

First European Plastic Surgery Research Council Meeting

W dniach 20-23 sierpnia 2009 r. odbyło się w Hamburgu pierwsze spotkanie Europejskiej Rady Naukowej ds. Chirurgii Plastycznej (European Plastic Surgery Research Council). EPSRC jest organizacją *non-profit*, skupiającą naukowców zajmujących się pracą badawczą w zakresie chirurgii plastycznej i dziedzin pokrewnych. Została utworzona, aby zjednoczyć rozproszonych w licznych ośrodkach europejskich młodych, ambitnych chirurgów, wykonujących prace doświadczalne, którzy nie mieli dotychczas swojego forum, a w dużych towarzystwach specjalistycznych byli zdominowani przez klinicystów. Znak graficzny Rady to latarnia morska – oświetlająca, a z drugiej strony – przyciągająca gwiazdy Unii Europejskiej.

Założeniem hamburskiego spotkania było wytworzenie przyjaznej, nieformalnej atmosfery, tak aby wymiana poglądów i przepływ wiedzy były niezakłócone. Osiągnięto ten efekt umieszczając obrady zjazdu na olbrzymim zabytkowym statku towarowym MS Cap San Diego, przycumowanym do nabrzeża w centralnej części portu. Ograniczono też w tym celu zawczasu maksymalną liczbę uczestników do 200.

Prezes EPSRC – prof. Lars Steintraesser (Bochum, Niemcy) zaprosił wybitnych wykładowców. Byli to, w kolejności alfabetycznej: Edgar Biemer (Monachium), Paul S. Cederna (Michigan, USA), Elof Eriksson (Boston), Mark W.J. Fergusson (Manchester), Günter Germann (Heidelberg), William M. Kuzon, Jr. (Michigan, USA), W.P. Andrew Lee (Pittsburgh), Malcolm A. Lesavoy (Los Angeles), Wei Liu (Szanghaj), Michael W. Neumeister (Springfield, USA), Fernando Ortiz-Monasterio (Mexico City), Hans-Ulrich Steinau (Bochum), Luc Teot (Montpellier), Tiew Chong Teo (Londyn), Peter M. Vogt (Hannover, Niemcy), Stephen Warren (Nowy York). Grono tak wspaniałych gości gwarantowało prawdziwą ucztę intelektualną.

Tematyka zjazdu była różnorodna. Autora tego artykułu interesowały głównie tematy związane z chirurgią rekonstrukcyjną, a nie estetyczną. Moją uwagę zwróciły wystąpienia dr Chen z Nowego Jorku, która opisywała doświadczenia w rekonstrukcjach piersi płatomi opartymi na perforatorach powięziowo-skórnych (*septocutaneous perforator flaps*). Mają one tę przewagę nad „klasycznymi” płatomi perforatorowymi, że nie ma konieczności rozwarstwiania mięśni, a naczynia doprowadzające są zwykle większego kalibru. Autorka zwracała uwagę na łatwiejszy i szybszy sposób preparowania takich płatów. Korzystne unaczynienie z perforatorów powięziowo-skórnych występuje średnio w około 20% płatów DIEP, GAP

oraz TUG. Autorzy oceniali odmiany unaczynienia przed operacjami za pomocą angio-NMR lub angio-CT. Moją uwagę zwróciły także prace prezentujące osiągnięcia w poprawie ukrwienia płatów oraz ochronie przed efektem urazu po reperfuzji. Szczególnie – praca Hoegera i wsp. z Zurichu na temat eksperymentalnych zastosowań erytropoetyny w poprawie gojenia się ran oraz Kadouch’a z Nowego Jorku o zastosowaniu siarkowodoru w prewencji zespołu poreperfuzyjnego.

Z dużym zainteresowaniem spotkała się też prezentacja Elofa Erikssona z Bostonu na temat zastosowania przeszczepów skóry poszatkowanej na milimetrowe płatki. Metoda ta ma zastosowanie w leczeniu rozległych ran, szczególnie – powstałych w wyniku działań wojennych. Gojenie tych przeszczepów odbywa się bez znaczącej retrakcji brzegów rany. Co ciekawe, nie ma znaczenia orientacja przestrzenna płatków.

Drugiego dnia wielkim doświadczeniem dla mnie był panel transplantologiczny, przedstawiający szybko rozwijający się nowy obszar w obrębie szeroko rozumianej chirurgii plastycznej. Prof. Edgar Biemer z Monachium zaprezentował doświadczenia swojego ośrodka w wykonywaniu alogenicznych przeszczepów obu kończyn górnych jednocześnie. Osiągnięto pełny sukces funkcjonalny, potwierdzony wideodokumentacją. Prof. Eriksson omawiał pierwsze amerykańskie doświadczenia w przeprowadzaniu transplantacji twarzy. Pokazywał przebieg kwietniowej, drugiej w USA, operacji przeszczepienia twarzy ze zwłok. Operację tę, jako szef chirurgów, przeprowadził dr Bohdan Pohamac pochodzący z Olomouca w Czechach. Andrew Lee wygłosił porywający wykład na temat transplantacji rąk; procedura ta staje się w jego ośrodku rutynowa.

