczyn zgonów onkologicznych, a wczesna diagnoza jest niezbędna w ograniczaniu śmiertelności. Wcześniejsze badania wykazały zależność między przewlekłym zapaleniem a podwyższonym ryzykiem raka odbytnicy. Wykazano, że średnia objętość płytki krwi (MPV) może być markerem subklinicznego procesu zapalnego przewodu pokarmowego. Celem pracy jest wykazanie, czy MPV może być przydatnym markerem progresji raka odbytnicy.

Materiały i metody. Do badania zakwalifikowano 103 pacjentów z rakiem odbytnicy po chirurgicznej resekcji guza. Grupę kontrolną stanowiło 98 zdrowych pacjentów. Zbadano zależność między MPV a stadiem guza i stanem klinicznym pacjentów.

Wyniki. Analiza wykazała, że przedoperacyjny poziom MPV był znacząco niższy u pacjentów z rakiem odbytnicy w porównaniu do grupy kontrolnej ($10,65 \pm 0,79$ fL vs $11,41 \pm 0,76$ fL; $p < 0,001$). Analiza za pomocą krzywej ROC wskazała wartość 11,3 jako sugerowany punkt odcięcia dla poziomu MPV (czułość = 83%; swoistość = 54%; AUC = 0,745). Chirurgiczna resekcja guza skutkowała znaczącym statystycznie wzrostem poziomu MPV ($10,65 \pm 0,79$ fL vs $11,21 \pm 0,82$ fL; $p < 0,001$). Nie wykazano znaczących różnic między pooperacyjnym poziomem MPV u pacjentów z rakiem odbytnicy i pacjentów z grupy kontrolnej.

Wnioski. MPV może być potencjalnie przydatnym, prostym i łatwo dostępnym markerem do monitorowania subklinicznego zapalenia związanego z rakiem odbytnicy oraz przewidywania progresji choroby.

6

Udział laparoskopii w paliatywnych kolostomiach z powodu raka jelita grubego: przegląd literatury i doświadczenia własne

A. Wiski¹, M. Kaszuba¹, B. Pabian¹, B. Abdulla¹, W. Jasiński¹, P. Cipora¹, P. Pasternak², M. Fuks¹, I. Abdulla¹, J. Zieliński³

¹Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej w Koszalinie, ²Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej w Gdańsku, ³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie i cele. Nowe techniki i technologie zmieniają sposób myślenia w odniesieniu diagnostyki i terapii chorób leczonych chirurgicznie, w tym również wybranych nowotworów. Pierwsze w Polsce doniesienia na temat zastosowania metod laparoskopowych w chirurgii kolorektalnej pochodzą z początku lat 90., jednak nie są one stosowane rutynowo. Celem pracy jest ocena roli laparoskopii w paliatywnych zabiegach w raku jelita grubego na podstawie doniesień z literatury i doświadczeń własnych.

Materiał i metody. Do badania włączono 9 chorych leczonych w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej w Koszalinie w 2015 roku przez jednego specjalistę chirurgii ogólnej techniką laparoskopową. Do oceny zagadnienia posłużono się źródłami pochodzącymi z następujących baz danych: NCCN, ESO, ESMO, Cochraine, zaleceniami polskich towarzystw naukowych, takimi jak: PTO, PTOK, PTCHO. Według danych z literatury do laparoskopowej kolostomii kwalifikowani są chorzy z rakami jelita grubego w stadium zaawansowania IV obciążeni chorobami towarzyszącymi.

Wyniki. Średni wiek badanych chorych wynosił 65,5 roku. W grupie badanych były 4 kobiety i 5 mężczyzn. Średni czas trwania zabiegu wynosił 30 minut. Czas pobytu szpitalnego wynosił średnio 4 dni. W badanej grupie nie stwierdzono zakażenia miejsca operowanego. Stopień zaawansowania chorych z rakiem jelita grubego oceniono na IV wg klasyfikacji TNM. Uzyskano poprawę jakości życia chorych: w pierwszej dobie pooperacyjnej uzyskano wg skali VAS średnio 3.

Wnioski. Kwalifikacja do laparoskopowych zabiegów paliatywnych guzów jelita grubego powinna się odbywać w ramach zasad medycyny spersonalizowanej. Laparoskopowa kolostomia jest bezpieczną metodą leczenia chorych z grupy wysokiego ryzyka powikłań okołoperacyjnych.

7

Przerzuty do wątroby jako pierwszy objaw raka jelita grubego

A. Jamroz, S. Rudzki

I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego w Lublinie

Objawy kliniczne raka jelita grubego zależą od lokalizacji guza. W znacznej większości przypadków wywiad i badania endoskopowe wystarczają do postawienia rozpoznania. Jednak zdarza się, że pierwszym objawem choroby nowotworowej są zmiany przerzutowe w wątrobie. W pracy przedstawiono chorych, u których pierwszym objawem raka jelita grubego były przerzuty w wątrobie, bez jakichkolwiek dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego i cech krwawienia.

Przypadki. Mężczyzna lat 72, z kilkumiesięcznym wywiadem bólowym w nadbrzuszu, z licznymi przerzutami w wątrobie w badaniu usg. W kolonoskopii, na granicy esiczo-odbytniczej ucisk ściany z zewnątrz, utrudniający przejście kolonoskopu. Śródoperacyjnie — guz nowotworowy nisko położonej poprzecznicy wciągający esicę, liczne zmiany przerzutowe w wątrobie i otrzewnej.

Kobieta lat 50, z miesięcznym wywiadem bólowym w nadbrzuszu. W badaniu usg liczne zmiany przerzutowe w obu płatach wątroby. W kolonoskopii — polip o średnicy 1 cm w obrębie zastawki Bauchina. Wynik badania histopatologicznego — *adenocarcinoma tubulare* G-1. Śródoperacyjnie potwierdzono liczne zmiany przerzutowe w wątrobie oraz przerzuty do węzłów chłonnych, jajników i otrzewnej.

Kobieta lat 67, z wywiadem bólowym w prawym podżebrzu. W badaniu usg i CT stwierdzono guz wnęki wątroby z przerzutami w wątrobie. W kolonoskopii — przewężenie ściany jelita grubego przez ucisk z zewnątrz w obrębie początkowego odcinka poprzecznicy. Operowana z rozpoznaniem guza wnęki wątroby. Śródoperacyjnie — okrężny naciek nowotworowy okolicy zagięcia wątrobowego naciekający wnękę wątroby z licznymi zmianami meta w wątrobie i otrzewnej. U wszystkich chorych wykonano laparotomię.

8

Potencjał antyoksydacyjny w raku jelita grubego

A. Jamroz, S. Rudzki

I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego w Lublinie

Wstęp. Rozwój raka jelita grubego jest procesem wieloetapowym związanym z wieloma mutacjami somatycznymi oraz zaburzeniami w proliferacji komórek. Jednym z możliwych czynników mogących mieć związek z tymi zaburzeniami jest stres oksydacyjny związany ze zwiększeniem wytwarzania i stężenia reaktywnych form tlenu i/lub zahamowaniem aktywności bariery antyoksydacyjnej w komórkach nowotworowych. Celem pracy było zbadanie wybranych parametrów bariery antyoksydacyjnej w raku jelita grubego. Określano aktywność dysmutazy ponadtlenkowej, peroksydazy glutationowej oraz dialdehydu malonowego, będącego produktem peroksydacji lipidów.

Materiał i metody. Aktywność enzymów badano w tkankach nowotworowych i prawidłowych pobranych od pacjentów z rakiem jelita grubego. Badaniem objęto grupę 72 chorych, wśród których było 13 z guzem nowotworowym zlokalizowanym w prawej połowie okrężnicy, 16 z guzem lewej połowy okrężnicy, 18 z rakiem esicy i 25 z rakiem odbytnicy. Określano aktywność enzymów w zależności od lokalizacji guza, stopnia zaawansowania klinicznego (cecha S) oraz stopnia zróżnicowania histopatologicznego (cecha G).

Wyniki. Stwierdzono istotny statystycznie wzrost aktywności dysmutazy ponadtlenkowej SOD, peroksydazy glutationowej (GSH) oraz dialdehydu malonowego (MDA) w tkance nowotworowej w porównaniu z tkanką prawidłową. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w aktywności badanych enzymów w zależności od lokalizacji guza nowotworowego, stadium zaawansowania klinicznego nowotworu oraz stopnia zróżnicowania histopatologicznego (G).

Wnioski.

1. Zwiększony potencjał antyoksydacyjny w raku jelita grubego może mieć związek ze wzrostem stężenia reaktywnych form tlenu oraz wzrostem ilości wytwarzanych produktów peroksydacji lipidów.
2. Stopień zaawansowania klinicznego nowotworu oraz zróżnicowanie histopatologiczne guza nie wpływają na zmianę aktywności enzymów antyoksydacyjnych.
3. Aktywność enzymów antyoksydacyjnych nie zmienia się w zależności od lokalizacji guza nowotworowego.

Analiza czynników ryzyka wystąpienia pozytywnej cytologii otrzewnowej u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka żołądka

R. Lisiecki¹, A. Spychała², M. Wichtowski², A. Marszałek³, D. Murawa⁴

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, PCM w Pleszewie, ²Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, WCO w Poznaniu, ³Zakład Patologii Nowotworów, WCO w Poznaniu, ⁴Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, WCO w Poznaniu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy

Wstęp. Obecność wolnych komórek raka żołądka w popłuczynach otrzewnowych u pacjentów z rakiem żołądka jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym i ma wpływ na szybki nawrót choroby w postaci rozsiewu otrzewnowego. Celem pracy jest analiza czynników wpływających na pozytywny wynik cytologii otrzewnowej u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka żołądka.

Materiał i metody. Do badania kwalifikowano chorych z rakiem żołądka leczonych operacyjnie w Oddziale Chirurgii WCO w Poznaniu. W trakcie laparotomii po otwarciu jamy otrzewnowej w okolicę guza żołądka podawano 200 ml soli fizjologicznej o temperaturze 37 st. C. Po przemieszaniu płynu odzyskiwano 100 ml popłuczyn. Płyn ten poddawano wirowaniu uzyskując osad do badania cytologicznego. Wyniki cytologii zestawiono z danymi uzyskanymi z badań obrazowych i histopatologicznych.

Wyniki. Analizę płynu z jamy otrzewnej na obecność wolnych komórek raka wykonano u 61 pacjentów. Pozytywny wynik cytologii otrzewnowej uzyskano u 13 pacjentów — 21,3%. W grupie pacjentów z pozytywnym wynikiem cytologii otrzewnowej wszyscy mieli stopień zaawansowania guza T3/T4, u wszystkich stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych. Stopień zróżnicowania G3 uzyskano u 11 z 13 pacjentów (84,6%), u 10 z 13 pacjentów (77%) stwierdzono typ rozlany wg klasyfikacji Laurena i u 8 z 13 pacjentów (61,5%) nowotwór zajmował cały żołądek.

Wnioski. Pozytywny wynik popłuczyn otrzewnowych na obecność wolnych komórek raka żołądka ma związek z wyższym stopniem zaawansowania choroby nowotworowej T3/T4, N+, stopniem złośliwości histologicznej G3, typem rozlanym raka wg Laurena i przy lokalizacji procesu nowotworowego obejmującej cały żołądek. Czynniki te powinny być wskazówką do rozszerzenia diagnostyki przedoperacyjnej o badanie popłuczyn otrzewnowych w raku żołądka przed podjęciem decyzji terapeutycznych.

Sieć mikronaczyń limfatycznych w guzie pierwotnym a patoklinika raka żołądka

M. Szajewski¹, R. Pęksa², J. Zieliński³, M. Ciesielski¹, W.J. Kruszewski¹, J. Walczak⁴

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Zakład Propedeutyki Onkologii GUMed, ²Katedra i Zakład Patomorfologii GUMed, ³Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej GUMed, ⁴Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii

Wstęp. Pierwzoplanową rolę w terapii chorych z rakiem żołądka odgrywa resekcja chirurgiczna. Jednak pomimo skomponowania metod chirurgicznych z chemio- i radioterapią oraz wprowadzenia leczenia ukierunkowanego molekularnie odległe wyniki leczenia chorych na raka żołądka są wciąż niezadowolające. Lepsze poznanie i zrozumienie biologii raka żołądka może przyczynić się do ich poprawy.

Materiał i metody. Gęstości naczyń limfatycznych w guzie pierwotnym oznaczono metodami immunohistochemicznymi z wykorzystaniem przeciwciał przeciwko podoplaninie. Retrospektywnej ocenie poddano materiał tkankowy 115 pierwotnych raków żołądka pacjentów poddanych resekcji tego narządu w Klinice Chirurgii Onkologicznej GUMed. Żaden z pacjentów nie był poddany leczeniu neoadiuwantowemu, u żadnego z pacjentów nie stwierdzono przerzutów odległych. Uzyskane wyniki oznaczeń gęstości naczyń limfatycznych odniesiono do wybranych parametrów patoklinicznych raka żołądka takich jak: wiek, płeć, głębokości nacieku guza w ścianie żołądka, stan regionalnych węzłów chłonnych, typ histologiczny nowotworu wg Laurena, typ histologiczny nowotworu i jego dojrzałość wg WHO, lokalizacja guza w żołądku. Badanie przeprowadzono za zgodą komisji bioetycznej.

