

INTERNATIONAL MEETING ON INNOVATIVE APPROACHES IN HEAD AND NECK ONCOLOGY, BARCELONA 2007

Tibor Barta

I. ORL klinika FNsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

V dňoch 22. – 24. februára 2007 Európska spoločnosť pre liečebnú rádiológiu a onkológiu (ESTRO) a Európska spoločnosť pre hlavu a krk (EHNS) pod záštitou Federácie Európskych onkologických spoločností (FECS) usporiadala v barcelonskom Palau de Congressos de Catalunya medzinárodný míting pod názvom International Meeting on Innovative Approaches in Head and Neck Oncology. Na kongrese sa stretlo viac ako 600 odborníkov z celého sveta, ktorí multidisciplinárne spolupracujú pri základnom výskume a podieľajú sa na diagnostike a multimodálnej liečbe nádorov hlavy a krku.

Onkológia (Bratisl.), 2007, roč. 2 (3): 191–193

Na kongrese odznelo 58 prednášok popredných odborníkov rôznych medicínskych disciplín z významných onkologických pracovísk sveta, bolo vystavených 177 posterov a uskutočnili sa 2 satelitné sympózia.

Za posledné desaťročie boli zaznamenané významné pokroky v diagnostike a liečbe onkologických chorôb hlavy a krku. Nové zobrazovacie techniky pri diagnostike, nové ožarovacie techniky, nové molekuly protinádorových liekov, pokroky v chirurgickej liečbe, najmä v rekonštrukčnej chirurgii, posúvajú hranice operability a kurability nádorov hlavy a krku so zameraním aj na kvalitu života prežívajúcich pacientov. Nové poznatky o patogenéze malignít hlavy a krku umožnili vývoj sfubných biologických cieľených liečiv proti nádorom hlavy a krku. Veľké randomizované štúdie dokazujú stále stúpajúci význam kombinovanej multidisciplinárnej liečby malignómov hlavy a krku.

Multidisciplinárne zameranie kongresu bolo viditeľné aj v jednotlivých diskutovaných témach, ktoré boli zamerané na:

- najnovšie poznatky molekulárnej patológie malignómov hlavy a krku,
- záchrannú chirurgickú liečbu,
- rekonštrukčnú chirurgiu,
- rádio-chemoterapiu (RT/CHT),
- IMRT,
- molekulárnu cieľenú liečbu biologickými liekmi,
- nové zobrazovacie techniky a pod.

Najväčší priestor bol však venovaný prednáškam a diskusiám o klinických skúsenostiach pracovných skupín, o význame sekvenčnej alebo konkomitantnej chemoterapii, o význame zisťovania sentinelových lymfatických uzlín (SNB) z hľadiska plánovania terapie, laser chirurgii či úlohách a možnostiach liečby recidív nádorov hlavy a krku.

Celé podujatie otvorili satelitné sympózia Sanofi-Aventis a Merck KGaA. Firma Sanofi-Aventis sponzorovala minisympóziu na tému **TPF in-**

dukčná terapia: vývoj nového štandardu liečby epidermoidného karcinómu hlavy a krku (ďalej SCCHN). Prednášatelia J. L. Lefebvre, J. Vermorken, A. Paccagnella, R. Hitt, G. Calais, M. Posner prezentovali súbor prednášok o význame taxánov v liečbe lokálne pokročilých inoperabilných SCCHN v štádiu III a IV. Konštatovali, že doteraz indikovaná konkomitantná RT/CHT u inoperabilných SCCHN prináša 3-ročné prežívanie iba u 45 % pacientov, u 30 – 40 % pacientov vzniká lokoregionálna recidíva a u 20 – 30 % sa vyvíjajú vzdialené metastázy. Mnohé štúdie dokazujú, že indukčná CHT cisplatinou a 5-fluorouracilom (PF) výrazne znižuje tvorbu vzdialených metastáz a predlžuje celkové prežívanie (OS).

