

Szanowni Państwo,

Drogie Koleżanki i Koledzy,

w imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie witamy na VI Ogólnopolskiej Konferencji „**Innowacje w otolaryngologii. Wyzwania – możliwości – perspektywy**”, odbywającej się w **dniach 5–7 marca 2026 r. w Poznaniu**. Program tegorocznej edycji odzwierciedla tempo zmian w naszej specjalności i pokazuje, jak konsekwentnie przesuwają się granice diagnostyki oraz leczenia operacyjnego i zachowawczego.

Konferencję otworzą wykłady inauguracyjne poświęcone nowym technologiom w medycynie: robotyce, radiomice i proteomice, znaczeniu sztucznej inteligencji oraz wykorzystaniu zieleni indocyjaninowej w chirurgii onkologicznej, a także współczesnemu podejściu do leczenia przerzutów do węzłów chłonnych – od „radykałności anatomicznej” do precyzji onkologicznej.

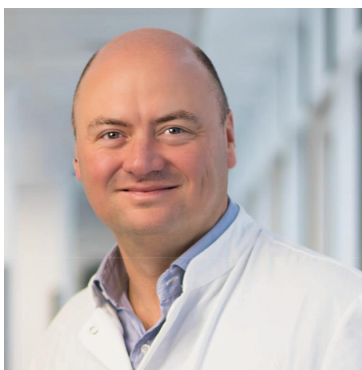
Silny akcent programu stanowią zagadnienia onkologiczne w ramach sesji European Head and Neck Society (EHNS): aktualne badania kliniczne istotne dla laryngologa, leczenie przypadków trudnych, czynniki prognostyczne oraz rozwój chirurgii przezustnej, w tym robotycznej, także w diagnostyce i leczeniu nowotworów o nieznanym ognisku pierwotnym.

Równolegle program konferencji obejmuje kluczowe innowacje obserwowane w całej otorynolaryngologii. W otochirurgii omawiamy m.in. implanty aktywne, reoperacje w implantach ślimakowych, standardy leczenia otosklerozy oraz chirurgię uszu u dzieci. W rynologii



*prof. zw. dr hab. n. med. dr h.c.
Wojciech Golusiński*

Kierownik Katedry i Kliniki
Otolaryngologii i Onkologii
Laryngologicznej Uniwersytetu
Medycznego w Poznaniu



*prof. dr hab. n. med.
Paweł Golusiński*

Kierownik Oddziału
Otolaryngologii i Onkologii
Laryngologicznej Szpitala
Wojewódzkiego w Poznaniu



*prof. dr hab. n. med.
Maciej Misiótek*

Kierownik Katedry i Oddziału
Klinicznego Otolaryngologii
i Onkologii Laryngologicznej
w Zabrze, Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach

i rynchirurgii znajdzie się miejsce zarówno na doskonalenie technik endoskopowej chirurgii nosa i zatok (w tym analizę powikłań), jak i na praktyczne wykorzystanie systemów nawigacji, które z innowacji stają się standardem. Osobny blok poświęcono także leczeniu biologicznemu polipów nosa: kwalifikacji do programów lekowych w Polsce, kontrowersjom oraz miejscu kolejnych zabiegów FESS w dobie nowych możliwości farmakologicznych.

Uzupełnieniem są sesje dotyczące zaburzeń oddychania podczas snu (w tym rekomendacje europejskie i kwalifikacja do leczenia operacyjnego), audiologii, rehabilitacji w laryngologii, problemów krtani oraz laryngologii dziecięcej, a także panel „Young EHNS” poświęcony rozwojowi kompetencji i międzynarodowej współpracy naukowej.

Miło nam poinformować, że równolegle odbywa się „Symposium pielęgniarskie”. Poruszane kwestie stanowią cenne uzupełnienie wiedzy na temat leczenia kompleksowego i interdyscyplinarnego w onkologii i laryngologii.

Wierzimy, że zaproponowany program stanie się inspiracją do dyskusji oraz wdrażania rozwiązań, które realnie poprawiają wyniki leczenia i jakość opieki nad pacjentami. Życzymy Państwu owocnych obrad, wartościowych spotkań i dobrej energii na cały czas konferencji.

Serdecznie witamy w Poznaniu!

Komitety Naukowy

Prof. zw. dr hab. n. med. dr h.c. Wojciech Golusiński

Prof. dr hab. n. med. Paweł Golusiński

Prof. dr hab. n. med. Maciej Misiólek

Projekt finansowany ze środków budżetu państwa, przyznanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach Programu Wektory Nauki.



**Minister Nauki
i Szkolnictwa Wyższego**



VI Ogólnopolska Konferencja „Innowacje w otolaryngologii. Wyzwania – możliwości – perspektywy”, 5–7 marca 2026 r., Międzynarodowe Targi Poznańskie, Poznań

Badania genetyczne w wysiękowym zapaleniu ucha środkowego

Mielnik-Niedzielska G.

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie: Wysiękowe zapalenie ucha środkowego jest jedną z najczęstszych chorób zakaźnych u dzieci i najczęstszą przyczyną nabytego niedosłuchu przewodzeniowego. Ważną rolę w powstawaniu wysiękowego zapalenia ucha środkowego wydają się odgrywać czynniki genetyczne. Poszukiwanie nowych metod prewencji i skutecznego leczenia wysiękowego zapalenia ucha środkowego stało się priorytetem w obecnych czasach.

Cel: Wpływ wybranych czynników genetycznych na rozwój przewlekłego wysiękowego zapalenia ucha środkowego.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 61 pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego myringotomii lub myringotomii z drenażem wentylacyjnym z powodu wysiękowego zapalenia ucha środkowego, hospitalizowanych w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii UM w Lublinie w latach 2017–2018. Badania genetyczne obejmowały: 1) genotypowanie polimorfizmu cytokin; 2) badanie polimorfizmu receptorów TLR 2, TLR9; 3) badanie polimorfizmu genu mucyny MUC5B; 4) badanie polimorfizmu genu CD 14.

Wyniki: Wyniki badań grupy badanej (GB) były porównywane z grupą kontrolną (GK). TNF alfa w GB i GK był zbliżony. Interferon gamma w GB był dwukrotnie wyższy. IL-10 występowała czterokrotnie rzadziej w GB ($p = 0.047944$). Polimorfizm typu dzikiego TLR-9 T-1237 pojawił się u prawie połowy pacjentów w GB. Różnica między grupą GB i GK była istotna statystycznie ($p = 0.016329$). Polimorfizm HT TLR-2 Arg677Trp pojawił się u co 5 pacjenta w GB, natomiast w GK występował dwukrotnie częściej ($p = 0.012199$). Polimorfizm ct genu CD 14 występował statystycznie istotnie częściej w GK. W przypadku polimorfizmu genu mucyny MUC5B największą różnicę pomiędzy GB i GK stwierdzono dla sekwencji 620 + 380. Występowała ona prawie dwukrotnie częściej w GK w porównaniu do GK.

Wnioski: Wysiękowe zapalenie ucha środkowego jest chorobą złożoną, wielogenową i silnie modulowaną przez środowisko.

Badania genetyczne pozwoliły lepiej zrozumieć mechanizmy choroby, ale nie dały narzędzi do personalizowania leczenia.

Czy i kiedy leczyć chrapanie?

Ścierski W.

Katedra i Oddział Otorinolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

Pierwotne chrapanie – często określane jako izolowane lub zwykłe – definiowane jest jako chrapanie bez jakichkolwiek innych towarzyszących zaburzeń oddychania (spłyceń oddechowych i bezdechów). W związku z tym, aby je właściwie zdiagnozować, każdy chory powinien mieć wykonane badanie snu (poligrafię lub polisomnografię). Chrapanie pierwotne według wytycznych American Academy of Sleep Medicine z 2023 roku jest rozpoznawane u chorych z wynikami AHI mniejszymi niż 5.

Czynnikami predysponującymi do chrapania w czasie snu są: płeć męska, wiek, nadmiar masy ciała, zaburzenia oddychanie nosem, palenie tytoniu, spożywanie przed snem alkoholu, leków uspokajających, przeciwhistaminowych starszej generacji, a także przerost tkanek podniebienia miękkiego i predyspozycja genetyczna (nadmierny spadek napięcia mięśniowego podczas snu).

Chrapanie to nie tylko problem natury społecznej (zakłócający ciszę nocną), lecz także symptom wywołujący szereg zaburzeń zdrowotnych, wybudzający ze snu chrapającą osobę i uniemożliwiający pełną regenerację (w skrajnych przypadkach prowadzący do zespołu UARS). Efektem chrapania może być również wzrost ryzyka choroby miażdżycowej tętnic szyjnych. W wielu badaniach pacjentów z izolowanym chrapaniem (po wykluczeniu zespołu OSA) stwierdzono wyraźną zależność pomiędzy nasileniem zmian miażdżycowych w obrębie tętnic szyjnych a intensywnością chrapania. Zakłada się, że energia wibracji chrapania, przenoszona na tkanki miękkie szyi, uszkadza śródbłonek naczyniowy tętnic szyjnych, co prowadzi do rozwoju zmian miażdżycowych.

Chrapanie pierwotne można leczyć metodami operacyjnymi i nieoperacyjnymi. Wśród metod nieoperacyjnych wyróżniamy metody behawioralne, zmieniające styl naszego

życia i spania, oraz metody polegające na stosowaniu w czasie snu urządzeń typu MAD (*mandibular advancement devices*) i PAP (*positive airway pressure*). Z kolei metody chirurgiczne można podzielić na mniej i bardziej inwazyjne. Do pierwszej grupy zaliczamy chirurgię fal radiowych (RFITT), implanty podniebienne, Injection Snoreplasty, laser ER/YAG. W grupie drugiej plastyki gardła środkowego – LAUP, UPPP oraz zabiegi redukujące masę nasady języka.

Chrapanie to dolegliwość, którą należy leczyć od pierwszej wizyty chorego. U chorych kwalifikowanych do leczenia operacyjnego, przed zabiegiem wdrażane powinno być postępowanie przewencyjne – redukcja masy ciała, odpowiednia pozycja we śnie, zaprzestanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu przed snem. U części chorych można rozważyć zastosowanie PAP/MAD.

Europejskie rekomendacje leczenia chirurgicznego zespołu obturacyjnych bezdechów podczas snu

Olszewska E.

Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Członkowie zespołu chirurgów snu z Niemiec, Hiszpanii, Włoch, Anglii, Belgii i Polski opracowali rekomendacje dotyczące postępowania diagnostycznego, metod operacyjnych i leczenia pozabiegowego w zespole obturacyjnych bezdechów podczas snu (OSA) oraz chrapaniu. Przewodniczącą tego zespołu była prof. Ewa Olszewska. Wykorzystując metodę Delphi, członkowie zespołu oceniali poszczególne twierdzenia, które zostały przygotowane i przedstawione przez pierwszą autorkę (E.O.). Wszystkie odpowiedzi na poszczególne twierdzenia, nadesłane uwagi i komentarze były anonimowe. Tylko pierwsza autorka (E.O.) miała do nich wgląd.

Ostatecznie stworzono 281 twierdzeń, które były oceniane przez panelistów w pięciu rundach. Po każdej rundzie twierdzenia ulegały modyfikacji. Konsensus uzyskiwano wówczas, gdy co najmniej 75% panelistów zgodziło się lub nie zgodziło na dane twierdzenie.

Paneliści ocenili 33 twierdzenia dotyczące podejmowania decyzji odnośnie metody leczenia (konsensus uzyskano w 91,2% twierdzeń). Opracowano także zestaw 111 twierdzeń dotyczących chirurgii w obrębie ustnej części gardła (konsensus uzyskano w 91,2% twierdzeń). Eksperti podkreślili znaczenie indywidualnego podejścia w wyborze metody chirurgicznej i wykorzystania endoskopii górnych dróg oddechowych w śnie wywołanym farmakologiczne (*drug-induced sleep endopoccy*, DISE) do oceny fenotypu podniebienia oraz miejsca obturacji i typu zapadania się górnych dróg oddechowych na poszczególnych poziomach.

Opracowano również 38 twierdzeń dotyczących postępowania okołoperacyjnego (konsensus w 89,5% twierdzeń), 10 – postępowania pooperacyjnego (konsensus w 70% twierdzeń), 43 – wyników leczenia i wizyt kontrolnych (konsensus w 81,4% twierdzeń) oraz 24 – powikłań (konsensus w 95,8% twierdzeń). Podsumowując wszystkie 281 twierdzeń, konsensus uzyskano w 91,5%. Najwyższy poziom zgodności uzyskano w przypadku definicji (100%),

najniższy – w przypadku postępowania diagnostycznego (58,3%), a następnie pooperacyjnego (70%).

W badaniu zwrócono również uwagę na możliwość wyboru wielu metod leczenia, oraz wpływ na ten wybór takich czynników, jak wiek pacjenta, masa ciała i choroby współistniejące. Personalizacja postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w OSA i chrapaniu jest niezwykle istotna. Zaznaczono, że przed rozważeniem interwencji chirurgicznych należy rozważyć zastosowanie metod niechirurgicznych, takich jak utrata masy ciała, terapia miofunkcjonalna, aparat wewnątrzustny i terapia dodatkim ciśnieniem w drogach oddechowych.

Metoda delficka okazała się skutecznym narzędziem umożliwiającym interakcje pomiędzy ekspertami oraz osiągnięcie konsensusu odnośnie określonego zestawu stwierdzeń. Żmudny i pracochłonny proces uzyskiwania konsensusu miał na celu ujednolicenie standardów opieki i poprawę wyników leczenia pacjentów w różnych systemach opieki zdrowotnej. Wyniki badania odzwierciedlają złożoność i różnorodność leczenia chrapania i OSA, co podkreśla potrzebę ujednolicenia postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w OSA i chrapaniu.

Ewolucja wskazań do TORS w ostatniej dekadzie (HPV, CUP, immunoterapia)

Golusiński W.

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wprowadzenie: Chirurgia robotowa dynamicznie rozwija się od 2009 roku, kiedy uzyskała certyfikację amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA). Początkowo technologia ta znalazła zastosowanie głównie w Stanach Zjednoczonych oraz krajach Azji, a następnie została szybko zaadaptowana w Europie, szczególnie w chirurgii onkologicznej głowy i szyi. Pierwszą operację chirurgii robotowej w Polsce wykonał w roku 2019 prof. Wojciech Golusiński. Przewodząca chirurgia robotowa (*transoral robotic surgery*, TORS) jest obecnie uznaną i szeroko stosowaną metodą zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu nowotworów głowy i szyi. Aktualnie w Europie zainstalowanych jest ponad 2100 systemów chirurgicznych da Vinci. Do lokalizacji anatomicznych, szczególnie predysponowanych do zastosowania TORS, należą: gardło środkowe, gardło dolne oraz okolica nadgłośnia.

Cel: Celem pracy była ocena wyników onkologicznych po wdrożeniu nowej techniki operacyjnej z wykorzystaniem systemu robotowego da Vinci w leczeniu nowotworów głowy i szyi.

Materiał i metody: W Klinice Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wykonano łącznie 201 procedur onkologicznych z zastosowaniem systemu robotowego da Vinci. Analizowaną grupę stanowili pacjenci z nowotworami złośliwymi gardła środkowego ($n = 159$), w tym z guzem migdałka podniebienne ($n = 139$) oraz guzem nasady języka ($n = 20$), pacjenci poddani diagnostyce zespołu CUP

($n = 13$), chorzy z rakiem tarczycy ($n = 4$), nowotworami okolicy nadgłośnia ($n = 19$) oraz gardła dolnego ($n = 6$). Analizie poddano lokalizację anatomiczną guza, czas trwania procedury operacyjnej, częstość powikłań okołoperacyjnych, jakość życia pacjentów oraz trzyletnie przeżycie całkowite.