Wyniki. Gęstość naczyń nie wiązała się z wiekiem, płcią, głębokością nacieku guza, typem histologicznym raka wg Laurena. Nie wykazano zależności pomiędzy gęstością naczyń limfatycznych a typem histologicznym nowotworu w grupach: raki cewkowe i brodawkowate vs pozostałe oraz gęstością naczyń i zróżnicowaniem w grupie raków cewkowych i brodawkowatych. Znamienne wyższą gęstość naczyń limfatycznych ($p < 0,05$) zaobserwowano w grupie pacjentów, u których guz zlokalizowany był poza wpustem oraz w grupie pacjentów z cechą pN(-).

Wnioski. Gęstość naczyń limfatycznych w ognisku pierwotnym raka żołądka zależy od jego lokalizacji. Niska gęstość naczyń limfatycznych w guzie może świadczyć o obecności przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych.

11

Czynniki wpływające na liczbę znalezionych węzłów chłonnych i ryzyko przerzutowania raka żołądka do lokoregionalnych węzłów chłonnych

T. Al-Amawi, P. Wojtasik, M. Kwietniak, J. Kładny
Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, PUM
w Szczecinie

Wstęp. Raka żołądka jest jedną z głównych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Sytuacja ta spowodowana jest rozpoznawaniem nowotworu w zaawansowanym stadium. Szacuje się, że przerzuty do węzłów chłonnych stwierdza się u > 60% chorych z zaawansowanym rakiem żołądka.

Cel. Ocena wpływu czynników kliniczno-patologicznych na ryzyko przerzutu raka żołądka do węzłów chłonnych okołożołądkowych i regionalnych. Badanie wpływu tych czynników na liczbę znalezionych węzłów po resekcji żołądka.

Materiał i metody. W okresie od stycznia 1998 r. do grudnia 2014 r. przeprowadzono zabiegi operacyjne u 278 chorych z rozpoznaniem gruczolakoraka żołądka. Wykonaliśmy 46 zabiegów zwiadowczych i 232 zabiegi resekcyjne. Przedmiotem analiz była grupa 232 chorych (148 mężczyzn i 84 kobiet), u których wykonano zabiegi resekcyjne. Średnia wieku chorych wynosiła 59,8 lat. Analizowano wpływ takich czynników jak: wiek, płeć, lokalizacja guza, stopień zaawansowania, typ raka, rodzaj zabiegu na ryzyko przerzutowania raka żołądka do węzłów lokoregionalnych oraz wpływ omawianych czynników na liczbę znalezionych węzłów chłonnych.

Wyniki i omówienie. W analizowanym okresie wykonaliśmy 150 całkowitych wycięć żołądka, 79 wycięć subtotalnych i 3 resekcje górne. Średnia liczba badanych węzłów w analizowanej grupie wynosiła 18,6 (od 3 do 63). Przerzuty do węzłów chłonnych stwierdzono u 66,2% chorych. Przerzuty do węzłów obserwowano częściej w rakach zaawansowanych (70%). Ponadto częściej stwierdzano zmiany przerzutowe w węzłach w rakach: o wysokim stopniu złośliwości, typu rozlanego, zlokalizowanych w proksymalnej i środkowej części żołądka. Przerzuty stwierdzono częściej w starszej grupie wiekowej i u mężczyzn. Więcej węzłów chłonnych w preparacie znaleziono u mężczyzn, z rakiem zaawansowanym, ze stopniem złośliwości G3, po totalnej resekcji żołądka i w młodszym wieku.

12

Wyniki leczenia pacjentów z nowotworami podścieliskowymi przewodu pokarmowego (GIST)

A. Chorow, J. Łagun, K. Uglanica, A. Hrib
Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny, Białoruś

Wstęp. GIST, nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego, są dość rzadką patologią i stanowią 1% wszystkich nowotworów przewodu pokarmowego.

Cel. Opis objawów chorobowych u pacjentów z różnorodnymi lokalizacjami GIST.

Materiały i metody. W latach 2009–2015 na oddziałach onkologicznych Grodzieńskiego Obwodowego Szpitala Klinicznego wykryto 48 przypadków GIST przewodu pokarmowego.

Wyniki. Wśród pacjentów dominującą populacją są kobiety (60,4%), osoby po 60 roku życia (66,8%), mieszkańcy miast (58,3%). Najczęściej nowotwór zlokalizowany jest w żołądku (56,3%) i jelicie cienkim (35,4%), rzadko — w jelicie grubym (8,3%). I stadium GIST wykryto u 13 pacjentów (23,5%), II — u 20 (41,7%), III — u 9 (18,8%), IV — u 6 (12,5%). W 7 przypadkach (14,6%) wykryto połączenie GIST żołądka i nowotworu innych lokalizacji (jelita grubego (2), nerki, prostaty, szyjki macicy, piersi i skóry). 47 pacjentów zostało zoperowanych. Przy GIST żołądka wykonano 15 resekcji dystalnych, 10 — gastrektomii, 1 — endoskopowe usunięcie nowotworu; przy GIST jelita cienkiego — 17 resekcji; jelita grubego — 2 hemikolektomie i 1 resekcję okrężnicy. W okresie pooperacyjnym zmarło 5 osób. Przyczyną zgonu była nieszczelność zespolenia (2 przypadki), TELA (2), progresja (1). 18 pacjentom (10 w III–IV stadium zachorowania i 8 z progresją procesu nowotworowego) po operacji przeprowadzono leczenie imatinibem 400–800 mg/na dobę. 3-letnie przeżycie po terapii wśród tej grupy pacjentów wyniosło 75,0%. Ogólnie po usunięciu nowotworu 81,8% pacjentów żyło 5 lat bez nawrotów choroby.

Wnioski. Podstawową lokalizacją GIST jest żołądek (56,3%). Preparat imatinib pozwolił na stabilizację procesu nowotworowego w stadiach zaawansowanych i przy progresji podstawowego zachorowania.

13

Zaawansowany GIST żołądka u 17-letniej dziewczynki w przebiegu zespołu Peutz-Jeghersa — opis przypadku

W. Górecki¹, P. Richter², M. Krysta¹, A. Taczanowska-Niemczuk¹, M. Maślanka¹, S. Szymik-Kantorowicz¹, W. Balwierz³, Ł. Wyrobek⁴, G. Drabik⁵

¹Klinika Chirurgii Dziecięcej, CM UJ w Krakowie,

²Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, CM UJ w Krakowie,

³Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej, CM UJ w Krakowie, ⁴Pracownia Radiologii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ⁵Zakład Patologii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Wstęp. Nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego mogą wystąpić w każdym wieku, jednak większość chorych to osoby po 50 r.ż.; w wieku młodzieńczym GIST jest spotykany bardzo rzadko. Zespół Peutz-Jeghersa należy do wrodzonych zespołów polipowatości, o zwiększonym ryzyku nowotworzenia. W większości przypadków są to raki przewodu pokarmowego. Celem pracy jest analiza postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorej z zaawansowanym GIST żołądka w przebiegu zespołu Peutz-Jeghersa.

Materiał i metody. Pacjentka 17-letnia pozostawała w obserwacji gastrologicznej z powodu zespołu Peutz-Jeghersa, z polipami hamartomatycznymi żołądka i jelita grubego. Podczas próby endoskopowej resekcji polipa żołądka, przed objęciem dziecka leczeniem przez autorów, doszło do perforacji narządu. W trybie nagłym przeprowadzono laparotomię, stwierdzono liczne podsurowicówkowe guzy ściany żołądka, pobrano reprezentatywny wycinek, perforację zeszyto. W biopsji rozpoznano GIST z dodatnim wynikiem CD 117. W uzupełniających badaniach obrazowych nie stwierdzono cech przerzutów odległych, stwierdzono rozległy naciek obejmujący żołądek oraz opuszkę dwunastnicy. Pacjentkę zakwalifikowano do całkowitej resekcji żołądka. Zmiany nowotworowe usunięto radykalnie. W przebiegu pooperacyjnym wystąpiły objawy zespołu poposiłkowego z niechęcią do przyjmowania pokarmów i ubytkiem masy ciała. Ostatecznie stadium zaawansowania choroby ustalono jako IV: T4, N1, M0, resekcja R0. Z uwagi na wysokie ryzyko nawrotu (guz > 10 cm, > 5 mitoz/50 dużych pól widzenia, przerzuty w węzłach chłonnych) chorą zakwalifikowano do leczenia uzupełniającego imatynibem.

Wyniki. Obecnie pacjentka w stanie ogólnym dobrym, 3 miesiące po leczeniu chirurgicznym, rozpoczęła leczenie uzupełniające.

14

Przypadkowe rozpoznanie *angiosarcoma* skóry owłosionej głowy

B. Abdulla¹, J. Zieliński²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej w Koszalinie, ²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie i cel. Naczyniakomięsaki należą do najrzadziej występujących mięsaków tkanek miękkich u dorosłych. Rokowanie w przypadku tego nowotworu zawsze jest złe. Poniższy opis przypadku dotyczy pacjentki, która zgłosiła się ambulatoryjnie celem konsultacji niecharakterystycznego przebarwienia zmiany owłosionej skóry głowy. Celem pracy była prezentacja chorej z podstępnie przebiegającym naczyniakomięsakiem skóry owłosionej głowy.

Opis przypadku. Pacjentka lat 68 zgłosiła się do Poradni Kliniki Chirurgii Onkologicznej w Gdańsku w celu konsultacji niewyjaśnionej zmiany skóry owłosionej głowy do pobrania materiału do badania histopatologicznego okolicy skroniowo-potylicznej prawej. Makroskopowo była to zmiana płasko — wyniosła, sinawa, nieregularnie ograniczona średnicy około 5 cm. W badaniu mikroskopowym z biopsji diagnostycznej rozpoznano: *cutaneous signet ring cell angiosarcoma*, immunofenotyp nowotworu: CD 31(+); CK AE1/AE3(-); S100(-) oraz mucykarmin(-).

Chorą zakwalifikowano do zabiegu usunięcia guza z marginesem tkanek zdrowych i położenia wolnego przeszczepu skóry. Wycięto fragment owłosionej skóry głowy o wymiarach 6,5 × 5,5 cm, z tkanką podskórną grubości do 1 cm, z obecną na powierzchni płasko wyniosłą, sinawą, nieregularnie odgraniczoną zmianą wielkości około 5 cm, oddaloną od najbliższej linii cięcia o 0,5 cm. Stopień zaawansowania klinicznego według klasyfikacji AJCC — UICC z 2002 roku stwierdzono: G1; T1aN0M0.

Wniosek. Powyższy przypadek potwierdza konieczność czujności onkologicznej podczas oceny nietypowych zmian skóry owłosionej głowy. W przypadkach tych wskazane jest bezwzględna weryfikacja histopatologicznych podejrzanych zmian skórnych.

15

Mięsaki tkanek miękkich a czujność onkologiczna

K. Szewczyk¹, U. Staszek-Szewczyk¹, P. Brzęczek²,
M. Bębenek¹

¹Dolnośląskie Centrum Onkologii, we Wrocławiu,

²Wrocławski Uniwersytet Medyczny

Wstęp. Złośliwy mięsak włóknisty (MFH) od 1970 roku jest traktowany jako podtyp mięsaka tkanek miękkich (MTM). Anatomicznie MTM lokalizują się w ok 50% na kończynach. U każdego pacjenta należy przeprowadzić dokładną diagnostykę różnicową, opartą na badaniach obrazowych oraz biopsji, w celu wykluczenia niezłośliwych zmian nowotworowych, pourazowych, zapalnych oraz guzów kości.

Opis przypadku. 89-letni mężczyzna został przyjęty i zoperowany w trybie ostrodyżurowym z powodu zmiany o charakterze ropnia okolicy lewej pachwiny. Materiał tkankowy z jamy ropnia został przesłany do badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano MFH. Pacjenta skierowano do Dolnośląskiego Centrum Onkologii, gdzie decyzją konsylium wielodyscyplinarnego, po wykonaniu niezbędnych badań obrazowych, pacjenta zakwalifikowano do radykalnego zabiegu operacyjnego, na który chory nie wyraził zgody. Wobec powyższego zaproponowano paliatywną radioterapię. Przed wdrożeniem leczenia ponownie wyjaśniono pacjentowi możliwości terapeutyczne, ich skuteczność i możliwe działania niepożądane. Mężczyzna finalnie zdecydował się na radykalne leczenie chirurgiczne, które przeprowadzono, uzyskując ujemne marginesy resekcji, a w konsekwencji brak konieczności leczenia uzupełniającego.

Wnioski. O mięsaku należy pomyśleć zawsze, gdy guz rośnie szybko, znajduje się pod powięzią i/ lub ją nacieka. Mimo względnej prostoty zasad postępowania w wyżej wymienionych sytuacjach nadal około 30% chorych na MTM przechodzi w Polsce próby leczenia chirurgicznego bez wcześniejszego postawienia rozpoznania na podstawie adekwatnych badań obrazowych i biopsji. Niezwykle ważną metodą ograniczającą społeczne zagrożenie nowotworami złośliwymi jest czujność onkologiczna u każdego lekarza.

16

Mięśniakomięsak gładkokomórkowy dwunastnicy — opis przypadku

P. Szudy, S. Niemiec

Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital
Specjalistyczny w Jaśle

Wstęp. Pierwotnie złośliwe guzy dwunastnicy stanowią 0,3% wszystkich guzów przewodu pokarmowego i około 50% guzów jelita cienkiego. Rak dwunastnicy jest najczęstszym złośliwym guzem, natomiast mięsaki tej lokalizacji stanowią wyjątkową rzadkość.

