

# Znów na czołówkach gazet...

Z profesorem Witoldem Szyfterem o operacji, podręczniku, wirusie, orkiestrze i robotach

Media, informując o tej operacji, wskazywały, że jest pionierska, pierwsza w Europie. Katedra i Klinika Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierowana przez prof. dr. hab. Witolda Szyftera, znów trafiła na czołówki gazet, portali, serwisów radiowych i telewizyjnych. Ale nie tylko o tym rozmawiamy. Także o podręczniku, który w dwa miesiące zniknął z półek, o wirusie HPV, o wielkim programie Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy i o robotyce w medycynie.



Fot. Andrzej Piechocki



ANDRZEJ  
PIECHOCKI

**P**ierwsze doniesienie w literaturze dotyczące operacji odtworzenia krtani za pomocą unaczynionego płata wolnego z łopatki opublikowane zostało rok temu. Na łamach „The Laryngoscope”, największego czasopisma laryngologicznego, amerykańscy chirurdzy ogłosili, że dolny kąt łopatki jest tak wygięty, że mógłby służyć do odtworzenia

krtani, a niedaleko przebiega odpowiednia tętnica i żyła, która może być szypułą naczyniową dla tego płata okostnowo-kostno-mięśniowego.

– Główny problem w krtani – mówi prof. W. Szyfter – to dolna chrząstka pierścieniowata, która właściwie jest nie do zastąpienia. Patologia rozgrywająca się w jej obrębie, głównie nowotworowa, wymaga wycięcia całej krtani. Dla pacjenta jest to bardzo stresujące, depresyjne z uwagi na utratę głosu. I oto pojawiła się koncepcja, że można by wykorzystać właśnie ten płat. I Amerykanie skutecznie to zrobili. A do naszej kliniki akurat trafiła pacjentka po wielokrotnych interwencjach laryngologiczno-chirurgicznych, po ciężkim urazie wielonarządowym z całkowitym zmiążdżeniem chrząstki pierścieniowatej. Zatem był to przypadek, który odpowiadał wskazaniom do tej operacji.

– Akurat byliśmy w Birmingham – kontynuuje profesor – gdzie los sprawił, że spotkaliśmy ojca kanadyjskiej chirurgii rekonstrukcyjnej – Ralphi Gilberta. I on powiedział nam: Tak, to bardzo dobra myśl ten płat. Opisał go mój uczeń, który spędził u mnie w Toronto wiele miesięcy. To utwierdziło nas w przekonaniu, że tę operację trzeba wykonać. I ją wykonaliśmy, pracując w dwóch zespołach – resekcyjnym i rekonstrukcyjnym. Wszystko poszło dobrze. Chora przechodzi teraz dalsze etapy medycznego postępowania, jesteśmy z nią w kontakcie telefonicznym, ustaliśmy terminy przyjazdu do Poznania.

Taka operacja być może pozwoli na częściowe resekcje krtani w przebiegu nowotworu albo częściowe resekcje w przebiegu urazu chrząstki pierścieniowatej i zastąpienie jej właśnie tym płatem łopatki. To metoda bardzo nowatorska, w Europie jeszcze niestosowana. Wpisuje się ona w aktualny trend światowej chirurgii laryngologicznej. W laryngologii, w leczeniu nowotworu, obecnie, gdy myśli się o jego wycięciu, zarazem mówi się o rekonstrukcji. XXI wiek w chirurgii nowotworów głowy

i szyi to bez wątpienia wiek chirurgii rekonstrukcyjnej. Aby się nią zajmować, trzeba mieć odpowiednio przygotowany zespół, który pobierze płaty, wypreparuje zespolenia mikronaczyniowe, a następnie wszystko zrekonstruuje. Płaty, jak słyszę, mogą być skórno-mięśniowe albo kostne. Rekonstruuje się nimi fragmenty wyciętych tkanek w obrębie twarzy, szyi, rekonstruuje się zuchwy, szczęki i ogromne ubytki w obrębie twarzoczaszki.

– Przed dwoma laty – mówi prof. Witold Szyfter – powołaliśmy wielospecjalistyczny międzykliniczny zespół do spraw rekonstrukcji i transplantacji twarzy. W jego skład wchodzi przede wszystkim lekarze laryngolodzy, transplantolodzy, chirurdzy plastycy i chirurdzy szczękowi. W ramach tej grupy rozpoczęliśmy działalność w zakresie rekonstrukcji twarzy. Dobrze bowiem wiemy, że transplantacja twarzy nie jest możliwa w przypadkach nowotworowych, gdyż z uwagi na immunosupresję prowadzi do rozsiewu choroby nowotworowej, do wznowy. Dzięki chirurgii rekonstrukcyjnej usuwamy w naszej klinice duże wznowy nowotworów prawie nieoperacyjnych. Są dwa takie ośrodki w Polsce – Instytut Onkologii w Gliwicach i my. Wykonujemy tego typu operacje w bardzo szerokim zakresie. Najlepszym na to dowodem jest to, że przeprowadziliśmy ich już 260. Oczywiście, inne ośrodki też wykonują takie operacje, ale nie na taką skalę.

