

Sprawozdanie z 86. Kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Torakochirurgów (AATS), Filadelfia, 29.04.–3.05.2006 (z punktu widzenia torakochirurga)



Tomasz Grodzki

Oddział Torakochirurgii, Szpital Specjalistyczny im. dr. Sokołowskiego, Szczecin-Zdunowo

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2006; 3 (2): 242–243

Doroczny Kongres AATS odbył się tym razem w Centrum Kongresowym w Filadelfii – mieście symbolizującym narodzinę konstytucji USA oraz walkę o niepodległość. Zgromadził ponad 4500 uczestników z całego świata.

W pierwszym dniu odbyły się całodzienne kursy szkoleniowe z kardiochirurgii, torakochirurgii, kardiochirurgii dziecięcej oraz perfuzji. W zakresie torakochirurgii poruszano niezwykle istotne tematy podzielone na 4 sesje: rak płuca, zmiany śródpiersiowe, choroby przełyku i nowości. Omówiono m.in. resekcję przełyku wykonaną przy użyciu robota chirurgicznego, chemioterapię międzybłoniaka przy użyciu hipertermii, stenty wewnątrzoskrzelowe, a także detale chirurgiczne, np. resekcji mankietowej, tymektomii z dojścia szyjnego, przedstawione przez uznane autorytety w danych dziedzinach (Dartevelle, Luketich i in.).

Cechą charakterystyczną kongresów AATS jest niezwykle ostra selekcja prac naukowych. Efektem takiego postępowania jest to, że liczba prezentacji jest relatywnie niewielka (ok. 120), natomiast ich poziom niezwykle wysoki. Większość doniesień na sesjach plenarnych jest później publikowana w najwyższym ocenianym czasopiśmie kardiotorakochirurgicznym *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* (JTCVS), redagowanym przez dr. Andrew Wechslera z Filadelfii. Od przyszłego roku redaktorem naczelnym JTCVS, po zakończeniu kadencji przez dr. Wechslera, zostanie dr Lawrence Cohn z Bostonu.

Autorzy pragnący zaprezentować prace na Kongresie AATS muszą się nastawić na napisanie całej pracy (nie tylko abstraktu) kilka miesięcy przed kongresem. Praca zakwalifikowana do wygłoszenia jest następnie przekazywana wyznaczonemu przez komitet naukowy recenzentowi, który ma dość czasu na przygotowanie starannej oceny. Po zaprezentowaniu pracy na sesji (nie trzeba dodawać, że dyscyplina czasowa jest niezwykle rygorystycznie przestrzegana), pierwszy głos zabiera właśnie ów wyznaczony recenzent. Zazwyczaj w eleganckiej formie wskazuje on wszystkie słabe punkty doniesienia, ale zarazem podkreśla jego szczególne wartości poznawcze, o ile takowe są. Dopiero później praca zostaje otwarta do debaty ogólnej.

W tym roku w torakochirurgii dominowały prace oparte na analizie tysięcy przypadków, choć nie brakowało również doniesień czysto eksperymentalnych. Przykładem ta-

kiej pracy było doniesienie kilku ośrodków z Francji, prezentowane przez dr. Pierre'a Falcoza *Risk model of in-hospital mortality in 15183 patients requiring thoracic surgery: results from a nationally representative database*. Oceniano 10 podstawowych danych – wiek, płeć, skalę duszności, ASA i WHO status, obecność schorzeń współistniejących, lokalizację choroby (płuco vs śródpiersie), rodzaj diagnozy (zmiany złośliwe vs inne), rodzaj operacji (pneumonektomia vs inne) i nagłość operacji (planowa vs pilna), z których wywiedziono algorytm pozwalający ocenić prawdopodobieństwo zgonu konkretnego chorego. W badanej grupie ogólna śmiertelność wczesna wyniosła 2,2%.