Opis przypadku. Chora lat 51, została przyjęta na Oddział z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych prawych kwadrantów jamy brzusznej, trudności w przyjmowaniu pokarmu z następowymi wymiotami oraz osłabienia. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono anemię mikrocytarną oraz niski poziom białka. W USG jamy brzusznej stwierdzono pogrubienie do 15 mm ściany części zstępującej dwunastnicy. Wykonano gastroduodenoskopię, uwidaczniając nierówną, obrzękłą śluzówkę dwunastnicy. Ze względu na rozwinięcie się ostrych objawów niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego chorą zakwalifikowano do operacji. Stwierdzono guz w części zstępującej dwunastnicy przylegający do głowy trzustki. Wątroba i pozostałe narządy jamy brzusznej makroskopowo i w badaniu palpacyjnym niezmiennione. Wykonano pankreatoduodenektomię sposobem Whipple'a. W badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego stwierdzono: mięśniakomięsak gładkokomórkowy dobrze zróżnicowany (G-1) dwunastnicy z naciekiem przez ciągłość na głowę trzustki. Resekcja R-0. Obecnie chora czuje się dobrze, nie zgłasza dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, jest wolna od choroby w okresie 7 miesięcy.

17

Biopsja węzła wartowniczego w raku piersi z użyciem fluorescencji zieleni indocyjaninowej w świetle bliskiej podczerwieni

M. Wichtowski, A. Spychała, P. Nowaczyk, D. Murawa

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wstęp. Biopsja węzła wartowniczego (SLNB) w raku piersi jest złotym standardem w ocenie lokalnego zaawansowania węzłowego. Obecnie rutynowo mapujemy węzeł wartowniczy (SLN) z użyciem radioaktywnego technetu wraz z niebieskim barwnikiem. W poszukiwaniu alternatywy prowadzone są badania nad mapowaniem w czasie rzeczywistym z użyciem fluorescencji z wykorzystaniem zieleni indocyjaninowej (ICG).

Materiały i metody. Pomiędzy lutym 2015 a grudniem 2015 u czterdziestu dziewięciu chorych przeprowadzono biopsję węzłów wartowniczych z użyciem radiokoloidu (RI) oraz ICG. W badaniu wykorzystano drugą generację systemu Quest Artemis. Badano łączną liczbę SLN wyznakowanych za pomocą RI oraz ICG. Badano liczbę chorych, u których uwidoczniono fluorescencję drogi chłonnej przezskórnice, a także liczbę przypadków, w których przezskórnice zlokalizowano SLN. Określono wpływ BMI na liczbę pobranych SLN.

Wyniki. Ogólna liczba pobranych SLN wyznakowanych za pomocą ICG była identyczna z liczbą SLN wyznaczonych za pomocą RI (czułość 98% vs 98%), a połączenie obu metod pozwoliło uzyskać czułość wykrycia SLN na poziomie 100%. W 85% przypadków przezskórnice uwidoczniono fluorescencję drogi chłonnej, a w dwóch przypadkach zlokalizowano SLN z użyciem ICG. Średnia liczba pobranych SLN za pomocą RI wynosiła 2,12 na pacjenta; z wykorzystaniem ICG 2,26 na pacjenta. Wskaźnik BMI nie miał wpływu na liczbę pobranych węzłów chłonnych ($p = 0,512$). Nie odnotowano powikłań związanych z iniekcją ICG.

Omówienie. Wynik przedstawionego badania potwierdza wysoką czułość w wykrywaniu wartowniczych węzłów chłonnych z wykorzystaniem fluorescencji ICG w raku piersi. Zastosowanie jednocześnie obu metod — radiokoloidu oraz ICG — pozwala na uzyskanie czułości na poziomie 100%. Dodatkowym profitem wynikającym z zastosowania ICG jest możliwość wizualizacji drogi chłonnej w czasie rzeczywistym.

18

Przyczyny niepowodzeń leczenia chorych na klasyczną postać naciekającego raka zrazikowego piersi (C-ILC) — materiał własny

P. Skotnicki¹, Ł. Wohadlo¹, Ł. Strzypek², M. Ozaist¹

¹SCANMED Szpital św. Rafała w Krakowie, ²SP ZOZ Szpital Powiatowy w Bochni

Wstęp. Podstawową przyczyną niepowodzenia leczenia chorych na C-ILC jest wystąpienie przerzutów odległych.

Materiały i metody. Metodę oparto na analizie materiału klinicznego 210 chorych na klasyczną postać ILC leczonych pierwszorazowo chirurgicznie w latach 1983–2004.

Wyniki. 10 lat bez objawów raka przeżyło 136 (64,8%) chorych badanej grupy; 22 (10,4%) chorych przeżyło 10 lat z objawami nowotworu. U 18 (81,8%) chorych, które przeżyły 10 lat z objawami raka po leczeniu pierwotnym doszło do wystąpienia raka w drugiej piersi; 10 (4,8%) chorych zmarło bez objawów nowotworu. Z powodu raka piersi zmarły 42 chore badanej grupy; 1 (0,5%) zmarła z powodu IDC drugiej piersi, a 41 (19,5%) zmarło z powodu C-ILC. U wszystkich 41 chorych badanej grupy, zmarłych z powodu C-ILC, przyczyną niepowodzenia leczenia było wystąpienie przerzutów odległych. U 2 (4,9%) wystąpieniu przerzutów odległych towarzyszyła wznowa lokoregionalna.

Omówienie. Szczególną cechą ILC jest częsta lokalizacja przerzutów w zakresie przewodu pokarmowego, otrzewnej i okolicy zaotrzewnowej, narządów rozrodczych, opon mózgowych i innych regionów ciała. Najczęstsze w badanej grupie były przerzuty do kości, które stwierdzono u 39% chorych zmarłych z powodu C-ILC (średnie przeżycie 38 miesięcy). Przerzuty do przewodu pokarmowego stwierdzono u 29% chorych (średnie przeżycie 14 miesięcy), do narządów rodnych ponad 17% (średnie przeżycie 25 miesięcy); przerzuty do płuc wystąpiły u 9,8%, do wątroby u 7,2% (średnie przeżycie 13 miesięcy), mózgu — 2,4% chorych (średnie przeżycie 3 miesiące). Wczesne rozpoznanie C-ILC i odpowiednie do lokalizacji przerzutów leczenie (chemio-hormonoterapia, radioterapia, odbarczająca lub udrażniająca chirurgia itd.) pozwala uzyskać kilkunastomiesięczne, a nawet kilkuletnie przeżycia chorych.

Kobiety przed i po menopauzie a chirurgia rekonstrukcyjna w raku piersi

J. Wydra¹, W.J. Kruszewski¹, M. Szajewski¹, M. Ciesielski¹,
J. Walczak¹, A. Danielak¹, B. Szutowicz-Wydra²

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpitale Wojewódzkie w Gdyni, ²Szpitale Wojewódzkie w Gdyni

Wstęp. U wszystkich kobiet poddanych mastektomii należy rozważyć wykonanie rekonstrukcji piersi. Zabiegi rekonstrukcyjne przeprowadza się z użyciem tkanek własnych pacjentki oraz z użyciem endoprotez i ekspanderoprotez. Terapia raka piersi jest indywidualizowana, zależy od wielu czynników, między innymi stanu menopauzalnego. Średnio kobiety wchodzi w wiek menopauzalny około 50 roku życia.

Materiały i metody. W okresie od września 2010 do marca 2016 w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Gdyńskiego Centrum Onkologii w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni wykonano 130 zabiegów rekonstrukcji piersi u 127 kobiet (u 3 pacjentek wykonano zabieg obustronnie). W 80 przypadkach wykorzystano płat LD, w 23 przypadkach założono implant pod mięsień piersiowy większy, a w 16 przypadkach był to płat TRAM. Pacjentki podzielono na dwie grupy: ≤ 50 roku życia (grupa A: 67 kobiet) i pacjentki po 50 roku życia (grupa B: 60 kobiet). Porównano częstość występowania powikłań okołooperyacyjnych w obu grupach.

Wyniki. Powikłania pooperacyjne stwierdzono u 8 kobiet w grupie A (11,9%) oraz u 9 pacjentek w grupie B (15%). Nie stwierdzono różnicy statystycznej. Najczęstszym powikłaniem w obu grupach było zakażenie miejsca operowanego, odpowiednio 5 (grupa A) i 5 (grupa B) oraz martwica tkanki tłuszczowej (4 vs 1). W grupie A obserwowano 1 przypadek wytworzenia kapsuły i jedno przemieszczenie implantu. W grupie B u dwóch pacjentek wystąpił krwiak w łożu pooperacyjnej oraz jeden przypadek przepukliny brzusznej.

Wnioski. Leczenie rekonstrukcyjne piersi u pacjentek po 50 roku życia jest równie bezpieczne jak u pacjentek młodszych.

Czy obecność w węźle wartowniczym zmian przerzutowych o charakterze makroprzerzutów u chorych na raka piersi nadal wymaga wykonania uzupełniającej limfadenektomii pachowej — analiza jednośrodkowa

T. Nowikiewicz¹, W. Zegarski²

¹Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, ²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Wstęp. Stwierdzenie w węźle wartowniczym (SLN) obecności zmian przerzutowych [SLN(+)] u chorych na raka piersi nie jest bezwzględnym wskazaniem do wykonania uzupełniającej limfadenektomii pachowej (ALND). W pracy przedstawiono odległe wyniki leczenia pacjentów SLN(+) zakwalifikowanych do postępowania zachowawczego.

Materiał i metoda. 3145 pacjentów z rakiem piersi poddano biopsji węzła wartowniczego (SLNB) w okresie od listopada 2008 r. do czerwca 2015 r. U 719 chorych stwierdzono w SLN obecność przerzutów (makroprzerzuty — 83,2%, mikroprzerzuty — 16,3%, izolowane komórki guza ITC — 0,6%). Przy ocenie wyników leczenia uwzględniono przypadki nawrotu choroby (wznowy miejscowe, przerzuty odległe). Średni okres obserwacji chorych wyniósł 36,2 miesiąca.

Wyniki. U 626 chorych SLN(+) wykonano uzupełniającą ALND. W pozostałych 93 przypadkach zastosowano leczenie zachowawcze (37 chorych — makroprzerzuty, 54 — mikroprzerzuty, 2 — ITC). U 221 chorych (39,4%) poddanych ALND z powodu obecności w SLN makroprzerzutów stwierdzono zmiany przerzutowe w węzłach chłonnych niewartowniczych (w przypadku mikroprzerzutów/ITC odsetek ten wyniósł 7,7%). U chorych SLN(+) bez uzupełniającej ALND stwierdzono jeden przypadek wznowy miejscowej w bliźnie po mastektomii (ogólny odsetek przypadków nawrotu choroby w tej grupie — 1,07%). U chorych bez obecności zmian przerzutowych w SLN nawrót choroby stwierdzono u 32 pacjentów (1,32%). W grupie chorych SLN(+) poddanych ALND ze zdiagnozowanym makroprzerzutem wznowę stwierdzono u 2,01% pacjentów (u chorych z mikroprzerzutem/ITC nie zaobserwowano nawrotu choroby).

Omówienie. Brak wykonania ALND w przypadku stwierdzenia w węźle wartowniczym obecności zmian przerzutowych u chorych na raka piersi nie spowodował pogorszenia odległych wyników leczenia. W przypadku obecności w węźle wartowniczym makroprzerzutów rezygnacja z przeprowadzenia uzupełniającej limfadenektomii pachowej może być alternatywnym sposobem dalszego leczenia chorych.

21

Biopsja węzła wartowniczego w czerniaku z wykorzystaniem fluorescencji zieleni indocyjaninowej

M. Wichtowski, A. Spychała, P. Nowaczyk, D. Murawa

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wstęp. Biopsja węzła wartowniczego (SLNB — *sentinel lymph node biopsy*) w czerniaku stała się standardem w ocenie lokalnego zaawansowania węzłowego. Przeprowadzenie limfangiografii w czasie rzeczywistym z zastosowaniem fluorescencji zieleni indocyjaninowej (ICG) jest atrakcyjną alternatywą dla powszechnie stosowanej limfoscyntygrafii z użyciem nośników radioizotopowych.

Materiały i metody. Pomiędzy lutym 2015 a grudniem 2015 r. u dwudziestu ośmiu pacjentów z czerniakami skóry przeprowadzono biopsję węzłów wartowniczych z użyciem ICG oraz radioizotopu (RI). Fluorescencję ICG wzbudzano w podczerwieni emitowanej przez system Quest Artemis. Badano liczbę chorych z widoczną w fluorescencji drogą chłonną oraz widocznym przezskórnie węzłem chłonnym. Porównywano także ilość węzłów wartowniczych wyznakowanych za pomocą ICG w stosunku do konwencjonalnej metody z użyciem radioizotopu. Badano także wpływ wskaźnika BMI na liczbę wyznakowanych węzłów wartowniczych.

