

## Sprawozdanie z Kongresu *American Association for Thoracic Surgery – Focus on Thoracic Surgery: Lung Cancer*

Proceedings of American Association for Thoracic Surgery –  
Focus on Thoracic Surgery: Lung Cancer



Tomasz Marjański

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2012; 9 (4): 513–514

W dniach 16–17 listopada 2012 r. w Bostonie odbyło się wielodyscyplinarne spotkanie poświęcone postępowaniu w diagnostyce, stopniowaniu i leczeniu chorych z wczesnym i miejscowo zaawansowanym rakiem płuca. Spotkaniu przewodniczyli dyrektorzy programowi – profesorowie Alec Patterson z *Washington University School of Medicine* oraz David Sugarbaker z *Brigham and Women's Hospital Harvard Medical School*.

Zagadnieniem najszerzej omawianym na zjeździe były konsekwencje wynikające z badania NLST (ang. *The National Lung Screening Trial*). Wyniki przeprowadzonego badania udowodniły 20-procentową redukcję śmiertelności z powodu raka płuca w grupie pacjentów z wysokim ryzykiem zachorowania [1]. W trakcie spotkania omawiano różne strategie przesiewu wynikające z rozbieżności pomiędzy zaleceniami poszczególnych środowisk. W świetle zaleceń wszystkich północnoamerykańskich towarzystw naukowych zajmujących się problematyką raka płuca, przesiew z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej określony został postępowaniem z wyboru w grupie pacjentów wysokiego ryzyka. Najszerzej akceptowane zalecenia zostały wydane przez NCCN (ang. *National Comprehensive Cancer Network Guidelines*) [2].

Dzięki programom przesiewowym większość chorych na raka płuca zostaje zdiagnozowana we wczesnym stopniu zaawansowania choroby, co umożliwia radykalne postępowanie. Jednak nie wszyscy chorzy kwalifikują się do postępowania chirurgicznego. Na zjeździe wielokrotnie podkreślano ograniczenia roli tradycyjnej torakochirurgii, w szczególności lobektomii z limfadenektomią, w leczeniu chorych z I stopniem zaawansowania niedrobnokomórkowego raka płuca. Profesorowie Scott Swanson z *Harvard Medical School* i Doug Wood z *University of Washington* omówili kontrowersyjną, lecz coraz bardziej powszechną

metodę anatomicznej torakoskopowej segmentektomii w leczeniu chorych wysokiego ryzyka okołoperacyjnego. Klasycznemu badaniu LCSG Trial [3] przeciwstawiono badania oceniające wyniki segmentektomii w leczeniu chorych z guzami o średnicy nieprzekraczającej 2 cm [4, 5]. Dzięki zastosowaniu segmentektomii wykazano trend w kierunku lepszych wyników niż w przypadku lobektomii. W wystąpieniach wskazywano, że istotnym czynnikiem jest przedoperacyjne lub ewentualnie śródoperacyjne określenie zmian wtórnych w ipsilateralnych węzłach N1 grup 11–13. W przypadku stwierdzenia zmian przerzutowych segmentektomia staje się przeciwwskazana jako zabieg nieradykalny. Profesor Doug Wood podsumował dyskusję, stwierdzając, że lobektomia pozostaje postępowaniem z wyboru w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca, lecz segmentektomia stała się w określonych sytuacjach rozsądnym kompromisem pomiędzy wycięciem płata a leczeniem ablacyjnym.

Żywiotową dyskusję wzbudził referat profesora Hirona Fernando z *Boston University School of Medicine*. Powodem niepowodzenia leczenia w przypadku wykonania resekcji mniejszej niż lobektomia jest najczęściej wznowa miejscowa [3]. Zastosowanie śródoperacyjnej brachyterapii uzupełniającej wycięcie klinowe nie zostało dotychczas wystarczająco udokumentowane w rzetelnych badaniach klinicznych. Włączenie 224 pacjentów do badania klinicznego z randomizacją Z4032 pozwoliło do tej pory jedynie określić, że uzupełnienie wycięcia klinowego o zastosowanie śródoperacyjnej brachyterapii nie wpływa istotnie na częstość powikłań, śmiertelność 30- i 90-dniową, jak również na pooperacyjną wydolność oddechową. Śródoperacyjna brachyterapia dostarczana była w formie szwów chirurgicznych zawierających izotop <sup>125</sup>I [6, 7]. Wciąż jednak oczekiwane są wyniki powyżej opisanego badania dotyczące przeżycia i kontroli miejscowej. W Stanach Zjednoczonych Ameryki

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Tomasz Marjański, Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Smoluchowskiego 17, 80-952 Gdańsk, tel. +48 58 349 31 42, faks +48 58 349 31 30, e-mail: marjanski@gumed.edu.pl

śródoperacyjna brachyterapia stanowi nie tylko dziedzinę badań naukowych, lecz także część codziennej praktyki. Firma Specmed St. Rose LA, US zaprezentowała urządzenie o nazwie GammaClip. Produkt ten to dodatkowa linia zszywek ładunku staplera GIA zawierających radioaktywny  $^{169}\text{Yb}$  [8], której zastosowanie ma poprawiać miejscową skuteczność wycięcia klinowego.