W pracy grupy prof. Sugarbakera z Bostonu *Factors predicting poor survival after resection of stage IA NSCLC*, prezentowanej przez dr. Michaela Changa na podstawie badania ponad 7000 chorych, stwierdzono, że czynnikami negatywnie wpływającymi na przeżycie odległe w tej relatywnie dobrze rokującej grupie pacjentów z rakiem płuca są płeć męska, wiek >65 lat, guz >2 cm oraz resekcja mniejsza niż lobektomia. Autorzy konkludują, że chorzy, u których występuje kilka czynników negatywnych jednocześnie, powinni być kwalifikowani do skojarzonej chemioterapii. Podobna praca *Long-term survival and recurrence in patients with resected subcentimeter NSCLC* została przedstawiona przez Paula Lee z grupy dr. Altorki z Nowego Jorku. Autorzy podkreślają znaczenie właściwego stopniowania przedoperacyjnego raka, gdyż w ich materiale okazało się, że tylko 84% chorych zostało zoperowanych faktycznie w stadium IA i tylko w tej grupie przeżycie 5-letnie osiągnęło satysfakcjonujący poziom 94%.

Z prac eksperymentalnych zwracało uwagę doniesienie z ośrodka bostońskiego *Prevention of local tumor growth with paclitaxel loaded microspheres*, zaprezentowane i dobrze bronione w dyskusji przez dr. Solomona Azouz. Autorzy na modelu mysim oraz na bazie komórek ludzkiego raka płuca *in vitro* stwierdzili istotne zahamowanie wzrostu guza po miejscowym zastosowaniu leku.

Trzeba podkreślić, że podczas tegorocznego kongresu, przynajmniej w torakochirurgii, nie pojawiły się prace mające charakter przełomowych, jednak poziom wszystkich prezentacji był niezwykle wysoki i pozwalał wyłowić niemal w każdym doniesieniu interesujący fragment lub konkluzję.

Istotną częścią kongresu były wykłady z nauk podstawowych (w tym roku laureat Nagrody Nobla dr Robert Horvitz mówił na temat *Genetic control of programmed cell death in C. elegans*) oraz wystąpienie gościa honorowego – tym razem John P. Howe III przedstawił prezentację *A world in need: lessons learned in medical diplomacy. The Project Hope perspectives*. Ważnym wystąpieniem jest także wykład prezydencki (*presidential address*), w którym urzędujący prezydent zazwyczaj porusza sprawę kierunków rozwoju kardio-torakochirurgii, okraszoną osobistymi refleksjami. Dr Richard Jonas (urodzony w Australii) wygłosił wykład *Rewards, risks and responsibilities of globalization for the cardiothoracic surgeon*.

Podczas walnego zgromadzenia członków towarzystwa (zwanego *executive session*) podjęto decyzję o przekazaniu prezydentury z rąk dr. Richarda Jonasa dr. Bruce'owi Lytle, który przez rok pełnił funkcję prezydenta elekta. Dodatkowo w AATS istnieje funkcja wiceprezydenta, która jest przedsięwzięciem do prezydentury. Wiceprezydent po roku automatycznie zostaje elektem, a po następnym roku prezydentem. W ten sposób ma 2 lata na przygotowanie się do objęcia tej niezwykle prestiżowej funkcji, co w naturalny sposób zapewnia ciągłość władzy i chroni przed ewentualnymi nieprzewi-

dzianymi potknięciami, wynikającymi z braku obycia. Obecnie elektem jest dr Craig Miller, zaś wiceprezydentem został kardiochirurg dziecięcy dr Thomas Spray z Filadelfii, który osobiście przeszczepił ok. 1/3 wszystkich płuc u dzieci. Skarbnikiem towarzystwa jest dr Alec Patterson z St. Louis. Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że AATS zgodnie ze statutem liczy zaledwie 600 członków, a mimo to jest niezwykle bogatym towarzystwem, nie tylko z powodu hojnego wsparcia sponsorów przemysłowych, ale także z powodu licznych dotacji (sięgających w niektórych przypadkach nawet 1 mln USD) przekazywanych przez członków.

W konkluzji można stwierdzić, że pomiędzy dobrymi kongresami europejskimi a corocznym spotkaniem AATS nie ma już takiej przepaści, jak jeszcze kilkanaście lat temu, mimo to jest to nadal najważniejsze spotkanie kardio- i torakochirurgów z całego świata. Koszty rejestracji są niższe niż na wielu mniejszych zjazdach, zaś przy malejących kosztach podróży do USA (i przy perspektywie zniesienia wizyjazdowych) byłoby wskazane, aby większa liczba torakochirurgów decydowała się od czasu do czasu na uczestniczenie w takim interesującym spotkaniu. Kolejny, 87. Zjazd AATS odbędzie się od 5 do 9 maja 2007 r. w Waszyngtonie.