Wyniki. Łącznie pobrano 59 wartowniczych węzłów chłonnych od 28 pacjentów (od 1 do 10 na pacjenta). Nie odnotowano żadnego powikłania w związku z iniekcją ICG. Czulość detekcji SLN dla RI wynosiła 92,9%, dla ICG 96,4%. W 28,5% przypadków obserwowano przezskórną fluorescencję drogi chłonnej, a w 25% przypadków przezskórnie zlokalizowano SLN z użyciem ICG. Średnia liczba pobranych SLN dla RI wyniosła 2,11 na pacjenta, a w przypadku ICG 2,00 na pacjenta. Wskaźnik BMI miał istotny wpływ na liczbę pobranych SLN.

Omówienie. Mapowanie limfatyczne z użyciem ICG jest efektywną metodą identyfikacji węzłów wartowniczych w przypadku czerniaka skóry. Czulość metody jest zbliżona do konwencjonalnych metod z użyciem radiokoloidu. Użycie ICG niesie za sobą dodatkowe zalety w postaci możliwości detekcji drogi chłonnej oraz węzła wartowniczego w czasie rzeczywistym.

22

Analiza wyników leczenia chorych na czerniaki skóry zlokalizowane na ręce lub stopie poddawanych biopsji węzła wartowniczego

P. Rutkowski¹, M. Spalek¹, J. Stępnia¹, W. Dziewirski¹,

H. Kosela-Paterczyk¹, K. Kozak¹, A. Szumera-Ciećkiewicz¹,

A. Pieńkowski¹, M. Sałamacha¹, B. Mitręga-Korab¹,

A. Kowalik², T. Goryń¹, A. Szymborska¹, M. Zdzienicki¹

¹Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ²Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Wstęp. Czerniaki skóry zlokalizowane na odsiebnych częściach kończyn (ręce lub stopie; RS) stanowią rzadki rodzaj wszystkich czerniaków stwierdzanych w rasie kaukaskiej. Przeprowadziliśmy analizę odległych wyników leczenia czerniaków RS w dużej jednoośrodkowej bazie chorych na czerniaki poddawanych biopsji węzła wartowniczego (BWW). **Metody.** Analiza objęła grupę 198 przypadków pierwotnych czerniaków zlokalizowanych w obrębie RS (8%) spośród 2456 kolejnych chorych poddawanych BWW w okresie pomiędzy 1997 a 2012 rokiem w jednym ośrodku. Mediana okresu obserwacji wyniosła 5,2 roku.

Wyniki. Mediana grubości ogniska pierwotnego czerniaków RS wyniosła 3,0 mm (zakres 0,2–90 mm) i była ona istotnie większa niż w całej populacji poddawanej BWW (mediana 1,9 mm; $p < 0,01$). W 53% czerniaków stwierdzono owrządzenie ogniska pierwotnego. Typ akralno-lentiginalny zdiagnozowano w 69 przypadkach (35%). 31 przypadków zlokalizowanych było w obrębie ręki, 167 na stopie. Przerzuty do WW (WW+) stwierdzono w 43 przypadkach (22%), dodatkowo u 9 chorych wykryto fałszywie ujemne nawroty węzłowe w obrębie splotu chłonnego poddawanego BWW. Odsetek 8-letnich przeżyć całkowitych (OS) w całej grupie czerniaków RS wyniósł 64%, 76% w przypadkach bez przerzutów do WW (WW-) i 46% w grupie WW+ ($p < 0,001$). Przeżycia całkowite były podobne dla przypadków zlokalizowanych w obrębie palców w porównaniu z innymi częściami RS, a także dla przypadków z lokalizacją w obrębie ręki w porównaniu ze stopą. Czerniaki podpaznokciowe miały gorsze przeżycia w porównaniu do innych lokalizacji ($p < 0,05$). Niezależne czynniki rokownicze dla OS stanowiły: obecność przerzutów do WW, owrządzenie ogniska pierwotnego i większą grubość wg Breslowa. W toku jest analiza molekularna czerniaków RS.

Wnioski. Pierwotne czerniaki RS charakteryzują się gorszymi czynnikami rokowniczymi i gorszymi wynikami leczenia w porównaniu z populacją ogólną. Odległe wyniki potwierdzają podstawowe znaczenie rokownicze BWW w czerniakach skóry RS.

Analiza chorych z czerniakiem skóry leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Krakowie w latach 2010–2015

W. Łobaziewicz, J. Szloch, J. Wajda, O. Legkyi, E. Marczyk, J. Mituś, W.M. Wysocki

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

Wstęp. Czerniak skóry to nowotwór złośliwy, którego zachowalność w polskiej populacji rośnie. Wczesna i właściwa diagnostyka zwykle prowadzi do wyleczenia pacjenta. Leczenie chirurgiczne czerniaka bez przerzutów odległych to postępowanie standardowe.

Materiał i metody. 234 chorych w latach 2010–2015 z czerniakiem skóry miało wykonaną biopsję węzła wartowniczego (SNB) (197 chorych) lub limfadenektomię (37). Przed operacją wykonywano ocenę zaawansowania choroby (RTG klatki piersiowej, USG regionalnych węzłów chłonnych oraz brzucha). W przypadku wątpliwości klinicznych diagnostykę rozszerzano o badanie KT. Wszyscy chorzy z przerzutami do węzłów chłonnych mieli wykonywane badanie PET. Rozkład cechy T w badanej grupie pacjentów był następujący: pT1a — 5 chorych, pT1b — 31, pT2a — 57, pT2b — 11, pT3a — 38, pT3b — 26, pT4a — 22, pT4b — 39, b.d. — 5. Umieszczenie czerniaka: kończynowe — 132 chorych, tułów — 93, głowa i szyja — 9. Badanie objęło 141 kobiet i 93 mężczyzn. Średnia grubość czerniaka wyniosła 3,54 mm wg klasyfikacji Breslow, a średni wiek chorych 59,3 roku. Średnia długość obserwacji wyniosła 25,6 miesiąca.

Wyniki. W grupie chorych po limfadenektomii u 15 chorych (40,5%) wystąpił nawrót choroby, a w grupie po SNB u 22 chorych (11,1%). Nawrót zwykle miał charakter rozsiewu uogólnionego. Chorzy z nawrotem mieli grubsze czerniaki w porównaniu z chorymi bez nawrotu (5,8 mm vs 3,1 mm), aktywność mitotyczna guzów była większa (8,0 mitoz/mm² vs 4,6), częściej guzy były owrzodzone (52% vs 31%), a pacjenci byli starsi (62,8 lat vs 58,6).

Wnioski. Obecność przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych znacznie pogarsza rokowanie. Wczesna diagnostyka czerniaka jest kluczowa dla rokowania chorego. Wiek chorego oraz niekorzystne cechy biologiczne guza zwiększają ryzyko nawrotu.

Czerniak skóry u dzieci — opis dwóch przypadków

A. Taczanowska-Niemczuk¹, Z. Darasz², M. Maślanka¹, G. Dyduch³, J. Rys⁴, S. Szymik-Kantorowicz¹, J. Bartoszewska⁵, E. Wyrobek⁶, D. Pietrys⁶, W. Górecki¹

¹Klinika Chirurgii Dziecięcej, CM UJ w Krakowie, ²Klinika Chirurgii Onkologicznej, CO-I Oddział w Krakowie, ³Zakład Patologii, CM UJ w Krakowie, ⁴Zakład Patologii Nowotworów, CO-I Oddział w Krakowie, ⁵Zakład Radioterapii Dzieci i Dorosłych, USD w Krakowie, ⁶Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej, CM UJ w Krakowie

Wstęp. Czerniak skóry rzadko stwierdzany w wieku dziecięcym może występować w stadiach zaawansowanych oraz w zmianach skórnych o nietypowym dla tego nowotworu obrazie. Celem pracy jest analiza postępowania diagnostycznego i terapeutycznego u dwójga dzieci z czerniakiem skóry o zaawansowaniu lokalnym i lokoregionalnym.

Opis przypadków. Pierwsza pacjentka to 11-letnia dziewczynka leczona z powodu guzka małżowiny usznej o niejasnym charakterze. W badaniu histopatologicznym: czerniak skóry o zaawansowaniu miejscowym pT2a. Przeprowadzono radykalne wycięcie blizny i biopsję węzła wartowniczego. Zarówno w bliźnie, jak i w węzłach wartowniczych nie stwierdzono utkania czerniaka. Ostatecznie zaawansowanie ustalono jako Ib pT2aN0(sn)M0.

Drugi pacjent to 14-letni chłopiec, u którego w usuniętym z powodu cech niepokoju znamieniu skóry grzbietu stwierdzono czerniaka skóry o zaawansowaniu miejscowym T3b, bez klinicznych cech przerzutów regionalnych i odległych. W węzle wartowniczym pachy lewej stwierdzono przerzut czerniaka, a w bliźnie satelitozę. Powtórnie szeroko wycięto bliźnię i wykonano limfadenektomię pachową. Pozostałe węzły chłonne nie były zajęte. Ustalono stopień zaawansowania choroby jako IIIC T3b, N3, M0. W leczeniu uzupełniającym przeprowadzono radioterapię na obszar dołu pachowego w dawce 50 Gy oraz rozpoczęto roczną immunoterapię interferonem alfa-2b, z dobrą tolerancją.

Wyniki. Dziewczynka 20 miesięcy po leczeniu jest bez cech wznowy, w stanie dobrym, pozostaje w obserwacji. Chłopiec po 15 miesiącach od rozpoznania, po 10 miesiącach immunoterapii jest bez dolegliwości, dobrze toleruje leczenie uzupełniające, bez cech wznowy choroby w badaniu klinicznym i PET.

25

Wycięcie znamienia barwnikowego w całości jest najpewniejsze w poradni chirurgii onkologicznej

O. Zgraj, A. Taczanowska-Niemczuk, S. Szymik-Kantorowicz, W. Górecki

Klinika Chirurgii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Wstęp. Prewencyjne wycinanie skórnych znamion barwnikowych odbywa się na masową skalę i jest przeprowadzane w różnych ośrodkach przez specjalistów różnych dziedzin. Analiza tego postępowania nie jest popularną praktyką. Celem pracy jest analiza czynników wpływających na doszczętność wycięcia tych zmian u dzieci.

Materiał i metody. Analiza wyników postępowania u 527 dzieci, u których usunięto 722 znamiona barwnikowe w okresie od stycznia 2014 do czerwca 2015 w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. Punktem końcowym była doszczętność wycięcia. Analizie poddano wiek i płeć dziecka, doświadczenie osoby wycinającej znamię, umiejscowienie anatomiczne znamienia, rozmiar oraz otoczenie, w którym dokonywano wycięcia. Wycięcia dokonywały te same osoby rotacyjnie w Poradni Chirurgii Dziecięcej (PChD), Poradni Chirurgii Onkologicznej (PChO) oraz na Bloku Operacyjnym (BO). Wyniki niejednoznaczne oraz znamiona wycinane etapowo zostały wyłączone z analizy. W ocenie istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$ jako punkt odcięcia.

Wyniki. Ogólny odsetek znamion wyciętych nie w pełni wynosił 10,9%. Wiek i płeć dziecka, rozmiar i umiejscowienie anatomiczne znamienia ani stopień wykształcenia osoby wycinającej nie korelowały w sposób istotny z kompletnością wycięcia. Wystąpiła znamienna statystycznie różnica dotycząca miejsca wykonywania procedury. Zmiany wycinane w PChO były wycięte niekompletnie w 7,6%, w PChD w 11%, a w warunkach BO w 18,9% ($p = 0,013$).

Omówienie. Środowisko poradni onkologicznej wymusza na operatorze większą uważność i staranność przy wycinaniu znamion barwnikowych, podczas gdy otoczenie bloku operacyjnego daje fałszywe poczucie pewności oceny granic wycięcia.

26

Merkel cell carcinoma in a patient with previous history of breast cancer

A. Saad Abdalla

Basildon & Thurrock University Hospital, Basildon, England

Merkel cell carcinoma (MCC) is a highly aggressive neuroendocrine carcinoma of the skin. In spite it is a rare tumour, its incidence is increasing. MCC is a frequently lethal skin cancer with a higher mortality (33%) than melanoma (15%). British National Cancer Intelligence Network 10 year incidence rate for rare skin cancer across English Cancer Registries (1999–2008). Report revealed evidence for increasing standardised incidence rates of Merkel cell carcinoma (0.1 to 0.2 per 100,000 population)

Case Report. 77 years old lady presented with painful right arm rapidly growing lump. 10 years earlier had left breast cancer treated with mastectomy, axillary clearance and implant reconstruction. Eight years later, had left axillary recurrence and implant infection, underwent resection of the recurrence, implant removal and had postoperative chemotherapy. Clinically no local recurrence of breast cancer, however there is a suspicious isolated lump in right forearm. CT & bone scan showed no distant metastasis. Excision biopsy revealed 30 mm Merkel cell carcinoma. The patient was referred urgently to Dermatology Unit.

Comment. MCC are disease of elderly, primary arises from neuroendocrine cells found within the basal layer of the dermis. Most common on sun-exposed areas such as the head and neck and limbs. Current treatment is with surgery, radiotherapy & chemotherapy. Association of MCC and breast cancer have not been previously reported and may be a new finding which may need further future observations.