Jako alternatywę w przypadku guzów o średnicy nieprzekraczającej 2–3 cm wymienia się tzw. terapię ablacyjną: stereotaktyczną radioterapię, termoablację falami o częstotliwości radiowej, brachyterapię śródoperacyjną oraz krioterapię. Terapie ablacyjne stały się przewodnim tematem całej sesji. Brak wyników prowadzonych badań klinicznych (RTOG 0236, ACOSOG Z4032, ACOSOG Z4033, ACOSOG Z4099, STARS Trial, ROSEL Trial) nie pozwalał dotychczas rozszerzyć wskazań leczenia ablacyjnego poza pacjentów nieoperacyjnych ze względu na choroby towarzyszące. Podkreślono jednak konieczność każdorazowej konsultacji torakochirurga przed odstępianiem od postępowania chirurgicznego z intencją radykalną. Profesor James Luketich z *University of Pittsburgh Medical Center* wskazał, że stałe doskonalenie urządzeń i coraz szersze kwalifikowanie chorych do stereotaktycznej radioterapii można porównać ze zmianami, do jakich w kardiologii doprowadziła kardiologia interwencyjna. Prelegent podkreślał, że coraz większa część chorych w najwcześniejszych stopniach zaawansowania będzie w nadchodzących latach kwalifikowana do leczenia radykalnego przez onkologów-radioterapeutów. Profesor Luketich omówił różne sposoby leczenia ablacyjnego – nie tylko stereotaktycznej radioterapii, lecz również ablacji falami o częstotliwości radiowej [9].

Pozostałe sesje na zjeździe poświęcone były leczeniu miejscowo zaawansowanego raka płuca w stopniu zaawansowania IIIA i IIIB, stopniowaniu węzłów chłonnych śródpiersia przed leczeniem neoadiuwantowym i po nim oraz złożonym zabiegom resekcyjnym w stopniu zaawansowania pT4.

Ostatnim, ale nie najmniej ważnym, punktem zjazdu było doskonalenie techniki VATS (ang. *Video Assisted Thoracic Surgery*) lobektomii. Profesorowie Thomas d'Amico z *Duke University Medical Center* i Robert McKenna z *Cedars Sinai Medical Center* omówili aktualny stan wiedzy dotyczący zabiegów mało inwazyjnych. Na podstawie bogatego

materiału filmowego przedstawiono analizę przyczyn powikłań śródoperacyjnych w trakcie VATS lobektomii oraz wskazano sposoby ich zaopatrzenia.

Cały zjazd miał charakter wybitnie dydaktyczny i merytoryczny. Obrady rozpoczęły się o godzinie 7.30 i z krótkimi przerwami trwały do 21.00. Referaty wygłaszane były nawet w trakcie posiłków. Na wszystkich sesjach odnotowano bardzo wysoką frekwencję, co było osiągnięciem organizatorów. Typowa dla środowisk naukowych Stanów Zjednoczonych Ameryki odrobinę nieformalna atmosfera zjazdu połączona z głębokim przygotowaniem merytorycznym prelegentów oraz świetną oprawą multimedialną przyczyniły się do sukcesu listopadowego Kongresu.

Autor serdecznie dziękuje Fundacji Torakochirurgia Gdańska za wsparcie udziału w Kongresie.

### Piśmiennictwo

1. The National Lung Cancer Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 2011; 365: 395-409.
2. National Comprehensive Cancer Network Guidelines: Lung Cancer Screening; [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp#lung\\_screening](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#lung_screening).
3. Ginsberg RJ, Rubinstein L. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1 N0 non-small cell lung cancer. Lung Cancer Study Group. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 622-623.
4. Okada M, Koike T, Higashiyama M, Yamato Y, Kodama K, Tsubota N. Radical sublobar resection for small-sized non-small cell lung cancer: a multicenter study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006; 132: 769-775.
5. Shapiro M, Weiser TS, Wisnivesky JP, Chin C, Arustamyan M, Swanson SJ. Thoracoscopic segmentectomy compares favorably with thoracoscopic lobectomy for patients with small stage I lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 137: 1388-1393.
6. Fernando HC, Landreneau RJ, Mandrekar SJ, Hillman SL, Nichols FC, Meyers B, DiPetrillo TA, Heron DE, Jones DR, Daly BD, Starnes SL, Tan A, Putnam JB. Thirty- and ninety-day outcomes after sublobar resection with and without brachytherapy for non-small cell lung cancer: Results from a multicenter phase III study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 142: 1143-1151.
7. Fernando HC, Landreneau RJ, Mandrekar SJ, Hillman SL, Nichols FC, Meyers B, DiPetrillo TA, Heron D, Jones DR, Daly BD, Starnes SL, Hatter JE, Putnam JB. The impact of adjuvant brachytherapy with sublobar resection on pulmonary function and dyspnea in high-risk patients with operable disease: preliminary results from the American College of Surgeons Oncology Group Z4032 trial. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 142: 554-562.
8. SPECMED Source of quality; <http://www.spec-med.com/>
9. Pennathur A, Abbas G, Schuchert M, Landreneau RJ, Luketich JD. Radiofrequency ablation for the treatment of lung neoplasm. *Expert Rev Med Devices* 2008; 5: 613-621.