Prednášajúci predniesli výsledky III. fázy randomizovanej štúdie EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) 24971 / TAX 323, ktoré potvrdili signifikantné predĺženie bezpríznakového prežívania pacientov. Podával sa Docetaxel 75 mg/m² spolu s PF (TPF). Median PFS (*progress free survival*) u PF bol 8,2 mesiaca oproti 11,0 mesiacov u TPF, ($p = 0,07$), s predĺženým prežívaním (medián OS u PF 14,2 mesiaca oproti 18,6 mesiaca u TPF, $p = 0,0055$). Podávanie TPF nezvyšuje toxicitu a vyhodnotenie dotazníkov kvality života pacientov uprednostňuje podávanie TPF. Na základe tejto štúdie bol Docetaxel odsúhlasený v EU a v USA na podávanie v kombinácii s cisplatinou a 5-fluorouracilom v indukčnej CHT inoperabilných lokálne pokročilých SCCHN.

Podobná štúdia TAX 324 III. fáza preukázala signifikantne lepšie (37 % oproti 49 %, $p = 0,004$) 3-ročné prežívanie pacientov v ramene, kde sa podávala indukčná TPF s následnou CHT/RT s carboplatinou. Podľa TAX 324 došlo pri podávaní TPF k 30 % nižšej mortalite ($p = 0,0058$). Autori prezentovali aj závery štúdie GORTEC (*Groupe Oncologie Radiothérapie Tête et Cou*) 2000 – 2001, ktorá bola zameraná na liečbu karcinómu hrtana s cieľom terapie zachováajúcej orgán s použitím TPF v indukčnej

CHT verzus PF. V ramene s TPF bola miera zachovania hrtana 77,3 % oproti 56,3 % ($p = 0,036$) so signifikantne lepšou odpoveďou na liečbu a s 41,4 % 3-ročným prežívaním pacientov bez nutnosti laryngektómie. Záverom minisympózia bolo konštatovaná významnosť podávania Docetaxelu v indukčnej CHT u pacientov SCCHN.

Satelitné sympóziu firmy Merck KGaA bolo na tému **Erbix – vývoj štandardnej liečby karcinómov hlavy a krku**. Prednášatelia V. Gregoire, R. Hitt, D. Zips, K. Ang, J. B. Vermorken prezentovali všetky aspekty a účinky cieľenej biologickej liečby unikátnou monoklonálnou protilátkou, blokujúcou EGFR (*epidermal growth factor receptor*), ktorý je v 90 – 100 % prípadov exprimovaný epidermoidnými karcinómami hlavy a krku. Veľmi podrobne prezentovali úlohu EGFR v patomechanizme SCCHN. EGFR hrá kritickú úlohu v regulácii rastu nádoru, angiogenézy, invázie nádoru, v tvorbe metastáz a prežívania pacienta. Expresia EGFR je v korelácii so zhoršenou prognózou SCCHN a lokálnym zlyhaním RT. Erbitux je IgG1 monoklonálna protilátka s vysokou kompetitívnou afinitou k EGFR. Erbitux cez možné mechanizmy pôsobenia zvyšuje kuratívny potenciál RT u SCCHN. Závery viacerých štúdií potvrdzujú synergický antitumorový efekt Erbituxu a RT u SCCHN. Pridanie Erbituxu k RT zvyšuje medián prežívania skoro o 20 mesiacov (49,0 vs. 29,3 mesiacov), predlžuje medián lokoregionálnej kontroly pokročilých SCCHN skoro o 10 mesiacov (24,4 vs. 14,9 mesiacov). Znižuje riziko úmrtia o 26 % a o 32 % redukuje riziko lokoregionálnej recidívy SCCHN. Erbitux zvyšuje počas 3-ročného prežívania pacientov u orgán zachováajúceho protokolu (bez laryngektómie) z 80 na 88 %. Štúdie dokázali účinnosť Erbituxu v prvej línii liečby s cisplatinou u rekurentného a/alebo metastatického SCCHN. Erbitux + cisplatinu zvyšuje celkovú odpoveď (*overall response rate*) u týchto SCCHN na 26 % oproti 10 % u placebo + cisplatinu. 2-ročné prežívanie u pa-