27

Mnogie przerzuty czerniaka skóry do jelita cienkiego przyczyną ostrej niedrożności z wgłobienia

A. Jamroz, S. Rudzki

I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnieniowego w Lublinie

Czerniak skóry jest nowotworem o bardzo zróżnicowanym, często trudnym do przewidzenia przebiegu. Przerzuty czerniaka skóry do jelita cienkiego występują rzadko. Niedrożność z wgłobienia z powodu zmian przerzutowych w jelicie jest wyjątkowo rzadko. Przedstawiono opis przypadku pacjenta operowanego w trybie pilnym z powodu ostrej niedrożności jelita cienkiego, u którego rok wcześniej usunięto czerniaka skóry grzbietu wraz z przerzutowo zmienionymi węzłami chłonnymi pachowymi lewymi. Pacjent po operacji był leczony interferonem. Mężczyzna lat 49, przyjęty celem diagnostyki bólów brzucha do Kliniki Gastroenterologii. Przed zaplanowanym badaniem kolonoskopowym w trakcie przygotowywania do badania Fortransem u chorego wystąpiły bardzo silne, ostre bóle brzucha z wymiotami. Wykonano zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej na stojąco. Stwierdzono cechy niedrożności jelita cienkiego z licznymi poziomami płynu. Chorego zakwalifikowano do pilnej operacji. Śródoperacyjnie stwierdzono niedrożność z wgłobienia w odległości około 120 cm od więzadła Treitz, na guzie wielkości około 8 cm w ścianie jelita cienkiego. Poza tym na całej długości jelita cienkiego zarówno powyżej, jak i poniżej wgłobienia, bardzo liczne zmiany przerzutowe różnej wielkości oraz bardzo liczne, czarne plamy w śluzówce jelita cienkiego. W krezce jelita cienkiego pakiety powiększonych przerzutowych węzłów chłonnych z rozległym naciekaniami naczyń kręgowych górnych. Jelito grube, wątroba, śledziona, nerki i otrzewna ścienna bez zmian przerzutowych w badaniu śródoperacyjnym. Wykonano resekcję około 80 cm jelita cienkiego z zespoleniem staplerowym. Zespolenia dokonano w makroskopowo najmniej zmienionej przerzutowo śluzówce (czarne plamy na około 1/3 obwodu jelita). Pacjent wypisany do domu w 10 dobie po operacji do dalszego leczenia objawowego w ośrodku onkologicznym.

28

Rak kolczystokomórkowy przedsionka nosa — prezentacja przypadku

S. Niemiec

Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny w Jaśle

Chory lat 85 został przyjęty do Oddziału z powodu utrzymującej się od 3 miesięcy bolesnej, sinoczerwonej zmiany guzowatej z obecnością krost w ujściach mieszków włosowych lewego przedsionka nosa z naciekiem na wargę górną. Regionalne węzły chłonne ujemne. Zmiana była pierwotnie oceniona i leczona jako czyrak (lekarz rodzinny). Na podstawie obrazu klinicznego zakwalifikowano chorego do zabiegu resekcyjnego, wykonując resekcję przedniej części nosa wraz przegrodą chrzęstną i częścią wargi górnej. Wykonano jednoczasową rekonstrukcję nosa obustronnymi płatami skórno tłuszczowymi z okolicy bruzdy nosowo-policzkowej. Uzyskano pozytywny efekt kosmetyczny i funkcjonalny. Badanie h-p pooperacyjne: *Carcinoma spinocellulare*, G-2, pT2. W okresie 4 miesięcy po zabiegu przerzuty do węzłów chłonnych podżuchwowych. Chory odmówił dalszego leczenia. W prezentacji podkreślono, że w omawianym przypadku oraz z danych literaturowych rak kolczystokomórkowy przedsionka nosa to guz o bardzo agresywnym i szybkim przebiegu oraz niecharakterystycznym obrazie klinicznym. W tej bardzo rzadkiej lokalizacji raka metodą z wyboru jest jego chirurgiczne usunięcie. Praca także ilustruje kluczowe etapy rekonstrukcji nosa.

29

Wgłobienie jelita cienkiego w przebiegu przerzutu czerniaka złośliwego skóry

J.W. Wroński, M. Münzberger, P. Wójcik, M. Kukla, P. Wołęjsza
Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej,
Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie

Czerniak złośliwy charakteryzuje się występowaniem przerzutów, w tym także do przewodu pokarmowego, a zwłaszcza do jelita cienkiego. Rozpoznanie bardzo często jest opóźnione ze względu na bardzo niecharakterystyczne objawy kliniczne. W naszej pracy prezentujemy rzadki przypadek wgłobienia jelita cienkiego u 61-letniej chorej z przerzutem czerniaka złośliwego skóry do jelita cienkiego, który wystąpił po 4 latach od wycięcia ogniska pierwotnego. U chorej wykonano, w trybie pilnym, resekcję jelita cienkiego z ujemnymi marginesami operacyjnymi w badaniu histopatologicznym. Rozpoznanie postawiono na podstawie badań obrazowych, laparotomii i badania histopatologicznego.

Elektrochemioterapia jako metoda terapeutyczna dla pacjentów z nowotworowym rozsiewem skórnym

M. Wichtowski¹, D. Murawa¹, R. Czarnecki², W. Witkiewicz²

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu,

²Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp. Elektrochemioterapia (ECT) to zabieg ablacyjny oparty na odwracalnej elektroporacji w połączeniu z jednoczasową iniekcją chemioterapeutyku (dożylnie lub do guza). Metoda ta znalazła zastosowanie w leczeniu pierwotnych nowotworów skóry (raki, czerniaki), jak i nowotworów wtórnych (np. z raka piersi) nienadających się lub nieodpowiadających na inny typ leczenia. Jest to metoda paliatywna mająca na celu poprawę jakości życia oraz zabezpieczenie przed powikłaniami miejscowymi.

Materiały i metody. Pomiędzy lutym 2015 a lutym 2016 piętnastu pacjentów z rozsiewem raka piersi do skóry i tkanki podskórnej, a także dwóch pacjentów z rozsiewem *in-transit* czerniaka poddanych zostało procedurze ECT. Zabiegi wykonywane były zgodnie z wytycznymi ESOPE (European Standard Operating Procedures of Electrochemotherapy).

Wyniki. U siedemnastu pacjentów leczonych z użyciem ECT przeprowadzono dziewiętnaście procedur na łącznej liczbie dziewięćdziesięciu pięciu zmian docelowych. Czternastu pacjentów poddano jednemu kursowi leczenia, dwoje pacjentów wymagało dwóch kursów, a jeden pacjent ze względu na rozległość zmian poddany został trzem kursom elektrochemioterapii. U 57,9% pacjentów obserwowano zupełną remisję zmian. U 79% pacjentów efekt leczenia po minimum 6 tygodniach oceniano jako całkowitą lub częściową odpowiedź. U 21% pacjentów mimo zastosowanego leczenia odnotowano progresję choroby. Główne powikłania metody dotyczyły owrzodzeń utrzymujących się powyżej czterech tygodni (w 53% zmian, oceniane na 2–3 pkt wg CTCAE) oraz przemijającego bólu neuropatycznego (1–2 pkt wg CTCAE).

Omówienie. Przedstawione powyżej wyniki udowadniają, iż ECT jest skuteczną i bezpieczną opcją terapeutyczną w leczeniu nieresekcyjnych, powierzchwno rozsianych zmian nowotworowych, szczególnie w sytuacji wcześniejszego wykorzystania dostępnych metod leczenia onkologicznego.

Denosumab w leczeniu chorych z guzem olbrzymiomórkowym kości (GCTB)

T. Goryń¹, A. Pieńkowski¹, A. Borkowska¹, E. Jagiełło-Wieczorek¹, M. Wągródzki¹, P. Rogala¹, M. Szacht¹, T. Mazurkiewicz², P. Rutkowski¹

¹Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ²Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp. Denosumab (przeciwciało anty-RANKL) stanowi nową opcję terapeutyczną w przypadkach zaawansowanych GCTB.

Metody. W okresie od maja 2013 r. do września 2015 r. denosumabem poza badaniami klinicznymi było leczonych 35 chorych na zaawansowanego miejscowo GCTB [lokalizacja: kończyna dolna (49%; n = 17), kończyna górna (31%; n = 11) i szkielet osiowy (20%; n = 7)]. 10 chorych (29%) zaliczono do grupy ze zmianami nieresekcyjnymi, 24 miało miejscowo zaawansowany GCTB z zajęciem otaczających tkanek miękkich (stopień III wg Campanacciego), z zajęciem stawu bez możliwości wykonania operacji oszczędzającej kończynę lub z dużym ryzykiem wznowy miejscowej. Leczenie denosumabem było prowadzone do momentu radykalnego zabiegu operacyjnego, do progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności.

Wyniki. 49% pacjentów (n = 17) przeszło zabieg operacyjny. 15 chorych nadal kontynuuje terapię denosumabem. Mediana czasu leczenia denosumabem wyniosła 7,4 miesiąca. Leczenie denosumabem było dobrze tolerowane. Nie obserwowano zdarzeń niepożądanych w 4. stopniu toksyczności wg CTC. U jednego chorego wystąpiła hipofosfatemia w stopniu 3., u jednego chorego hipokalcemia w stopniu 3. 17 chorych (49%) zostało poddanych leczeniu operacyjnemu po indukcyjnym leczeniu denosumabem. U 11 chorych wykonano szeroką resekcję guza *en-bloc*, z czego u 10 z implantacją protezy onkologicznej; u 6 chorych wykonano miejscowe wycięcie guza z zastosowaniem alloprzeszczepu lub cementu. Progresja po leczeniu chirurgicznym wystąpiła u 2 chorych. Obaj chorzy byli poddani jedynie miejscowemu wyłyżeczkowaniu guza, obecnie kontynuują leczenie ratunkowe denosumabem. Ponadto u 2 chorych odnotowano progresję w czasie leczenia denosumabem (po radioterapii w przeszłości). 1-roczone przeżycia wolne od progresji choroby wyniosły 92,8% (95%CI: 83,2%–100%).

Wnioski. Denosumab stanowi standardową terapię w leczeniu zaawansowanych GCTB, gdzie nie jest możliwe radykalne leczenie chirurgiczne, lub opcję w leczeniu neoadiuwantowym GCTB granicznie resekcyjnych (po odpowiedzi na leczenie można wykonać zabieg mniej okaleczający).

Ocena urządzenia własnej konstrukcji do wycinania przewodów mlekowych w czasie fiberoduktoskopii w warunkach *ex-vivo*

J. Zieliński¹, J. Wtorek², A. Bujnowski², R. Jaworski³,
W. Miloch², J. Jaśkiewicz¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny, ²Katedra Inżynierii Biomedycznej, Politechnika w Gdańsku, ³Oddział Kardiologii Dziecięcej, Szpital Copernicus w Gdańsku

Wprowadzenie i cele. Fiberoduktoskopia obecnie jest badaniem charakteryzującym się największą czułością oraz swoistością spośród znanych metod służących do obrazowania przewodów mlekowych. Jest badaniem do bezpośredniej wizualizacji wewnątrzprzewodowych zmian rozrostowych, w odróżnieniu od pozostałych pośrednich metod diagnostycznych takich jak ultrasonografia, galaktografia, rezonans magnetyczny. Celem planowanego projektu było opracowanie nowej mało-inwazyjnej metody umożliwiającej wycinanie przewodu mlekowego w czasie fiberoduktoskopii.

Materiał i metoda. Do badania włączono 12 chorych w okresie 6 miesięcy 2015 roku leczonych w Klinice Chirurgii Onkologicznej w Gdańsku. Chore z rozpoznaniem rakiem piersi zakwalifikowane do zmodyfikowanej amputacji piersi metodą Pateya zostały włączone do badania z pobraniem przewodu mlekowego. W warunkach sali operacyjnej bezpośrednio po dokonaniu amputacji piersi w specjalnie wydzielonym miejscu przeprowadzono fiberoduktoskopię jednego z przewodów mlekowych, a następnie pobrano fragment badanego przewodu mlekowego. Uzyskany materiał histopatologiczny zawierający przewód mlekowy w oddzielnym pojemniku zostanie przekazany do zakładu patomorfologii w celu oceny zachowania naturalnej budowy przewodu mlekowego.

Wyniki. Średni wiek, waga i index masy ciała badanych chorych wynosił odpowiednio: 49,8 (lata), 67 (kg) oraz 24,6 (kg/m²). Patomorfologicznie dokonano oceny 12 preparatów biopsyjnych przy użyciu nowego urządzenia do wycinania przewodów mlekowych. W analizie makroskopowej stwierdzono wycięty fragment brodawki piersiowej oraz przewód mlekowy o długości od 2 do 4 cm. Mikroskopowo w badanych przewodach mlekowych stwierdzono niezaburzoną strukturę badanych przewodów mlekowych. Średni czas wykonania procedury wynosił 5 minut.

Wnioski. Opracowanie nowej metody wycinania przewodów mlekowych może przyczynić się do zmiany standardów leczenia chorych z patologicznym wyciekami z piersi. Istnieje potrzeba kontynuowania badania z użyciem urządzenia do wycinania przewodów mlekowych na większej liczbie chorych.

