

Sprawozdanie • Report

Sprawozdanie z 14. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (ESSO) w Hadze

W dniach 10–12 września 2008 r. w Hadze w Holandii odbył się 14 Kongres Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (ESSO). Towarzystwo zostało założone w 1981 r. i ma na celu rozwój i doskonalenie chirurgii onkologicznej. Obecnie Towarzystwo liczy około 1800 członków, nie tylko z Europy. Konferencje odbywają się cyklicznie, co dwa lata i są najważniejszym spotkaniem chirurgów onkologów w Europie. O międzynarodowej randze świadczy duża liczba uczestników spoza Europy; łącznie w tym roku w Hadze spotkało się ponad 800 lekarzy. Z roku na rok rozszerza się formuła spotkań oraz zwiększa się udział onkologów o specjalnościach niezabiegowych: onkologów klinicznych, radioterapeutów, patomorfologów, genetyków i fizyków.

Obrady miały miejsce w Światowym Centrum Konferencyjnym w Hadze. Uczestników Konferencji przywitał i zarazem dokonał uroczystego otwarcia Prezes Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej Irving Taylor wraz z Prezesem Elektem Cornelisem van de Velde.

Program Konferencji był bardzo bogaty. Równolegle w czterech salach odbywały się wykłady, prezentacje multimedialne i dyskusje panelowe. Podzielone były pod względem tematycznym – narządowym: Breast; Thoracic/Sarcoma; Colorectal; Upper GI; Sentinel node biopsy; Head and neck cancer; Laparoscopic surgery; Melanoma; Liver metastases; Lung metastases; BASIC science; Advanced abdomino–pelvic disease. Ponadto odbyły się sesje dotyczące: kontrowersji w postępowaniu w poszczególnych nowotworach narządowych; problemu edukacji i szkolenia chirurgów onkologów. Towarzyszyła temu bardzo bogata sesja plakatowa oraz prezentacje firm farmaceutycznych i produkujących sprzęt medyczny.

Niemożliwa była obecność na wszystkich interesujących wykładach i prezentacjach. Wybór podyktowany był głównie szczegółowymi zainteresowaniami oraz osobami wykładowców.

W panelu tematycznym „Rak piersi” (40 referatów i 58 prezentacji plakatowych) przedstawiono głównie zasady postępowania i kierunki badawcze dotyczące raka piersi. Widoczna jest wzrastająca tendencja do wykonywania zabiegów oszczędzających piersi (przy coraz mniejszych przeciwwskazaniach do tego zabiegu), zabiegów odtwórczych (jednoczasowych i dwuetapowych) oraz biopsji węzła wartowniczego w bardzo szerokim zakresie wskazań klinicznych.

Na szczególną uwagę zasługiwała praca z Istituto Europeo di Oncologia w Mediolanie we Włoszech,

dotycząca częściowej przedoperacyjnej radioterapii jako składowej leczenia oszczędzającego. Metoda ta może w przyszłości zastąpić dotychczasową konwencjonalną radioterapię w leczeniu oszczędzającym raka piersi. Obecne kilkuletnie wyniki są obiecujące i wkrótce będą opublikowane. Interesującym doniesieniem była praca ze szpitala w Bosch w Holandii, dotycząca pacjentek z rakiem piersi z przerzutami narządowymi. Wykonywano u nich pierwotne miejscowe wycięcie ogniska w piersi. W badaniu uzyskano ponad dwukrotnie większą medianę przeżycia w stosunku do pacjentek nieoperowanych.

Dwukrotnie w sesjach „Raka piersi” zespół Whiston Hospital w Prescot w Wielkiej Brytanii w swoich prezentacjach rekomendował metodę ROLL do lokalizacji i weryfikacji niepalpacyjnych podejrzanych zmian w mięszu piersi drogą biopsji chirurgicznej. Podkreślono zalety ROLL w biopsji chirurgicznej piersi, a zwłaszcza skrócenie czasu lokalizacji zmiany, zmniejszenie ilości zdrowej tkanki gruczołu usuwanej wraz z podejrzaną zmianą. Wykazano także mniejszy odsetek dodatnich marginesów chirurgicznych i wznów miejscowych, jeśli metodę ROLL stosowano przy leczeniu oszczędzającym raka piersi.