Wnioski: Wdrożenie chirurgii robotowej z wykorzystaniem systemu da Vinci stanowi istotny etap rozwoju małoinwazyjnych metod leczenia nowotworów głowy i szyi. Uzyskane wyniki wskazują na istotne korzyści w zakresie skrócenia czasu trwania zabiegu, zmniejszenia częstości powikłań oraz poprawy jakości życia pacjentów w porównaniu z grupą chorych leczonych metodami chirurgii konwencjonalnej.

Fizjoterapia w leczeniu szumów usznych subiektywnych

Olszewski J.^{1,2}, Zaborska P.³

¹ Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Uniwersytet Łódzki

³ Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Wprowadzenie: Wśród wielu metod leczenia subiektywnych szumów usznych autorzy przedstawiają własne doświadczenia i wyniki badań po zastosowaniu następujących metod fizjoterapii: stymulacji bimodalnej, prototypowego urządzenia do elektromagnetostymulacji ucha i kompleksowej terapii szyi (kinezyterapii i masażu mięśni międzykręgowych).

Materiał i metody: Stymulację somatosensoryczną przeprowadzono metodą przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) i połączono ją ze stymulacją słuchową za pomocą słuchawek. Terapia obejmowała sześć trzydziestominutowych sesji dwa razy w tygodniu przez okres trzech kolejnych tygodni. Pomiary kontrolne zaplanowano od 9 do 12 tygodni po ostatniej sesji terapeutycznej. Główną miarą wyniku była zmiana wyniku TFI – kwestionariusza oceniającego natężenie szumu w uszach i jego wpływ na jakość życia. Do badania włączono 29 pacjentów. Kompleksową terapię szyi (kinezyterapia i masaż mięśni międzykręgowych) przeprowadzono u 100 chorych w grupie badanej i u 100 chorych w grupie oczekujących (grupa kontrolna) z szumami usznymi, stosując ćwiczenia relaksacyjne poizometryczne (PIR). Badania przedkliniczne metodą stymulacji magnetycznej ucha z wykorzystaniem prototypowego urządzenia przeprowadzono u 100 chorych z szumami usznymi. Wykonano subiektywną ocenę głośności szumów usznych, określono ich częstotliwość i natężenie oraz próg zagłuszania. Cykl leczenia obejmował 10 stymulacji 5-minutowych 5 razy w tygodniu.

Wyniki: Wyniki analizy somatosensorycznej wykazały istotne statystycznie obniżenie średniego wyniku TFI na wizycie kontrolnej w porównaniu do wartości wyjściowych. Możliwość modulowania szumów usznych nie miała wpływu na wyniki leczenia. Efektem zastosowanej w badaniu kompleksowej terapii szyi było znaczne zmniejszenie nasilenia objawów szumów usznych i głośności, czemu towarzyszyła normalizacja napięcia mięśniowego i poprawa zakresu ruchu

odcinka szyjnego kręgosłupa, a zatem metoda ta stanowi tym samym potencjalną opcję terapii szumów usznych. Analiza wykazała istotny spadek łącznej punktacji TFI. W grupie interwencyjnej średni wynik TFI zmniejszył się istotnie od wartości początkowej (T_0 , średnia = 52,6) do okresu po leczeniu (T_1 , średnia = 40,9) i podczas obserwacji (T_2 , średnia = 40,4). W grupie kontrolnej średni wynik TFI nie zmienił się istotnie w porównaniu do wartości początkowej (T_0 , średnia = 46,8), do okresu po leczeniu (T_1 , średnia = 45,8) i obserwacji (T_2 , średnia = 45,2). W badaniu wykonanym bezpośrednio po stymulacji magnetycznej ucha z wykorzystaniem prototypowego urządzenia stałe szumy uszne występowały jedynie w 50 uszach (40,3%), odpowiednio u kobiet – w 20 (16,1%) i u mężczyzn – w 30 (24,2%); okresowe szumy uszne występowały w 40 uszach (32,3%), odpowiednio w 15 uszach (12,1%) i w 25 uszach (20,2%); całkowite ustąpienie szumów usznych odnotowano w przypadku 34 uszu (27,4%), odpowiednio – w 14 (11,3%) i 20 (16,1%). Z kolei badanie wykonane po 3 miesiącach od leczenia wykazało szumy uszne stałe: w 40 uszach (32,3%), odpowiednio u kobiet w 15 uszach (12,1%) i u mężczyzn w 25 uszach (20,2%); okresowe szumy uszne w 50 uszach (40,3%), odpowiednio w 20 (16,1%) i 30 (24,2%); całkowite ustąpienie szumów usznych zanotowano w 34 uszach (27,4%), odpowiednio w 14 (11,3%) i 20 (16,1%).

Wnioski: Badania wykazały, że stymulacja bimodalna jest wykonalną i bezpieczną metodą leczenia szumów usznych i może być skuteczną metodą leczenia w przypadku niektórych uczestników cierpiących na szumy uszne, szczególnie tych, którym towarzyszą zmiany w stawach skroniowo-żuchwowych. Według naszej wiedzy badanie oceniające skuteczność postizometrycznych ćwiczeń relaksacyjnych kręgosłupa szyjnego (PIR) w tłumieniu szumów usznych jest pierwszym tego typu opracowaniem wskazującym jednocześnie na dobre efekty tego leczenia. Wyniki badań potwierdzają wysoką skuteczność stymulacji magnetycznej w leczeniu szumów usznych z wykorzystaniem prototypowego urządzenia do elektromagnetostymulacji ucha. Nie stwierdzono negatywnego wpływu tej stymulacji na słuch i szumy uszne.

Głos tranzycyjny

Misiołek M.

Katedra i Oddział Kliniczny Otorinolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

Głos jako drugorzędowa cecha płciowa stanowi istotny element tożsamości człowieka, umożliwia zarówno identyfikację jednostki, jak i określenie jej płci w odbiorze społecznym. Osoby transpłciowe – których tożsamość płciowa pozostaje niezgodna z płcią przypisaną przy urodzeniu – często doświadczają cierpienia psychicznego i dyskomfortu wynikającego z rozbieżności między własnym poczuciem przynależności płciowej a funkcjonowaniem społecznym. Skłania to wiele z nich do podjęcia procesu tranzykcji płciowej, którego celem jest ujednolicenie sfery psychicznej i cielesnej.

W przeciwieństwie do transpłciowych mężczyzn, u których terapia testosteronowa, zwłaszcza w połączeniu z terapią

głosu, prowadzi zwykle do satysfakcjonującego obniżenia wysokości głosu, u transpłciowych kobiet hormonalna terapia estrogenowa wdrożona po okresie dojrzewania nie wywołuje istotnych zmian w brzmieniu głosu. W tej grupie korekta głosu stanowi zatem często jeden z ostatnich i kluczowych etapów tranzycji oraz może być realizowana przy zastosowaniu metod niezabiegowych lub chirurgicznych.

Terapia logopedyczno-foniatryczna ukierunkowana na feminizację głosu obejmuje naukę prawidłowej emisji głosu oraz przyswojenie werbalnych i niewerbalnych wzorców komunikacyjnych typowych dla kobiet cisplciowych. Pomimo często satysfakcjonujących efektów prawidłowo prowadzonej terapii głosu, metoda ta obarczona jest poważnymi ograniczeniami. Wymaga długotrwałych, systematycznych i nierzadko żmudnych ćwiczeń, a konieczność stałej, świadomej kontroli głosu może nasilać lęk i napięcie emocjonalne u pacjentek transpłciowych. Ponadto utrwalone nieprawidłowe wzorce fonacyjne, w połączeniu ze wzmożonym napięciem mięśni fonacyjnych i artykulacyjnych, mogą prowadzić do funkcjonalnych zaburzeń głosu oraz wtórnych zmian organicznych w obrębie krtani.

Niezadowalające efekty terapii niezabiegowej skłaniają część pacjentek do poddania się operacyjnej feminizacji głosu, której celem jest trwałe podwyższenie jego tonu przy zachowaniu prawidłowej funkcji fonacyjnej fałdów głosowych, zadowalającej jakości głosu oraz korzystnych wartości parametrów akustyczno-aerodynamicznych. W piśmiennictwie opisano zastosowanie kilku technik fonochirurgicznych prowadzących do zwiększenia napięcia fałdów głosowych (zbliżenie pierścienno-tarczowe), zmniejszenia ich masy (waporyzacja laserowa) lub skrócenia ich drgającego odcinka (plastyka głośni metodą Wendlera).

Obecnie za metodę z wyboru uznaje się endoskopową plastykę głośni metodą Wendlera. Zabieg polega na odpreparowaniu błony śluzowej przedniej 1/3 obu fałdów głosowych – przy użyciu mikronarzędzi lub lasera CO₂ – z następczym zszyciem tak przygotowanych odcinków fałdów głosowych, co prowadzi do skrócenia szpary głośni w wymiarze przednio-tylnym. W Klinicznym Oddziale Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrzę procedurę tę wykonywana jest od 2016 roku. Dotychczas przeprowadzono ją u ponad 40 pacjentek transpłciowych.

Długoterminowa analiza efektów akustycznych leczenia wykazała wysoką skuteczność plastyki Wendlera w uzyskiwaniu istotnych statystycznie i trwałych zmian wartości parametrów akustycznych głosu w kierunku wartości typowych dla kobiet cisplciowych. Odnotowano również jednoznacznie pozytywny wpływ zabiegu na samoocenę głosu, co wskazuje na poprawę dobrostanu emocjonalnego oraz zmniejszenie negatywnego wpływu trudności głosowych na funkcjonowanie społeczno-zawodowe pacjentek. Plastyka głośni metodą Wendlera jest ponadto procedurą bezpieczną, obarczoną niewielkim ryzykiem powikłań pooperacyjnych, które w większości mają charakter przejściowy (np. wydłużony czas resorpcji szwów) lub możliwy do skorygowania w trakcie zabiegu rewizyjnego (np. niepełne zżarcie fonacyjne w miejscu zespolenia). Indywidualna kwalifikacja pacjentek oraz ścisła współpraca zespołu otolaryngologiczno-foniatrycznego pozostają kluczowe dla optymalizacji wyników leczenia.

HPV-zależne nowotwory głowy i szyi. Czy nadszedł czas na modyfikację leczenia?

Golusiński P.^{1,2}

¹ Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

² Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Cel: Uporządkowanie kluczowych zagadnień klinicznych związanych z HPV-zależnymi nowotworami głowy i szyi, ze szczególnym uwzględnieniem: 1) wiarygodnego potwierdzenia etiologii HPV; 2) stratyfikacji ryzyka i oceny rokowniczej; 3) konsekwencji wyboru i intensywności leczenia; 4) roli nowych biomarkerów i monitorowania chorób.

Materiał i metody: Przegląd aktualnych rekomendacji oraz danych klinicznych dotyczących HPV-zależnych raków płaskonabłonkowych głowy i szyi (w szczególności nowotworów części ustnej gardła). Analiza obejmuje algorytmy diagnostyczne (immunohistochemia p16, testy DNA/RNA HPV i ich interpretacja w zależności od lokalizacji guza), czynniki prognostyczne i predykcyjne (m.in. zaawansowanie węzłowe, obciążenie paleniem, wybrane cechy histopatologiczne), a także strategie terapeutyczne: standardowe leczenie skojarzone, kierunki deeskalacji u chorych niskiego ryzyka oraz podejścia intensyfikacyjne u pacjentów wysokiego ryzyka. Uwzględniono również znaczenie narzędzi monitorowania minimalnej choroby resztkowej (np. krążące HPV DNA) oraz profilaktyki pierwotnej (szczepienia).

Wyniki: HPV-zależne nowotwory głowy i szyi wykazują odmienną biologię i w wielu przypadkach lepsze rokowanie niż nowotwory związane z tytoniem i alkoholem, jednak przebieg choroby pozostaje heterogenny, co uzasadnia konieczność precyzyjnej stratyfikacji ryzyka. Największą wartość kliniczną ma potwierdzenie etiologii HPV z uwzględnieniem ograniczeń samego markera p16 i wskazań do testów potwierdzających (DNA/RNA) w zależności od kontekstu klinicznego i lokalizacji guza. Czynniki, takie jak istotne obciążenie paleniem, wyższy poziom zaawansowania choroby oraz wybrane cechy guza i węzłów chłonnych, wiążą się z gorszymi wynikami i mogą wymagać ostrożności w kwalifikowaniu do strategii deeskalacyjnych. Postępy w zakresie biomarkerów, w tym testów opartych na detekcji krążącego DNA HPV, tworzą perspektywę lepszego monitorowania odpowiedzi na leczenie i wcześniejszego wykrywania nawrotu, co może ułatwiać personalizację postępowania.

Wnioski: Skuteczne postępowanie w HPV-zależnych nowotworach głowy i szyi wymaga diagnostyki potwierdzającej etiologię HPV oraz stratyfikacji ryzyka uwzględniającej czynniki kliniczne i ekspozycję na tytoń. Personalizacja intensywności leczenia – w tym rozważanie deeskalacji – powinna być prowadzona ostrożnie i opierać się na wiarygodnych kryteriach kwalifikacji oraz mierzalnych punktach końcowych, z rosnącą rolą biomarkerów i monitorowania choroby resztkowej. Celem prezentacji jest uporządkowanie aktualnej wiedzy i wskazanie, jak przełożyć ją na decyzje kliniczne: kogo i jak diagnozować, jak interpretować czynniki ryzyka oraz gdzie dziś znajdują się granice bezpiecznej personalizacji leczenia w HPV-zależnych nowotworach głowy i szyi.

Implanty aktywne w praktyce otologicznej

Skarżyński P.H.^{1,2}, Cywka K.B.³, Skarżyński H.³

¹ Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

³ Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Niedosłuch jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych na świecie, znacząco wpływającym na jakość życia pacjentów. Współczesne podejście do chirurgicznego leczenia niedosłuchu obejmuje szeroką gamę technologii implantacyjnych, które są dostosowane do różnych typów uszkodzenia słuchu. Wśród najważniejszych rozwiązań wyróżnia się implanty ślimakowe, implanty na przewodnictwo kostne, implanty ucha środkowego oraz implanty pasywne. Celem prezentacji jest przedstawienie współczesnych możliwości wychodzących naprzeciw oczekiwaniom pacjentów. Analizie zostaną poddane procesy związane z adekwatnym procesem diagnostycznym i wyborem techniki operacyjnej oraz efekt pooperacyjny. Podczas prezentacji zostaną przedstawione wyniki z obserwacją 12-miesięczną u pacjentów, u których zastosowano implanty typu Bonebridge, OS1300, Vibrant Soundbridge i Sentio.

Important recent clinical trials in head and neck oncology that every ENT specialist should know

Dietz A.

Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery/Plastic Surgery, Leipzig University Hospital, Leipzig, Germany

The most relevant trials presented in this overview within the last 12 months worldwide are mainly addressing integration of checkpoint inhibitors (IO = immune oncological treatment) in primary treatment of head and neck tumors. The idea behind is the setting of neoadjuvant preoperative, perioperative and adjuvant, integration of IO as forth modality in combined modality treatment.

First of all the KN689 phase III trial reached a positive endpoint, addressing perioperative IO + Surgery + RT/CRT + IO maintenance (FDA and EMA approved in 2025). The primary endpoint, EFS, was met in the CPS ≥ 1 population ($p = 0.0014$). Already published in the EPAR Procedure No. EMA/VR/0000245108, 2025, secondary endpoint OS was positive in the same population as well ($p = 0.0066$). Pembrolizumab is licensed in many European countries according to the KN689-protocol. It is important to know that only 4% HPV-pos. oropharynx patients were included. Majority of patients was oral cavity (61%). Beyond KN689, currently we see increasing evidence of neoadjuvant/perioperative treatment, with many signals coming from China, in particular named the CAMORAL phase II trial. This trial investigated neoadjuvant IO + chemotherapy, followed by surgery, adjuvant radio (chemo) (aRCH) therapy and IO maintenance. Also in this trial majority of HNSCC-patients had oral cavity tumors, only 4% had HPV-pos. oropharynx

HNSCC. Primary endpoint EFS was highly positive in favor of the IO arm ($p = 0.0020$).