cientov s týmto typom SCCHN bolo dosiahnuté 5,8 % Erbituxom + cisplatinou oproti 9,4 % u placeba + cisplatina. Prítomnosť a stupeň kožného výsevu (vedľajší nežiaduci účinok) u Erbituxu bol v priamej súvislosti s OS pacientov (čím intenzívnejší výsev, tým lepšia odpoveď na liečbu). Erbitux je aktívny aj v druhej línii liečby u rekurentného a metastatického SCCHN, kde OS predlžuje z 5,5 na 6,1 mesiaca. Erbitux v kombinácii s platinou má podobný efekt liečby ako Erbitux v monoterapii a je dobre tolerovaný v samostatnej terapii, ako aj v kombinácii s cis- alebo carboplatinou. Španielska skupina potvrdila synergický efekt taxánov s Erbituxom pri podávaní každý týždeň, alebo v dávkovaní každý 2. týždeň. Najmä v kombinácii s Paclitaxelom 80 mg/m² sa zvyšuje protinádorový a antiangiogenetický účinok liečby. Tento poznatok dáva prísľub účinnejšej kontroly pacientov s SCCHN, u ktorých došlo k recidíve, respektíve k rozvoju metastáz.

V úvode prednáškového bloku sa predstavili jednotlivé európske výskumné a pracovné skupiny – dánska DAHANCA, francúzska GORTEC a GETTEC, belgická EORTEC, holandská NWHHT-SG, švédska ARTSCAN, škandinávská SSHNO, španielska GICOR, anglická NCRI, nemecká DÖSAK a poľská pracovná skupina. Pracovné skupiny prezentovali prebiehajúce výskumné projekty, priebežné výsledky štúdií jednotlivých randomizovaných skupín pacientov. Počas diskusií sa formulovali aj návrhy budúcich projektov v rámci multimodálnych liečebných postupov SCCHN aj v rámci medzinárodnej spolupráce pracovných skupín. Prezentovali predbežné výsledky a závery jednotlivých fáz a jednotlivých protokolov prebiehajúcich štúdií.

V paneli **molekulárnej biológie a patológie malignómov hlavy a krku** boli zaujímavé štúdie o karcinogenéze na molekulárnej úrovni. Califano predniesol úvahy a prvé poznatky o možnosti stanoviť na základe molekulárnych markerov premalignné lézie s tendenciou premeny na invazívne maligné ochorenie. Brakenhoff sa zapodieval možnosťou využitia molekulárnej analýzy tkanív na resekčných líniiach, s možnosťou stanoviť tzv. MRC (*minimal residual cancer cells*), z ktorých môžu vznikáť prekursori a následne aj tzv. *second field tumors* (SFT). Podarilo sa im na prítomnosti TP-53 mutovanej DNA v okrajových resekčných zónach ukázať, že jej prítomnosť môže zvyšovať riziko lokoregionálnej rekurencie nádoru. Lassen a kolektív z DAHANCA v rokoch 1986 – 1990 sledovali súvis simultánnej HPV infekcie pacientov s SCCHN liečených konvenčnou RT. Analýza výsledkov ukázala štatisticky významnú odchýlku ($p = 0,0002$) 5-ročnej lokoregionálnej kontroly u pacientov s SCCHN so zvýšenou expresiou p16 (57 % vs. 28 %). Zvýšená expresia p16 štatisticky zlepšuje aj prognózu prežívania

(OS) 64 % vs. 24 % pacientov s SCCHN liečených konvenčnou RT. Pramana a kolektív NWHHT-SG identifikoval 7 génov exprimovaných z SCCHN, ktoré so 62 % senzitivitou a 84 % špecifitou, by mohli pomôcť identifikovať subtypy epidermoidných karcinómov citlivých na CHT/RT.

