

## Zalecenia na temat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na złośliwego międzybłoniaka opłucnej ze szczególnym uwzględnieniem kwalifikacji chorego do zewnątrzopłucnowej pneumonektomii (ZOP)



Guidelines for diagnosis and therapy of malignant pleural mesothelioma.  
Indication to extrapleural pneumonectomy

Witold Rzyman, Artur Gibas

Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AM, Gdańsk

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2006; 3 (1): 57–58

Od 30.09 do 1.10.2005 r. odbywała się w Gdańsku Konferencja Klubu Torakochirurgów Polskich *Współczesne leczenie złośliwego międzybłoniaka opłucnej*. Celem spotkania była próba ustalenia wytycznych, dotyczących miejsca chirurgii w leczeniu tego nowotworu i ujednoczenia kryteriów kwalifikacji chorych do zewnątrzopłucnowej pneumonektomii. Dyskusja dotyczyła również zasadności centralizacji leczenia złośliwego międzybłoniaka opłucnej – nowotworu, którego częstość występowania w Polsce ocenia się na 200–400 przypadków rocznie. Konferencja była podzielona na dwie części. W pierwszej krajowi eksperci w dziedzinie diagnostyki radiologicznej (dr med. Mirosława Dubaniewicz-Wybieńska), pozytonowej tomografii emisyjnej (dr med. Grzegorz Romanowicz), patomorfologii (prof. dr Włodzimierz Olszewski), onkologii (prof. dr Maciej Krzakowski) i chirurgii (dr hab. Witold Rzyman) przedstawili referaty programowe, natomiast w części drugiej na forum Klubu Torakochirurgów, z udziałem konsultantów krajowych ds. chirurgii klatki piersiowej, ds. patomorfologii oraz ds. radioterapii poddano pod dyskusję propozycję ujednoczenia wskazań do leczenia ZMO. Dyskusję prowadzili prof. dr Jacek Jassem z Gdańska oraz prof. dr Tadeusz Orłowski z Warszawy. Stwierdzono, że powinny się odbyć kolejne spotkania poświęcone tej problematyce. Poniżej przedstawiono wstępne wytyczne dotyczące rozpoznania, diagnostyki i kwalifikacji do zewnątrzopłucnowej pneumonektomii oraz wyboru leczenia u chorych na ZMO w Polsce.

### I Zalecenia dotyczące sposobu leczenia

1. Chory z rozpoznaniem ZMO powinien być poddany terapii skojarzonej, polegającej na planowym postępowaniu z wykorzystaniem leczenia chirurgicznego oraz chemio-

terapii i radioterapii, w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej. Na podstawie dotychczasowych badań nie można określić, jaką kolejność leczenia należy zastosować. Radioterapia powinna być stosowana na podstawie oceny leczonego onkologa.

2. Decyzje dotyczące wyboru sposobu leczenia każdego chorego na ZMO powinny być podejmowane zespołowo (onkolog, torakochirurg, pneumonolog i patolog).
3. Radykalne leczenie chirurgiczne jest wskazane u chorych na ZMO w I i II stopniu zaawansowania wg klasyfikacji UICC oraz w wybranych przypadkach w stopniu III (pacjenci z cechą N1 lub/i cechą T1 lub T2). Na podstawie dotychczasowych badań nie można określić, jaka metoda chirurgiczna powinna być zastosowana (pleurektomia z dekortykacją czy ZOP), lecz winna ona być przynajmniej makroskopowo radykalna lub kontrolowana badaniem doraźnym marginesów.

### II Zalecenia dotyczące rozpoznania i zaawansowania nowotworu

1. Jednoznaczne rozpoznanie morfologiczne ZMO z uwzględnieniem typu histologicznego nowotworu z materiału biologicznego, uzyskanego dzięki torakoskopii lub w ostateczności torakotomii postawione pierwotnie lub potwierdzone w zakładzie patologii specjalizującym się w rozpoznawaniu tego nowotworu. Zaproponowano wybór kilku ośrodków w Polsce specjalizujących się w rozpoznawaniu ZMO.
2. U chorych kwalifikowanych do zabiegu ZOP konieczne jest wykonanie:
  - RTG klatki piersiowej,
  - TK klatki piersiowej i nadbrzusza,

**Adres do korespondencji:** dr hab. med. Witold Rzyman, Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AM, 80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7, tel. +48 58 349 24 00, faks +48 53 349 24 29, e-mail: wrzyman@amg.gda.pl