Moreover the phase III CompARE trial from UK investigated neoadjuvant and adjuvant IO around primary chemoradiation in HPV-pos. oropharyngeal HNSCC. Regarding the endpoints, HPV was a factor melting any additional effect of IO away. Furthermore, the German phase II ADRISK trial investigated postoperative aRCH with cisplatin vs aRCH plus IO in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC). IO added to aRCH (SOC) after resection of high or intermediate risk LA-HNSCC in the ADRISK-setting did not improve EFS and OS. In resected intermediate and high risk p16+ LA-OPSCC (50%), current aRCH is efficient with no unmet clinical need for further escalation.

Finally, the NIVOPOSTOP phase III trial from the French GORTEC was positive, investigating postoperative adjuvant IO in combination with aRCH in very high risk HNSCCs. Also in this trial the degree of HPV-positive patients was only 5%. To sum up, the last year really changed the landscape of HNSCC treatment and introduced IO as new player in the primary treatment setting.

Kiedy kolejny FESS jest lepszym rozwiązaniem?

Zatoński T.

Klinika Otolaryngologii i Chirurgii Głowy i Szyi, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nawrót objawów po funkcjonalnej endoskopowej operacji zatok (FESS) występuje szczególnie często u pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok z polipami nosa oraz współistniejącą astmą, NLPZ-ERD lub dominującym zapaleniem typu 2. Decyzja o leczeniu nawrotu wymaga dokładnej analizy przyczyn niepowodzenia pierwotnego zabiegu, w tym niepełnego usunięcia zmian zapalnych, niewystarczającej drożności ujść zatok, zaburzeń drenażu oraz utrzymującego się ogólnoustrojowego procesu zapalnego. Wskazania do kolejnej operacji obejmują przede wszystkim: utrzymującą się obturację zatok, powikłania anatomiczne, zrosty, bliznowacenie oraz brak możliwości skutecznej terapii miejscowej. Kolejny FESS może poprawić wentylację zatok i umożliwić skuteczne stosowanie leczenia donosowego, jednak jego skuteczność jest ograniczona, jeśli nie zostanie jednocześnie opanowany komponent zapalenia typu 2. W dobie terapii biologicznych zasadnicze znaczenie ma właściwa selekcja pacjentów do kolejnych zabiegów operacyjnych. Rewizja chirurgiczna powinna być rozważana głównie u chorych z dominującym problemem mechanicznym, natomiast u pacjentów z ciężkim, nawrotowym zapaleniem typu 2 leczenie biologiczne może stanowić skuteczniejszą strategię długoterminowej kontroli choroby. Optymalne postępowanie wymaga indywidualnego podejścia i łączenia metod chirurgicznych z nowoczesną farmakoterapią.

Kontrowersje leczenia operacyjnego guzów wrodzonych szyi u dorosłych

Sowa P.

*Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej,
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach, Zabrze*

Leczenie operacyjne wrodzonych guzów szyi u dorosłych budzi wciąż spore kontrowersje, dotyczące zarówno wyzwań diagnostycznych, jak i samego postępowania chirurgicznego. Najpoważniejszym problemem pozostaje nadal fakt związany z ryzykiem pomylenia choroby nowotworowej (przerzutu lub zmiany pierwotnej) ze zmianą łagodną. Chirurgzy niejednokrotnie spierają się, czy każdą taką zmianę należy operować radykalnie od razu, czy najpierw prowadzić szeroką diagnostykę obrazową i cytologiczną. Istnieje również debata na temat wiarygodności biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, której fałszywie negatywny wynik może prowadzić do opóźnienia wykonania zabiegu oraz wykonania zbyt oszczędnego zabiegu w przypadku nierozpoznania nowotworu. Kolejnym tematem dyskusji pozostają częste wtórne infekcje guzów łagodnych, które są przyczyną powstawania blizn i zrostów, co drastycznie zwiększa ryzyko uszkodzenia ważnych struktur podczas operacji oraz podnosi odsetek wznów. Co do rozległości zabiegu, nadal kontrowersyjna pozostaje konieczność rutynowego usunięcia trzonu kości gnykowej w przypadku torbieli śródkowych szyi. Choć jest to standard minimalizujący nawroty choroby, u starszych pacjentów wiąże się on z większym dyskomfortem pooperacyjnym.

Kwalifikacja chorych do leczenia operacyjnego chrapania i obturacyjnego bezdechu sennego

Kukwa W.

Clebre S.A., Warszawa

Wprowadzenie: Zaburzenia oddychania podczas snu, obejmujące chrapanie oraz obturacyjny bezdech senny (OSA), stanowią istotny problem kliniczny na styku laryngologii i medycyny snu. Zaburzenia te prowadzą do pogorszenia jakości życia, nadmiernej senności dziennej oraz zwiększonego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych. U znacznej części pacjentów istotną rolę w patogenezie odgrywają zaburzenia anatomiczne górnych dróg oddechowych, jednak ich charakter i znaczenie są specyficzne dla każdego pacjenta, co podkreśla potrzebę spersonalizowanego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego.

Cel: Celem prezentacji jest omówienie zasad kwalifikacji pacjentów do leczenia operacyjnego chrapania i OSA zgodnie z aktualnymi rekomendacjami ENT-sleep medicine, z uwzględnieniem roli medycyny spersonalizowanej oraz nowoczesnych narzędzi wspomagających proces decyzyjny.

Materiał i metody: *Kwalifikacja pacjentów:* U chorych z chrapaniem pierwotnym (*primary snoring*) kwalifikacja do leczenia operacyjnego wymaga wykluczenia obturacyjnego bezdechu sennego w badaniach snu oraz szczegółowej, zindywidualizowanej oceny anatomicznej górnych dróg

oddechowych. Leczenie chirurgiczne rozważane jest u pacjentów z korygowalnymi nieprawidłowościami anatomicznymi po nieskutecznym leczeniu zachowawczym. U pacjentów z ciężkim OSA leczeniem pierwszego wyboru pozostaje terapia CPAP. Leczenie operacyjne ma charakter uzupełniający i jest rozważane u chorych z nietolerancją terapii nieoperacyjnej lub jako element leczenia wielopoziomowego. Podstawowe znaczenie ma w tej grupie precyzyjna identyfikacja poziomów i mechanizmów obturacji. *Rola systemów wspomagających decyzje kliniczne:* W procesie kwalifikacji coraz większe znaczenie zyskują narzędzia umożliwiające integrację danych klinicznych, anatomicznych i funkcjonalnych. System Clebre, wykorzystujący analizę wielowymiarowych danych pacjenta, może wspomagać proces spersonalizowanej kwalifikacji do leczenia operacyjnego poprzez identyfikację dominujących mechanizmów obturacji oraz optymalny dobór strategii terapeutycznej.

Wnioski: Skuteczna kwalifikacja do leczenia operacyjnego chrapania i OSA wymaga interdyscyplinarnego, spersonalizowanego podejścia oraz ścisłej współpracy laryngologa i specjalisty medycyny snu. Zastosowanie nowoczesnych systemów wspomagających decyzje kliniczne może przyczynić się do poprawy skuteczności leczenia i lepszego doboru pacjentów do interwencji chirurgicznych.

Leczenie operacyjne niezłośliwych guzów ślinianek – czy zawsze jest konieczne?

Mikaszewski B.

*Katedra i Klinika Otolaryngologii, Wydział Lekarski,
Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk*

Zasadniczym sposobem leczenia nowotworów ślinianek (łagodnych i złośliwych) jest postępowanie chirurgiczne. W starannie wybranych przypadkach można rozważyć leczenie inne niż chirurgiczne. Podjęcie takiej decyzji musi być poprzedzone szczegółową diagnostyką, która umożliwi dokładne umiejscowienie guza i określenie jego wielkość, a przede wszystkim – rozpoznanie histopatologiczne. Odstąpienie od operacji może wynikać z przeciwwskazań medycznych do znieczulenia, z braku zgody chorego na operację i być skutkiem wyboru innego postępowania.

W przypadku guzów łagodnych możliwe są trzy metody niechirurgiczne: obserwacja chorego, ablacja radiofalewa (RFA) i ablacja mikrofalewa (MVA). Pojawiły się również doniesienia o skleropetrapii guzów przy użyciu etanolu (UGES). Obserwacja chorego możliwa jest w przypadku: guzów zdiagnozowanych przypadkowo, o stabilnym rozmiarze lub bardzo powolnym wzroście, guzów niedających objawów klinicznych, w przypadku zmniejszenia się guza po biopsji oraz u chorych powyżej 50 roku życia, jeśli występują u nich choroby współistniejące zwiększające ryzyko powikłań związanych ze znieczuleniem ogólnym. Pozostałe metody (RFA, MVA i UGES), opisywane w literaturze od 2019 roku, znalazły dotychczas zastosowanie jedynie w przypadkach guzów Warthina u chorych, którzy nie wyrazili zgody na leczenie chirurgiczne. Jakkolwiek wyniki takiego leczenia są zadowalające, to procedury te były wykonane w małej grupie pacjentów i wymagają one weryfikacji na większym materiale. Pojawiły się próby zastosowania RFA

w gruczolakach wielopostaciowych umiejscowionych w płacie powierzchniowym ślinianki przyusznej.

Chirurgia nadal jest wiodącą metodą leczenia guzów ślinianek, jednakże pojawiły się alternatywne metody postępowania terapeutycznego, które mogą stanowić alternatywę zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym. Ich wyniki są bardzo zachęcające, jakkolwiek wymagają one dalszych badań na większej liczbie chorych. Ablacja guza mogłaby stanowić alternatywę dla chorych z wieloogniskową wznową gruczolaka wielopostaciowego.

Less is more? Challenging traditional margin paradigms in oral cavity oncological surgery

Kowalski L.P.^{1,2}

¹ Head and Neck Surgery Department, University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil

² Reference Center on Head and Neck Tumors, A C Camargo Cancer Center, São Paulo, Brazil

Introduction: Surgical margin adequacy remains the cornerstone of oncological surgery for oral cavity squamous cell carcinoma. The traditional paradigm of achieving 5 mm margins, established in the 1950s–1980s based on limited clinical observations, has been challenged by contemporary evidence demonstrating field cancerisation, submucous extension, and worst pattern of invasion (WPOI) as critical determinants of local recurrence. Recent meta-analyses and multicentre studies have questioned whether uniform margin requirements adequately reflect the biological heterogeneity of oral cavity malignancies. The integration of specimen-driven margin assessment, emerging optical technologies, and molecular profiling has catalysed a re-evaluation of margin adequacy definitions. Furthermore, significant margin shrinkage during formalin fixation (up to 47.5%) necessitates compensation strategies that may inadvertently compromise functional outcomes.

Objective: This lecture aimed to critically evaluate contemporary evidence regarding surgical margin adequacy in oral cavity cancer resection, assess the impact of tumour staging and invasion patterns on optimal margin distances, and examine the clinical utility of intraoperative margin assessment techniques and emerging technologies in improving oncological outcomes.

Material and methods: A comprehensive literature review was conducted encompassing meta-analyses, prospective trials, and institutional series published between 1995–2026. Data were extracted regarding margin distance definitions, local recurrence rates, disease-free survival, and the impact of pathological features including WPOI, tumour budding, and molecular markers. Comparative analysis of specimen-driven versus bed-driven frozen section protocols was performed using multicentre data. The diagnostic performance of emerging technologies including autofluorescence (VELscope), optical coherence tomography, fluorescence molecular imaging, and mass spectrometry was systematically evaluated. Institutional quality metrics correlating surgical volume with margin adequacy were analysed using National Cancer Database records.

Results: Meta-analysis data demonstrated 5 mm margins as the minimum acceptable distance for oral cavity carcinomas, with significant differences in local recurrence ($p < 0.001$). However, tumour stage stratification revealed differential critical cut-off values: <3 mm for early-stage disease (pT1–T2) and <5 mm for advanced-stage tumours (pT3–T4a). WPOI classification emerged as an independent prognostic factor, with WPOI-5 requiring margins exceeding 7 mm to achieve equivalent outcomes. Specimen-driven frozen section sampling demonstrated superior performance compared to bed-driven approaches, reducing final positive margin rates and improving local control. Autofluorescence imaging achieved sensitivity 93.8% and specificity 88.5% for dysplasia detection. Optical coherence tomography demonstrated 100% sensitivity and specificity for malignancy detection in superficial zones. Academic high-volume centres achieved 14% positive margin rates versus 23% in non-academic settings. Molecular margin assessment identified TP53 alterations in histologically negative margins as predictive of local recurrence ($p = 0.02$).

Conclusions: Contemporary evidence challenges the universal application of rigid 5 mm margin requirements, supporting tumour stage-specific and biology-driven approaches to margin adequacy. WPOI assessment should be integrated into intraoperative decision-making, with consideration of wider margins for aggressive invasion patterns. Specimen-driven frozen section protocols represent the current gold standard for intraoperative margin control and should be adopted universally. Emerging optical and molecular technologies demonstrate promising diagnostic performance but require multicentre validation before routine clinical implementation. Institutional experience and surgical volume significantly impact margin adequacy and oncological outcomes. The paradigm shift towards personalised margin assessment, incorporating clinical, pathological, and molecular parameters, may optimise the balance between oncological safety and functional preservation in oral cavity cancer surgery.

Metody postępowania w leczeniu zwężeń podgłośniowych

Jackowska J.

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zwężenia podgłośniowe (*subglottic stenosis*, SGS) stanowią heterogenną grupę patologii prowadzących do trwałego zmniejszenia światła dróg oddechowych w obrębie chrząstki pierścieniowej i górnej tchawicy. Patologia ta prowadzi do istotnych zaburzeń wentylacji, manifestujących się dusznością wysiłkową, stridorem, ograniczeniem tolerancji wysiłku, a w bardziej zaawansowanych przypadkach – niewydolnością oddechową.

Najczęstszą przyczyną nabytych zwężeń krtaniowo-tchawiczych u dorosłych są uszkodzenia jatrogenne, przede wszystkim po długotrwałej intubacji dotchawiczej oraz tracheotomii. Ryzyko rozwoju zwężenia koreluje z: czasem intubacji, rozmiarem rurki, ciśnieniem w mankiecie, obecnością zakażenia oraz chorobami współistniejącymi.

W ostatnich latach obserwuje się wzrost częstości LTS w następstwie przedłużonej wentylacji mechanicznej, m.in. u chorych leczonych z powodu ciężkiego przebiegu COVID-19.

Do innych przyczyn SGS należą: choroby zapalne i autoimmunologiczne (np. zapalenia naczyń), infekcje, urazy zewnętrzne, powikłania radioterapii oraz nacieki nowotworowe. Szczególną jednostką nozologiczną jest idiopatyczne zwężenie podgłośnia (*idiopathic subglottic stenosis*, iSGS), rozpoznawane po wykluczeniu znanych czynników etiologicznych. Choroba ta dotyczy niemal wyłącznie kobiet i charakteryzuje się przewlekłym, nawrotowym procesem fibro-zapalnym o nie do końca poznanej patogenecie, z rozważanym udziałem mechanizmów immunologicznych, hormonalnych oraz zaburzeń mikrobiomu.

