

Sprawozdanie z 88. kongresu American Association for Thoracic Surgery (AATS) w San Diego, 10–14 maja 2008 r.

Report of the 88th annual meeting American Association for Thoracic Surgery (AATS) San Diego, May 10–14, 2008



Janusz Wójcik, Tomasz Grodzki

Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej PAM, Szczecin

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2008; 5 (3): 353–355

88. kongres AATS odbył się w modernistycznym, a zarazem bardzo użytkowym San Diego Convention Center, położonym w centrum miasta, w pobliżu większości hoteli. Mimo iż z analizy materiałów i wystąpień zjazdowych wynika, że przeważały prace o tematyce kardiochirurgicznej, to wśród tematów z zakresu torakochirurgii prezentowano istotne doniesienia mogące sygnalizować kierunki dalszego jej rozwoju.

Wydaje się, że wprowadzanie technik mało inwazyjnych do resekcji raka płuca jest już nie do powstrzymania. Raja Flores z Memorial Sloan-Kettering Cancer Center z Nowego Jorku w pracy pt. „VATS Lobectomy vs. Thoracotomy for Lung Cancer – Results in 741 Patients” przedstawił wyniki porównawcze na dużym materiale lobektomii konwencjonalnej i mało inwazyjnej w leczeniu raka płuca. Szczegółowa charakterystyka grupy operowanych w okresie 2002–2007 wykazała zmniejszenie skali powikłań w grupie VATS resekcji przy zbliżonym, oczekiwanym pięcioletnim przeżyciu na poziomie 76–78%, choć należy dodać, że 63–65% z tych chorych było w stopniu zaawansowania IA.

W pracy Matthew Schucherta z Heart, Lung and Esophageal Surgery Institute z Pittsburga pt. „Thoracoscopic vs. Open Segmentectomy for I Stage NSCLC: 221 Consecutive Cases” przedstawiono natomiast ocenę porównawczą w grupie chorych z rakiem płuca z wykonaną segmentektomią z powodu raka płuca w technice klasycznej i mało inwazyjnej – jest to kolejna rysująca się tendencja zmniejszania zakresu resekcji w początkowych (IA, IB) stadiach rozwoju raka płuca, jednocześnie przy użyciu technik mało inwazyjnych, z obrazowaniem przedoperacyjnym PET-CT. Mediana obserwacji w całej grupie wyniosła 20,7 miesiąca, temat rutynowej segmentektomii mało inwazyjnej zastępującej lobektomię w raku płuca jest kontrowersyjny z uwagi na jedynie sampling węzłowy wnęki płata, a wartość pracy była pomniejszona o brak wyników pięcioletnich przeżyć.

W tematykę kwalifikacji do resekcji oszczędzających w raku płuca na bazie badań przedoperacyjnych w grupie za-

awansowania IA wpisała się także dość krytyczna w ocenie prezentacja Brendona Stilesa z New York Presbyterian Hospital pt. „Clinical stage Ia lung cancer by CT and PET scan: the persistent problem of understaging”, oparta na analizie 226 chorych, wśród których jedynie 65% określono jako prawidłowo zestopniowanych onkologicznie. Problem niedoszacowania stopniowania na bazie ww. pracy nabiera znaczenia, albowiem 15% chorych ocenionych jako IA uzyskało pooperacyjny status IB, 2,6% status IIA, 4,1% IIB, 4,9% IIIA, 7,5% IIIB i 0,08% IV. Według autorów prezentacji, szczególnej ostrożności w stopniowaniu i kwalifikowaniu do resekcji oszczędzających wymagają chorzy z grupy IA z guzem powyżej 2 cm średnicy i pozytywnym wynikiem badania PET-CT.

Kryterium 2 cm śr. pierwotnego ogniska raka płuca jest też jedną z podstaw propozycji nowelizacji systemu TNM omawianego przez Edmunda Kassisa z University of Houston w Teksasie. Wykład pt. „Application of the revised lung cancer staging system (IASLC Staging Project) to a cancer center population” dotyczył zmian w klasyfikacji cechy T i końcowej klasyfikacji klinicznej, mających poprawić niedociągnięcia bieżącego systemu TNM (wg UICC-6) w zakresie niedrobnokomórkowego raka płuca (NSCLC). Analizę oparto na grupie 1154 operowanych chorych. Według proponowanych zmian I° miałyby ulec rozbięciu na IA ($T < 2$ cm) i IB ($2 \text{ cm} < T \leq 3$ cm), guzy ($3 \text{ cm} < T \leq 5$ cm) zmieniłyby swój status z IB na IIA, a ($5 \text{ cm} < T \leq 7$ cm) z IB na IIB. Guzy ($T > 7$ cm) oraz guzki satelitarne w tym samym płacie uzyskałyby status T3, a w drugim płacie po stronie operowanej T4. Cecha M1a oznaczałaby wysięk nowotworowy w opłucnej lub przerzuty do drugiego płuca, a M1b inne odległe przerzuty. W ocenie prezentującego 17,5% badanych zmieniło swój końcowy status w nowej klasyfikacji, przede wszystkim z IB do IIA i IIIB do IIIA. W pojedynczych przypadkach nastąpiłoby zjawisko downstagingu z IV° do IIIA i IIIB, a poprawa efektywności nowej klasyfikacji w stopniowaniu