V sekcii prednášok o **zobrazovacích technikách pri diagnostike SCCHN**, Hermans identifikoval problémové oblasti z hľadiska podrobného zobrazenia možného šírenia nádorov. Ide najmä o oblasť bázy lebky, fossa pterygopalatina a infratemporalis, orbity a mozgu, s možnosťou zistenia ich perineurálneho alebo perivaskulárneho šírenia. Definoval aj potrebu zobrazenia hĺbky infiltrácie, slizničných okrajov nádoru ako aj subklinického, prípadného metastatického postihnutia lymfatických uzlín. Oyen a Lonneux vyzdvihli význam pozitronovej emisnej tomografie (PET), resp. PET-CT na molekulárne zobrazenie karcinómov hlavy a krku. Možnosti použitia iných rádiofarmák okrem F-18-fluordeoxyglukózy (FDG-PET) otváraajú nové možnosti zobrazenia. Použitie F-18-deoxyfluorothymidinu (FLT) ako proliferatívneho markera, alebo F-18-misonidazolu (FMI-SO) ako ukazovateľa hypoxie tkaniva, dáva pridanú hodnotu PET-CT, najmä pri stanovovaní stagingu SCCHN. Zároveň možnosť kombinácie PET-CT a PET-MR môže pomôcť rozlíšiť nádorovú metabolickú aktivitu od zápalovej aktivity tkaniva po RT. Dolivet s kolektívom prezentoval obrovské pokroky v rámci kraniofaciálnej chirurgie pomocou CT a MR navigovanej onkochirurgie. Predoperačné CT skeny s možnosťou MR fúzie a s využitím navigácie dáva okamžitú informáciu operatérovi najmä v oblastiach so zložitou anatomicou štruktúrou prednej a letarálnej bázy lebky. Nuyts s kolektívom predniesol prvé skúsenosti s využitím *diffusion weighted* (DW) MR na pred- a po liečebné neinvazívne 3D zobrazenie zmeny funkcie slinných žliaz po RT. Výpočtom ADC (*apparent diffusion coefficient*) hodnôt možno vytvoriť 3D mapy pre príušné a podsánkové žľazy pred a po RT a porovnať ich s isodózami na zistenie odpovede tkaniva žľazy na RT.

V paneli o **optimálnej liečbe lokálne pokročilých faryngo-laryngických epidermoidných karcinómov**, Spriano a kolektív prezentoval výrazne lepšiu akceptáciu chirurgickej liečby šetriacej hlas oproti laryngektómii s inzerciou hlasovej protézky. V USA randomizované štúdie pokročilých resekovateľných SCCHN hrtana a hypofaryngu dokazujú ústup od radikálnych chirurgických metód ku konzervatívnejším postupom. V Európe sa taktiež rozvíjajú tzv. funkciu zachovávajúce chirurgické postupy. Aj u pacientov s lokálne pokročilými SCCHN sa stále viac odporúča pre lepšiu kvalitu života pacientov využívať suprakrikoidné parciálne resekcie hrtana s krikohyoidopexiou alebo krikohyoidoepiglottopexiou, či rozšírenú

supraglotickú laryngektómiu s tracheohyoidopexiou alebo tracheohyoidoepiglottopexiou. Tieto výkony sa dopĺňajú o krčnú disekciu (ND) a pooperačnú RT. Dôsledné sledovanie takto liečených pacientov je veľmi dôležité, aby bolo možné indikovať záchrannú chirurgickú liečbu, v prípade zlyhania primárnej liečby. Budach vo svojom príspevku o CHT/RT pri lokoregionálne pokročilých SCCHN po meta-analýze randomizovaných skupín pacientov, formuloval tieto odporúčania:

1. konkomitantná RT/CHT je výrazne efektívnejšia ako RT sama,
2. benefit prežívania pri konkomitantnej CHT/RT s použitím cisplatiny, carboplatiny, alebo mitomycin C ako samostatná liečba, alebo v kombinácii s 5-FU je výrazný oproti 5-FU samotného,
3. z meta-analýzy vyplýva, že využitie cisplatiny s 5-FU (PF) v rámci CHT/RT sa zdá najefektívnejšie,
4. hyperfrakcionovaná RT s postupným nárastom dávky je výhodnejšia oproti konvenčnej RT z hľadiska OS,
5. akcelerovaná RT s alebo bez hyperfrakcionácie síce zlepšuje lokoregionálnu kontrolu SCCHN, oproti konvenčnej RT, ale bez vplyvu na prežívanie,
6. ak sa podáva konkomitantná CHT/RT, nie je významný rozdiel medzi efektom konvenčnej, akcelerovanej a hyperfrakcionovanej RT,
7. významný rozdiel prežívania bol dokázaný na randomizovaných štúdiách pri neoadjuvantnej TPF (docetaxel, cisplatina a 5-FU) pred RT oproti PF,
8. neoadjuvantná TPF a PPF (paclitaxel / cisplatina / 5-FU) s následnou CHT/RT štatisticky zlepšuje prežívanie oproti neoadjuvantnej PF a následnej CHT/RT,
9. podávanie cetuximabu (Erbitux) konkomitantne s RT štatisticky zlepšujú lokoregionálnu kontrolu a OS,
10. benefit CHT/RT a hyperfrakcionácie je závislý od veku pacienta (do 70 rokov).

Hamoir sa v prezentácii zaoberal časovaním PET po RT/CHT v rámci plánovania krčnej disekcie (ND). Odporúča realizovať PET 10 – 12 týždňov po RT/CHT a na základe tohto vyšetrenia indikovať selektívnu ND. Zároveň prezentoval, že v tomto čase realizovaná selektívna ND neznamená vyššie riziko pooperačných komplikácií.

Janssens a kolektív študoval problém selektívnej, alebo modifikovanej radikálnej ND pri nekompletnej odpovedi na primárnu CHT/RT. Pri analýze súboru pacientov zistil, že až 91 % prípadov z klinicky reziduálnym nálezom patologických lymfatických uzlín (LU) po primárnej RT/CHT, bolo limitovaných iba na oblasť krku s patologickým nálezom LU pred

liečbou. Z toho usúdil, že stačí robiť iba selektívnu ND v pôvodne postihnutej oblasti krku, pri klinicky palpovateľných LU, ako šetriacu chirurgickú procedúru, pri kompletnej remisii primárneho nádoru oro-, hypofaryngu a hrtana. Iba v prípadoch patologických LU v oblasti V a N3 náleze, je nutné tento postup meniť.

Pomerne veľký priestor bol venovaný prezentáciám prác zameraných na **hodnotenie kvality života (QOL) pacientov v dôsledku liečby SCCHN**. Výsledky štúdií možno zhrnúť do týchto bodov:

1. nechirurgické liečebné postupy môže byť sprevádzané výraznými vedľajšími toxickými efektmi a mali by byť vyhodnocované ako súčasť dotazníkov QOL,
2. orgán zachovávajúce procedúry nemusia vždy znamenať, že dôjde aj k zachovaniu funkcie orgánu, čo nebolo vždy v dotazníkoch zohľadňované. Novšie, špecificky zamerané dotazníky, majú vyššiu citlivosť a zohľadňujú hodnotenie, napr.: Dysphagia inventory, Swallowing Quality of Life, Voice-Related QOL Measure, Voice Handicap Index, Xerostomia related quality of life scale,
3. hodnotenie funkčných dôsledkov liečby je potrebné robiť na základe subjektívnych údajov pacientov v QOL s objektívne získanými hodnotami funkcií,
4. vzťah medzi zachovaním funkcie a kvalitou života nie je možné vždy posudzovať priamo, je niekedy potrebné vyhodnocovať QOL aj pomocou pomocných škál hodnotenia
5. porovnávanie jednotlivých výsledkov QOL je potrebné prispôbiť regionálnym, kultúrnym, spoločenským a systémovým zvyklostiam.