W praktyce klinicznej wybór metody leczenia powinien wynikać z ujednoliconej oceny endoskopowej (lokalizacja, długość, morfologia zwężenia, dojrzałość blizny, obecność ziarniny, ocena głośni i ruchomości fałdów głosowych) oraz obrazowania (najczęściej TK). Konsensus European Laryngological Society (ELS) akcentuje konieczność standaryzowanego raportowania i rozróżniania zwężeń prostych (jednopoziomowych) i zwężeń złożonych (wielopoziomowych z malacją), ponieważ determinuje to zarówno rokowanie, jak i kwalifikację do leczenia: endoskopowego vs otwartego. Postępowanie endoskopowe jest zwykle leczeniem pierwszego wyboru w zwężeniach krótkich, bez istotnej niestabilności rusztowania chrzęstnego i bez rozległego zajęcia głośni. Najczęściej stosuje się: dylatację balonową lub mechaniczną (sztywną), nacięcia radialne blizny (laser CO₂/diodyowy lub techniki *cold steel*), resekcję/ablację ziarniny oraz miejscowe iniekcje glikokortykosteroidów; w wielu ośrodkach techniki te są łączone w ramach jednego zabiegu.

W idiopatycznym zwężeniu podgłośniowym (iSGS) coraz częściej stosuje się podejście *disease control*, tj. leczenie sekwencyjne ukierunkowane na utrzymanie drożności i kontrolę objawów przy możliwie małej inwazyjności. Obejmuje ono powtarzane zabiegi endoskopowe oraz leczenie miejscowe, w tym gabinetowe iniekcje steroidowe. Dostępne opracowania sugerują, że u części chorych strategia ta może wydłużać czas do kolejnej interwencji, co praktycznie przekłada się na sytuację, w której nie ma wskazań do natychmiastowej chirurgii otwartej, jeśli kontrola objawów jest akceptowalna i nie występują cechy zwężenia złożonego.

W kontekście leczenia zwężeń o etiologii pourazowej (po intubacji/tracheotomii) oraz zwężeń tchawiczych opisano szeroki wachlarz metod endoskopowych (dylatacje, nacięcia, krioterapia), często uzupełnianych adjuwantami miejscowymi (steroidy, mitomycyna C). Skuteczność tych metod jest jednak silnie zależna od: typu zwężenia (proste vs złożone), długości odcinka i obecności malacji, a ryzyko restenoz bywa istotne, dlatego w tej grupie leczenie endoskopowe czasem jest traktowane jako terapia etapowa (pomostowa) lub element leczenia skojarzonego. Chirurgia otwarta (np. resekcja pierścieniowo-tchawicza z zespoleniem, rekonstrukcja krtaniowo-tchawicza) jest preferowana w zwężeniach złożonych: długoodcinkowych, wielopoziomowych z malacją, z istotnym zajęciem głośni lub w przypadku nieskuteczności czy powtarzalności leczenia endoskopowego.

Niezależnie od zastosowanej techniki cele leczenia obejmują: utrzymanie drożności, minimalizację duszności, ochronę funkcji fonacyjnej i bezpieczeństwa połykania oraz ograniczenie liczby reinterwencji. Standardem staje się podejście wielodyscyplinarne (laryngolog/torakochirurg/pulmonolog) oraz długoterminowa kontrola z oceną endoskopową i – zależnie od praktyki ośrodka – oceną czynnościową, szczególnie w iSGS, ze względu na jej przewlekły i nawrotowy charakter.

Metody rekonstrukcji nerwu twarzowego

Kukwa W.

Klinika Otorinolaryngologii, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wprowadzenie: Porażenie nerwu twarzowego stanowi istotny problem kliniczny w praktyce laryngologicznej. Prowadzi ono nie tylko do zaburzeń funkcjonalnych, takich jak trudności w domykaniu szpary powiekowej, artykulacji czy przyjmowaniu pokarmów, lecz także do znacznego pogorszenia jakości życia pacjentów oraz problemów natury estetycznej i psychospołecznej. Przyczyny porażenia nerwu twarzowego są zróżnicowane i obejmują m.in. urazy, powikłania zapalne, nowotwory oraz następstwa leczenia operacyjnego w obrębie podstawy czaszki, ucha środkowego i ślinianki przyusznej.

Cel: Celem prezentacji jest przedstawienie aktualnych metod rekonstrukcji nerwu twarzowego, ze szczególnym uwzględnieniem technik chirurgicznych, oraz ich wyników klinicznych.

Materiał i metody: Metody rekonstrukcji nerwu twarzowego można podzielić na techniki dynamiczne oraz techniki statyczne. Do metod dynamicznych zalicza się m.in. pierwotne zespolenie nerwu, przeszczepy nerwowe, transfery nerwów oraz transfery mięśniowe, których celem jest przywrócenie czynnej mimiki twarzy. Metody statyczne obejmują procedury poprawiające symetrię twarzy w spoczynku, takie jak podwieszenia tkanek miękkich, implanty czy zabiegi korekcyjne powiek, stosowane zwłaszcza w przypadku braku możliwości odtworzenia czynnej funkcji nerwu.

Wnioski: Prezentacja ma na celu omówienie dostępnych technik operacyjnych rekonstrukcji nerwu twarzowego oraz zaprezentowanie wyników leczenia, z uwzględnieniem ich skuteczności funkcjonalnej i estetycznej. Odpowiedni dobór metody rekonstrukcyjnej, zależny od czasu trwania porażenia, jego etiologii oraz stanu pacjenta, pozostaje kluczowy dla uzyskania optymalnych efektów leczenia.

Navigating the workup of the unknown primary by transoral robotic surgery: a new frontier

Leemans C.R., Hendrickx J.J.

Department of Otolaryngology–Head and Neck Surgery, Amsterdam University Medical Centers, Amsterdam, The Netherlands

The incentives of identifying a primary head and neck tumour in the initially unknown primary situation are clear: It ameliorates the understanding of the disease by the patient and its overall survival, where the clinician has a clear treatment target and toxicity is potentially minimized in terms of saliva function, swallowing and possibly carotid artery atherosclerosis.

Detection rate in carcinoma of unknown primary (CUP) has improved from 40 to >70% by performing tongue base mucosectomy (TBM) in addition to endoscopy under anesthesia (EUA) with palatine tonsillectomy (PTE) and random biopsies (even with additional methods, such as NBI). TBM thus has an impressive identification rate after negative imaging work up which might be further improved with standardized protocols. Identification of an ipsilateral base of tongue (BOT) tumour leads to precise and unilateral radiation which in turn leads to less long term dysphagia.

In case of an HR-HPV primary tumour, reduction of the radiation field or dose de-escalation is suggested both for primary as well as for adjuvant treatment, pending the outcome of current prospective de-escalation trials. In the event of complete resection of the primary tumour or when TBM and PTE fail to identify a primary in case of p16-positive nodal disease, radiation of the oropharynx can be omitted with the disease in the neck treated either by surgery alone (single node without extracapsular extension (ECE)) or radiation. In case of multiple positive nodes primary radiation with/without chemotherapy is advised in current guidelines but the addition of chemotherapy for ECE for p16- positive cases is a debated issue. A negative TBM and PTE with p16- and EBER- negative nodes indicates intensity-modulated radiotherapy (IMRT) of the pharyngo-laryngeal axis. National guidelines support these strategies but do not specify whether TBM should be performed bilaterally (which is advised for PTE). Recent reports of identification rates of over 10 percent in the contralateral BOT support performing bilateral TBM.

Postoperative pain and hemorrhage (Clavien Dindo grade II-III) are the most reported complications. TBM performed synchronously with PTE can cause significant additional discomfort for the patient that has led some to perform TBM only after a negative EUA and PTE.

Niedowład fałdów głosowych – metody leczenia operacyjnego

Rzepakowska A.

Katedra i Klinika Otorinolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Niedowład fałdów głosowych jest zespołem klinicznym wynikającym z częściowego lub całkowitego uszkodzenia

obwodowego bądź ośrodkowego unerwienia krtani, najczęściej w zakresie nerwu krtaniowego wstecznego lub nerwu błędnego. Zaburzenie to prowadzi do upośledzenia ruchomości jednego lub obu fałdów głosowych, co skutkuje nieprawidłowym zwarciem głośni i wtórnymi zaburzeniami fonacji, oddychania oraz funkcji ochronnej dróg oddechowych. Obraz kliniczny obejmuje przede wszystkim: chrypkę, osłabienie i niestabilność głosu, męczliwość fonacyjną, a w przypadkach bardziej zaawansowanych – aspirację treści pokarmowej oraz duszność.

Etiologia niedowładu fałdów głosowych jest zróżnicowana. Najczęściej ma on charakter jatrogeny i występuje jako powikłanie zabiegów chirurgicznych w obrębie szyi i klatki piersiowej, w szczególności operacji tarczycy, przełyku oraz serca. Do innych przyczyn zalicza się: procesy nowotworowe przebiegające z uciskiem lub naciekaniem struktur nerwowych, urazy mechaniczne, choroby neurologiczne oraz przypadki idiopatyczne.

Diagnostyka opiera się na: badaniu wideolaryngoskopowym, uzupełnionym o ocenę stroboskopową, badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, rezonansie magnetycznym), analizie czynnościowej głosu oraz badaniu elektromiografii krtani. Elektromiografia krtani umożliwia: ocenę stopnia i charakteru uszkodzenia unerwienia mięśni krtani, różnicowanie niedowładu neurogennego od zaburzeń mechanicznych oraz ocenę potencjału regeneracyjnego nerwu, co ma istotne znaczenie prognostyczne i terapeutyczne.

Postępowanie terapeutyczne obejmuje: leczenie zachowawcze, rehabilitację głosu oraz leczenie operacyjne, przy czym wyniki badania elektromiografii krtani odgrywają istotną rolę w planowaniu strategii terapeutycznej. Interwencje chirurgiczne są wskazane u pacjentów z utrwalonym niedowładem, u których nie obserwuje się samoistnej poprawy ani satysfakcjonujących efektów terapii foniatrycznej, a zapis EMG krtani wskazuje na brak lub niewielkie rokowanie co do spontanicznej reinerwacji. Głównym celem leczenia operacyjnego jest poprawa zwarcia głośni, a tym samym jakości głosu i bezpieczeństwa połykania, przy zachowaniu odpowiedniej drożności dróg oddechowych.

Jedną z najczęściej stosowanych metod jest medializacja fałdu głosowego, realizowana w postaci laryngoplastyki iniekcyjnej. Zabieg polega na podaniu do fałdu głosowego substancji wypełniającej, takiej jak kwas hialuronowy, tłuszcz autologiczny lub hydroksyapatyt wapnia. Metoda ta charakteryzuje się małą inwazyjnością i możliwością wykonania w znieczuleniu miejscowym. W zależności od użytego materiału efekty mogą mieć charakter czasowy lub trwały. Alternatywną, lecz bardziej inwazyjną techniką jest tyroplastyka typu I według Isshikiego. Zabieg ten polega na wykonaniu okienka w chrząstce tarczowatej i wprowadzeniu implantu, który przemieszcza porażony fałd głosowy w kierunku linii pośrodkowej. Tyroplastyka umożliwia precyzyjną regulację stopnia medializacji oraz ocenę efektu fonacyjnego w trakcie zabiegu, co czyni ją metodą o wysokiej skuteczności i trwałości rezultatów. W wybranych przypadkach możliwe jest zastosowanie reinerwacji krtani, polegającej na zespoleniu uszkodzonego nerwu krtaniowego z innym nerwem ruchowym, najczęściej nerwem podjęzykowym lub gałęziami splotu szyjnego. Celem tej procedury jest przywrócenie napięcia mięśni krtani oraz

poprawa symetrii fałdów głosowych. Należy podkreślić, że efekty reinerwacji pojawiają się stopniowo, często po kilku miesiącach, i wymagają długoterminowej obserwacji.

Wybór metody leczenia operacyjnego powinien być zindywidualizowany i zależny od: czasu trwania niedowładu, jego etiologii, wieku pacjenta, stanu ogólnego chorego, oczekiwań dotyczących jakości głosu, a także wyników elektromiografii krtani, które pozwalają na racjonalne różnicowanie między postępowaniem obserwacyjnym, czasową medializacją a leczeniem operacyjnym o charakterze trwałym. Leczenie chirurgiczne niedowładu fałdów głosowych stanowi element postępowania interdyscyplinarnego i powinno być prowadzone przez zespół złożony z otolaryngologa, foniatry oraz logopedy.

Nowatorskie metody diagnostyczne w leczeniu głuchoty wrodzonej – molekularne biomarkery neuroplastyczności

Matusiak M.¹, Konopka A.², Oziębło D.³, Ołdak M.³, Skarżyński H.¹

¹ Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Polski Ośrodek Transferu Technologii PORT Łukasiewicz, Wrocław

³ Zakład Genetyki, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Leczenie głuchoty wrodzonej za pomocą wszczepienia implantu ślimakowego jest standardem postępowania terapeutycznego. Dzieci urodzone z niewydolnością receptora słuchu, którym wszczepiono implant ślimakowy, uzyskują szanse na rozwój słuchu i mowy zbliżony do rozwoju ich prawidłowo słyszących rówieśników. Obserwacja kliniczna wskazuje jednak, że nie u wszystkich dzieci korzystających z implantu ślimakowego efekty rehabilitacji słuchu i mowy są zadowalające. Wytypowanie i wprowadzenie do praktyki klinicznej molekularnych biomarkerów neuroplastyczności znacząco ułatwiłoby postępowanie diagnostyczne i rehabilitacyjne dzieci z głuchotą wrodzoną, ponieważ jeszcze przed wdrożeniem leczenia pozwala na ocenę ryzyka niepowodzenia rehabilitacji słuchu i mowy po wszczepieniu implantu ślimakowego. Mając do dyspozycji takie narzędzie, klinicyści mogliby odpowiednio spersonalizować leczenie, dostosowując elementy terapii, np. zakres wsparcia rehabilitacyjnego, do indywidualnych potrzeb dziecka.

Przeprowadzono badanie podłużne obejmujące kohortę 61 dzieci z głuchotą wrodzoną, zaimplantowanych przed ukończeniem 2 roku życia. W obserwacji skorelowano wyniki słuchowe uzyskane po 18 miesiącach rehabilitacji z poziomem osoczowym metalloproteazy macierzowej 9 (MMP-9) oraz nosicielstwem jej wariantów genetycznych. Uzyskane wyniki wskazują, iż poziom MMP-9 mierzony w osoczu krwi obwodowej podczas wszczepienia implantu ślimakowego różnicuje zaimplantowane dzieci pod względem poziomu kompetencji słuchowych. Dziecko z osoczowym poziomem MMP-9 poniżej 150 ng/ml ma duże szanse na powodzenia leczenia.

Kolejne kroki w poszukiwaniu biomarkerów skoncentrowane są na dostępie do przestrzeni ucha wewnętrznego jako przestrzeni najbliższej strukturalnym nerwowym drogi słuchowej. Wykorzystanie unikalnej możliwości pozyskania płynnej biopsji ślimaka otwiera możliwość poszukiwania molekularnych biomarkerów leczenia głuchoty, jak również przybliża do zrozumienia molekularnego tła niewydolności tego receptora oraz jego biochemicznych konsekwencji. Przedstawione zostaną pilotażowe wyniki badania próbek perylimfy pobieranej podczas wszczepienia implantu ślimakowego u dzieci z głuchotą wrodzoną w odniesieniu do wyników rehabilitacji słuchu i mowy po implantacji. W badaniach posłużono się metodą spektrometrii mas (MS) oraz badaniem kwestionariuszowym służącym do oceny rozwoju słuchowego LittLEARs (LEAQ). Uzyskane wyniki wskazują na istnienie korelacji pomiędzy składem proteomicznym perylimfy, a wynikami funkcjonalnymi implantacji ślimakowej u dzieci.

