

Streszczenie

Nowotwory głowy i szyi zajmują 6 miejsce wśród wszystkich nowotworów. Ich występowanie związane jest z nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, żuciem betelu, narażeniem na promieniowanie jonizujące, pył drzewny czy też z zakażeniem wirusem HPV i EB. Większość chorych zgłasza się w zaawansowanym stadium choroby, a 5-letnie przeżycia pozostają na niskim, niezmiennym od lat poziomie 25-60%. Nowotwory głowy i szyi mogą być leczone chirurgicznie, radioterapią, radio-chemioterapią czy chemioterapią. U chorych leczonych chirurgicznie kluczowe pozostaje uzyskanie wolnych marginesów operacyjnych. Jednak brak radykalności szacuje się w zakresie 15-50% operacji. Dla oceny radykalności stosuje się śródoperacyjną ocenę marginesów i pooperacyjną, preparatów utrwalonych. W klasyfikacji marginesów najpowszechniej akceptowanym podziałem jest mikroskopowa ocena odległość frontu guza od linii cięcia. Jednak pomimo uzyskanej radykalności w ocenie marginesów, w 25% odnotowuje się wznowy miejscowe. W ocenie onkologicznej 5-letnich przeżyć należy także uwzględniać inne czynniki prognostyczne jak pierwotna wielkość guza, przerzuty do węzłów chłonnych, naciekanie okołonaczyniowe i okołonerwowe, drugie pierwotne ogniska, dysplazję. Badanie śródoperacyjne marginesów jest szeroko stosowane w operacjach onkologicznych, pozwala na poszerzenie zakresu resekcji w czasie pierwszej operacji. Trudności w ocenie marginesów śródoperacyjnych mogą być spowodowane złym pobraniem, transportem albo przygotowaniem materiału. Kolejnym powodem uzyskiwania fałszywie ujemnych marginesów jest trudność w identyfikacji miejsca wcześniejszego pobierania tkanek.

Głównym celem pracy było opracowanie i ocena skuteczności metody kompleksowego tj. okrężnego pobierania marginesów śródoperacyjnych. W pracy postawiono hipotezę badawczą: Pobieranie okrężnych i oznaczanych zgodnie z tarczą zegara marginesów śródoperacyjnych u chorych operowanych z powodu nowotworów głowy i szyi zmniejsza odsetek niepowodzeń, tj. wznów miejscowych i pozwala na poprawę wyników onkologicznych. U 73 chorych operowanych w okresie od maja 2012 do maja 2014 w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej UM w Poznaniu z powodu rozpoznanego nowotworu złośliwego głowy i szyi. do badania śródoperacyjnego marginesy pobierano metodą klasyczną i tarczy zegara (okrężnego pobierania). W metodzie klasycznej ilość i miejsce pobierania marginesów uzależnione były od subiektywnej oceny operatora, natomiast w okrężnym pobieraniu margines odwzorowywał całą łożę a miejsce pobrania określane było

godzinami tarczy zegara. W ocenie radykalności mierzono czas wolny od wznowy miejscowej i 2-letni okres przeżycia. Stopień zaawansowania oceniano w skali TNM. Intencją każdego zabiegu było radykalne usunięcie nowotworu i pierwotne zaopatrzenie ubytku. Histologicznie największą grupę stanowiły raki płaskonabłonkowe rogowaciejące (52,1%), i nierogowaciejące (19,2%), następnie rak torbielowo-gruczołowy (8,2%), rak podstawnokomórkowy (5,5%), rak gruczołowy (2,7%). W całej grupie pobrano 659 marginesów z czego 83 oceniono jako zajęte (12,6%). W analizie uwzględniono także podział na marginesy skóry i błony śluzowej, oddzielną grupę stanowiły marginesy z dysplazją. W ocenie końcowej uwzględniono dodatkowo marginesy wąskie (31,5%). Marginesy zajęte stanowiły 28,7%. Porównano marginesy śródoperacyjne i marginesy w barwieniu regularnym; wykazano czułość na poziomie 91,6% i swoistość na poziomie 96,5%. Podsumowując, potwierdzono skuteczność metody kompleksowego tj. okrężnego pobierania marginesów śródoperacyjnych odwzorowujących kształt pola resekcji i oznaczanych zgodnie z tarczą zegara. Wykazano, że uporządkowany sposób pobierania marginesów daje pełen obraz łoża pooperacyjnej: w grupie pacjentów, u których marginesy pobierane były metodą zegara odsetek wolnych marginesów śródoperacyjnych był istotnie wyższy niż u pacjentów, u których marginesy pobierano w sposób klasyczny. Lokalizacja pierwotna nowotworu, stopień zaawansowania T, średnica resekcji pozostawały bez wpływu na liczbę dodatnich marginesów śródoperacyjnych i konieczność poszerzenia resekcji. Nie miały też wpływu efektywność metody zegara względem klasycznego pobierania marginesów. Wykazano natomiast, że okrężne pobieranie marginesów w porównaniu z klasycznym wpływa na odsetek niepowodzeń, tj. wznów miejscowych (odpowiednio 21,92% i 39,73%), choć różnica wykazana w odsetkach nie uzyskała istotności statystycznej. Podobnie, zastosowanie metody okrężnego pobierania marginesów wpływa na czas wystąpienia wznowy i odsetek przeżyć ale wyniki liczbowe także nie osiągnęły istotności statystycznej.