87. Kongres AATS, Waszyngton, 5–9 maja 2007 r. Impresje torakochirurga

Tomasz Grodzki

Fellow of the European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgery

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2007; 4 (3): 324–325

Kongres odbył się tym razem w Waszyngtonie, w ogromnym, niedawno zbudowanym centrum kongresowym, co z jednej strony zapewniało dobre warunki obrad, z drugiej jednak powodowało, że dystans z niektórych sal do hali wystawowej wynosił ponad 1000 metrów, a to bywało uciążliwe dla starszych delegatów. W kongresie udział wzięły 4523 osoby (razem z przedstawicielami firm). Warto podkreślić, że jednym z nowych członków AATS został Pan prof. Edward Malec z Krakowa.

Tradycyjnie już pozwalam sobie przedstawić czytelnikom *Kardiochirurgii i Torakochirurgii Polskiej* autorski wybór doniesień torakochirurgicznych, z góry przepraszając za wszelkie niedoskonałości selekcji prezentowanego materiału. Większość referatów jest dostępna na stronie www.aats.org w formie przekazu medialnego, jako tzw. *webcast*. Warto się z nim zapoznać.

Duży zbiorczy materiał zatytułowany *Data from the STS General Thoracic Database: the surgical management of primary lung tumors* zaprezentował dr Daniel Boffa, który, *notabene*, przenosi się obecnie do zespołu prof. Detterbecka do Uniwersytetu Yale w New Haven. Dane z 225 ośrodków obejmowały 4384 resekcje tkanki płucnej wykonane z powodu niedrobnokomórkowego raka płuca, ze śmiertelnością 2,3% (5,3% po wycięciu płuca i 2,8% po wycięciu płata). Z racji zbierania danych z wielu ośrodków ich jednorodność była wątpliwa, tym niemniej zwracały uwagę: znaczna liczba resekcji brzeżnych (18,2%) przy niskiej liczbie pneumonektomii (6,1%), niewielki odsetek mediastinoskopii (15%), stosunkowo znaczna liczba chorych operowanych w stadium IIIB i IV (8,7%) oraz niski odsetek limfadenektomii (41%). Liczba operacji przeprowadzanych przez poszczególnych chirurgów wahała się od jednej operacji rocznie do 140/rok.

Wykład z dziedzin podstawowych pt. *Nanotechnology – Impact on Cardiovascular Medicine* wygłosił prof. Steven Bailey z Uniwersytetu Teksas, przytaczając liczne przykłady wykorzystania nanotechnologii w dyscyplinach zabiegowych, zaczynając od produkcji stentów naczyniowych, a kończąc na manipulacjach enzymatycznych ułatwiających przenoszenie molekuł zawierających środek leczniczy w z góry zaplanowane miejsce.

Istotne doniesienie zatytułowane *Is palpation of the non-resected lobe(s) required for patients with NSCLC? A prospective study* przedstawił prof. Robert Cerfolio z Birmingham w Alabamie. Wśród 100 chorych dokładnie przebadanych przed operacją (z wykorzystaniem wielorzędowego tomografu oraz PET-CT), poddanych następnie operacji wycięcia płata, operator był w stanie aż u 11% wykryć palpacyjnie zmiany w pozostawianym płacie, niewidoczne w ocenie przedoperacyjnej. Wszystkie zmiany były mniejsze niż 6 mm, ale 5/11 okazało się zmianami o typie nowotworu złośliwego. Prezentacja wzbudziła żywą dyskusję dotyczącą ograniczeń wideotorakoskopowej resekcji pierwotnego raka płuca.

Innym doniesieniem sygnalizującym wkraczanie radioterapeutów w obszary guzów T1, dotychczas „zarezerwowanych" dla torakochirurgów, był wykład Arjuna Pennathura z Pittsburgha pt. *Stereotactic radio-surgery for the treatment of stage I NSCLC in high risk patients*. Ośrodek wykorzystywał najnowszy wynalazek radioterapii, tzw. *cyberknife*, umożliwiający modyfikowanie wiązki promieniowania zgodnie z akcją oddechową, kierowany za pomocą specjalnych metalowych znaczników instalowanych w obrębie zmiany. Materiał obejmował 21 chorych leczonych jednorazowo dawką 20 Gy. Zaledwie u siedmiu osób odnotowano całkowitą odpowiedź na leczenie, u pięciu – odpowiedź częściową, podczas gdy u kolejnych dziewięciu odnotowano progresję w trakcie terapii. W dyskusji poddawano w wątpliwość nieoperacyjność chorych, którzy wcześniej przeszli mediastinoskopię (a więc znieczulenie ogólne), a wielu z nich cierpiało z powodu odmy opłucnowej, spowodowanej instalacją znaczników (a więc *de facto* wykazali się wystarczającą rezerwą funkcjonalną).

Ciekawe doniesienie dotyczące żywo dyskutowanego obecnie problemu międzybłoniaka zatytułowane *Extrapleural pneumonectomy (EPP) versus pleurectomy/decortication*

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Tomasz Grodzki, Oddział Torakochirurgii Pomorskiej Akademii Medycznej w Specjalistycznym Szpitalu im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie, ul. Sokołowskiego 11, 70-891 Szczecin-Zdunowo, tel. +48 91 462 20 70, faks +48 91 462 04 94, e-mail: grodzki@grodzki.szczecin.pl

(P/D) in the surgical management of malignant pleural mesothelioma (MPM): results in 663 patients przedstawił Raja Flores ze Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku. Okazało się, że EPP skutkuje w sposób oczywisty większą śmiertelnością okołooperacyjną (7% *vs* 4% w przypadku P/D), zaś P/D zapewnia wyższy odsetek przeżycia, zwłaszcza we wczesnych stadiach choroby, aczkolwiek różnica ta nie jest znamienna statystycznie. Mediana przeżycia całej grupy chorych wyniosła 16 miesięcy. Istotną różnicą między EPP a P/D była lokalizacja wznowy choroby (przede wszystkim otrzewna przy EPP oraz opłucna w P/D). Warto dodać, że tzw. zaproszonym dyskutantem był prof. David Sugarbaker z Bostonu, znany z dużego zaangażowania w promowanie EPP.

