

OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Serdecznie zapraszam do lektury jesiennego zeszytu „Onkologii po Dyplomie”. W przeciwieństwie do poprzednich jest on bardziej zróżnicowany tematycznie i zawiera siedem artykułów poglądowych poruszających różne zagadnienia onkologiczne.

W pierwszej pracy, pochodzącej z *New England Journal of Medicine*, Hidalgo przedstawia podsumowanie współczesnej wiedzy na temat raka gruczołowego trzustki. Nowotwór ten jest swoistym wyrzutem sumienia współczesnej onkologii, ponieważ wyniki leczenia i rokowanie chorych pozostają w kolejnych dziesięcioleciach niezmiennie złe. Składa się na to z jednej strony niewystępowanie wczesnych objawów klinicznych raka, przyczyniające się zwykle do jego późnego rozpoznawania, z drugiej zaś naturalny przebieg kliniczny nowotworu oraz jego oporność na chemioterapię i napromienianie. Szanse, co prawda nikłe, na uzyskanie trwałego wyleczenia są warunkowane wykonaniem radykalnego zabiegu operacyjnego. Skalę problemu dodatkowo zwiększa obserwowany w wielu krajach systematyczny wzrost zachorowalności na raka trzustki. Osiągnięcia ostatnich lat są nikłe. Wykazano wprawdzie ograniczoną skuteczność leczenia pooperacyjnego gemcytabiną i ewentualnie napromienianiem, ale podawane w różnych opracowaniach mediany czasu przeżycia chorych poddanych radykalnemu postępowaniu skojarzonemu nie przekraczają 20 miesięcy. Pewne nadzieje można wiązać z leczeniem ukierunkowanym molekularnie, co na obecnym etapie dotyczy głównie drobnocząsteczkowych inhibitorów kinazy tyrozynowej EGFR. Odnotowywane korzyści są jednak, obiektywnie biorąc, więcej niż ograniczone. W omawianym artykule szczególnie godna polecenia jest część dotycząca biologii raka trzustki, której złożoność i charakter niewątpliwie wpływają na nieskuteczność postępowania terapeutycznego.

Dwa kolejne artykuły dotyczą problemów związanych z leczeniem chorych na raka jelita grubego. Kemeny omawia zasady postępowania w przypadku wystąpienia przerzutów do wątroby. Uzyskiwane wyniki napawają większym optymizmem niż rezultaty leczenia chorych na raka trzustki. Zarówno postępy w technikach chirurgicznych, przekładające się na rozszerzenie wskazań do resekcji, jak i szeroka aplikacja skutecznego systemowego leczenia okołoperacyjnego, zaowocowały wyraźną poprawą rokowania u chorych z przerzutami raka jelita grubego do wątroby. Wprowadzanie leków nowych generacji, w tym także ukierunkowanych molekularnie, również stwarza realne nadzieje na dalszy postęp.

W następnym artykule Hubbard i Grothey omawiają współczesne możliwości leczenia antyangiogenne chorych na raka jelita grubego. Najlepiej poznanym lekiem tej grupy jest bewacyzumab, przeciwciało monoklonalne skierowane przeciw czynnikowi wzrostu śródbłonna naczyń. W dotychczasowych badaniach wykazano aktywność bewacyzumabu wobec raka jelita grubego, należy jednak podkreślić, że udokumentowaną korzyść z zastosowania tego leku odnoszą jedynie chorzy z przerzutami odległymi. Stosowanie bewacyzumabu w ramach leczenia uzupełniającego pozostaje przedmiotem kontrowersji, nie udowodniono też korzyści terapeutycznych wynikających z takiego postępowania.

Następny artykuł, którego autorami są Speranza i wsp., dotyczy stosunkowo rzadko występującego nowotworu, jakim jest gruczołowy rak jelita cienkiego. Dla onkologów doniesienie to ma charakter głównie edukacyjny, ponieważ w codziennej praktyce klinicznej rzadko spotykamy się z tym problemem. Omówiono etiologię i patogenezę raka jelita cienkiego, a także zasady postępowania terapeutycznego, które siłą rzeczy są oparte na wynikach badań retrospektywnych.

W kolejnej pracy Eriksson przedstawia postępy w leczeniu chorych na nowotwory neuroendokrynne (NET). Skuteczność chemioterapii w przypadku NET jest ograniczona, aczkolwiek pewne nadzieje są związane z lekami nowych generacji, takimi jak temozolomid lub kapcytabina. Liczne zaburzenia molekularne występujące w tych nowotworach otwierają natomiast możliwości aplikacji leczenia ukierunkowanego i działanie takich leków, jak inhibitory wielokinazowe lub inhibitory celu rapamycyny u ssaków, jest już oceniane w zaawansowanych badaniach klinicznych. Niezmiennie jednak podstawą leczenia pozostają analogi somatostatyn.

Reynoso i Trend przedstawiają obecne możliwości wykorzystania imatynibu w leczeniu okołoperacyjnym chorych na miejscowo zaawansowane nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST). Wprowadzenie do praktyki klinicznej imatynibu spowodowało spektakularną poprawę rokowania u chorych z nawrotami lub przerzutami odległymi GIST. Wykazano także skuteczność leku w leczeniu uzupełniającym chirurgię, a także postępowaniu poprzedzającym zabieg operacyjny. Określenie dokładnych wskazań do wprowadzenia takiego postępowania wymaga jednak dalszych badań, a niezwykle ważna wydaje się indywidualizacja postępowania uzależniona od cech klinicznych i molekularnej charakterystyki nowotworu.



W ostatnim doniesieniu Hensley przedstawia stan wiedzy na temat zastosowania chemioterapii docetaksem i gemcytabiną u chorych na mięsaki tkanek miękkich. Wykazano skuteczność tego schematu w przypadkach leiomyosarcoma narządu rodnego, a także aktywność w innych mięsakach, co przekłada się na rozszerzenie ograniczonych do tej pory możliwości leczenia systemowego w tej grupie chorych.

Kończąc, tradycyjnie zapraszam do udziału w programie edukacyjnym naszego czasopisma. Liczę także, że lektura bieżącego zeszytu okaże się interesująca i pozwoli na aktualizację wiedzy w zakresie omawianych zagadnień.

W imieniu Rady Naukowej

Andrzej Kawecki



Redaktor Naczelny „Onkologii po Dyplomie“