



OD REDAKCJI

Szanowni Państwo!

Zapraszam do lektury jesiennego zeszytu „Onkologii po Dyplomie”. Jego formuła została nieco zmieniona: artykułów jest mniej, natomiast są one bardziej obszerne i szczegółowe. Oprócz prac z *New England Journal of Medicine* i *CA Cancer Journal for Clinicians* po raz pierwszy, ale nie ostatni, pojawiają artykuły z *Seminars in Oncology*. Najciekawsze lub kontrowersyjne prace tradycyjnie już opatrzone komentarzami uznanych ekspertów w danych dziedzinach onkologii.

Październikowy zeszyt „Onkologii po Dyplomie” otwiera artykuł Palumbo i Andersona z *New England Journal of Medicine* dotyczący szpiczaka mnogiego. Autorzy, będący niekwestionowanymi autorytetami w tej dziedzinie, szczegółowo przedstawiają obecny stan wiedzy dotyczącej biologii, diagnostyki i możliwości leczenia chorych na ten nowotwór. Szpiczak mnogi należy do nowotworów, w których w ostatnich latach doszło do wręcz rewolucyjnych zmian w zakresie postępowania terapeutycznego. Szerokie stosowanie leczenia ukierunkowanego molekularnie, a także systematyczne wdrażanie optymalizowanych strategii kojarzenia tych metod z przeszczepieniem komórek macierzystych układu krwiotwórczego, przełożyły się na wyraźną poprawę rokowania, co jest szczególnie istotne u chorych w młodszym wieku. Współczesne schematy postępowania uwzględniają nie tylko leczenie indukcyjne z przeszczepieniem komórek macierzystych, ale również konsolidujące i podtrzymujące podawanie leków ukierunkowanych, takich jak talidomid, lenalidomid lub bortezomib. Skutkiem takich działań jest istotne wydłużenie czasu przeżycia. Ten ciekawy artykuł, uzupełniony równie ciekawym komentarzem prof. Krzysztofa Warzochy, powinien stanowić obowiązkową lekturę dla wszystkich onkologów, nie tylko specjalizujących się w zakresie onkohematologii.

Kolejna praca, autorstwa Paice i Ferrell, pochodzi z *CA Cancer Journal for Clinicians*, a dotyczy postępów w zwalczaniu bólu nowotworowego. Standardy leczenia przeciwbólowego w poszczególnych krajach są często różne i np. standardy obowiązujące w Stanach Zjednoczonych w pewnym stopniu odbiegają od zasad rekomendowanych w Polsce. Dotyczy to zarówno zalecanych leków, jak też ich dawkowania. Z tego względu koniecznym uzupełnieniem artykułu Paice i Ferrell jest lektura komentarzy autorstwa znanych specjalistów w zakresie opieki paliatywnej, dr. Jerzego Jarosza i nieco polemizującego z nim komentarza dr Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz. Należy też zwrócić uwagę na konieczność kompleksowego podejścia do problemu bólu nowotworowego, co warunkuje duże prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwanego wyniku terapeutycznego. Ten artykuł i komentarze do niego są również nadzwyczaj ciekawe.

Dwie następne prace, pochodzące z *Seminars in Oncology*, dotyczą ważnego zagadnienia, jakim jest optymalizacja leczenia uzupełniającego u chorych na raka okrężnicy. Dominującą metodą leczenia uzupełniającego chirurgię jest chemioterapia, ponieważ potencjalne znaczenie zastosowania radioterapii w tej lokalizacji deprecjonuje duże ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, głównie ze strony jelita cienkiego. De Gramont i wsp. omawiają postępy w zakresie leczenia uzupełniającego u chorych na raka okrężnicy w III stopniu zaawansowania. W tych przypadkach celowość włączenia chemioterapii nie budzi wątpliwości, co potwierdzono dowodami o najwyższym stopniu wiarygodności. Według współczesnej wiedzy optymalnym schematem leczenia jest skojarzenie fluoropirymidyn z oksaliplatyną. Nadzieje na dalszy postęp, wiązane ze stosowaniem leków ukierunkowanych molekularnie, do tej pory się nie spełniły, co stanowi różnicę w porównaniu do leczenia systemowego u chorych na raka jelita grubego z przerzutami. Ten wart uwagi artykuł jest uzupełniony komentarzem prof. Macieja Krzakowskiego.

W drugiej z prac, której autorami są Dotan i Cohen, przedstawiono problemy wiążące się z leczeniem uzupełniającym w przypadku raka okrężnicy w II stopniu zaawansowania. W tej grupie chorych znaczenie leczenia uzupełniającego budzi kontrowersje, wiadomo też, że takie postępowanie nie wszystkim przynosi korzyść terapeutyczną. Dlatego nadzwyczaj ważne jest określenie grup ryzyka, które umożliwiłyby identyfikację chorych wymagających wdrożenia leczenia uzupełniającego. Histokliniczne czynniki ryzyka są w miarę dobrze zdefiniowane, aczkolwiek wydają się niewystarczające. Obecnie coraz większą rolę zaczynają w tym aspekcie odgrywać markery biologiczne, których znaczenie szczegółowo w tej pracy omówiono. Zagadnienia te stanowią najciekawszą część artykułu.

Kończąc, tradycyjnie zapraszam do udziału w programie edukacyjnym naszego czasopisma. Mam też nadzieję, że nieco zmieniona formuła „Onkologii po Dyplomie”, z rosnącą rolą komentarzy ekspertów, spotka się z przychylną oceną Czytelników.

Andrzej Kawecki



Redaktor Naczelny „Onkologii po Dyplomie“