Podczas dwudniowej sesji naukowej, w godzinach wieczornych, odbywały się sesje plakatowe w wersji elektronicznej. Miałem wówczas okazję, jako jedyny reprezentant naszego kraju, przedstawić pracę wykonaną w warszawskim Centrum Onkologii: „Gene therapy with proangiogenic plasmids to enhance vascularity of pedicled transverse rectus abdominis flaps in a rat model”. Streszczenia wystąpień ustnych oraz prezentacji plakatowych ukazały się drukiem w najważniejszym czasopiśmie specjalności – *Plastic and Reconstructive Surgery* (2009, tom 124, zeszyt 2).

Podsumowując – powołanie European Plastic Surgery Research Council to cenna inicjatywa, której celem jest integracja, podzielonej do niedawna granicami, społeczności naukowców zajmujących się szeroko rozumianymi badaniami doświadczalnymi w zakresie chirurgii

rekonstrukcyjnej i plastycznej. Entuzjastyczne opinie uczestników zachęciły już teraz organizatorów do prac nad kolejnym spotkaniem EPSRC, które odbędzie się w dniach 26-29 sierpnia 2010 r. Więcej informacji czytelnicy znajdą na oficjalnej stronie www.epsrc.eu. Autor tego sprawozdania pragnie jednocześnie podziękować Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego za przyznanie stypen-

dium, dzięki któremu możliwe było sfinansowanie części kosztów udziału w I EPSRC Meeting.

Lek. Tomasz Majewski

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie
e-mail: tmajewski@coi.waw.pl

XI Annual Lynn Sage Breast Cancer Symposium w Chicago

W dniach 1-4 października 2009 roku uczestniczyłem w jedenastym dorocznym Lynn Sage Breast Cancer Symposium w Chicago. Sympozjum to organizowane jest przez Lynn Sage Cancer Research Foundation we współpracy z The Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University. Idea stworzenia fundacji mającej służyć pomocą w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych powstała wśród rodziny i przyjaciół zmarłej na raka piersi Lynn Sage. W wieku 33 lat rozpoznano u niej raka piersi, a w 2 lata później zmarła, pomimo wielkiej woli wyzdrowienia i długotrwałego leczenia. W 1985 roku została założona wspomniana Fundacja, która stale się rozwija, współfinansuje liczne programy badawcze i w 1997 roku stworzyła Lynn Sage Breast Screening Center, w którym wykonuje się ponad 40 tysięcy mammografii rocznie.

W tym roku postanowiono zaprosić na coroczne sympozjum lekarzy z miast partnerskich dla Chicago. Byli obecni między innymi koledzy z Hamburga, Moskwy, Toronto, Osaki, Wilna, Delhi, Pragi, Aten i wielu innych miast (łącznie z 27). Należy podkreślić, że Warszawa jest miastem partnerskim najdłużej, bo od 1960 roku.

Sympozjum było w całości poświęcone praktycznej stronie diagnostyki i leczenia raka piersi. Zwracała uwagę bardzo mała ilość stoisk firm farmaceutycznych oraz brak jakichkolwiek wykładów sponsorowanych.

Wiedza dotycząca leczenia raka piersi zmienia się dynamicznie i nikt nie jest w stanie w sposób miarodajny śledzić całego piśmiennictwa światowego. Wykłady wygłoszone podczas konferencji, podzielone na grupy tematyczne, przedstawiały tę wiedzę w sposób obiektywny, z naciskiem na praktyczne zastosowanie w praktyce klinicznej. Na podkreślenie zasługuje także bardzo dobry panel wykładowców, wśród których znaleźli się między innymi: V. Craig Jordan, Monica Morrow, Teresa Gilewski, Benjamin Anderson, Armando Giuliano, D. Craig Allred z wiodących ośrodków onkologicznych w Stanach Zjednoczonych, oraz zaproszeni z Europy Harry Bartelink czy Martine Piccard-Gebhart. Przewodniczył całemu Sympozjum William Gradishar z The Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University.

Pierwszego dnia odbyła się sesja poświęcona problemom związanym z podejmowaniem decyzji o wyborze

leczenia przez pacjentkę, ze sposobem komunikowania się lekarza z pacjentką, jak i przekazywania jej „złych” informacji. Są to obecnie tematy szeroko omawiane podczas wielu konferencji i uważam, że odgrywają istotną rolę w przygotowaniu każdego lekarza do rozmów z pacjentką.

Kolejna ciekawa sesja obejmowała cykl wykładów poświęconych patologii raka piersi. Jeden z nich przedstawiał obecne poglądy na postępowanie w LCIS (raku zrazikowym *in situ*). Nowotwór ten pojawia się najczęściej jako przypadkowe znalezisko w około 5% biopsji, występuje częściej u kobiet w wieku przed menopauzą, często wielośrodkowo (około 50%) oraz często obustronnie (około 30%). Traktuje się go jako stan ryzyka rozwoju inwazyjnego raka piersi (RR~10x). Po raz pierwszy został opisany w 1941 r. przez Franka Fotte, natomiast w 1996 r. została opisana postać pleomorficzna LCIS (PLCIS), a następnie – z martwicą typu „comedo”. O ile postać klasyczna, występująca najczęściej, nie budzi żadnych wątpliwości, to dwie ostatnie – ze względu na swoją odmienną biologię – wymagają badań dotyczących postępowania i ewentualnego leczenia, jak w przewodowym raku przedinwazyjnym.