Adres do korespondencji: dr n. med. Janusz Wójcik, ul. Sokołowskiego 11, 70-981 Szczecin, tel. +48 91 44 27 wewn. 272, e-mail: januszwojcik@neostrada.pl

onkologicznym w stosunku do bieżącej jest statystycznie istotna ($p=0,006$). Proponowane zmiany przybliżył i omówił w trakcie IV Kongresu PTKT (Warszawa 12–14.06.2008 r.) Profesor Orłowski.

W tematyce leczenia raka płuca utrzymywała się też niezwykle ciekawa praca prezentowana przez Williama Boltona z University of Texas pt. „Long-term survival with surgical management for superior sulcus tumors with vertebral resection”. Omówiono proces leczenia i wyniki 39 chorych z guzem Pancoasta naciekającym kręgosłup. 14 z nich odbyło neoadjuwantową radioterapię (u 12 z jednoczasową chemioterapią), choć bez efektu „complete response”. Zabieg operacyjny obok resekcji płucnej polegał bądź na resekcji wyrostka poprzecznego, bądź częściowej lub całkowitej resekcji kręgu (z całkowitym uwidocznieniem i obnażeniem opony twardej), w tym ostatnim przypadku ze stabilizacją tylną i z odtworzeniem kolumny przedniej. Zdjęcia śródoperacyjne były niezwykle sugestywne. Mediana, 2-letnie i 5-letnie przeżycia w całej grupie wyniosły odpowiednio: 18 mies., 47% i 27%. Analiza wyników wykazała zasadność takiego postępowania i statystycznie istotne dłuższe przeżycia ($p<0,003$) u chorych z uzyskanym ujemnym marginesem resekcji i cechą No. W całej grupie zanotowano też niską śmiertelność (2 zgony pooperacyjne), co w ogólnym wymiarze zachęca do operacji w kooperacji z zespołami ortopedycznymi.

Wśród tematów z zakresu raka przełyku pojawiła się praca Roberta Meguida z John Hopkins University of Baltimore pt. „Decreased operative mortality for esophageal cancer resections at hospitals with thoracic training programs: should esophagectomies only be performed by thoracic surgeons?”. Oceniająca retrospektywnie wyniki leczenia 4080 chorych w zależności od typu ośrodka w USA, swą tematyką nawiązywała do publikacji ww. autora na uprzednim kongresie w Waszyngtonie. Ośrodki leczące chorych z rakiem przełyku podzielono na prowadzące nauczanie z zakresu chirurgii ogólnej (uniwersyteckie), prowadzące nauczanie z zakresu chirurgii klatki piersiowej oraz na ośrodki nieprowadzące nauczania (szpitale nieuniwersyteckie). Stopień powikłań i śmiertelność pooperacyjna były największe w centrach pozauniwersyteckich, a najmniejsze w centrach dysponujących chirurgią uniwersytecką, a zwłaszcza torakochirurgią uniwersytecką, stanowiąc o potencjalnych, przypuszczalnych preferencjach chorych i prowokującym tytule wykładu. Tematyka ta przewija się też w Przeglądzie Piśmiennictwa Chirurgicznego PPCH za 2007 rok.

Temat kryteriów kwalifikacyjnych do leczenia operacyjnego poruszała praca pt. „Predictors of major morbidity and mortality after esophagectomy for esophageal cancer: an STS general thoracic surgery database risk adjustment model” Camerona Wrighta z Massachusetts General Hospital z Bostonu. Oceniając 1393 ezofagektomii z 50 ośrodków wg kryteriów STS GTDB, uwidoczniono między innymi obniżenie $FEV_1<60\%$ jako czynnik statystycznie związany z dużymi powikłaniami pooperacyjnymi ($p=0,002$). Praca wpisuje się więc w dyskusję na temat stopnia bezpieczeństwa resekcji przełyku w ośrodkach z torakochirurgią, bowiem ocena wydolnościowa układu oddechowego jest między in-

nymi podstawą kwalifikacji do operacji w tych ośrodkach, zwłaszcza przy stosowaniu rurek dwudrożnych dla planowanej niedodmy płuca po stronie operacji.