Nowe rozwiązania w zakresie leczenia niedosłuchów i częściowej głuchoty

Skarżyński P.H.^{1,2}, Lorens A.³, Skarżyński H.³

¹ Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

³ Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Leczenie wad słuchu przy zastosowaniu implantów ślimakowych i innych urządzeń wszczepialnych ma swoją długą historię sięgającą lat 70. XX wieku. Pierwsza operacja w Polsce została przeprowadzona przez zespół prof. Henryka Skarżyńskiego w dniu 12 lipca 1992 roku. W kolejnych latach w Polsce miało miejsce wiele operacji pionierskich w skali światowej, w szczególności dotyczących zachowania funkcjonalnych resztek słuchowych. Celem prezentacji jest przedstawienie współczesnych możliwości leczenia z zastosowaniem różnych urządzeń wszczepialnych, w tym wyniki testów rozumienia mowy w szumie i w ciszy. Ponadto zostaną poddane analizie czynniki mające wpływ na decyzję o wyborze urządzenia oraz istotne czynniki śródoperacyjne mogące mieć wpływ na wynik zastosowanego leczenia.

Panorama of transoral surgery in 2026

Fernández Fernández M.^{1,2}

¹ Head and Neck Surgery Section, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

² Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Complutense University of Madrid, Spain

Introduction: The surgical management of laryngeal and pharyngeal lesions has undergone a paradigm shift, moving away from invasive open procedures toward transoral procedures. This transition is driven by the need to reduce treatment-related morbidity and the rising incidence of HPV-related oropharyngeal squamous cell carcinoma (OPSCC). The integration of high-definition 3D visualization, flexible

robotics, and ultrasonic energy has redefined the boundaries of resectability in the upper aerodigestive tract.

Objective: The aim of this overview is to analyze the current status of transoral surgical modalities, endoscopic and microscopic – specifically TORS, TOUSS, 3D Exoscopic surgery, and transoral laser microsurgery (TLM) – focusing on their technological synergy, clinical indications, and functional outcomes.

Material and methods: The contemporary surgical toolkit in 2026 includes: 1) *TORS (transoral robotic surgery)* – the da Vinci SP (single-port) system seems to offer better performance for deep oropharyngeal and supraglottic access, utilizing a single 25 mm cannula to deploy three articulating instruments and a 3D camera. The da Vinci Xi continues to be utilized for lateral oropharyngeal resections; 2) *TOUSS (transoral endoscopic ultrasonic surgery)* – this approach utilizes a traditional endoscopic 2D/3D setup combined with ultrasonic dissectors (e.g., Harmonic or Thunderbeat). It offers a “line-of-sight” independent alternative that is highly cost-effective and facilitates tactile feedback during pharyngeal resections; 3) *3D Exoscopic Surgery* – high-definition 4K-3D exoscopes are gaining room replacing traditional operating microscopes. These systems provide superior magnification and depth perception on large monitors, improving surgical ergonomics and allowing for collective visualization by the entire surgical team; 4) *TLM (transoral laser microsurgery)* – utilizing CO₂ laser, TLM remains the cornerstone for laryngeal cancer and with superb outcomes in oropharyngectomy, where precise mucosal margins are paramount (T1-T2 lesions and tongue base resection for unknown primary search).

Results: 1) *Oropharyngeal Management* – the use of TORS and TLM in oropharyngeal tumors has facilitated therapeutic de-escalation. By achieving negative margins surgically, some patients avoid or receive reduced doses of adjuvant chemoradiotherapy, significantly decreasing long-term xerostomia and dysphagia. Low quality data related to application of TOUSS and exoscope but promising in the following years; 2) *Laryngeal Preservation* – TLM remains as the gold standard but TORS, TOUSS and 3D Exoscopy have the potential of extending the indications for transoral resection to more complex laryngeal tumors. The enhanced visualization provided by the exoscope allows for more accurate identification of the paraglottic space, improving oncological safety; 3) *Surgical Efficiency* – the da Vinci SP and TOUSS have reduced docking times and narrowed the surgical corridor required, allowing for the treatment of patients with limited mouth opening who were previously ineligible for TORS; 4) *Functional Outcomes* – across all modalities, tracheostomy rates have dropped below 5%, and the majority of patients return to a full oral diet within the first postoperative week.

Conclusions: The panorama of 2026 highlights a highly specialized, technology-driven field. TORS (single-port) and TOUSS represent the frontline for pharyngeal surgery, while TLM and exoscopic-guided surgery maintain dominance in laryngeal precision. The synergy of these techniques ensures that the modern head and neck surgeon can tailor the approach to the specific anatomy and pathology of the patient, prioritizing the “functional cure” without compromising oncological control.

Częściowe operacje krtani – wskazania i wyzwania

Szybiak B.

Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

Rak krtani jest jednym z najczęstszych nowotworów regionu głowy i szyi. W przypadku zaawansowanych raków krtani leczenie chirurgiczne jest nadal leczeniem z wyboru. Około 64% chorych kwalifikowanych do leczenia rozważa zmniejszenie swoich szans na przeżycie kosztem zachowania krtani. W ostatnich latach obserwujemy renesans technik chirurgicznych polegających na operacjach częściowych krtani pozwalających na całkowite wyleczenie z jednoczesnym oszczędzeniem narządu. Szczególnie poziome częściowe operacje krtani z rekonstrukcją narządu (*open partial horizontal laryngectomies*, OPHL) pozwalają na resekcję dużych guzów z odtworzeniem drogi oddechowej i zachowaniem głosu. Tego typu zabiegi są coraz częściej wykonywane u pacjentów ze wznową raka po leczeniu radiochemioterapeutycznym. Rozwój chirurgii częściowych operacji krtani pozwolił na sprecyzowanie wskazań do tego typu zabiegów. Do tej grupy należą pacjenci, u których stwierdzono: anatomiczne trudności z wystarczającym uwidocznieniem głośni celem laserowej resekcji guza; nacieki okolicy spoidła przedniego; wczesną wznowę po chirurgii laserowej; nacieki chrząstek krtani (nacieki na chrząstkę nalewkowatą lub nacieki wewnętrznej powierzchni chrząstki tarczowatej). Chirurgia operacji częściowych krtani jest techniką pozwalającą na zachowanie narządu krtani (*organ preservation programme*), a jednocześnie metodą uzupełniającą chirurgię laserową krtani i doskonałym rozwiązaniem pozwalającym na zachowanie narządu krtani.

Powikłania w chirurgii endoskopowej zatok przynosowych

Skorek A.

Kliniczny Oddział Otolaryngologii, AMiSNS Copernicus Podmiot Leczniczy, Gdańsk

Chirurgia endoskopowa stanowi obecnie standardowe postępowanie w przypadku wielu schorzeń nosa i zatok, ale również oczodołu, dróg łzowych, podstawy czaszki i chirurgii twarzoczaszki w każdej grupie wiekowej. Jak w przypadku każdej procedury, w chirurgii endoskopowej zdarzają się powikłania, które mogą dotyczyć zarówno procedur chirurgicznych (krwawienie śród- i pooperacyjne, płynotok nosowy, krwiak/odma oczodołu), jak i procedur anestezjologicznych (niedowład, wstrząs toksyczny/kardiogeny, zatorowość płucna). W nauczaniu wykonywania procedur endoskopowych nosa i zatok musimy więc uwzględnić umiejętność wykrywania, zaopatrywania i optymalnego postępowania pooperacyjnego u chorych z powikłaniami. Autor zaprezentuje własny materiał dotyczący powikłań w chirurgii endoskopowej nosa i zatok z uwzględnieniem sposobu postępowania/zaopatrywania w każdym z omawianych przypadków oraz krzywej uczenia się. Autor przedstawi również sposób nauczania wykonywania tych procedur w swojej jednostce.

Prehabilitacja oraz fizjoterapia po zabiegach operacyjnych w laryngologii

Marszałek S.^{1,2,3,4}

¹ Zakład Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Zakład Fizjoterapii Onkologicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

⁴ Zakład Fizjoterapii, Zamiejskowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Prehabilitacja oraz fizjoterapia po zabiegach operacyjnych w laryngologii stanowią istotny element kompleksowej opieki okołoperacyjnej ukierunkowanej na minimalizowanie powikłań oraz przyspieszanie powrotu do funkcji codziennych. Procedury chirurgiczne w obrębie głowy i szyi, w tym operacje onkologiczne, rekonstrukcyjne oraz zabiegi w obrębie krtani i gardła, mogą prowadzić do zaburzeń oddychania, połykania, fonacji oraz ograniczeń ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa i obręczy barkowej. Wprowadzenie działań prehabilitacyjnych jeszcze przed operacją, obejmujących edukację pacjenta, ćwiczenia oddechowe, trening posturalny oraz wstępną terapię funkcjonalną, pozwala przygotować układ mięśniowo-powięziowy do obciążeń związanych z leczeniem oraz zmniejszyć ryzyko wtórnych dysfunkcji. Istotnym elementem prehabilitacji powinno być również wsparcie psychologiczne oraz żywieniowe – pomagające ograniczyć poziom stresu okołoperacyjnego, poprawiające stan odżywienia i zwiększające zdolność organizmu do regeneracji po zabiegu.

Istotnym komponentem współczesnych programów okołoperacyjnych jest także promowanie odpowiednio dobranej aktywności fizycznej. Umiarkowany trening ogólnousprawniający przed operacją może poprawiać wydolność krążeniowo-oddechową, zwiększać tolerancję wysiłku oraz wspierać adaptację organizmu do stresu operacyjnego. W okresie pooperacyjnym wczesna aktywizacja pacjenta, obejmująca pionizację, marsz, chodzenie po schodach, ćwiczenia oddechowe, lekką mobilizację kończyn oraz stopniowe zwiększanie poziomu ruchu, odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu powikłaniom, takim jak zaburzenia krążeniowo-oddechowe, spadek wydolności fizycznej czy utrwalone ograniczenia funkcjonalne. Wczesne włączanie ruchu sprzyja również poprawie samopoczucia psychicznego oraz zwiększa poczucie sprawczości pacjenta w procesie zdrowienia.

Właściwa fizjoterapia pooperacyjna w laryngologii koncentruje się na stopniowym przywracaniu funkcji poprzez indywidualnie dobrane ćwiczenia, reedukację postawy oraz terapię ukierunkowaną na poprawę zakresu ruchu szyi i barków. Szczególne znaczenie ma profilaktyka powikłań, takich jak: ból, obrzęk limfatyczny, włóknienie tkanek czy zaburzenia koordynacji mięśniowej. Techniki mięśniowo-powięziowe, stosowane z uwzględnieniem bezpieczeństwa gojenia tkanek, mogą wspomagać normalizację napięcia powięziowego, poprawę ślizgu tkanek oraz redukcję restrykcji bliznowatych, co przekłada się na lepsze warunki biomechaniczne dla oddychania i połykania. Integracja tych

metod z terapią logopedyczną i ćwiczeniami funkcjonalnymi sprzyja odbudowie funkcji orofacjalnych oraz poprawie jakości głosu.

Współczesne podejście podkreśla znaczenie współpracy interdyscyplinarnej: chirurgów, fizjoterapeutów, logopedów, dietetyków, psychologów oraz zespołu pielęgniarskiego, zarówno w fazie przygotowania do operacji, jak i w rehabilitacji po zabiegu. Uwzględnienie w procesie leczenia programów prehabilitacyjnych umożliwia wcześniejsze wykrywanie czynników ryzyka i lepsze przygotowanie pacjenta fizyczne oraz psychiczne, natomiast wczesne wdrożenie aktywności ruchowej i fizjoterapii pooperacyjnej może skracać czas hospitalizacji, zmniejszać nasilenie objawów bólowych oraz ograniczać rozwój przewlekłych powikłań funkcjonalnych. Indywidualizacja postępowania, oparta na ocenie klinicznej i specyfice zabiegu laryngologicznego, pozostaje kluczowa dla osiągnięcia optymalnych efektów terapeutycznych i poprawy jakości życia pacjentów.

Problemy rynologiczne kobiet w ciąży – aspekty kliniczne i terapeutyczne

Dżaman K.

Klinika Otorinolaryngologii CMKP, Mazowiecki Szpital Bródnowski, Warszawa

Ciąża jest stanem fizjologicznym, w którym dochodzi do licznych zmian hormonalnych i hemodynamicznych wpływających na funkcjonowanie górnych dróg oddechowych. Wzrost stężenia estrogenów i progesteronu, zwiększenie objętości krwi krążącej o 30–50% oraz nasilona ekspresja receptorów histaminowych H1 prowadzą do przekrwienia, obrzęku i wzmożonej aktywności wydzielniczej błony śluzowej nosa. Skutkiem tych procesów są u kobiet ciężarnych częste dolegliwości rynologiczne, które mogą istotnie obniżyć jakość życia oraz zwiększać ryzyko powikłań położniczych.

Najczęstszą jednostką chorobową jest nieżyt nosa ciężarnych, występujący u 18–30% kobiet, zwykle w II i III trymestrze. Objawia się przewlekłym uczuciem niedrożności nosa bez cech infekcji lub alergii i utrzymuje się co najmniej 6 tygodni; ustępuje samoistnie po porodzie. Do głównych objawów nieżytu nosa ciężarnych należą: wodnisty katar, zaburzenia węchu, uczucie pełności w uszach, chrapanie oraz epizody bezdechów sennych. Badania własne wykazały istotne statystycznie zmniejszenie przepływu powietrza przez jamę nosa u kobiet ciężarnych, częste subiektywne dolegliwości nosowe i uszne oraz pogorszenie funkcji węchowych. Leczenie nieżytu nosa w ciąży powinno opierać się na bezpiecznych preparatach, takich jak: donosowe glikokortykosteroidy (budezonid, mometazon, furoinian flutyzonu), kromoglikany oraz doustne leki przeciwhistaminowe II generacji. Triamcynolon jest przeciwwskazany z uwagi na ryzyko wad wrodzonych.

Istotnym problemem klinicznym są również krwawienia z nosa, których częstość w ciąży wzrasta trzykrotnie. Najczęściej są one wynikiem przekrwienia błony śluzowej nosa i współistniejącego nieżytu nosa ciężarnych, jednak mogą stanowić objaw chorób ogólnoustrojowych, takich jak: nadciśnienie indukowane ciążą, stan przedrzucawkowy czy trombocytopenia. Postępowanie obejmuje leczenie miejscowe,

diagnostykę internistyczną oraz w razie potrzeby leczenie przyczynowe, w tym farmakoterapię nadciśnienia.

Rzadziej występującą, lecz charakterystyczną zmianą jest ziarniniak naczyński (guz ciążowy), pojawiający się głównie w II i III trymestrze. Zmiana ta ma łagodny charakter, często ulega samoistnej regresji po porodzie i wymaga leczenia chirurgicznego jedynie w przypadku nasilonych krwawień.

W ciąży wzrasta też częstość obturacyjnego bezdechu sennego (OBPS), zwłaszcza u kobiet otyłych, z cukrzycą ciążową lub nadciśnieniem. OBPS zwiększa ryzyko stanu przedzrzucawkowego, cukrzycy, przedwczesnego porodu oraz wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrastania płodu. Metodą z wyboru w leczeniu umiarkowanego i ciężkiego OBPS u ciężarnych jest terapia CPAP, uznawana za bezpieczną i skuteczną.

Problemy rynologiczne kobiet w ciąży wymagają interdyscyplinarnego podejścia oraz świadomego, bezpiecznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, ukierunkowanego na ochronę zdrowia matki i płodu.