Z hľadiska posudzovania QOL pacientov po primárnej RT boli zaujímavé štúdie o IMRT (Intensity-modulated RT) pri liečbe SCCHN. Graff uviedol výsledky štúdie 6-tich onkologických centier EORTC, kde dotazníkovou formou porovnávali jednak lokoregionálnu kontrolu choroby a na základe 7 príznakov aj subjektívne ťažkosti pacientov. Pokiaľ ide o 1-ročnú kontrolu choroby, nebol významný rozdiel pri aplikácii konvenčnej RT (CRT) a IMRT, v prospech IMRT však hovorili významne nižší počet pacientov s vážnymi subjektívnymi ťažkosťami v týchto sledovaných príznakoch:

- suchosť úst ($p < 0,0001$),
- lepkavé husté sliny ($p < 0,0001$),
- bolesť ($p = 0,01$),
- kvalita prehĺtania ($p = 0,01$),
- problémy s jedením v spoločnosti ($p = 0,03$),
- problémy so zubami ($p = 0,02$),
- trizmus ($p = 0,001$).

Podobné závery o benefite IMRT verus CRT najmä z pohľadu xerostómie prezentoval Vergeer, kde počas RT priebežne vyhodnocovali skóre, pričom 43 % pacientov počas CRT malo výraznú xerostómiu oproti 19 % pri IMRT ($p = 0,001$), 6 týždňov po ukončení to bolo 62 % po CRT oproti 41 % IMRT ($p = 0,008$). Tieto výsledky sa dosiahli významne nižšou priemernou dávkou žiarenia na oblasť príušných žliaz (IMRT 26,6Gy verus 43,0 Gy pri CRT, $p < 0,001$). Tieto výsledky potvrdila v prezentácii aj Braam z Utrechtu, kde vyhodnocovali funkciu príušných žliaz pred liečbou, 6 týždňov, 6 mesiacov a 12 mesiacov po IMRT vs. CRT.

Z pohľadu onkochirurga boli zaujímavé výsledky QOL Poissonnet z Nice, ktorý vyhodnocoval parametre QOL u 95 pacientov pred, 6 a 12 mesiacov po chirurgickej liečbe SCCHN s následnou rekonštrukciou voľným stopkovitým lalokom. Na základe analýzy zhodnotil, že rekonštrukcia voľným lalokom po chirurgickej liečbe SCCHN dáva dobré funkčné výsledky s akceptovateľnou kvalitou života, ktorá bola v globále konštantná počas sledovaného obdobia.

Mamelle a kol. predniesli skúsenosti z prospektívnej štúdie **biopsie sentinelovej uzliny** (SNB) u pacientov s T1, T2 karcinómom ústnej dutiny. Päťdesiatpäť pacientov bolo zahrnutých v rokoch 2000 – 2003 do štúdie, 53 podstúpilo SNB s následnou elektívnu ND (END). Dvanásť pacientov malo pozitívnu SN, nezistila sa falošne negatívna uzlina, pacienti s negatívnou SNB nemali počas sledovania rekurenciu uzlinového nálezu. Po skončení tejto štúdie 48 pacientov malo vykonanú SNB bez END. SN sa nenašla u 4 pacientov, 11 zo 44 pacientov (25 %) malo pozitívnu SNB. Pri ďalšom sledovaní mali 2 pacienti s negatívnou SNB nález zväčšených uzlín, 1 pacient z nich mal potvrdenú mikrometastázu. Zo 103 pacientov zlyhala SNB v menej ako 2 % prípadov a teda SNB možno považovať za spoľahlivú metódu.