Wśród prac z zakresu raka przełyku należy też przytoczyć pracę Williama Boltona z University of Texas pt. „Impact of tumor length and submucosal involvement on the long-term survival of pT1 early stage esophageal adenocarcinoma”. Wyniki pracy wskazują na statystycznie istotne ($p<0,001$) pogorszenie czasu przeżycia i ujawnienie cechy N/+ w przypadkach *adenocarcinoma* w guzach $pT1>3cm$ z cechami nacieku podśluzówkowego.

Wymiar praktyczny miała natomiast praca Jessiki Leers z grupy DeMeestera z University of Southern Kalifornia pt. „Clinical characteristics, biological behavior, and survival after esophagectomy are similar for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction and the distal esophagus”. Autorzy pracy dochodzą do wniosku o podobieństwach gruczolakoraka dystalnej części przełyku i wpustu (typ Siewert I i II) tak w budowie, przebiegu, sposobach operacji, jak i wynikach odległych i proponują ustalać wspólną taktykę leczenia dla obu postaci raka oraz konkludują, iż wysiłki diagnostyczne przedoperacyjnego rozgraniczenia obu postaci raka nie są niezbędne. Jednak przy takim założeniu należy pamiętać o limfadenektomii śródpiersia. W prezentowanym materiale węzły podostrogowe były zajęte w typie I w 16%, w stosunku do 5% w typie II wg Siewerta.

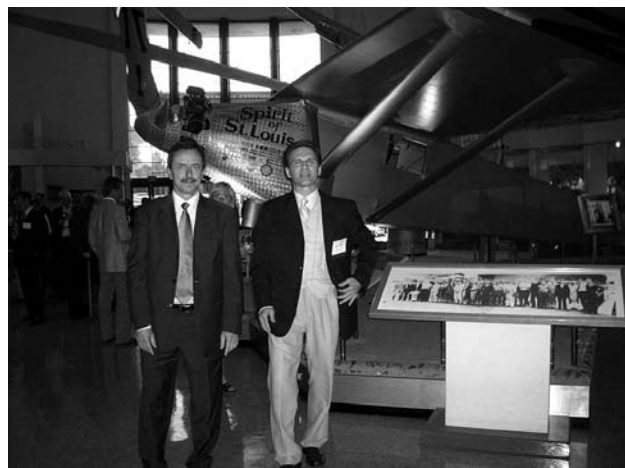
Wśród tematów onkologicznych należy jeszcze przytoczyć pracę pt. „Phase II trial of extrapleural pneumonectomy with intraoperative intrathoracic/intraperitoneal heated cisplatin for malignant mesothelioma” prezentowaną przez Tamarę Tilleman. Praca pochodzi z Brigham and Women's Hospital z grupy Sugarbakera, zajmującego się od wielu lat problematyką leczenia międzybłoniaka opłucnej. Analizie poddano 92 chorych, u których wykonano pozaopłucnową pneumonectomię, uzupełnioną godzinnym płukaniem jamy opłucnej i otrzewnej roztworem cisplatyny o temp. $41^{\circ}C$, w dawce $225 mg/m^2$. Dla zminimalizowania skutków toksycznych terapii cisplatiną stosowano dożylnie sodium thiosulfate, a u części chorych przed płukaniem amifostine. Autorzy zanotowali niską 1-proc. śmiertelność okołoperacyjną (1/92), choć współistniejące powikłania dotyczyły ok. 30% chorych. Mediana przeżycia wyniosła ok. 17 mies., co nadal czyni tę chorobę jednym z najtrudniejszych do leczenia nowotworów złośliwych.

W grupie prac na temat transplantacji płuc dwie były szczególnie godnymi zauważenia. Pierwsza z nich prezentowana przez Gorava Ailawadiego z grupy Jonesa z University of Virginia pt. „Does reperfusion injury still cause significant mortality after lung transplantation?” analizowała skutki zjawiska *reperfusion injury* (RI) w kontekście rocznego przeżycia w grupie 291 chorych po transplantacji płuca lub płuc, podzielonych na operowanych przed 2000 rokiem i po 2000 roku. Grupy różniły się liczbą przypadków DLTX (16% vs. 26%), liczbą przypadków z pierwotnym nadciśnieniem płucnym (2% vs 10%), średni czas niedokrwienia przeszczepu wzrósł z 205,6 min do 286,32 min, a śmiertelność 30-dniowa zmalała z 11,8% do 3,9%. Częstość wystąpienia (RI) była natomiast