Co poza tym w klinice? We wrześniu ukazał się podręcznik „Nowotwory w otorynolaryngologii” pod redakcją Witolda Szyftera – pierwsza tego rodzaju książka w Polsce. W grudniu już jej nie było na półkach. Tysięczny nakład okazał się niewystarczający. Dodruk najprawdopodobniej w lutym. Klinika wydaje czasopismo „Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi”. Co sześć miesięcy ukazuje się zeszyt naukowy, w którym opisane są ciekawe przypadki kliniczne. Kontynuowane są operacje laryngologiczne na żywo, czyli chirurgia *live*. Było już dziewięć takich sesji. Tysiące osób obejrzały dwanaście operacji laryngologicznych. Są to pierwsze operacje *live* nie tylko w laryngologii, ale w całej medycynie. Nikt tak systematycznie nie prowadzi takiego szkolenia przy użyciu Internetu. Dzięki bardzo dobrej współpracy z Poznańskim Centrum Superkomputerowo-Sieciowym będą one kontynuowane.

– W listopadzie 2012 roku – kontynuuje profesor – rozpoczęliśmy międzykliniczne badania nad występowaniem wirusa HPV, wirusa brodawczaka ludzkiego w obrębie jamy ustnej, nosowej i gardła. Coraz więcej mówi się o tym, że w przypadku nowotworów jamy ustnej i gardła ogromną rolę może odgrywać zaka-

żenie wirusem brodawczaka ludzkiego. W obrębie ginekologii stwierdzono przed laty, że rak szyjki macicy jest spowodowany obecnością brodawczaka HPV, a szczepienia przeciw temu wirusowi zmniejszyły zapadalność na ten nowotwór. Myślimy, że może być tak w przypadku jamy ustnej i takie badania prowadzimy wspólnie z lekarzami ginekologami. Udało nam się stworzyć, wraz z Polskim Towarzystwem Diagnostów Laboratoryjnych, specjalne zalecenia, jak postępować w wypadku podejrzenia zakażenia wirusem HPV, jak ten wirus najlepiej oznaczać, pobierając materiał z błon śluzowych górnych dróg oddechowych.

Kilka dni temu oglądaliśmy wielki finał wielkiej akcji Jurka Owsiaaka. W Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy aktywnie uczestniczymy. Nasza klinika jest koordynatorem krajowym największego programu zdrowotnego w Polsce, a mianowicie powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków. Jest on realizowany od dziesięciu lat. Przebadano prawie cztery miliony noworodków. Każdy z nich w drugim lub trzecim dniu życia ma badanie słuchu. Jeśli istnieje najmniejsze podejrzenie wady słuchu, zostaje ona wychwycona. To sukces niebywały, bo dzięki temu programowi niezwykle przyspieszone zostało wykrywanie wad słuchu. Przed tym programem średni wiek wykrycia niedosłuchu u dziecka wynosił w Polsce od 3,5 roku do 4 lat, a teraz 2–3 dni. A trzeba pamiętać, że nie ma prawidłowego rozwoju mowy bez prawidłowego słuchu. Dziecko nie rozwinię się intelektualnie, jeśli nie będzie dobrze słyszało. I to powoduje, że taki program ma sens. To ogromna zasługa WOŚP, stale łożącej nań pieniądze, logistycznie całkowicie odpowiadającej za przedsięwzięcie, w którym uczestniczy już 514 ośrodków neonatologicznych, laryngologicznych i audiologicznych w kraju. Narodowy Fundusz Zdrowia tworzy odpowiednie procedury na nasz wniosek, są na to pieniądze. Fundusz w pełni rozumie potrzeby w zakresie implantów ślimakowych i zabezpiecza je w stu procentach.

I na koniec robotyzacja, a właściwie robotyka w medycynie. – Gdy idzie o laryngologię – słyszę od prof. W. Szyftera – bardzo się w ten trend wpisujemy, jesteśmy tym żywo zainteresowani. Każdy rozumie, że jeżeli wprowadzamy implant ślimakowy o średnicy 0,35 mm do tak delikatnego narządu, jakim jest ślimak, to lepiej, jeżeli z niezwykłą precyzją wykona to robot. Nie ogromny da Vinci, ale drobne urządzenia, które z mistrzowską dokładnością wprowadzą elektrodę o tak niewielkich rozmiarach. Pierwsze próby takich robotów już za nami, prototypy są w Niemczech i we Francji. Nie minie rok, jak sądzę, gdy właśnie roboty częściej będą wykonywały te najbardziej precyzyjne elementy operacji, a więc na przykład nawiercenie otworu o średnicy 0,8 mm w ślimaku i wprowadzenie weń elektrody o średnicy 0,35 mm. Robotem powszechnie znanym dzięki mediom jest da Vinci. Niestety, w Polsce mamy tylko jedno takie urządzenie – we Wrocławiu. W Stanach Zjednoczonych jest ich ponad 1000. Dzięki robotom można operować w okolicach bardzo trudno dostępnych. Jednocześnie takie operacje nie wymagają dojścia zewnętrznego, szerokich cięć, wielkich resekcji, ale mogą być przeprowadzane laparoskopowo.

– Poznański Uniwersytet Medyczny bardzo aktywnie zabiega o uzyskanie tego typu urządzenia dla swoich klinik zabiegowych. Bardzo wysoka jest jednak nie tylko cena zakupu, ale i użycia, a to z uwagi na jednorazowość niektórych części robota. Mentalnie jesteśmy przygotowani do tego typu operacji – kończy prof. dr hab. Witold Szyfter.