Robert Meguid z Baltimore przedstawił referat pt. *The effect of volume on esophageal cancer resections: what constitutes acceptable resection volumes for centers of excellence?* oparty na wieloośrodkowym badaniu ankietowym, obejmującym 3052 chorych. Średnia liczba resekcji przełyku w ośrodku wynosiła 4 przypadki/rok (w granicach 1–29). Śmiertelność okołooperacyjna w centrach wykonujących mniej niż 10 resekcji/rok wyniosła 9,9%, zaś dla bardziej aktywnych spadała do możliwego do zaakceptowania poziomu 5,4%. Dyskutanci podnosili liczne wątpliwości dotyczące niejednorodnego charakteru danych, niepełnych informacji dotyczących przyczyn zgonu, rodzaju zastosowanej techniki operacyjnej, typu zespolenia, doświadczenia chirurga, a nie ośrodka itd.

Doniesienie pt. *A simple two-gene molecular prognostic model for adenocarcinoma of the lung* zaprezentowała prof. Carolyn Reed z Charleston. Przyjęto w nim proste założenie, że różne poziomy ekspresji i wzajemnej korelacji genów mogą mieć wpływ na rokowanie w przypadkach gruczolakoraka operowanego w stadium I i II. Na materiale 20 chorych zidentyfikowano krytyczną kombinację i poziom ekspresji genów CK19/EpCAM2 oraz ich wzajemny stosunek, który w istotny statystycznie sposób rzutował na przeżycie. Jeśli stosunek tych dwóch genów był większy niż 7,3, odsetek pięcioletnich przeżyć wynosił 18%, natomiast gdy był mniejszy niż 7,3, odsetek ten wzrastał do 90%. W konkluzji autorzy stwierdzili, że prosty test dwugenowy pozwala prognozować przeżycie we wczesnych stadiach gruczolakoraka. Do rozważenia pozostaje adjuwantowa chemioterapia w grupie o niekorzystnym rokowaniu. Można dodać, że zazwyczaj trudny w odbiorze dla chirurga temat „genetyczny" został przedstawiony w niezwykle przystępny sposób.

Mariana S. De Lorenzo z Weill Cornell w Nowym Jorku wzbudziła dyskusję swoim referatem pt. *Evaluating the effects of a dual inhibitor of COX-1/COX-2 vs. a selective COX-2 inhibitor on benzopyrene-induced neoplasia of the forestomach and lung*. Na 100 myszach z indukowanym nowotworem badano wpływ sulindacu (inhibitor COX1 i COX2) i celecoxibu (inhibitor tylko COX2) na hamowanie wczesnych etapów przemiany nowotworowej. Okazało się, że oba leki częściowo hamują ten proces, przy czym silniejsze działanie wykazywał sulindac. Uznano za wskazane kontynuowanie badań nad wpływem niesterydowych leków przeciwzapalnych na wczesne etapy indukcji nowotworu.

Dobrze została przyjęta praca Igora Tudorache z Hanoweru zatytułowana *A novel vascularized graft for replacement of long tracheal defects*. Materiał badawczy obejmował 10 świń, u których została podjęta próba wytworzenia graftu tchawicy z unaczynionego fragmentu autologicznego jelita cienkiego wzmocnionego allogenicznymi pierścieniami tchawicy przymocowanymi szwami surowicówkowymi. Dodatkowo wykonywano odżywcze zespolenie naczyniowe z naczyniami piersiowymi wewnętrznymi. Pomijając trzy niepowodzenia z przyczyn technicznych (niewystarczające zaopatrzenie naczyniowe graftu), u pozostałych zwierząt wykazano dobre wygojenie nowej „tchawicy" i jej funkcjonalność, aczkolwiek już po 3 miesiącach obserwowano przemianę allogenicznej chrząstki w tkankę włóknistą. Na słuchaczach dobre wrażenie zrobił prosty sposób skonstruowania graftu za pomocą powszechnie znanych technik chirurgicznych. Sugerowano możliwość zastąpienia usztywniających pierścieni z chrząstki szkieletem z metalu, „obszytego" jelitem.

Dr Didier Schneider z Zurychu w pracy *Accelerated treatment od postpneumonectomy empyema: a Bi-national long-term study* przedstawił odległe wyniki metody leczenia ropniaków opłucnej po pneumonektomii, charakteryzującej się skutecznością powyżej 80% wyleczenia przy relatywnie krótkiej hospitalizacji. Materiał ponad 80 chorych został zgromadzony na oddziałach w Zurychu i Szczecinie. Praca została dobrze przyjęta przez klinicystów – w kilku ośrodkach podjęto już pierwsze próby leczenia tego trudnego powikłania przedstawioną metodą.

Następny kongres AATS odbędzie się w maju 2008 r. w San Diego. Wskazane byłoby, aby z racji wysokiego poziomu większości przedstawianych prac, jak i całego zjazdu więcej Koleżanek i Kolegów z Polski zmobilizowało środki na wyprawę do Ameryki, gdyż nasza reprezentacja kardiotorakochirurgiczna jest zazwyczaj dość skromna – w tym roku rolę delegatów środowiska torakochirurgicznego wzięli na siebie doc. Witold Rzyman oraz autor niniejszych słów.