w obu grupach podobna (25% vs 22,6%). Śmiertelność w przebiegu zjawiska (RI) zmalała z 38,2% do 11,4%, a zwłaszcza przy zastosowaniu ECMO (80% vs 25%). Nade wszystko autorzy zaobserwowali trzykrotne skrócenie mediany czasu podłączenia ECMO u chorych operowanych po 2000 r. (30,6 vs 89 godz.) w stosunku do operowanych wcześniej, a przytoczone dane świadczą o postępie, jaki dokonał się w transplantacjach płuc od 1996 r. na bazie tylko jednego ośrodka. Drugą pracą wymagającą omówienia była prezentowana przez Davida Masona, zatytułowana „Should lung transplantation be performed using donation after cardiac death? The U.S. experience” z Cleveland Clinic, porównująca wyniki transplantacji płuc od dawców ze śmiercią mózgową i zgonem sercowym. Wśród 14 939 przeszczepów 36 z nich pochodziło od dawców ze zgonem sercowym (ang. *donation after cardiac death* – DCD), a grupa biorców z uwagi na charakterystykę procesu była bardziej obciążona pod względem częstości występowania cukrzycy, niższych wartości FEV₁, dłuższym czasem zimnego niedokrwienia. W grupie tej częściej też wykonywano wariant DLTX. Porównanie 2-letnich przeżyć wypadło na korzyść DCD biorców 87% vs 69% w stosunku do biorców od dawców ze śmiercią mózgową. Konkluzja pracy mówi, iż płuca od dawców ze zgonem sercowym są co najmniej równoważne w stosunku do płuc od dawców ze śmiercią mózgową, a wyniki uzasadniają rozszerzenie tego wariantu przeszczepu. Z polskiego punktu widzenia obie prace są ważne i ciekawe, albowiem stoimy przed erą rozkwitu tej dziedziny transplantologii, borykając się zarazem z dużym niedoborem dawców.

Stałym elementem dużych, międzynarodowych kongresów są prace doświadczalne, a spora ich część dotyczyła obecnie badań nad modelem przeszczepu ptuła. Przedstawicielem tej grupy była praca „CD4+ lymphocytes mediate acute pulmonary ischemia/reperfusion injury” prezentowana przez Zequana Yanga z aktywnego na kongresie University of Virginia.

Końcowa sesja 14.05.2008 r. była na swój sposób niezwykła, nowatorska i składała się z dwóch części. Moderatorem pierwszej z nich był prezydent AATS D. Craig Miller, a nosiła ona tytuł „Live surgery at national and regional cardiothoracic surgical meetings should be outlawed”. Po krótkim wprowadzeniu głos zabrał oponent przekazów „na żywo” z sali operacyjnej, Duke Cameron, a następnie zwolennik chirurgii „na żywo”, Hugo Vanermen. Po dwóch wprowadzających wykładach rozpoczęła się dyskusja. Padły argumenty o zamianie „kaplicy na pokaz rozrywkowy”, o podporządkowaniu tempa i szczegółów zabiegu do warunków przekazu telewizyjnego, a nie do jak najlepszego efektu końcowego operacji itp. Głosy



Ryc. 1. Autorzy sprawozdania w San Diego Air & Space Museum na tle stynnego samolotu „Spirit of St. Louis”, na którym Charles Lindbergh jako pierwszy przeleciał Atlantyk

na tak wskazywały, że nie da się zatrzymać postępu i że system zakazów kłóci się z tak obraną drogą. Przytaczano filmowe efekty specjalne (rodem z niedalekiego Hollywood), które zastępowały rzeczywistość, zadając pytanie: „Czy tak ma wyglądać realna chirurgia ze zmontowanych pokazów?”. Prawdopodobnie taka dyskusja nastąpi i u nas, choć dobrze wiemy, jak pokazowa operacja potrafi „iść krzywo”.

Tematem drugiej części była przyszłość kardio-torakochirurgii jako specjalności medycznej: „Should the certifying authority provide two certificates: one for cardiac surgery and one for thoracic surgery?”. Prowadził ją Bruce Lytle, w roli zwolennika wystąpił Walter Klepetko, a oponenta Douglas Mathisen. Z polskiego punktu widzenia sprawa jest już dawno rozstrzygnięta i nie budzi takich emocji jak za oceanem. Z rzeczy oryginalnych i podpatrzonych należy zauważyć: zabranie głosu po każdej prezentacji przez zaproszonego konsultanta, który po swoim komentarzu zadaje pierwsze 1–2 pytania przed ogólną dyskusją z sali, oraz wydawanie gazety zjazdowej, która zawiera bieżące informacje, komentarze, ogłoszenia i szczegóły ekspozycji firm. Stanowi też dodatkowe forum do wypowiedzi, wywiadów i poglądów. Podobną rolę pełniły emitowane na ekranach telewizorów w holu nagrane wywiady z luminarzami towarzystwa. Sprawozdanie należy zakończyć miłym akcentem. Takim też było Attendee Reception, które odbyło się w budynku San Diego Air & Space Museum, które powinno być żelaznym punktem zwiedzania tego pięknego miasta, podobnie jak wizyta na opisywanym już dawniej lotniskowcu Midway (ryc. 1). Następny, 89. kongres AATS odbędzie się w Bostonie.