W poruszanej problematyce chirurgicznego leczenia raka piersi na uwagę zasługiwało wystąpienie P. Veronesiego z Europejskiego Instytutu Onkologii w Mediolanie, dotyczące biopsji węzła wartowniczego (BWW) w raku piersi, opierające się na ponad 15 000 BWW wykonanych w tym ośrodku. Obecnie zdaniem autora znacznie poszerzyły się wskazania do stosowania BWW, którą można wykonywać także u chorych po przebytych zabiegach chirurgicznych na gruczole piersiowym, po leczeniu radioterapią, po neoadiuwantowej chemioterapii, u kobiet w ciąży, w raku wielogniskowym, w raku piersi u mężczyzn, a jedynym przeciwwskazaniem do wykonywania BWW jest obecność przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych. Ciekawym doniesieniem w sesji tematycznej „Rak piersi” było wystąpienie zespołu Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Utrechcie i Jeroen Bosch Hospital, przedstawiające wstępne wyniki zastosowania termoablacji (RFA), stosowanej pod kontrolą USG w małych (<1,5 cm średnicy) inwazyjnych rakach piersi. Po wykonanej RFA guza piersi następowo wycinano go i oceniano mikroskopowo stopień całkowitego zniszczenia komórek raka. Uzyskane wstępne wyniki są obiecujące, ale zastosowanie RFA w leczeniu raka piersi jest aktualnie jedynie na etapie prób klinicznych.

W panelu tematycznym „Rak jelita grubego i odbytnicy” (38 wykładów i 29 prezentacji plakatowych) duże wrażenie robiły prezentacje video pokazowych zabiegów operacyjnych – resekcji jelita grubego i odbytnicy, wykonywanych metodami klasycznymi, jak i laparoskopowymi. W dyskusji na temat wyższości metody laparoskopowej, czy też klasycznej ustalono, iż obie metody wykonywane prawidłowo są równorzędne i należy je stosować indywidualnie. Duży nacisk położono na szkolenie chirurgów wykonujących operacje kolorektalne.

Na uwagę zasługuje problem resekcyjnych zabiegów synchronicznych przerzutów do wątroby w raku kolorektalnym. Przedstawiono stanowiska dotyczące zakresu zabiegów. Czy w pierwszym etapie wycinać guza jelita, czy wątroby, czy też wykonywać zabiegi jednoczesowego wycinania przerzutów podczas resekcyjnej operacji jelita. Nie osiągnięto jednolitego stanowiska. Ciekawą prezentacją była praca z Komputerowego Ośrodka Medycznego w Bremen w Niemczech, którego zadanie m.in. polega na wirtualnym planowaniu na podstawie badań obrazowych zakresu resekcji wątroby w przypadkach guzów wątroby (przerzutowych, jak i pierwotnych). Chirurg otrzymuje szczegółowy plan zakresu resekcji mięszu wątroby w obrazie 3D, łącznie ze zobrazowanymi naczyniami i drogami żółciowymi. Na tym tle wspaniale zaprezentował się M. Rees z Oddziału Chirurgii Wątroby z Hampshire w Wielkiej Brytanii, który w sposób przystępny i logiczny przedstawił taktykę i zasady postępowania w chirurgii guzów wątroby, obrazując to prezentacją video perfekcyjnie wykonanych zabiegów. Zastosowanie techniki niszczenia tkanki nowotworowej falami radiowymi o wysokiej częstotliwości (RFA) w przerzutach raka jelita grubego do wątroby w aspekcie aktualnie obowiązujących wskazań, przeciwwskazań i kontrowersji odnośnie stosowania tej metody przedstawił S. Evrard z ośrodka w Bordeaux. Z kolei Gillams z Londynu przedstawił zastosowanie metody RFA, wykonywanej pod kontrolą CT w leczeniu nieoperacyjnych przerzutów raka jelita grubego do płuc. Według Gillamsa przerzuty do płuc nie mogą być większe niż 3,5 cm, zabieg jest wykonywany jedynie w sedacji lub w znieczuleniu ogólnym, zwłaszcza gdy zmiany przerzutowe są większych rozmiarów lub położone w okolicy przepony. Uzyskiwane tą metodą wyniki leczenia są zachęcające, a 3-letnie przeżycia chorych kształtują się na poziomie 46–57%. Zagadnienie okołoperacyjnej chemioterapii w przerzutach raka jelita grubego do wątroby było z kolei tematem wystąpienia Van Cutsema, który omówił kilka badań klinicznych z zastosowaniem różnych schematów chemioterapeutycznych w kombinacji z monoklonalnymi przeciwciałami (np. bewacyzumab – BEAT trial), które poprawiają wyniki skojarzonego leczenia przerzutów do wątroby.