Śródoperacyjna ultrasonografia wątroby sondą wewnątrzbrzuszną jako ważne narzędzie diagnostyczne w chirurgii raka układu pokarmowego

J. Walczak¹, W. J. Kruszewski², M. Szajewski², M. Ciesielski²,
J. Szefel², T. Buczek²

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, ²Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Zakład Propedeutyki Onkologii, GUMed w Gdyni

Wstęp. Wiedza o obecności przerzutów raka układu pokarmowego do wątroby determinuje tryb postępowania z pacjentem i pozwala na zaplanowanie indywidualnie dobranego, optymalnego schematu leczenia onkologicznego. Najczęściej stosowane przed operacją metody wykrywania przerzutów do wątroby to USG, TK i MRI. Ultrasonografia wykonana śródoperacyjnie z wykorzystaniem sondy wewnątrzbrzuszej to także przydatne narzędzie do oceny stanu wątroby. Celem opracowania było określenie, na ile jej zastosowanie w czasie operacji poprawia wykrywalność ognisk wtórnych w wątrobie.

Materiał i metody. Ocena retrospektywna 580 laparotomii spośród 1071 wykonanych od marca 2010 do grudnia 2013 r. z powodu choroby nowotworowej w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Gdyńskim Centrum Onkologii, podczas których wykonano śródoperacyjnie USG wątroby sondą wewnątrzbrzuszną.

Wyniki. U 145 pacjentów (25%) stwierdzono zmiany nowotworowe w wątrobie podczas badania USG sondą wewnątrzbrzuszną. W 34 przypadkach (23%) wykryto nowe zmiany w wątrobie, niewidoczne w badaniach obrazowych przed operacją (6% pacjentów z grupy, w której wykonano badanie sondą wewnątrzbrzuszną). W 12 przypadkach były to zmiany niewidoczne i niemacalne w ocenie makroskopowej w czasie laparotomii. Czas od wykonania badania obrazowego przed operacją (do 6 tyg. vs > 6 tyg.) nie wpływał na odsetek wykrywalności nowych zmian sondą USG wewnątrzbrzuszną ($p < 0,05$). Niedoszacowanie zmian przerzutowych w badaniach obrazowych przedoperacyjnych dotyczyło 31 (21,4%) pacjentów.

Omówienie. USG wątroby sondą wewnątrzbrzuszną w czasie operacji stanowi ważne uzupełnienie wiedzy o stanie tego narządu. Pozwala właściwie określić stan zaawansowania choroby nowotworowej, co przekłada się na optymalny dobór leczenia pacjenta. U wielu chorych pozwala uniknąć niecelowej inwazyjnej procedury chirurgicznej.

Zabiegi cytoredukcyjne z powodu nawrotowego raka jajnika — doświadczenie Kliniki

T. Al-Amawi, P. Wojtasik, J. Kładny

Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PUM w Szczecinie

Wstęp. Rak jajnika jest najczęstszą przyczyną zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych narządu rodowego. W większości przypadków jest rozpoznawany w zaawansowanym stadium. U większości chorych (ok. 70%) dochodzi do nawrotu choroby.

Cel. Analiza wyników leczenia kobiet operowanych w naszym ośrodku z powodu zaawansowanego i nawrotowego raka jajnika.

Materiał i metody. W Klinice w latach 2001–2014 wykonaliśmy 204 zabiegi operacyjne z powodu nawrotowego raka jajnika. W analizowanym okresie wykonano 121 zabiegi cytoredukcyjne u 109 pacjentek. Średnia wieku chorych wynosiła 59,34 lat.

Wyniki. Przeprowadzono 91 zabiegów cytoredukcyjnych kompletnych i 30 niekompletnych cytoredukcyjnych. W 19 przypadkach wykonaliśmy izolowane wycięcie jednego lub kilku guzów nawrotowych miednicy mniejszej i jamy otrzewnej. 12 pacjentek wymagało wycięcia wraz z guzem szyjki macicy oraz części pochwy. U 7 chorych wykonano resekcje wątroby, w trzech przypadkach był to zabieg wielonarządowy z powodu nawrotu w miednicy mniejszej i zmian przerzutowych w wątrobie. U 17 pacjentek wycięto guz oraz węzły okołoaortalne i biodrowe z powodu ich zajęcia. W pozostałych przypadkach usunięto guz lub guzy wraz z innymi narządami jamy brzusznej zajętej przez nowotwór. U 31 chorych przeprowadzono resekcję odcinkową okrężnicy. Resekcję odbytnicy trzeba było wykonać u 31 chorych. Odcinkowej resekcji jelita cienkiego wymagało 16 pacjentek. Przeprowadzono ponadto 9 resekcji części pęcherza moczowego, 1 cystektomię, 3 wycięcia fragmentu moczowodu, 1 nefrektomię i 1 wycięcie nadnercza. Powikłania w okresie okołooperacyjnym rozpoznano u 13 kobiet (10,7%). Śmiertelność okołooperacyjna wynosiła 2,4%.

Wnioski. Większość pacjentek z nawrotowym rakiem jajnika zakwalifikowanych do operacji cytoredukcyjnych wymaga resekcji wielonarządowej. Zabiegi cytoredukcyjne są obciążone względnie małym ryzykiem ciężkich powikłań.

The esophageal anastomosis — how granulation phase of wound healing improves a leak incidence

R. Taboła¹, K. Augoff¹, A. Lewandowski¹, P. Ziółkowski², P. Szlachowski¹, B. Strzelec¹, M. Pruchnicki¹, K. Grabowski¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego,

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp. Dwuetapowa resekcja przełyku z przerwą czasową na rekonstrukcję stwarza możliwość na naprawę uszkodzonych naczyń mikrokrążenia w kikucie przełyku poprzez wytworzenie tkanki ziarninowej bogatej w czynniki stymulujące angiogenezę, takie jak VEGF-A i TGF- β , co może mieć wpływ na gojenie się zespolenia.

Materiał i metody. Do badań włączono 27 pacjentów, którzy przeszli zabieg dwuetapowej resekcji przełyku z powodu raka płaskonabłonkowego w Klinice Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach od 2007 do 2012. Barwienie immunohistochemiczne dla VEGF-A i TGF- β w pobranej próbce zostało przeprowadzone w celu oceny ściany przełyku w trakcie wykonywania przetoki przełykowej i przed zespoleniem szyjnej części przełyku z okrężnicą lub jelitem krętym w drugim etapie zabiegu. Wyniki poddano analizie za pomocą statystyki opisowej: błąd standardowy i test t-Studenta. Istotność statystyczną określono jako $p < 0,05$.

Wyniki. We wszystkich preparatach przełyku w trakcie operacji naprawczej, znaleźliśmy istotny statystycznie wzrost gęstości mikronaczyń ($p < 0,028604$). Zaobserwowaliśmy także istotne statystycznie różnice w intensywności barwienia immunohistochemicznego dla TGF- β i VEGF-A ($p < 0,05$ w obu przypadkach).

Wnioski. Wykonywanie zespolenia w późniejszym okresie zapewnia możliwość akumulacji czynników stymulujących angiogenezę w kikucie przełyku, co w rezultacie ma korzystny wpływ na gojenie się zespolenia przełykowo-jelitowego oraz wspomaga gojenie się przetoki, jeżeli taka wystąpi.

Zastosowanie modularnej endoprotezy resekcyjnej stawu biodrowego w leczeniu chorób nowotworowych

P. Kamiński, J. Szmyd, J. Ambroży

Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii

Wstęp. Wprowadzenie endoprotez resekcyjnych umożliwiło rozwinięcie chirurgii oszczędzającej kończyny w przypadkach chorób nowotworowych kości. Przedstawiamy wyniki zastosowania modularnej endoprotezy resekcyjnej w alloplastykach wykonywanych ze wskazań onkologicznych w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

Materiał i metody. W latach 2008–2015 założono w naszym szpitalu 13 implantów resekcyjnych u 13 pacjentów, u których wskazaniem do zabiegu było pierwotne lub przerzutowe ognisko choroby nowotworowej. Średni okres obserwacji wyniósł 18 miesięcy. Ubytki kości udowej sklasyfikowano w skali Katthagena i Paproskiego. Ocenę kliniczną przeprowadzono przed operacją oraz rok po niej, posługując się zmodyfikowaną skalą Harissa. Z pomocą Visual Analog Scale oceniono nasilenie dolegliwości bólowych. W ciągu roku od operacji zmarło 4 chorych z badanej grupy. Przypadki te wyłączono z oceny klinicznej.

Wyniki. Zaobserwowano istotną statystycznie poprawę w skali Harrisa oraz redukcję dolegliwości bólowych w skali VAS. W okresie obserwacji zanotowano dwukrotne zwężenie endoprotezy u jednego chorego — za pierwszym razem nastawione na zamknięto, za drugim — otwarta repozycja z wymianą głowy endoprotezy na dłuższą. Nie zanotowano powikłań w postaci infekcji miejsca operowanego i obluzowania endoprotezy.

Omówienie. Zastosowanie endoprotezy resekcyjnej pozwoliło we wszystkich przypadkach zachować kończynę i zdolność chorych do samodzielnego chodzenia. Alloplastyka poprawiła komfort życia chorych. Użycie implantu modularnego daje możliwość zmiany ustawienia rotacyjnego i długości endoprotezy po zaimplantowaniu trzpienia. Ułatwia to prawidłowe zorientowanie elementów endoprotezy tak, by zminimalizować ryzyko jej zwężenia.

Czy stężenie pentraksyny 3 (PTX3) ma znaczenie jako biomarker u chorych na raka trzustki — wyniki wstępne

S. Głuszek¹, J. Matykiewicz¹, U. Grabowska²

¹Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach, WSZ w Kielcach, Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej w Kielcach, ²Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach, WSZ w Kielcach, Laboratorium Diagnostyczne w Kielcach

Wstęp. Pentraksyny (PTX) to białka ostrej fazy. Jedną z pentraksyn długich jest pentraksyna 3 (PTX3). PTX3 jest markerem zapalenia, jej podwyższone stężenie obserwowano u chorych z ostrym zapaleniem trzustki (OZT). Kolejną grupą chorób, w przebiegu których badana jest rola PTX3, są choroby nowotworowe. PTX3 jest rozważana jako potencjalny biomarker prognostyczny w nowotworach, m.in. w raku trzustki. Przeprowadzono prospektywne badanie oceniające stężenia PTX 3 u chorych na OZT i na raka trzustki.

Cel. Ocena roli pentraksyny 3 (PTX3) jako markera diagnostycznego i prognostycznego u chorych na raka trzustki i chorych na OZT.

Materiał i metody. Badaniem wstępnym objęto grupę 49 chorych: 37 chorych na OZT oraz 12 chorych na raka trzustki. OZT rozpoznawano na podstawie kryteriów z Atlanty, raka trzustki rozpoznawano na podstawie badań obrazowych i badania cytologicznego i/lub histopatologicznego. U każdego chorego z rakiem trzustki określony został stopień zaawansowania klinicznego wg TNM. Krew pobierano od chorych po uzyskaniu pisemnej zgody. Materiałem do badań było osocze wersenianowe. W celu uzyskania osocza pobierano krew żylną na EDTA. Próbkę następnie odwirowywano przez 15 minut z przyspieszeniem 1000 × g. W uzyskanym osoczu wykonywano badanie stężenia PTX3 metodą immunoenzymatyczną ELISA.

Wyniki. W grupie 37 chorych z OZT stwierdzono średnie stężenie PTX3 7,31 ng/ml (0,28–26,48 ng/ml). W grupie 12 chorych z rakiem trzustki średnie stężenie PTX3 wynosiło 7,32 ng/ml (0,25–32,36 ng/ml).

Wniosek. W badaniach wstępnych nie stwierdzono istotnej różnicy w stężeniu PTX 3 w grupie chorych z OZT i w grupie chorych z rakiem trzustki.

Guz wątroby — nowotwór, przerzut czy może coś zupełnie innego?

B. Cybulska-Stopa¹, A. Polakiewicz-Gilowska¹, K. Zieniewicz²

¹II Klinika Radioterapii i Chemioterapii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie, Oddział w Gliwicach, ²Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Rozpowszechnienie i ogólna dostępność badań USG powoduje, że coraz częściej mamy do czynienia z różnorodnymi zmianami w wątrobie, które wymagają dalszej oceny. Diagnostyka zmian w wątrobie stanowi duży problem, a często zdarza się tak, że zmiany opisywane początkowo, w toku dalszej diagnostyki okazują się czymś zupełnie innym.

Przedstawiamy przypadek 38-letniej chorej, u której w przypadkowo wykonanym USG jamy brzusznej stwierdzono znacznych rozmiarów guz wątroby. Chora zgłosiła się do Poradni Onkologicznej, gdzie zlecono wykonanie badań dodatkowych: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, badania laboratoryjne. W wykonanym rezonansie magnetycznym i tomografii komputerowej wysunięto podejrzenie pierwotnego raka wątroby lub raka z dróg żółciowych i zalecono dalszą diagnostykę. W badaniach laboratoryjnych Hbs Ag ujemny, p/ciała p/HCV ujemne, AFP, CEA, Ca 19.9 w normie, badania laboratoryjne w kierunku pasożytów — ujemne. Chorą skierowano do dalszej diagnostyki i leczenia do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM. Powtórnie wykonano badania obrazowe uwidaczniając w TK guza o wymiarach 8,5 × 6 × 12 cm w seg. 4a i b oraz w seg. 5 wątroby, w którym znajduje się kilka torbieli. W wykonanym badaniu USG stwierdzono dobrze odgraniczony, polimorficzny guz o gładkich obrysach, elipsoidalnym kształcie. Guz był podatny na ucisk — „miękki”. Po przeanalizowaniu wszystkich danych stwierdzono, że zmiana w wątrobie najprawdopodobniej odpowiada torbieli pasożytniczej — najpewniej bąblowcowej. Chora zakwalifikowana do wstępnego leczenia farmakologicznego, a następnie do leczenia chirurgicznego (do rozpoczęcia zjazdu PTChO powinniśmy otrzymać ostateczne rozpoznanie z zabiegu operacyjnego — obecnie chora rozpoczęła wstępne leczenie farmakologiczne).