- NMR klatki piersiowej i nadbrzusza,
  - bronchoskopii,
  - echokardiografii,
  - mediastinoskopii,
  - laparoskopii (brak konsensusu) – w wypadku podejrzenia naciekania otrzewnej w badaniu NMR,
  - FDG-PET (brak konsensusu) – w celu wykluczenia przerzutów odległych jest polecane **jedynie warunkowo** ze względu na ograniczoną dostępność badania w Polsce, a także dlatego, że nie ma jednoznacznych dowodów potwierdzających wysoką czułość i swoistość badania PET zastosowanego w tym wypadku,
  - spirometrii oraz badań morfologii krwi i rozszerzonych badań biochemicznych krwi.
3. ZMO ograniczony do jednej jamy płucnej, nieprzekraczający powięzi wewnątrzkielkowej, nienaciekający otrzewnej przeponowej, nieprzekraczający pełnej grubości worka osierdziowego:
- ocena przepony, powięzi wewnątrzkielkowej, osierdzia, płucnej drugiej strony w wielorzędownym badaniu TK i badaniu NMR. Ocena otrzewnej przeponowej na podstawie laparoskopii diagnostycznej z pobraniem wycinków (patrz wyżej).
4. Nieobecność przerzutów regionalnych i odległych. W celu wykluczenia przerzutów regionalnych wskazane jest wykonanie mediastinoskopii. Wykluczenie przerzutów odległych określone na zasadach obowiązujących w raku płuca (zastosowanie badania FDG-PET w tym celu jest opcjonalne – patrz wyżej).

### III Zalecenia dotyczące stanu ogólnego chorego

1. Brak znaczącego ubytku masy ciała (>10%).
2. Dobra sprawność chorego: 0–1 wg skali Zubroda (WHO).
3. Odpowiednia wydolność narządowa:
  - układu krążenia (brak istotnych zaburzeń rytmu serca i cech niedokrwienia w badaniu EKG, brak wysięku w worku osierdziowym, dobra kurczliwość obu komór serca z frakcją wyrzutową EF >45% w badaniu ECHO; zawał serca w ciągu ostatnich 6 mies. dyskwalifikuje chorego),
  - układu oddechowego (prawidłowe ciśnienia gazów w badaniu gazometrycznym krwi tętnicznej, pozytywna lekarska obserwacja tolerancji wysiłku przez chorego, wymagania dotyczące wyniku badania spirometrycznego takie same, jak w wypadku klasycznej pneumonektomii),
  - układu krwiotwórczego (prawidłowe wartości elementów morfotycznych krwi obwodowej),

- układu wątrobowo-nerkowego (wyniki badań laboratoryjnych funkcji wątroby i nerek w granicach normy).

### IV Zalecenia dotyczące ośrodka, w którym wykonuje się operację

1. Możliwość wielodyscyplinarnej diagnostyki i leczenia skojarzonego złośliwego międzybłoniaka w obrębie danego ośrodka medycznego:
  - zakład diagnostyki obrazowej z pracownikami wielorzędowej tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego,
  - zakład patologii, w którym można rozpoznać złośliwego międzybłoniaka płucnej, czyli wykonać wszystkie badania immunohistochemiczne oraz ocenić preparaty w mikroskopii elektronowej; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez zakład patologii specjalizujący się w rozpoznawaniu tego nowotworu,
  - oddział chirurgii klatki piersiowej, dysponujący doświadczonym zespołem wykonującym ponad 300 torakotomii rocznie,
  - oddział intensywnej opieki pooperacyjnej z możliwością leczenia powikłań leczenia chirurgicznego i skojarzonego,
  - oddział onkologii, na którym można leczyć nowoczesnymi schematami chemioterapii oraz radioterapią,
  - możliwość monitorowania chorych w poradni przez okresowe wykonywanie badań: przeglądowego zdjęcia radiologicznego – co 3 mies., tomografii komputerowej klatki piersiowej – co 6 mies., badania morfologii krwi i CRP co 3 mies.
2. Preferowany udział w wieloośrodkowym programie leczenia złośliwego międzybłoniaka płucnej.

Istnieje **bezwzględna konieczność** stworzenia centralnego rejestru złośliwego międzybłoniaka płucnej. Rejestr powinien obejmować ewidencję:

- wskaźników epidemiologicznych – zachorowalność, umieralność i chorobowość,
- liczby i rodzaju wykonywanych procedur leczenia chirurgicznego oraz wskazań do nich,
- liczby i rodzaju wykonywanych procedur radioterapii oraz wskazań do nich,
- liczby i rodzaju wykonywanych procedur chemioterapii oraz wskazań do nich,
- powikłań wszystkich metod leczenia,
- wyników leczenia każdego chorego i monitorowanie przyjętych parametrów oraz badań.