W kolejnych sesjach były omawiane zagadnienia związane z węzłem wartowniczym, postępowaniem w sytuacji wystąpienia przerzutów do węzłów chłonnych nadobojczykowych, czy stwierdzenia nawrotu miejscowego w obrębie piersi po leczeniu oszczędzającym.

Kolejny dzień poświęcony był badaniom genetycznym, kontrowersjom związanym z operacjami profilaktycznymi oraz diagnostyką obrazową. Aktualnie na wielu konferencjach jest podnoszony problem postępowania w przypadku wieloogniskowości stwierdzanej w badaniu MRI. W zwięzły sposób autor wykładu przedstawił wyniki badań angielskich, niemieckich i amerykańskich, porównując wyniki i wnioski płynące z badań rezonansu magnetycznego. Zwracała uwagę sesja poświęcona prewencji raka piersi, w której dr Victor G. Vogel próbował odpowiedzieć na postawione pytanie o brak przełożenia wyników epidemiologicznych na zrozumienie biologii raka, brak możliwości właściwej stratyfikacji ryzyka, brak właściwych markerów pozwalających na ustalenie indywidualnego ryzyka, brak programów obniżających ryzyko zachorowania, jak wreszcie na pytanie: dlaczego system

opieki zdrowotnej nastawiony jest na leczenie w sytuacji zachorowania, a nie na profilaktykę.

W kolejnych sesjach omawiane było leczenie systemowe zarówno przedoperacyjne, jak i uzupełniające. Dr Eric Winer z Bostonu przedstawił doniesienia o stosowaniu cisplatyny w przedoperacyjnej terapii u pacjentów z mutacją genu *BRCA1*. W bardzo małej serii 25 pacjentów zastosowanie cisplatyny (75 mg/m² co 3 tyg., 4 kursy) doprowadziło do uzyskania 72% (18/25) całkowitych patologicznych odpowiedzi na leczenie. W wielu wykładach podkreślano również konieczność bardziej agresywnego leczenia w przypadku chorych z rakiem „triple negative”. Kolejne pytanie, przewijające się w wielu wykładach, dotyczyło tego, którzy pacjenci uzyskują korzyść z podawania chemioterapii. Wiele miejsca poświęcono również wnioskom płynącym z badań mikromacierzy i profilu genowego raka. Często poruszanym tematem było także leczenie hormonalne, które w pewnych sytuacjach klinicznych jest postępowaniem z wyboru zamiast wielolekowej chemioterapii, a do tego tańszym i lepiej tolerowanym przez pacjentów.

Interesującym wykładem, zmieniającym w pewien sposób tok myślenia chirurgów, była prezentacja poświęcona leczeniu operacyjnemu w IV stopniu zaawansowania klinicznego. Koncepcja operacyjnego leczenia piersi oparta została o następujące przesłanki: brak odpowiedzi guza pierwotnego na leczenie systemowe przy jednoczesnej odpowiedzi w zakresie zmian odległych, co może prowadzić do owrzodzeń, nacieku na ścianę klatki piersiowej, krwawień; możliwość tworzenia się nowych klonów komórkowych w guzie pierwotnym, prowadząca do powstawania dalszych przerzutów opornych na

leczenie oraz coraz większa wydolność leczenia systemowego, prowadząca do stabilizacji choroby i wydłużenia przeżyć całkowitych. Dr Tari A. King z Memorial Sloan Kettering Cancer Center przedstawiła opublikowaną w 2008 r. pracę, w której przedstawiono jednoznaczną korzyść kliniczną w postaci wydłużenia przeżyć całkowitych u pacjentów z przerzutami do kości, u których wykonano leczenie operacyjne pierwotnego guza w piersi (p<0,0001). W kolejnej, przedstawionej w wykładzie, pracy, opublikowanej przez H. Neuman (*Breast* 2008), podkreślono możliwość korzyści klinicznej u pacjentów z rakiem ER+ i/lub Her2+. Leczenie miejscowe, wykonywane w tych sytuacjach, obejmuje nie tylko zmodyfikowaną mastektomię radykalną, ale także leczenie oszczędzające.

W podsumowaniu należy podkreślić bardzo dobrą organizację sympozjum, punktualność wykładowców, dużą ilość bardzo praktycznych informacji dotyczących postępowania w diagnostyce i leczeniu raka piersi, jak również brak wpływu koncernów farmaceutycznych na prezentowaną tematykę wykładów. Jestem przekonany, że szerokie spektrum tematyki, przekraczające ramy niniejszego sprawozdania, umożliwiło lekarzom wszystkich specjalności zaangażowanych w proces leczenia raka piersi znalezienie dla siebie interesujących tematów i zachęciło do wprowadzenia ich do praktyki klinicznej.

Dr n. med. Robert Chmielewski

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