Prognostic factors in oral tongue cancer

Fernández Fernández M.^{1,2}

¹ Head and Neck Surgery Section, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

² Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Complutense University of Madrid, Spain

Introduction: Oral tongue squamous cell carcinoma (OTSCC) is the most prevalent malignancy of the oral cavity and is characterized by a particularly aggressive biological behavior. The mobile tongue is highly susceptible to early regional metastasis due to its unique histological makeup, featuring a rich lymphatic network and a highly muscularized structure that facilitates rapid local infiltration. Despite significant advancements in diagnostic imaging and multi-modal therapeutic strategies – including precision radical surgery, intensity-modulated radiotherapy, and novel immunotherapy – the 5-year overall survival remains disappointingly low, typically ranging between 45% and 60%. Furthermore, global epidemiological trends are shifting; incidence rates are notably increasing worldwide, particularly among non-smoking younger patients and females. This demographic shift suggests that traditional risk factors like tobacco and alcohol may not be the sole drivers of the disease in the modern era. Consequently, there is an urgent clinical need to identify more precise molecular and histopathological prognostic indicators. Understanding these variables is essential for tailoring personalized treatment protocols and improving the poor survival statistics associated with this specific anatomical site.

Objective: The primary objective is to evaluate and identify the demographic, clinical, and histopathological variables that significantly impact survival rates and recurrence in patients with OTSCC.

Material and methods: Prognostic data were derived from multiple retrospective and prospective analyses of patients

treated primarily with curative surgery. Study populations ranged from smaller cohorts to larger datasets. Clinical staging was conducted according to the AJCC/UICC guidelines. Histopathological assessment included the evaluation of tumor grade, depth of invasion (DOI), surgical margins, lymphovascular invasion (LVI), and perineural invasion (PNI).

Results: Multivariate analyses consistently identify neck node metastasis as the most critical predictor of a poor prognosis, often reducing survival rates by approximately 50%. The TNM stage and pathological differentiation remain fundamental independent prognostic factors across most outcomes. Some histological factors have demonstrated significant predictive value: 1) *Depth of invasion (DOI)* – a DOI greater than 5–6 mm is significantly associated with higher recurrence rates and decreased survival; 2) *Pattern of invasion* – the worst pattern of invasion (WPOI), specifically types 4 and 5, is an independent prognostic factor for postoperative recurrence; 3) *Lymphovascular and perineural invasion* – LVI is identified as an independent predictor of recurrence, while PNI is a significant predictor for decreased overall survival; 4) *Surgical margins* – compromised or close margins (<2–5 mm) are associated with increased local recurrence and reduced disease-specific survival; 5) *Lymph node ratio (LNR)* – a higher LNR serves as a valuable predictor for locoregional failure and distant metastasis. In early-stage (T1–T2) patients, high-quality neck dissection (retrieving ≥30 nodes) significantly improves disease-free survival.

Conclusions: The prognosis of OTSCC is multifactorial, extending beyond traditional TNM staging. Neck metastasis and positive surgical margins are the most influential clinical factors impacting survival. Furthermore, aggressive histopathological markers such as LVI, PNI, and high DOI are essential indicators for risk stratification and the potential escalation of adjuvant therapy. Effective management must prioritize achieving clear margins and performing adequate lymph node dissection to improve long-term oncologic outcomes.

Refluks krtaniowo-gardłowy w świetle nowych wytycznych europejskich

Pietruszewska W.

I Katedra Otolaryngologii, Klinika Otolaryngologii, Onkologii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Choroba refluksowa krtaniowo-gardłowa (LPRD) jest coraz częściej rozpoznawaną jednostką chorobową, stanowiącą istotne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Zgodnie z najnowszymi europejskimi wytycznymi LPRD traktowana jest jako schorzenie odrębne od choroby refluksowej przełyku (GERD), różniące się mechanizmami patofizjologicznymi, obrazem klinicznym oraz odpowiedzią na leczenie. W LPRD refluksat – obejmujący nie tylko kwas solny, lecz także pepsynę, sole żółciowe i gaz – przekracza górny zwieracz przełyku i oddziałuje na szczególnie wrażliwą błonę śluzową gardła i krtani, często bez typowych objawów GERD, takich jak zgaga czy nadżerki przełyku.

Podkreśla się, że rozpoznanie LPRD nie może opierać się wyłącznie na objawach krtaniowo-gardłowych, ani na nieswoistych zmianach w badaniu laryngoskopowym czy skalach RSI i RFS. Za metodę referencyjną uznaje się obecnie hipofaryngoezofagalną impedancję z pH-metrią (HEMII-pH), która umożliwia obiektywne potwierdzenie refluku docierającego do gardła oraz jego fenotypowanie (refluku kwaśny, słabo kwaśny, niekwaśny, gazowy). Takie podejście pozwala na bardziej precyzyjny dobór terapii i unikanie nadmiernego leczenia empirycznego.

Postępowanie terapeutyczne w LPRD powinno być spersonalizowane i wielokierunkowe. Obejmuje modyfikację stylu życia i diety oraz farmakoterapię dostosowaną do typu refluku. Inhibitory pompy protonowej zaleca się stosować selektywnie, głównie u pacjentów z udokumentowaną ekspozycją kwaśną lub współistniejącą GERD. W refluksie słabo kwaśnym i niekwaśnym istotną rolę odgrywają alginiany, preparaty barierowe z kwasem hialuronowym oraz prokinetyki. Kluczowe znaczenie ma współpraca otolaryngologa i gastroenterologa, a także podejście oparte na aktualnych wytycznych i preferencjach pacjenta.

Rok później – czy implant ślimakowy wpływa tylko na słyszenie? Wyniki badań 227 dorosłych pacjentów po 12 miesiącach: doświadczenie ośrodka klinicznego

Szczepek A.J.^{1,2}

¹ Klinika Otolaryngologii oraz Chirurgii Głowy i Szyi, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Niemcy

² Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

Implant ślimakowy (CI) to jedna z najskuteczniejszych metod rehabilitacji słuchu u osób z głębokim ubytkiem – zarówno jednostronnym, jak i obustronnym. Wciąż jednak warto zadać pytanie: czy poprawa dotyczy wyłącznie słyszenia, czy sięga dalej – do codziennego funkcjonowania i dobrostanu psychicznego?

W przedstawionym badaniu oceniono 227 dorosłych pacjentów, porównując wyniki sprzed implantacji oraz po 12 miesiącach od wszczepienia CI. Analizowano zrozumiałość mowy (*Freiburski Test Jednosylabowy*, FS), subiektywną ocenę słyszenia (*Oldenburski Inwentarz*, OI) oraz jakość życia związaną ze zdrowiem (*Nijmegeński kwestionariusz dla CI*, NCIQ). Równolegle uwzględniono współwystępujące obciążenia: objawy depresyjne (*Ogólna skala depresji* – wersja długa; niem. *Allgemeine Depressionsskala* – *Langform*, ADS-L), lęk (*Kwestionariusz uogólnionego lęku* – GAD-7, ang. *Generalized Anxiety Disorder 7-item*, GAD-7), odczuwany stres (*Kwestionariusz odczuwanego stresu*; ang. *Perceived Stress Questionnaire*, PSQ) oraz dystres związany z szumami usznymi (*Kwestionariusz szumów usznych*; ang./niem. *Tinnitus Questionnaire*, TQ). Zmiany oceniano testem Wilcoxon, zależności analizowano korelacją Spearmana, a czynniki wpływające na jakość życia – w modelach regresji.

Po roku od implantacji stwierdzono istotną poprawę w rozumieniu mowy, subiektywnej ocenie słyszenia i jakości życia. Co ważne, jednocześnie zmniejszyło się nasilenie

objawów depresyjnych i lękowych, poziom stresu oraz dystres związany z szumami usznymi. Już przed zabiegiem jakość życia była ściśle powiązana z tym, jak pacjent postrzega własne słyszenie (zależność dodatnia), a obniżana przez depresję, lęk, stres i szumy uszne (zależności ujemne). Po 12 miesiącach te relacje nie tylko się utrzymały, lecz stały się jeszcze wyraźniejsze. Modele regresji wskazały, że lepsza subiektywna ocena słyszenia (OI) sprzyja wyższej jakości życia (NCIQ), natomiast objawy depresyjne (ADS-L) i dystres związany z szumami usznymi (TQ) działają w kierunku przeciwnym. Efekt negatywny był szczególnie widoczny u pacjentów, którzy po roku osiągnęli niskie lub średnie wyniki w badaniu jakości życia.

Wyniki pokazują, że korzystanie z implantu ślimakowego może realnie poprawiać codzienne funkcjonowanie i dobrostan psychiczny. Jednocześnie podkreślają, że pełny sukces rehabilitacji wymaga czegoś więcej niż samej technologii: istotną kwestią jest rutynowe monitorowanie objawów depresyjnych oraz obciążenia związanego z szumami usznymi i – gdy to potrzebne – wczesne wdrażanie wsparcia psychologicznego.

Rola chirurgii ratującej w interdyscyplinarnym leczeniu nowotworów głowy i szyi

Golusiński P.^{1,2}

¹ Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

² Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Cel: Przedstawienie roli chirurgii ratującej w leczeniu nawrotów miejscowych i regionalnych nowotworów głowy i szyi po radioterapii/chemioradioterapii oraz omówienie praktycznych zasad kwalifikacji, planowania zabiegu i minimalizacji powikłań, z naciskiem na uzyskanie kontroli onkologicznej przy możliwie najlepszym wyniku funkcjonalnym.

Metody: Wystąpienie ma charakter przeglądowo-praktyczny. Omówione zostaną:

- 1) algorytm diagnostyczny przed decyzją o *salvage surgery* – ocena resekcyjności, zakresu wznowy, diagnostyka obrazowa, weryfikacja histopatologiczna, ocena stanu ogólnego i rezerw funkcjonalnych;
- 2) podstawowe kryteria kwalifikacji – czas do nawrotu, lokalizacja i rozległość wznowy, stan węzłów chłonnych, wcześniejsze leczenie i dawki napromieniania, czynniki ryzyka powikłań;
- 3) strategie operacyjne – resekcja guza i węzłów, postępowanie w przypadku zajęcia struktur krytycznych, plan rekonstrukcji (płaty wolne i regionalne), zabezpieczenie drożności dróg oddechowych i odżywiania;
- 4) elementy optymalizacji okołoperacyjnej – profilaktyka przetok, martwicy, krwawień, zakażeń, postępowanie w tkankach po napromienianiu, rola zespołu wielodyscyplinarnego;
- 5) miejsca terapii uzupełniających i leczenia systemowego u chorych wysokiego ryzyka.

Wyniki: Chirurgia ratująca pozostaje najskuteczniejszą metodą leczenia wybranych chorych z nawrotem miejscowym/regionalnym pod warunkiem prawidłowej kwalifikacji i możliwości uzyskania resekcji R0. Największe znaczenie prognostyczne mają: resekcyjność i marginesy, czas do nawrotu, stopień zaawansowania wznowy oraz stan węzłów chłonnych. Zabiegi w obszarze napromienianym obciążone są istotnie wyższym ryzykiem powikłań (tj. przetoki, zaburzenia gojenia, powikłania naczyniowe), dlatego kluczowe są: staranne planowanie dostępu, wybór strategii rekonstrukcyjnej oraz intensywna opieka okołoperacyjna. Coraz większą rolę odgrywa również ocena jakości życia i wyników funkcjonalnych (połykanie, mowa, drożność dróg oddechowych), które powinny być równorzędnymi punktami końcowymi decyzji terapeutycznych.

Wnioski: Chirurgia ratująca jest procedurą o wysokiej wartości onkologicznej, ale wymaga selekcji chorych, realistycznego bilansu korzyści i ryzyka oraz ścisłej współpracy w zespole wielodyscyplinarnym. Priorytetem jest dążenie do resekcji R0 przy równoczesnym zaplanowanym postępowaniu rekonstrukcyjnym i okołozabiegowym, co może ograniczać powikłania i poprawiać wyniki funkcjonalne. W przypadkach granicznych decyzja powinna uwzględniać alternatywy systemowe i paliatywne oraz cele leczenia uzgodnione z pacjentem.

Rola leczenia operacyjnego w przewlekłym zapaleniu zatok z polipami wobec nowych możliwości farmakologicznych

Zatoński T.

*Klinika Otolaryngologii i Chirurgii Głowy i Szyi,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami nosa (PZZNzP) jest chorobą zapalną o dominującym mechanizmie zapalenia typu 2, związanym z aktywnością cytokin IL-4, IL-5 i IL-13, prowadzącym do eozynofilii, przebudowy tkanek, zaburzeń bariery nabłonkowej oraz utraty węchu. Choroba istotnie obniża jakość życia, często współistnieje z astmą i cechuje się wysokim ryzykiem nawrotów. Leczenie przebiega etapowo i obejmuje irygacje nosa, miejscowe kortykosteroidy donosowe oraz krótkie kursy steroidów ogólnoustrojowych. W przypadkach ciężkich i niekontrolowanych, mimo optymalnej terapii farmakologicznej, zalecane jest leczenie operacyjne metodą endoskopowej chirurgii zatok (FESS). U pacjentów z dominującym zapaleniem typu 2, występującym nawroty choroby. Wprowadzenie terapii biologicznych ukierunkowanych na szlaki zapalenia typu 2 umożliwiło skuteczną redukcję polipów, poprawę funkcji węchu i jakości życia oraz ograniczenie potrzeby kolejnych operacji. Współczesne postępowanie w PZZNzP wymaga podejścia zindywidualizowanego, w którym leczenie operacyjne i biologiczne są strategiami komplementarnymi, dobieranymi w zależności od ciężkości choroby, endotypu zapalnego i chorób współistniejących.

Rola psa asystującego w zachowaniu jakości życia u chorych po leczeniu onkologicznym nowotworów głowy i szyi

Kwintkiewicz J.¹, Sammler I.²

¹ *Principal Medical Adviser and Founder at bezDNA Ingenuity®*

² *Fundacja Labrador, Poznań*

Niniejszy abstrakt syntetyzuje obserwacje i dane na temat programów dotyczących przydziału psów przewodników osobom niewidomym i jednocześnie głuchym, ze szczególnym uwzględnieniem doświadczeń życiowych, wyników szkoleń i barier systemowych. Choć w przeszłości wiele programów koncentrowało się przede wszystkim na osobach z upośledzeniem wzroku, przykładowo w Stanach Zjednoczonych funkcjonują programy, w ramach których psy asystujące przyznawane są osobom głuchoniewidomym; programy te wykazują duży potencjał zaspokajania złożonych potrzeb sensorycznych i komunikacyjnych w tej populacji. Dane pochodzące z naszego programu pokazują, że spośród 54 aktywnych zespołów, które tworzą klienci ze swoimi psami przewodnikami, cztery osoby mają istotne upośledzenie słuchu, w tym trzy – rozpoznanie zespołu Ushera oraz jedna z inną diagnozą (Wojtek). Ten udział, choć niewielki, dowodzi, że kandydaci głuchoniewidomi mogą i stają się skutecznymi zespołami pracującymi, a jednocześnie ujawnia luki w rekrutacji, ocenie i praktykach szkoleniowych.

Obserwacje ukazują heterogeniczność wyników i potrzeb rehabilitacyjnych. Przypadek Wojtka okazał się szczególnie pouczający: poza łącznym uszkodzeniem wzroku i słuchu występowały u niego wyraźne trudności z modulacją głosu oraz innymi cechami mowy. Rezultatem rehabilitacji, która obejmowała intensywną współpracę z logopedą oraz długotrwały trening czytania z ust, jest efektywne funkcjonowanie Wojtka z pomocą psa przewodnika. Z kolei mowa u innego klienta była bełkotliwa, co być skutkiem wcześniejszego pogorszenia się jego słuchu lub wrodzonego niedosłuchu wpływającego na rozwój mowy. Dla porównania, dwaj pozostali klienci z ubytkiem słuchu w naszej kohorcie radzą sobie całkiem dobrze w partnerstwie z psem przewodnikiem, co świadczy o indywidualnej zmienności zdolności komunikacyjnych i adaptacji.