Opisany przypadek ilustruje trudności diagnostyczne zmian w wątrobie oraz pozwala prześledzić schemat postępowania w leczeniu zmian bąblowcowych w wątrobie.

Czteroletni okres przeżycia w niskozróżnicowanym, pierwotnie nieresekcyjnym raku ogona trzustki po zastosowaniu indukcyjnego leczenia wg schematu LFC i pooperacyjnego leczenia uzupełniającego gemcytabiną

A. Jamroż, S. Rudzki

I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego w Lublinie

Celem pracy jest opis przypadku pierwotnie nieresekcyjnego raka ogona trzustki pacjentki, u której po ośmiu kursach leczenia wg schematu LFC uzyskano znaczną regresję zmian, uzyskując przez to resekcyjność guza.

Kobieta lat 49 została przyjęta do Kliniki z rozpoznaniem guza ogona trzustki. W badaniu CT: guz wychodzący z ogona trzustki wielkości 97 × 77 × 71 mm. Liczne pakiety węzłów chłonnych. Śródoperacyjnie stwierdzono obecność guza ogona trzustki, naciekającego żołądek, poprzecznicę i wnękę śledziony oraz rozsiane zmiany w sieci większej i węzłach chłonnych. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego, uznając guz za nieresekcyjny. Wynik badania histopatologicznego — gruczolakorak cewkowy niskozróżnicowany. Zakwalifikowana do chemioterapii. Włączono leczenie wg schematu LFC. Po ośmiu kursach leczenia w wykonanym badaniu CT stwierdzono znaczną regresję zmian, zmniejszenie guza do 20 mm. Chorą zakwalifikowano do powtórnej operacji. Śródoperacyjnie potwierdzono brak zmian przerzutowych w sieci większej i brak opisywanych wcześniej zmian węzłowych, guz pierwotny wielkości około 20 mm. Wykonano resekcję blokową ogona trzustki, śledziony, sieci większej i lewej połowy okrężnicy wraz z limfadenektomią. Wypisana do domu w 9 dobie po zabiegu. Zakwalifikowana do monochemioterapii uzupełniającej gemcytabiną. Po 6 kursach leczenia w badaniach obrazowych nie stwierdzono cech wznowy. Trzy lata po operacji stwierdzono obecność guza lewej piersi, z obecnością zmian w węzłach chłonnych pachowych. W biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej stwierdzono obecność komórek nowotworowych. Zakwalifikowana do radykalnej mastektomii. Wynik badania histopatologicznego — gruczolakorak cewkowy niskozróżnicowany identyczny jak w guzie ogona trzustki. Włączono chemioterapię wg schematu FAC. W badaniu CT jamy brzusznej i płuc stwierdzono rozsiane zmiany przerzutowe w płucach i jamie otrzewnej. Pacjentka zmarła po 6 miesiącach leczenia.

40

Analiza wyników implantacji cewników naczyniowych do chemioterapii u pacjentów onkologicznych

B. Skonieczny, B. Alchimowicz, P. Olejniczak, P. Babraj, W. Gajecki, J. Pryjomski, W. Partyka, M. Prusak, W. Skonieczny
Oddział Chirurgii Ogólnej, Elbląski Szpital Specjalistyczny z Przychodnią

Wstęp. Celem badania było przedstawienie wyników implantacji cewników naczyniowych do chemioterapii przez chirurgów.

Materiał i metody. W okresie od listopada 2012 do sierpnia 2015 w Oddziale Chirurgii Ogólnej Elbląskiego Szpitala Specjalistycznego z Przychodnią 159 pacjentów przeszło zabieg implantacji portu naczyniowego w celu podawania chemioterapii. We wszystkich przypadkach zabieg przeprowadzany był przez chirurga w warunkach Bloku Operacyjnego w znieczuleniu miejscowym. W większości przypadków dostępem z wyboru była żyła szyjna wewnętrzna prawa. W przypadku pacjentek z rozpoznaniem raka piersi wykorzystywano dostęp przez żyłę szyjną po stronie przeciwnej do umiejscowienia zmiany nowotworowej. W przypadku śródoperacyjnych trudności z nakłuciem żyły szyjnej wykorzystywano dostęp poprzez prawą bądź lewą żyłę podobojczykową. Każdorazowo po zabiegu położenie końca cewnika portu potwierdzano radiologicznie.

Wyniki. Wśród 159 pacjentów było 99 kobiet i 60 mężczyzn. Średnia wieku wyniosła 62 lata (19–85 lat). Pierwotna choroba nowotworowa w większości przypadków dotyczyła jelita grubego (55,62%) oraz piersi (11,70%). Średni czas operacji wyniósł 30 min (10–115 min). Powikłania związane z zabiegiem wystąpiły w 14 przypadkach (8,8%). Wczesne powikłania (do 48 godzin) wystąpiły w 6 przypadkach i były związane ze złym położeniem końca cewnika portu lub z śródoperacyjnymi trudnościami z nakłuciem naczynia. Późne powikłania, występujące po 48 godzinach od zabiegu to: krwiaki w miejscu implantacji kopolki portu lub w miejscu nakłucia naczynia (4 przypadki), zakrzepica żył po stronie implantacji (2 przypadki), odczyn zapalny i martwica skóry w okolicy implantacji (1 przypadek) oraz problemy z funkcjonowaniem portu (1 przypadek).

Omówienie. Zabieg implantacji portu naczyniowego w celu podawania chemioterapii przeprowadzany w znieczuleniu miejscowym przez chirurgów jest bezpieczną procedurą, którą można wykonywać w trybie jednodniowym.

41

Przypadkowo wykryty guz śledziony *littoral cell angioma* u pacjentki z cukrzycą typu drugiego

A. Jamroz, S. Rudzki

I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego w Lublinie

Pierwotne nowotwory śledziony występują bardzo rzadko. Najczęstsze z nich to guzy naczyniowe (naczyniaki krwionośne, naczyniaki limfatyczne, *hamartoma*, mięsak naczyniowy, *hemangioendothelioma*, *hemangiopericytoma*). *Littoral cell angioma* (LCA) to guz niezwykle rzadki.

Celem pracy jest opis przypadkowo wykrytego guza śledziony LCA u 59-letniej pacjentki ze współistniejącą cukrzycą typu drugiego oraz mnogimi znamionami barwnikowymi skóry. Ze względu na możliwość występowania czerniaka skóry brano pod uwagę możliwość występowania zmiany przerzutowej w śledzionie. Pacjentkę zakwalifikowano do splenektomii. W badaniu histopatologicznym z odczynami immunohistochemicznymi CD68(+) i CD34(-) stwierdzono guz *littoral cell angioma*. Wobec powyższego przeprowadzono dokładną diagnostykę onkologiczną pod kątem współistnienia innych nowotworów. Na podstawie przeprowadzonych badań diagnostycznych wykluczono współistnienie innego nowotworu. Jedyną chorobą współistniejącą jest cukrzyca typu drugiego, na którą pacjentka leczy się od dziesięciu lat. Jest to pierwszy opisany przypadek współistnienia cukrzycy i guza LCA. Pacjentka pozostaje pod ścisłą kontrolą lekarską.

42

Wysokozróżnicowany rak tarczycy z przerzutem do kręgosłupa oraz uciskiem na rdzeń kręgowy — opis dwóch przypadków

K. Kaliszewski, P. Domosławski

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, UM we Wrocławiu

Wstęp. Wysokozróżnicowane raki tarczycy to nowotwory cechujące się względnie niskim stopniem złośliwości oraz dobrym rokowaniem. Pomimo tego zdarzają się przypadki o bardzo agresywnym przebiegu, co często objawia się wczesnym daniem przerzutów odległych pomimo bardzo niewielkiej zmiany pierwotnej.

Materiał i metody. Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 3819 pacjentów leczonych w jednym ośrodku z powodu guzów tarczycy w latach 2008–2015. Analizę ukierunkowano na wyselekcjonowanie przypadków nowotworów o najbardziej nietypowym i zaskakującym przebiegu klinicznym.

Wyniki. Wyszczególniono dwa przypadki kliniczne wysokozróżnicowanych raków tarczycy, których pierwszym objawem klinicznym był nagły, całkowity niedowład obu kończyn dolnych. Pacjentki w wieku 61 i 70 lat były pierwotnie leczone w oddziałach neurochirurgii, gdzie zostały przyjęte i zakwalifikowane do leczenia operacyjnego z powodu guza kręgosłupa o niewiadomym charakterze z uciskiem i naciekiem na rdzeń kręgowy. W pooperacyjnym badaniu histopatologicznym u obu pacjentek rozpoznano komórki wysokozróżnicowanego raka tarczycy. U pierwszej chorej przerzuty zlokalizowane były na poziomie L4/L5, u drugiej natomiast na poziomie Th3/Th4. W przeprowadzonym badaniu ultrasonograficznym gruczołów tarczowych stwierdzono niewielkie zmiany ogniskowe nieprzekraczające torebki narządu. Po wstępnej diagnostyce uzupełniającej u obu chorych wykonano tyroidektomię i potwierdzono rozpoznanie dobrze zróżnicowanego raka tarczycy.

Podsumowanie. Autorzy pracy pragną zaprezentować dwa przypadki raka tarczycy o dość zaskakującym przebiegu klinicznym oraz podzielić się własnymi spostrzeżeniami na temat diagnostyki i leczenia tych nowotworów.

43

Analiza wyników badania stężenia tyreoglobuliny w popłuczynach z igły użytej do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej węzłów chłonnych (Tg-BAC) pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy

E. Bakula-Zalewska¹, E. Musia², J. Długosińska², A. Gumińska², J. Gałczyński², E. Stachlewska-Nasfeter², M. Dedecjus²

¹Zakład Patologii, ²Klinika Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Rutynowe monitorowanie pacjentów leczonych z powodu zróżnicowanego raka tarczycy (ZRT) obejmuje badanie ultrasonograficzne, ocenę stężenia tyreoglobuliny (Tg) w osoczu oraz biopsję aspiracyjną cienkoigłową celowaną (BACC) podejrzanych węzłów chłonnych. Uzupełnieniem BACC może być oznaczenie stężenia tyreoglobuliny w popłuczynach z igły biopsyjnej (Tg-BACC). Celem pracy była analiza wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych badania Tg-BACC i badania cytologicznego u pacjentów z podejrzeniem wznowy węzłowej ZRT.

Materiał i metody. Badaniem objęto 206 pacjentów leczonych z powodu ZRT z podejrzanymi w badaniu USG węzłami chłonnymi. U wszystkich pacjentów BACC i Tg-BACC zostały wykonane i ocenione przez jednego, doświadczonego patomorfologa. Stężenie Tg w roztworze po przepłukaniu igły 0,5ml 0,9% NaCl oznaczono metodą ECLIA.

Wyniki. Fałszywie ujemny wynik cytologii przy pozytywnym wyniku Tg-BACC stwierdzono u trzech pacjentów. U trzech pacjentów, u których stwierdzono komórki nowotworowe w rozmazach cytologicznych przy ujemnym wyniku Tg-BACC, w toku dalszej diagnostyki wykryto współistniejący drugi nowotwór złośliwy. U pięciu pacjentów stwierdzono obecność komórek rakowych przy niskim stężeniu Tg-BACC: u dwóch z nich stężenie przeciwciał przeciw tyreoglobulinie dziesięciokrotnie przekraczało normę, u kolejnych dwóch w badaniu histopatologicznym stwierdzono przerzuty raka niskozróżnicowanego, a jeden pacjent miał niejodochwytny przerzuty raka brodawkowego z niskim stężeniem Tg w surowicy. Ponadto u jednego pacjenta stwierdzono fałszywie pozytywny wynik Tg-BACC.

Wnioski. W badanej grupie BACC charakteryzowała się bardzo wysoką czułością i swoistością, a Tg-BACC dodatkowo zwiększyło czułość badania cytologicznego, nie wpływając istotnie na jego swoistość. Wyniki fałszywie ujemne Tg-BACC mogą być związane z wysokim mianem przeciwciał a-Tg lub odróżnicowaniem raka.

Leczenie zachowawcze wysokoobjętościowego chłonnokotoku występującego po całkowitym wycięciu tarczycy i zmodyfikowanej dyssekcji szyi z powodu zaawansowanego raka tarczycy — doświadczenia własne

J. Gałczyński, E. Stachlewska-Nasfeter, B. Hinderer, M. Dedecjus

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

Wstęp. Uszkodzenie przewodu piersiowego jest rzadkim powikłaniem w chirurgii raka tarczycy, ale może prowadzić do poważnego odwodnienia i niedożywienia. Operacje zaawansowanego raka tarczycy z przerzutami do węzłów chłonnych przedziałów bocznych szyi mają zwiększone ryzyko wystąpienia chłonnokotoku. Zalecenia dotyczące leczenia chłonnokotoku zarówno nisko, jak i wysokoobjętościowego, są niejednoznaczne.