Na tému SNB predniesli svoj príspevok aj Werner a Duenne, ktorí hovorili o Marburgskom koncepte selektívnej ND a superselektívnej ND s ohľadom na optimalizáciu liečby SCCHN. Jednoznačne zaznelo, že pri orofaryngických a hrtanových karcinómoch je dominantná oblasť II, zriedkavejšie III, kritická oblasť sa javí oblasť II b. Udvávajú, že pri hypofaryngickom karcinóme v ich súbore sa vždy potvrdila mts v oblasti II b. Odporúčajú u N0 krkov robiť selektívnu ND so SNB, pričom na súbore 150 pacientov získali skúsenosť, že u orofaryngických karcinómov nie je 1 SNB reprezentatívna, preto odporúčajú robiť superselektívnu ND 2 a viac LU. Niekedy používajú aj viaceré kožné incízie, majú aj prvé skúsenosti s endoskopickou ND.

V sekcii o **starostlivosti a možnostiach liečby pacientov po zlyhaní primárnej liečby** prednášatelia prezentovali možnosti chirurgickej liečby, ale aj možnosti reiradiácie.

Shah z USA predniesol príspevok o konzervatívnej chirurgickej liečbe u pacientov po zlyhaní primárnej RT hrtanových SCCHN. Venoval sa najmä pacientom s T1 a T2 nádorom hrtana (glotický a supraglotický), u ktorých zlyhala RT. Predstavil možnosti endoskopickej laserovej chirurgie týchto nádorov, pričom zdôraznil nutnosť dobrého zhodnotenia nálezu a výber vhodných pacientov. Zdôraznil hlavné úlohy onkochirurga: eradikáciu nádoru a zachovanie funkcie hrtana. Okrem endoskopických možností prezentoval všetky typy parciálnych resekcii hrtana s lokoregionálnou 5-ročnou kontrolou u 70 % pacientov. Eerenstein z Amsterdamu hovoril o „záchrannnej chirurgii“ po primárnej CHT/RT u 191 liečených pacientov s SCCHN, z ktorých u 82 bola zistená perzistencia, resp. recidíva nádoru, z nich 32 podstúpilo záchrannú chirurgiu v rôznom rozsahu aj s rekonštrukciou rôznymi lalokmi. 29 pacientov bolo zahrnutých do štúdie, z nich OS bolo u 25 %, lokálna kontrola u 56 %. 20 pacientov (67 %) malo problémy s hojením, 9 pacientov (31 %) si vyžadovalo ďalší chirurgický výkon. Záverom bolo zdôraznené, že pri dobrom výbere pacientov s použitím širokej škály chirurgických techník má záchranná chirurgia akceptovateľné výsledky.

Viacerí prednášatelia prezentovali skúsenosti s reiradiáciou v plnej dávke v kombinácii s CHT ako záchrannou liečbou po zlyhaní primárnej liečby. Zhodli sa na tom, že táto modalita liečby významne zlepšuje OS s akceptovateľnou kvalitou života prežívajúcich pacientov. Boli prezentované rôzne modely frakcionácie RT.

Záverom chcem zdôrazniť, že na kongrese odznelo veľa podnetných názorov a opäť bolo vidieť výsledky systematickej práce výskumníkov, ktoré poskytnú nové možnosti liečby u pacientov s SCCHN. Kiežby sme na Slovensku konečne prestali riešiť bytostné otázky prežitia zdravotníckeho systému, ktorý je v obrovskej ekonomickej kríze a pripojili sa k úspechom našich kolegov v Európe a vo svete, ktorí posúvajú možnosti zvládnutia zhubných nádorov hlavy a krku.

Týmto sa chcem poďakovať firme Merck, ktorá hlavnou mierou prispela, že som sa na tomto kongrese mohol zúčastniť.

MUDr. Tibor Barta, PhD.

I. ORL klinika FNsP sv. Cyrila a Metoda
Antolská 11, 851 07 Bratislava 5
e-mail: tbarta@euroweb.sk