Praktyki instytucjonalne w niektórych regionach utrudniają dostęp do psów przewodników. W przeszłości kilka szkół szkolących psy przewodniki w Polsce odrzucało kandydatów z ubytkiem słuchu, co odzwierciedlało utrzymujące się założenia, że połączone upośledzenia sensoryczne uniemożliwiają efektywne prowadzenie psa. Takie postępowanie może wynikać z braku znajomości adaptacyjnych metod szkoleniowych, obaw o bezpieczeństwo i komunikację lub z braku ustalonych protokołów w zakresie rehabilitacji multimodalnej. Doświadczenia życiowe klientów takich jak Wojtek pokazują, że przy dostosowanym do potrzeb wsparciu wiele barier można pokonać.

Z naszych obserwacji wynikają kluczowe implikacje. Po pierwsze, kryteria oceny i selekcji kandydatów powinny wprost uwzględniać możliwości rehabilitacji mowy i komunikacji, zamiast wykluczać aplikujących wyłącznie z powodu uszkodzenia słuchu. Po drugie, wielodyscyplinarne wsparcie przed i po przydziale – w tym terapia logopedyczna,

nauka czytania z ust oraz terapia zajęciowa – jest kluczowe dla maksymalizacji niezależności i bezpieczeństwa. Po trzecie, programy szkoleniowe przygotowujące instruktorów oraz dotyczące szkolenia psów przewodników muszą obejmować rozwój kompetencji w zakresie pracy z osobami głuchoniewidomymi, w tym alternatywne strategie komunikacyjne (np. bodźce dotykowe, ustrukturyzowane sygnały ręczne, modyfikacje smyczy i uprzęży), oraz ramy oceny ryzyka dostosowane do upośledzeń multimodalnych. Po czwarte, polityka dotycząca programów w krajach, w których kandydaci głuchoniewidomi są rutynowo odrzucani, powinny być poddane przeglądowi i zmianie w świetle dowodów, że udane partnerstwa są możliwe.

Priorytety badawcze i rozwojowe obejmują systematyczne badanie wyników porównujących zespoły głuchoniewidome z zespołami osób niewidzących, dokumentowanie najlepszych praktyk w rehabilitacji ukierunkowanej na komunikację oraz upowszechnianie wytycznych opartych na przypadkach, zwłaszcza w szkołach i wśród opiekunów. Zbieranie danych longitudinalnych – dotyczących bezpieczeństwa, mobilności, jakości życia i potrzeb szkoleniowych – pozwoli kształtować politykę zapewniającą równość dostępu i inwestycje w szkolenia.

Podsumowując, chociaż partnerstwo osób głuchoniewidomych z psami przewodnikami jest wciąż niedostatecznie reprezentowane, jest ono nie tylko możliwe, lecz także może przynosić znaczące korzyści, jeśli uwzględną się indywidualną rehabilitację komunikacji i dostosowania programowe. Przełamywanie uprzedzeń instytucjonalnych, wzmacnianie wsparcia wielodyscyplinarnego oraz włączenie ukierunkowanego szkolenia instruktorów poszerzy dostęp i poprawi dostęp osobom głuchoniewidomym poszukującym psów przewodników.

Salvage laryngectomy after chemoradiation failure in laryngeal cancer

Hosal S.

Department of Otolaryngology – Head & Neck Surgery, Faculty of Medicine, ATILIM University, Ankara, Turkey

Introduction: Concurrent chemoradiation is an effective organ-preservation strategy in laryngeal cancer, achieving laryngeal preservation rates of approximately 60%. However, a substantial proportion of patients ultimately require salvage total laryngectomy due to persistent or recurrent disease, or severe laryngo-esophageal dysfunction. Salvage laryngectomy remains curative option, but it is associated with significantly increased morbidity and decreased outcome compared to primary laryngectomy. Therefore, careful patient selection and meticulous surgical planning are essential.

Material and methods: This presentation reviews indications, patient selection, surgical strategies, perioperative complications, and oncologic and functional outcomes of salvage total laryngectomy following failed chemoradiation, with neck management and reconstructive techniques aimed at reducing complications.

Results: There are some poor prognostic factors including short disease-free interval, advanced nodal disease, hypopharyngeal involvement, poor performance status, and continued smoking. Early postoperative complications occur in approximately one-third of patients, with pharyngocutaneous fistula (PCF) representing the dominant complication, particularly extended pharyngeal resections. Elective neck dissection in clinically N0 necks remains controversial, with limited evidence of survival benefit and increased postoperative morbidity. The use of vascularized flaps, including pedicled and free tissue transfer, significantly reduces fistula-related morbidity and improves wound healing and complications.

Conclusions: Salvage total laryngectomy remains a feasible and potentially curative procedure after chemoradiation failure in laryngeal cancer with higher complication rates. Optimal results require meticulous surgical planning, careful neck management, optimization of systemic conditions, and liberal use of vascularized flaps to minimize complications and improve postoperative recovery.

Standardy chirurgicznego leczenia otosklerozy

Gawęcki W.

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Otoskleroza stanowi częstą przyczynę niedosłuchu przewodzeniowego i mieszanego, zwłaszcza w grupie kobiet pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Obecnie podstawowym sposobem postępowania w tej chorobie jest leczenie operacyjne, które ma na celu zastąpienie unieruchomionego przez chorobę strzemiączka specjalną protezką wykonaną z materiału biokompatybilnego. Choć zakres usunięcia struktur strzemiączka może być różny, obecnie zdecydowanie rekomenduje się usuwanie wyłącznie jego suprastruktury i pozostawienie nieruchomej płytki, w której wykonuje się otwór ściśle dopasowany do zaplanowanej protezki, a więc wykonanie tzw. stapedotomii. W niniejszym wykładzie przedstawiono aktualne wskazania oraz podstawowe zasady chirurgicznego leczenia otosklerozy, a także jego warianty. Zaprezentowano różne rodzaje protezek oraz różne metody wykonania otworu w płytce strzemiączka (za pomocą perforatora, lasera oraz wiertarki) i sytuacje, w których są one szczególnie zalecane. Ponadto omówiono przypadki, w których rekomendowanym postępowaniem są inne niż chirurgia strzemiączka metody leczenia, takie jak aparaty słuchowe, implanty na przewodnictwo kostne czy implanty ślimakowe.

Surgery in the era of multimodality and precision oncology

Hosal S.

Department of Otolaryngology – Head & Neck Surgery, Faculty of Medicine, ATILIM University, Ankara, Turkey

Introduction: The role of surgery in head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) is evolving in response to advances

in multimodality treatment and precision oncology. Advances in tumor biology, molecular profiling, and imaging technologies have enabled more refined risk stratification and individualized treatment planning.

Methods: This review summarizes current evidence on the integration of surgery within biologically informed, multimodal treatment strategies in HNSCC, with a focus on predictive and personalized approaches.

Results: Surgery has still fundamental role in diagnosis, staging, and curative treatment for many head and neck cancers, also increase the efficacy of adjuvant therapies. Surgical decision-making has shifted from anatomy-based concept toward tailoring the treatment by tumor biology, genetic, molecular, and environmental profile of the cancer. Biological factors, tumor heterogeneity and features of the tumor microenvironment have emerged as major determinants of prognosis and therapeutic response. In this regard, the role of surgery in head and neck cancer should be dynamic and adaptive for multimodal care. Integration of systemic therapies and radiotherapy before or after surgery enables risk-adapted strategies, meaning that treatment intensity should be tailored to the biological behavior of the disease. Predictive assessment of tumor behavior enables surgeons more rational selection of patients for different treatment options.

Conclusions: Consequently, the integration of precision oncology into surgical planning may have important clinical implications in future, particularly in maximizing survival outcomes while minimizing treatment-related morbidity.

System nawigacji – od innowacji do standardu postępowania

Burduk P.

Katedra Otolaryngologii, Foniatrii i Audiologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Systemy nawigacji w otolaryngologii przeszły imponującą ewolucję – od technologii eksperymentalnych po narzędzia rutynowo wykorzystywane w codziennej praktyce klinicznej. Ich rola w poprawie precyzji zabiegów, bezpieczeństwa pacjenta oraz efektywności leczenia sprawia, że stają się nieodłącznym elementem nowoczesnej chirurgii głowy i szyi.

W otolaryngologii technologia ta zaczęła być wdrażana w latach 90. XX wieku, głównie w chirurgii zatok przynosowych. Początkowo były to systemy oparte na tomografii komputerowej (CT) i technologii optycznej, wymagające znacznych nakładów finansowych i specjalistycznego szkolenia. Rozwój technologii obrazowania, miniaturyzacja sprzętu oraz integracja z systemami endoskopowymi pozwoliły na znaczące zwiększenie dostępności systemów nawigacyjnych. Wprowadzenie nawigacji elektromagnetycznej, a później hybrydowej umożliwiło pracę w środowisku operacyjnym bez konieczności bezpośredniego kontaktu z markerami optycznymi. Dodatkowo integracja z obrazowaniem śródoperacyjnym (np. CBCT) pozwala na bieżącą aktualizację danych anatomicznych.

Systemy nawigacyjne są obecnie standardem w operacjach zatok przynosowych, szczególnie w przypadkach rewizyjnych, nietypowej anatomii lub obecności zmian patologicznych w sąsiedztwie struktur krytycznych (np. oczodołu, podstawy czaszki). Umożliwiają precyzyjne prowadzenie instrumentów chirurgicznych, minimalizując ryzyko powikłań. W operacjach obejmujących podstawę czaszki nawigacja pozwala na dokładne zlokalizowanie zmian nowotworowych, torbieli czy wad rozwojowych. Dzięki niej możliwe jest zachowanie struktur nerwowych i naczyniowych, co przekłada się na lepsze wyniki leczenia i mniejsze ryzyko powikłań neurologicznych. W chirurgii ucha środkowego i wewnętrznego systemy nawigacyjne wspomagają lokalizację struktur takich jak nerw twarzowy, kanały półkoliste czy ślimak. W leczeniu nowotworów głowy i szyi, szczególnie w przypadkach wymagających resekcji z odpowiednim marginesem, nawigacja wspomaga planowanie i realizację zabiegu.

Systemy nawigacyjne stanowią doskonałe narzędzie edukacyjne dla młodych chirurgów. Umożliwiają symulację zabiegów, analizę przypadków oraz doskonalenie technik operacyjnych. Dokładność systemu zależy od precyzyjnej rejestracji danych obrazowych, a błędy w tym zakresie mogą prowadzić do nieprawidłowego prowadzenia zabiegu. Nadmierna zależność od systemów nawigacyjnych, w tym zintegrowanych z AI czy rozszerzoną rzeczywistością, może prowadzić do utraty orientacji anatomicznej. Kluczowe jest jednak zachowanie równowagi między technologią wspomagającą a doświadczeniem klinicznym, aby zapewnić najwyższy poziom opieki nad pacjentem.

The evolving paradigm of neck dissection for positive nodes: from anatomical radicality to oncological precision

Kowalski L.P.^{1,2}

¹ *Head and Neck Surgery Department, Medical School, University of São Paulo, Brazil*

² *Reference Center on Head and Neck Tumors, A C Camargo Cancer Center, São Paulo, Brazil*

Introduction: Surgical management of cervical lymph node metastases has undergone substantial evolution since the early twentieth century, when radical en bloc dissection represented standard practice. Traditional approaches sacrificed the sternocleidomastoid muscle, internal jugular vein, and spinal accessory nerve alongside complete nodal clearance, accepting considerable functional impairment as unavoidable. Subsequent anatomical investigations and comparative clinical studies demonstrated that preserving non-lymphatic structures did not compromise oncological outcomes in appropriately selected patients. Contemporary practice now emphasises precise nodal level selection guided by drainage patterns whilst integrating advanced imaging. This progression from uniform radicality towards individualised precision reflects improved understanding of lymphatic biology, refined surgical technique, and successful incorporation within multidisciplinary treatment programmes.

Objective: This lecture examines the historical development and current evidence supporting neck dissection modifications in node-positive head and neck cancer, evaluated emerging diagnostic technologies for treatment selection, and assessed integration of perioperative systemic therapy within surgical decision-making frameworks.

Material and methods: We conducted comprehensive review of comparative studies validating modified neck dissection techniques across disease stages, systematic analyses of salvage surgery outcomes with validated prognostic stratification, and recent trials incorporating perioperative immunotherapy. Analysis encompassed survival comparisons between radical and modified approaches, functional outcome assessments.

Results: Historical comparisons revealed equivalent regional control between radical and modified radical neck dissection across N1 and N2 disease categories, with similar failure rates despite accessory nerve preservation. Contemporary selective dissection achieves high rates of locoregional control in selected clinically node-positive populations whilst substantially reducing morbidity. Salvage surgery outcomes demonstrate marked heterogeneity, with validated scoring systems incorporating initial stage, recurrence pattern, and anatomical site enabling stratification into categories with successful salvage rates ranging from 29% to 96%. Comprehensive genomic profiling identifies actionable alterations in over 90% of cases, with elevated tumour mutational burden correlating with improved immunotherapy response. The KEYNOTE-689 trial demonstrated that neoadjuvant pembrolizumab achieved 36-month event-free survival of 60% versus 46% with standard treatment, maintaining surgical completion rates near 90%.

Conclusions: Neck dissection for metastatic lymphadenopathy has evolved from uniform radical approaches towards precision strategies integrating validated biomarkers and advanced imaging within multidisciplinary care. Contemporary evidence supports selective nodal dissection guided by drainage patterns or modified radical neck dissections, achieving equivalent oncological control with reduced morbidity. Genomic profiling, programmed death-ligand 1 assessment enables patient stratification and informed treatment sequencing. Perioperative immunotherapy represents significant advancement, though optimal integration with surgical timing and patient selection for treatment modification requires further investigation. Validated prognostic models enable rational salvage surgery selection. Future progress requires standardisation of diagnostic platforms, prospective validation of biomarker-driven strategies, and development of response-adaptive protocols optimising both disease control and functional preservation.

Transoral vs open partial horizontal laryngectomies: grey zones and relative indications

Piazza C.^{1,2}

¹ Unit of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery, Spedali Civili of Brescia, Italy

² Department of Surgical and Medical Specialties, Radiologic Sciences, and Public Health, School of Medicine, University of Brescia, Italy

Both transoral laser micro(exo)scopic surgery (TOLMES) and open partial horizontal laryngectomies (OPHL) are well-known conservative surgical approaches aimed at curing laryngeal cancer while preserving an acceptable (or normal) airway, swallowing, and phonatory functions. When appropriately planned and performed, they both allow to obtain local controls above 95% for T1 tumors, around 85% for T2, and of approximately 75–80% for T3 lesions. Functional outcomes and perioperative morbidity are indeed quite different between these two options, with 1–2 days of in-hospital stay usually needed after TOLMES, and not less than 15–20 days for OPHL. Indications are usually also quite distinguished in the literature, with most series applying TOLMES mainly for T1–T2 tumors and quite selected T3 with anterior paraglottic space involvement or minimal extension to the pre-epiglottic space in case of supraglottic lesions, and OPHL used to treat most of T3 and quite selected T4 with minimal anterior extension through the thyroid cartilage or crico-thyroid membrane, but without prelaryngeal muscles involvement. Some patients may fall in one or in the other treatment group based not only on the T category detailed above, but on the N conditions: while patients treated by TOLMES are typically cN0, those receiving OPHL might be also N1 or N2b, while higher N conditions usually indicate the need for more aggressive surgical or non-surgical approaches. The patient's profile has also a profound impact on the choice between these two treatment strategies. In fact, unfavourable laryngeal exposure contraindicates TOLMES, while advanced age and heavy cardio-pulmonary or neurological comorbidities are instead a contraindication to OPHL. Therefore, the choice between these two therapeutic tools is always subject of personal judgement and discussion within an expert multidisciplinary team to properly orientate the patient's counselling.