Cel. Celem pracy było zaprezentowanie własnego doświadczenia w zachowawczym leczeniu wysokoobjętościowego chłonnokotoku występującego po całkowitym wycięciu tarczycy i limfadenektomii bocznej szyi.

Pacjenci i metody. Analizie poddano historię choroby 380 pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka tarczycy w Oddziale Chirurgii Endokrynologicznej, Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej w okresie od listopada 2013 r. do lutego 2015 r. Analizie poddano dokumentację medyczną, stwierdzając w badanej grupie trzech (0,7%) pacjentów z wysokoobjętościowym (> 200 ml/24 h) chłonnokotkiem.

Wyniki. Wskazaniem do operacji we wszystkich przypadkach był zaawansowany rak tarczycy: w dwóch przypadkach rdzeniasty, w jednym — brodawkowaty. Operacje polegały na całkowitym wycięciu tarczycy oraz limfadenektomii centralnej i bocznej lewej. Po stwierdzeniu chłonnokotoku wszyscy pacjenci byli żywieni pozajelitowo oraz otrzymywali 24-godzinny wlew z sandostatyny 6 mg/24 h. U dwóch pacjentów leczenie zostało włączone jako leczenie pierwotne, a u jednego pacjenta po trzykrotnym niepowodzeniu leczenia chirurgicznego. Włączenie powyższego leczenia spowodowało ustąpienie chłonnokotoku w czasie od 4 do 7 dni od momentu rozpoczęcia.

Wnioski. Powyższe wyniki wskazują na dużą skuteczność leczenia zachowawczego opartego o żywienie pozajelitowe i wlew z somatostatyny 6 mg/dobę, chociaż aby móc w pełni ocenić kliniczną wartość metody, konieczna jest analiza większy grup badawczych.

Zastosowanie neuromonitoringu w chirurgii tarczycy u dzieci — doniesienie wstępne

A. Taczanowska-Niemczuk¹, A. Kiszka-Vilkolc¹, M. Dutsch-Wicherek², W. Górecki¹

¹Klinika Chirurgii Dziecięcej CM UJ w Krakowie, ²Oddział Laryngologii USD w Krakowie

Wstęp. Śródoperacyjny neuromonitoring czynności nerwów krtaniowych wstecznych i błędnych zajmuje uznane miejsce w chirurgii tarczycy. Minimalizacja ryzyka uszkodzeń nerwów i ich skutków w dalszym życiu ma szczególne znaczenie dla dzieci. Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń z zastosowaniem śródoperacyjnego neuromonitoringu w chirurgii tarczycy u dzieci.

Materiał i metody. Od kwietnia 2015 do marca 2016 przeprowadzono 16 operacji tarczycy z neuromonitoringiem u 14 pacjentów w wieku od 8 do 17 lat. U 8 dzieci wycięto płat z cieśnią, u 6 wykonano całkowitą tyroidektomię (u 2 dzieci etapowo), u 2 z limfadenektomią przedziału centralnego. U 4 dzieci stwierdzono raka brodawkowatego, u 10 wole guzkowe. Operacje przeprowadzono z użyciem przerywanego neuromonitoringu nerwów błędnych i krtaniowych wstecznych oraz z oceną czynności nerwów krtaniowych górnych po jednej lub po obu stronach (zależnie od zakresu operacji) przed i po resekcji. Stosowano wyłącznie elektrody naklejane na rurkę intubacyjną (rurki zbrojone w rozmiarach od 6 do 7,5). W mapowaniu nerwu krtaniowego wstecznego stosowano natężenie 2 mA, do jego bezpośredniej stymulacji 1 mA. Położenie nerwu błędnego w stosunku do naczyń szyjnych określano w USG, nerw stymulowano poprzez pochwę naczyń szyjnych. Wszyscy pacjenci byli badani przez laryngologa przed i po operacji, z oceną ruchomości fałdów głosowych w giętkiej fiberoskopii.

Wyniki. Nie obserwowaliśmy powikłań śródoperacyjnej stymulacji nerwów. Prawie we wszystkich przypadkach mapowanie pozwoliło na lokalizację nerwu krtaniowego wstecznego przed jego wizualizacją. Pooperacyjnie nie stwierdzono niedowładów ani porażenia fałdów głosowych, zachowane były funkcje oddechowa, fonacyjna oraz obronna krtani.

Pacjenci z mikrorakiem brodawkowatym tarczycy to niejednorodna grupa chorych

E. Stachlewska-Nasfeter¹, J. Gałczyński¹, B. Hinderer¹,
E. Bakuła-Zalewska², M. Dedecjus¹

¹Klinika Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej, ²Zakład Patologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Mari Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wstęp. Mikrorak brodawkowaty tarczycy (PTMC — *papillary thyroid microcarcinoma*) to ognisko raka brodawkowatego tarczycy, które w swoim największym wymiarze nie przekracza 10 milimetrów. Ryzyko wykrycia niemego klinicznie PTMC w badaniach autopsyjnych sięga 14%, a w ostatnich latach zachorowalność na PTMC dynamicznie wzrasta, prawdopodobnie za sprawą rozwoju diagnostyki przedoperacyjnej, a w szczególności ultrasonografii. Aktualnie PTMC jest jednym z najczęściej rozpoznawanych raków tarczycy u ludzi po 45 r.ż. i stanowi znaczący problem kliniczny, społeczny i epidemiologiczny.

Cel. Celem badania jest analiza populacji pacjentów operowanych z powodu PTMC w jednym ośrodku — w Centrum Onkologii w Warszawie.

Materiał i metoda. Retrospektywnej analizie poddano dokumentację medyczną 634 pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka tarczycy w okresie od listopada 2013 do stycznia 2015. W badaniu histopatologicznym PTMC stwierdzono u 172 chorych (152 K : 20 M). Analizie poddano częstość występowania czynników uznawanych za pogarszające rokowanie.

Wyniki. Wśród pacjentów poddanych operacji z powodu raka tarczycy w KEOiMN w latach 2013–2015 PTMC stanowił 27,1% rozpoznań. W analizowanej grupie PTMC wieloogniskowość zmian, obecność przerzutów do węzłów chłonnych, nacieku torebki i zatorów w okolicznych naczyniach były stwierdzone u odpowiednio 23,3% (40), 11,6% (20), 34,9% (60), 12,8% (22) chorych. U ponad 40% pacjentów (69 osób) nie stwierdzono żadnych czynników pogarszających rokowanie.

Wnioski. Chorzy z PTMC nie są jednorodną grupą pacjentów. Przerzuty do węzłów chłonnych, najistotniejszy z powyższych czynnik rokowniczy, występowały u niemal 1/8 pacjentów. Zdaniem autorów proponowane przez wiele towarzystw naukowych ograniczenie leczenia chirurgicznego PTMC do lobektomii powinno być poszerzone o rutynową i psilateralną limfadenektomię centralną, co pozwoli na prawidłową ocenę stopnia zaawansowania i zaplanowanie optymalnego leczenia.

Skorowidz AUTORÓW

A		E		Kosieradzki M.	17
Abdulla B.	21, 25	Eggermont A.M.M.	3	Kowalik A.	29
Abdulla I.	21			Kozak K.	29
Akkooi van A.	8	F		Krasnodębski M.	17
Al-Amawi T.	24, 35	Fuks M.	21	Krawczyk M.	17
Alchimowicz B.	38			Kruszewski W.J.	23, 28, 34
Ambroży J.	36	G		Krysta M.	25
Augoff K. 35		Gajecki W.	38	Kukla M.	32
		Gałczyński J.	39–41	Kulpa J.K.	20
B		Głuszek S.	36	Kwietniak M.	24
Babraj P.	38	Goryń T.	8, 29, 33		
Bakuła-Zalewska E.	39, 41	Górecki W.	25, 30, 31, 40	L	
Balwierz W.	25	Grabowska U.	36	Las-Jankowska M.	7, 19
Bala D.	7, 19	Grabowski K.	35	Legkyi O.	30
Barczyński M.	14	Grąt K.	17	Lewandowski A.	35
Barski K.	18	Grąt M.	17	Lewicka M.	19
Bartoszewska J.	30	Gumińska A.	39	Lisiecki R.	23
Bębenek M.	5, 26			Lisik W.	17
Bik E.	17	H		Lubiński J.	2
Borkowska A.	33	Hertmanowski W.	19		
Brzęczek P.	26	Hinderer B.	40, 41	Ł	
Buczek T.	34	Hrib A.	24	Łagun J.	24
Bujnowski A.	34			Łągiewska B.	17
Bylina E.	18	J		Łobaziewicz W.	20, 30
		Jagiełło-Wieczorek E.	33	Ługowska I.	8
C		Jamroz A.	22, 32, 37, 38		
Chorow A.	24	Jankau J.	12	M	
Cichocki A.	15	Jankowski M.	7, 19	Małkowski P.	17
Ciesielski M.	23, 28, 34	Jasiński W.	21	Marczyk E.	30
Cipora P.	21	Jaśkiewicz J.	34	Marszałek A.	23
Cybulska-Stopa B.	37	Jaworski R.	34	Masior Ł.	17
Czarnecki R.	33	Jeziorski A.	1, 10	Maślanka M.	25, 30
		Jonas M.	17	Matyja A.	7
D				Matyja M.	7
Danielak A.	28	K		Matykiewicz J.	36
Darasz Z.	30	Kaliszewski K.	39	Mazur S.	12
Dedecjus M.	39–41	Kamiński P.	36	Mazurkiewicz T.	33
Długosińska J.	39	Kasprzyk J.	21	Mentrak Z.	13
Domosławski P.	39	Kaszuba M.	21	Miloch W.	34
Drabik G.	25	Kiszka-Vilkołć A.	40	Mitręga-Korab B.	29
Dutsch-Wicherek M.	40	Klag M.	19	Mituś J.	20, 30
Dyduch G.	30	Kładny J.	4, 24, 35	Mroczkowski P.	6
Dziewirski W.	29	Kobyłska J.	19	Mrowiec S.	14
Dziki A.	21	Komorowski A.	20	Münzberger M.	32
Dziki Ł.	21	Konturek A.	15	Murawa D.	10, 23, 27, 29, 33
		Kosela-Paterczyk H.	29	Musiał E.	39

N

Nagadowska M.	13
Niemiec S.	26, 32
Nowaczyk P.	27, 29
Nowecki Z.	13
Nowikiewicz T.	11, 28

O

Olejniczak P.	38
Osuch C.	18
Ozaist M.	27

P

Pabian B.	21
Pacholczyk M.	17
Partyka W.	38
Pasternak A.	7
Pasternak P.	21
Patkowski W.	17
Pęksa R.	23
Piechocki J.	13
Pieńkowski A.	8, 29, 33
Pietrys D.	30
Polakiewicz-Gilowska A.	37
Pruchnicki M.	35
Prusak M.	38
Pryjowski J.	38

R

Richter P.	25
Rogała P.	33
Rudzki S.	22, 32, 37, 38
Rutkowski A.	6
Rutkowski P.	9, 18, 29, 33
Rychlik U.	20
Ryś J.	30

S

Saad Abdalla A.	31
Salamacha M.	29
Siedlecki J.	18

Skoczylas J.	18
Skonieczny B.	38
Skonieczny W.	38
Skotnicki P.	27
Smyk E.	19
Sobolewska J.	21
Sobolewska-Włodarczyk A.	21
Solecki R.	7
Spałek M.	29
Sporny S.	13
Spychała A.	23, 27, 29
Stachlewska-Nasfeter E.	39–41
Stankiewicz M.	19
Stasik Z.	20
Staszek-Szewczyk U.	26
Stelmach A.	3
Stępiak J.	29
Strzelec B.	35
Strzępek Ł.	27
Stypułkowski J.	17
Szacht M.	33
Szajewski M.	23, 28, 34
Szczepanik A.	7
Szefel J.	34
Szelachowski P.	35
Szewczyk K.	26
Szloch J.	30
Szmyd J.	36
Szudy P.	26
Szumera-Ciećkiewicz A.	29
Szura M.	7
Szutowicz-Wydra B.	28
Szymborska A.	29
Szymik-Kantorowicz S.	25, 30, 31

T

Taboła R.	35
Taczanowska-Niemczuk A.	25, 30, 31, 40
Tarnowski W.	18
Tchórzewski M.	21

Trojakowska M.	19
Tronina O.	17
Trzebicki J.	17

U

Ugłanica K.	24
-------------	----

W

Wajda J.	30
Walczak J.	23, 28, 34
Wasiak D.	17
Wągorodzki M.	33
Wichtowski M.	23, 27, 29, 33
Wiczolek A.	19
Wiski A.	21
Wiśniewski D.	19
Witkiewicz W.	33
Włodarczyk J.	21
Włodarczyk M.	21
Wohadlo Ł.	27
Wojciechowska M.	19
Wojtasik P.	4, 24, 35
Wolejsza K.	32
Wójcik E.	20
Wójcik P.	32
Wronka K.	17
Wroński J.W.	32
Wtorek J.	34
Wydra J.	28
Wyrobek E.	30
Wyrobek Ł.	25
Wysocka J.	20
Wysocki W.M.	20, 30

Z

Zdzienicki M.	16, 29
Zegarski W.	7, 19, 28
Zgraj O.	31
Zieliński J.	21, 23, 35, 34
Zieniewicz K.	9, 37
Ziółkowski P.	35