W panelu tematycznym „Rak żołądka” zwracał uwagę fakt dużej liczby doniesień o skuteczności radiochemioterapii i chemioterapii, zarówno w terapii neoadiuwantowej, jak i uzupełniającej (MAGIC trial, SWOG/INT0116 trial, Dutch CRITICS study, JCOG9206-2). Przedstawiono również bardzo ciekawe prezentacje video zabiegów resekcyjnych raka żołądka

laparoskopowymi metodami. Laparoskopowe resekcje żołądka u osób ze zwiększonym ryzykiem okołoperacyjnym, tj. u osób w podeszłym wieku, były przedmiotem prezentacji chirurgów z Liverpoolu. Średnia wieku w operowanej grupie chorych wyniosła 81 lat. Laparoskopowa gastrektomia (całkowita i częściowa, obwodowa), choć wykonana na niezbyt licznej grupie chorych, zdaniem autorów zapewnia odpowiednią radykalność zabiegu (negatywne marginesy operacyjne u wszystkich chorych i właściwa liczba usuniętych węzłów chłonnych), krótszy okres hospitalizacji i dobrą jakość życia w odniesieniu do klasycznego leczenia drogą laparotomii. W chirurgii żołądka warte odnotowania jest doniesienie zespołu kanadyjskiego, który oceniał wyniki operacyjnego leczenia miejscowo zaawansowanych guzów stromalnych żołądka (GIST), stosując przedoperacyjnie Imatynib. Autorzy uzyskali tą metodą leczenia wysoki odsetek (81%) radykalnych resekcji.

W panelu dotyczącym roli badań obrazowych w chirurgii na uwagę zasługiwała prezentacja z Izraela, dotycząca zastosowania obrazowego układu hybrydowego PET/CT w chorobach nowotworowych. Przedstawiono przydatność PET/CT w schorzeniach nowotworowych leczonych głównie chirurgicznie, podkreślając ograniczoną wydolność tej metody w rakach śluzotwórczych przewodu pokarmowego, zrazikowym raku piersi, małej skuteczności w wykrywaniu mikroprzerzutów w węzłach chłonnych i brak możliwości wiarygodnej oceny stopnia naciekania ściany w guzach przewodu pokarmowego. W tej sesji przedstawiono prezentację z Ośrodka Radiologicznego w Maastricht na temat przydatności MR w ocenie parametrów miejscowego zaawansowania raka odbytnicy (cecha T, margines okrężny – CRM, stan regionalnych węzłów chłonnych). Podkreślono, iż najtrudniejsza jest ocena stanu węzłów chłonnych. Jednakże zdaniem autora wprowadzenie nowych środków kontrastowych, takich jak USPIO, czy MS 325, pozwoli w niedalekiej przyszłości na bardziej precyzyjną ocenę cechy N w badaniu MR.

W panelu dotyczącym mięsaków tkanek miękkich Meirion Thomas z Royal Marsden Hospital w Londynie przedstawił organizację i zasady działania ośrodków zajmujących się wysokospecjalistycznym leczeniem mięsaków tkanek miękkich, a Nielsen z Uniwersyteckiego Szpitala w Aarhus przedstawił poglądowy referat przedoperacyjnego leczenia mięsaków przestrzeni zaotrzewnowej. Podkreślił, iż coraz większą rolę w leczeniu tych guzów odgrywa przedoperacyjna radioterapia, jako metoda preferowana, lepiej tolerowana, zmniejszająca ryzyko wszczepów przy resekcji i umożliwiająca wycięcie guzów pierwotnie nieoperacyjnych. Zastosowanie nowych technik obrazowania np. PET/CT, w planowaniu radioterapii przedoperacyjnej, umożliwi bardzo precyzyjne określenie objętości tkanek poddawanych naświetlaniu, zwiększenie dawki przy jednocześnie obniżonej toksyczności zastosowanego leczenia.

Panel tematyczny „Czerniak” zdominowały doniesienia dotyczące biopsji węzła wartowniczego w przypadkach różnych umiejscowień guza pierwotnego – sposobów

obrazowania regionalnych węzłów i dróg chłonnych. Jednocześnie przedstawiono referaty na temat leczenia uzupełniającego chemio- i radioterapii.

Jak już wspomniano, niemożliwe było uczestnictwo we wszystkich interesujących posiedzeniach. Ilość przedstawionych prac, referatów przekroczyła 400. Poziom naukowy – merytoryczny w większości był wysoki. Niestety, z polskich ośrodków przedstawiono jedynie 1 referat i 8 prezentacji plakatowych.

W dniu 10 września 2008 r. odbyło się otwarcie Kongresu w Miejskim Muzeum Sztuki, ze skromnym poczęstunkiem, połączone ze zwiedzeniem Muzeum. Także pozostały program towarzyszący był bardzo skromny.

Na koniec istotna wiadomość organizacyjna. Podczas Konferencji odbyły się wybory do Zarządu Euro-

pejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej na lata 2008-2010. Prezesem Towarzystwa został prof. Cornelis J.H. Van de Velde z Uniwersytetu w Leiden (Holandia), prezesem – elektem prof. Peter Naredi z Uniwersytetu w Upsali (Szwecja), a na członka zarządu wybrany został prof. Krzysztof Herman z Kliniki Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Krakowie.

Dr n. med. Jacek Tabor

Dr Tomasz Wojewoda

Prof. dr hab. med. Krzysztof Herman

Klinika Chirurgii Onkologicznej

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie

Oddział w Krakowie

ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków

e-mail: jstabor@op.pl