Tonsillektomia u dzieci – przegląd dostępnych technik operacyjnych

Zawadzka-Głós L.

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wprowadzenie: Tonsillektomia jest najczęściej wykonywanym zabiegiem laryngologicznym w populacji pacjentów pediatrycznych. Wskazania do zabiegu podlegają aktualizacji, a techniki wykonywania zabiegu są modyfikowane i obejmują zastosowanie nowych narzędzi chirurgicznych. Jednym z powikłań w tym zabiegu jest krwawienie.

Cel: Celem pracy jest przegląd nowych technik operacyjnych stosowanych w zabiegu tonsillektomii u dzieci.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu literatury dotyczącej nowych technik operacyjnych w tonsillektomii w kontekście wczesnych i późnych krwawień po zabiegu. Porównano takie techniki jak: koablacja, techniki elektrokoagulacji monopolarnej i bipolarnej, nóż harmoniczny oraz technikę klasycznej tonsillektomii. Przeanalizowano również metody zaopatrzenia krwawienia po tonsillektomii. Omówiono zabieg tonsillotomii, czyli resekcji wewnątrztorbkowej migdałków podniebiennych.

Wyniki i wnioski: Wielu autorów zauważa, że techniki elektrokoagulacji powiązane są z częstszym występowaniem krwawień późnych po tonsillektomii w porównaniu do stosowanej powszechnie techniki klasycznej. Natomiast technika koablacji okazuje się najbardziej bezpieczna pod względem krwawień wczesnych. Techniki bipolarnej koagulacji niosą ze sobą wysokie ryzyko wczesnych krwawień i wymagają szczególnej uwagi podczas ich używania. Klasyczna technika tonsillektomii okazuje się najbardziej bezpieczna, jeśli rozpatrujemy krwawienia późne po zabiegu. Różne metody tonsillektomii będą powiązane z różnymi dolegliwościami po zabiegu, takimi jak ból gardła czy trudności w połykaniu. Klasyczna technika przynosi niewielki efekt bólowy. Podobnie zwraca się uwagę na mniejsze ryzyko wystąpienia krwawień i bólu w przypadku resekcji wewnątrztorbkowej migdałków w porównaniu do zabiegu tonsillektomii. Pozytywnie ocenianą techniką jest technika wykorzystująca BiZact, która zdecydowanie skraca czas zabiegu i jest bezpieczna.

Treatment of melanoma in head and neck

Kraak J.T.

Otorhinolaryngology & Head and Neck Surgery, VUmc, Amsterdam, The Netherlands

Introduction: Head and neck melanoma accounts for approximately one-quarter of all melanoma cases and presents distinct management challenges related to complex anatomy and lymphatic drainage. Over the past five years, its management has changed substantially, largely due to the earlier integration of immunotherapy into the treatment pathway. Historically, care relied on upfront surgery, sentinel lymph node biopsy, and therapeutic lymph node dissection (TLND). More recent evidence has questioned these traditional approaches, particularly with the introduction of neoadjuvant immunotherapy and response-adapted surgical strategies.

Objective: To review recent developments in the treatment of head and neck melanoma, highlight emerging strategies expected to shape clinical practice over the next five years, and discuss the implications for surgical decision-making within a multidisciplinary setting.

Material and methods: This lecture is based on a narrative review of recent clinical trials, cohort studies, and guideline updates published over the last five years, with a focus on neoadjuvant immunotherapy, nodal management strategies,

and risk stratification in stage III melanoma. Landmark trials such as PRADO and upcoming MSLT-3 and OMIT trial are discussed, alongside emerging data on pathological response assessment, biomarkers, and cost-effectiveness. Where head and neck-specific evidence is limited, insights from cutaneous melanoma at other anatomical sites are considered.

Results: Neoadjuvant immune checkpoint inhibition has been associated with high rates of major pathological response, allowing for de-escalation of surgery and challenging the routine use of TLND. Response-guided approaches, including index node-based assessment and selective nodal surgery, have demonstrated favourable oncologic outcomes while reducing surgical morbidity. Increasingly, pathological response appears to provide stronger prognostic information than sentinel lymph node status, whose role in therapeutic decision-making is becoming less prominent. These developments have important implications for patient quality of life and healthcare costs, while redefining, rather than reducing the role of the surgeon.

Conclusions: Immunotherapy has fundamentally changed the treatment sequence of head and neck melanoma, shifting surgical decision-making toward response-adapted and risk-stratified approaches. Although the overall extent of surgery may decrease, surgical expertise remains central to patient selection, timing of intervention, and functional preservation. Lessons learned from melanoma may also inform future strategies in mucosal head and neck squamous cell carcinoma, emphasizing the adaptation of successful principles rather than the abandonment of surgery.

Vestibulotoksyczność i ototoksyczność

Kaźmierczak W.^{1,2}

¹ Katedra Fizjologii Człowieka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Pierwsze doniesienie na temat toksycznego uszkodzenia słuchu i równowagi dotyczyło chloroformu (Brown-Seguard, 1880). Obecnie znane jest możliwe negatywne oddziaływanie aminoglikozydów, makrolidów, salicylanów, leków przeciwdrgawkowych, antydepresantów, diuretyków, chemioterapeutyków. Leki te mogą wywoływać dysfunkcje obwodowych i ośrodkowych mechanizmów zmysłu statycznego, a także uszkodzenia słuchu. W zakresie błędnika tylnego dochodzi głównie do uszkodzeń w obrębie grzebieni bańkowych i łagiewek, rzadziej woreczków. Możliwa jest także dysfunkcja kk. Purkiniego mózdzku, jak i jądra przedsionkowego dolnego. W obszarze ślimaka zmiany patologiczne dotyczą prążka naczyniowego, więzadła spiralnego, głównie w zakręcie szczytowym i podstawnym. Na poziomie enzymatycznym następują zaburzenia czynności dehydrogenazy sukcynylocholinowej, ATP-az oraz transportu Na⁺ i K⁺. Istniejące upośledzenia słuchu, dysfunkcje przedsionkowe, poduszki wiek oraz uwarunkowania genetyczne mogą zwiększać ryzyko wystąpienia efektu vestibulo- i kochleotoksycznego. Działanie takie na wymienione struktury jest zróżnicowane, błędnik tylny wykazuje większą odporność. Przed terapią i podczas

długiego jej procesu wskazane jest wykonanie poszerzonych badań słuchu oraz czynności narządu przedsionkowego. W wybranych sytuacjach wskazana jest farmakoterapia prewencyjna.

Why networking around Europe is beneficial in postgraduate training?

Kraak J.T.

Otorhinolaryngology & Head and Neck Surgery, VUmc, Amsterdam, The Netherlands

Introduction: Postgraduate training in otorhinolaryngology and head and neck surgery is increasingly shaped by international collaboration. Although national training programmes across Europe generally provide a strong and comprehensive foundation, variations in healthcare organisation, surgical volume, case mix, and access to innovation create additional learning opportunities beyond national borders. European professional networks offer a framework in which these differences can be explored constructively, enabling exchange of knowledge and experience among residents, fellows, and early-career specialists. Within this setting, initiatives such as the Young European Head and Neck Society (Young EHNS) programme facilitate structured engagement in European research, education, and clinical collaboration.

Objective: The aim of this lecture is to explore the added value of European networking in postgraduate training in ENT and head and neck surgery. Particular attention is given to opportunities for research collaboration, international observerships and fellowships, joint guideline development, and early career development. The role of the Young EHNS programme is discussed as a practical framework that supports active participation of young clinicians in European scientific and educational initiatives.

Material and methods: The content of this lecture is informed by a narrative review of recent literature (2021–2025), educational frameworks, and position papers from European professional organisations in otorhinolaryngology and head and neck surgery. The reviewed sources address postgraduate training, international mobility, multicentre research collaboration, and European guideline development. In addition, official documents and initiatives from the European Head and Neck Society, including the Young EHNS programme, are considered. Practical examples are used to illustrate different pathways for engagement within European networks.

Results: European networking initiatives provide accessible opportunities that support postgraduate training across several domains. Involvement in platforms such as Young EHNS enables participation in multicentre research projects, consensus processes, and guideline development at a European level. International observerships and fellowships allow exposure to high-volume centres, advanced surgical techniques, and less frequently encountered oncological cases. Moreover, early engagement in European networks facilitates mentorship, leadership development, and sustained

professional collaboration, contributing to clinical expertise, academic output, and professional confidence.

Conclusions: European professional networking represents a meaningful addition to postgraduate training in ENT and head and neck surgery. Programmes such as Young EHNS offer a structured and accessible entry point for young clinicians to become involved in European research, education, and guideline activities. Early and purposeful engagement supports individual career development and contributes to the continued harmonisation and advancement of head and neck care across Europe.

Wyniki leczenia biologicznego chorych z polipami nosa – na materiale własnym

Leszczyńska M., Witkiewicz J., Kapska J., Jesion M.

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Prezentacja stanowi dogłębną analizę wyzwań diagnostycznych i terapeutycznych u pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami nosa (PZZPzPN) oraz współistniejącą astmą. Podkreśla się ich wspólne podłoże patofizjologiczne, jakim jest zapalenie typu 2, napędzane przez cytokiny IL-4, IL-13 oraz IL-5. Zostaną przedstawione kluczowe wnioski z dużego badania obserwacyjnego DUPIREAL, które potwierdziło wysoką skuteczność leku w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej, wykazując szybką i trwałą poprawę w zakresie wielkości polipów, jakości życia i funkcji węchu. Zaprezentowane zostaną przełomowe wyniki badania EVEREST – pierwszego bezpośredniego porównania leków biologicznych – w którym dupilumab wykazał wyższą nad omalizumabem we wszystkich ocenianych punktach końcowych u pacjentów z ciężkim PZZPzPN i astmą. Cennym elementem wykładu będą doświadczenia własne Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu. Na podstawie analizy leczonej grupy pacjentów wykazano, że terapia dupilumabem pozwoliła na redukcję zapotrzebowania na sterydy ogólnoustrojowe u 90% chorych oraz uzyskanie bardzo dobrej kontroli astmy, co potwierdza wzrost mediany wyniku w teście ACT z 15 do 22 punktów. Całość zostanie zilustrowana szczegółowym opisem przypadku klinicznego, obrazującym spektakularną poprawę jakości życia pacjenta. Wykład stanowi kompleksowe podsumowanie aktualnej wiedzy i praktyki w leczeniu pacjentów z chorobami dróg oddechowych o podłożu zapalenia typu 2.

Wytyczne kwalifikacji do programów lekowych w Polsce w przewlekłym zapaleniu zatok z polipami nosa

Dżaman K.

Klinika Otolaryngologii i CMKP, Mazowiecki Szpital Bródnowski, Warszawa

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami nosa (CRSwNP) to ciężka, zapalna choroba górnych dróg oddechowych, która często prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia i wymaga kompleksowego

leczenia. W Polsce pacjenci z ciężkim, niekontrolowanym CRSwNP mają dostęp do terapii biologicznych w ramach programu lekowego Narodowego Funduszu Zdrowia (program B.156), finansującego leczenie m.in. dupilumabem i mepolizumabem. Program ten opiera się na precyzyjnych kryteriach kwalifikacyjnych określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia oraz w krajowych wytycznych.

Podstawowym warunkiem kwalifikacji jest rozpoznanie ciężkiego CRSwNP u osoby dorosłej (≥ 18 lat) z obustronnymi polipami nosa potwierdzonymi endoskopowo, o łącznym wyniku ≥ 5 punktów w skali *Nasal Polyp Score* (NPS) oraz wynikiem ≥ 40 w teście oceny jakości życia SNOT-22, co świadczy o istotnym pogorszeniu funkcjonowania pacjenta. Ponadto konieczne jest potwierdzenie obecności zapalenia typu 2, które może być wykazane poprzez: eozynofilię tkankową ≥ 10 komórek na pole widzenia mikroskopowego, eozynofilię we krwi obwodowej ≥ 150 komórek/ μ l lub całkowite stężenie IgE ≥ 100 IU/ml. W programie lekowym bardzo istotne jest również udokumentowanie nieskuteczności leczenia standardowego. Kryterium to obejmuje brak kontroli choroby pomimo stosowania donosowych kortykosteroidów oraz przynajmniej dwóch zabiegów chirurgicznych zatok przynosowych z otwarciem co najmniej trzech zatok, w tym sitowia tylnego (zatoki sitowej tylnej). Ostatni zabieg musi być wykonany co najmniej 6 miesięcy przed planowanym włączeniem do programu. Alternatywnie dopuszcza się kwalifikację pacjentów z przeciwwskazaniami do operacji chirurgicznej – ocenianymi zgodnie z obowiązującymi wytycznymi kwalifikacji do zabiegu – jeżeli chirurgiczne leczenie nie jest możliwe lub wiąże się z nieakceptowalnym ryzykiem.

Kolejnym warunkiem jest stosowanie lub udokumentowany brak skuteczności co najmniej dwóch kursów ogólnoustrojowych kortykosteroidów lub przeciwwskazania do ich zastosowania zgodnie z rekomendacjami ekspertów EUFOREA. Terapia biologiczna jest przeznaczona dla pacjentów, u których standardowe leczenie (farmakologiczne i chirurgiczne) nie prowadzi do zadowalającej kontroli zapalenia i objawów. Kwalifikacja obejmuje także ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta, przy czym wymogiem jest brak istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii biologicznej. Diagnostyka przed włączeniem do programu obejmuje m.in. tomografię komputerową zatok (ważną 6 miesięcy), ocenę NPS, test

SNOT-22 oraz badania laboratoryjne potwierdzające markery zapalenia typu 2 – eozynofile i IgE.

Wprowadzenie i stosowanie precyzyjnych kryteriów kwalifikacji ma na celu optymalizację wskazań do leczenia biologicznego, racjonalne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia oraz poprawę wyników klinicznych i jakości życia pacjentów z ciężkim CRSwNP.

Zatokopochodne powikłania oczodołowe

Mielcarek-Kuchta D.

Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

Wśród zatokopochodnych powikłań najczęstsze są oczodołowe i oczne. Wynika to z sąsiedztwa oczodołów i zatok. Do powikłań dochodzi przez styczność lub przez ciągłość. Pierwsza jest efektem destrukcji kostnej lub wynika z anatomicznych szczelin i otworów. Druga jest konsekwencją przejścia infekcji poprzez naczynia krwionośne. Powikłania dzielimy na: obrzęk powiek, ropień podokostnowy, ropień oczodołu, zapalenie tkanek miękkich (cellulitis). Drugi podział uwzględnia tzw. powikłania przedprzegrodowe i zaprzegrodowe. W przypadku pierwszych możemy pierwotnie zastosować postępowanie zachowawcze, natomiast w drugich należy połączyć szerokospektralną antybiotykoterapię z leczeniem operacyjnym. Kwalifikacja chorego do właściwego postępowania obejmuje: badanie podmiotowe i przedmiotowe, w tym: laryngologiczne, okulistyczne i często neurologiczne. Uzupełnienie diagnostyki stanowią badania obrazowe, przede wszystkim tomografia komputerowa, często pogłębiona o rezonans magnetyczny. W każdym przypadku należy ocenić parametry zapalne. Leczenie operacyjne polega na endoskopowym otwarciu zatok oraz odbarczeniu oczodołu w zależności od lokalizacji i charakteru powikłania poprzez zdjęcie blaszki papierowej. Jeśli powikłanie jest efektem niedrożności ujścia zatoki czołowej, wskazana jest punkcja zatoki w celu odbarwienia ropnia, długotrwałe leczenie antybiotykowe i następnie wykonanie operacji wg Drafa w celu udrożnienia zachyłka czołowego. W prezentacji przedstawiono doświadczenia własne w leczeniu powikłań zatokopochodnych na podstawie wieloletniej praktyki w chirurgii endoskopowej nosa i zatok.