

A laparoszkópia kezdeti eredményeinek szerepe a colorectalis carcinomák sebészi kezelésében

Oláh Tibor, Poór Tamás, Somodi Krisztián, Baradnay Gyula, Halász Tamás

Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza, Sebészeti Osztály

Az elmúlt két év folyamán válogatott beteganyagban 8 esetben végeztek a szerzők laparoszkóposan asszisztált abdomino-perineális rectumexstirpációt. A minimálisan invazív technikának tulajdonítható szövődményük nem volt, ugyanakkor észlelték a módszer előnyeit. A betegek bélműködése a 2–3. napon megindult, az átlagos kórházi tartózkodás hossza 8,3 nap volt. Saját kedvező kezdeti tapasztalataik, valamint a legújabb irodalmi adatok figyelembevételével tárgyalják a colorectalis malignómák miatt végzett laparoszkópos műtétek előnyeit, hátrányait, hibaforrásait, és megvitatják az onkológiai radikalitás kérdését. *Magyar Onkológia* 47:381–383, 2003

The authors have carried out laparoscopically assisted abdomino-perineal rectal resections on a selected group of 8 patients during the past two years. The laparoscopic technique was not accompanied by any complications, while the patients enjoyed the benefits of the procedure. The bowel function of the patients were restored on the 2nd to 3rd day, the mean length of the hospital stay was 8.3 days. On the basis of their own favourable initial experience and recent literature data, the authors discuss the benefits, disadvantages and pitfalls of the laparoscopically assisted technique for surgical treatment of colorectal cancer. The problematics of oncological radicality is analysed. *Oláh T, Poór T, Somodi K, Baradnay Gy, Halász T. The role of laparoscopy in the surgical treatment of colorectal cancer. Initial results. Hungarian Oncology 47:381–383, 2003*



Bevezetés

A mestereiktől eltanult, jól bevált műtéti módszereken, kezelési sémákon még a legvállalkozóbb kedvű fiatal sebészek sem változtatnak szívesen. Éppen ezért bizonyult a sebészet történetében példa nélkülinek az endoszkópos, minimálisan invazív technika elmúlt évtizedbeli gyors elterjedése.

Napjainkig szinte minden típusú műtéti beavatkozást elvégeztek vagy megkíséreltek elvégezni endoszkópos úton. Ezek között vannak olyanok, amelyeknél ma már egyértelmű, hogy a minimálisan invazív technikával végzett műtét a választandó eljárás, vagyis a „gold standard”. Ilyenek a cholecystectomy, az adrenalectomia, az antireflux műtétek és a pneumothoraxot okozó emphysemás bulla ellátása.

A következő csoportba azok a műtéti eljárások tartoznak, amelyeknek esetében a minimálisan invazív technika elfogadott, de ez különböző szakmai és gazdasági okok miatt mégsem terjedt el széles körben (appendectomia, sérvműtét).

És végezetül vannak műtétek, amelyekről az eltelt évek során bebizonyosodott, hogy minimálisan invazív úton a hagyományos eljárásokkal versenyképes módon elvégezhetőek, de alkalmazásuk mégis vitatott maradt. Ebbe a csoportba elsősorban az onkológiai műtétek tartoznak. A legfőbb ellenérv, hogy a laparoszkópia és a torakoszkópia alkalmazásával a műtétek nem végezhetőek el kellő radikalitással. Mindezek ellenére világszerte egyre növekvő számban történnek ilyen technikával műtétek a nyelőcső, a gyomor, a máj, a hasnyálmirigy és a vastagbél malignus megbetegedései miatt.

Közlésre érkezett: 2003. szeptember 10.
Elfogadva: 2003. szeptember 23.

Levelezési cím: Dr. Oláh Tibor,
Szeged M.J.V.Ö. Kórháza, Sebészeti Osztály,
6725 Szeged, Kálvária sgt. 57.

Beteganyag

A Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórházának Sebészeti Osztályán 2000. január 1. és 2002. június 30. között 8 alkalommal végeztünk válogatott beteganyagban laparoszkóposan asszisz-

tált abdomino-perineális rectumexstirpációt. A jó általános állapotú, nem túlsúlyos betegek átlagéletkora 58,3 év, a férfi:nő arány 5:3 volt. Valamennyi betegünkél a rectum alsó harmadára lokalizált T2-es stádiumú adenocarcinómát igazolt a kivizsgálás, mivel az volt a célkitűzésünk, hogy az első szériánkban a laparoszkóposan operáló team ne találkozzon a tumoros bélszakasszal.

A műtét valamennyi lépése megegyezik a hagyományos Miles-szerinti műtétével. A hasüregi beavatkozást öt porton keresztül végeztük, egyet a köldöknél, kettőt-kettőt az alhas mindkét oldalán vezettünk be. A tumormentes bélszakasz mobilizálása ultrahangos késsel történt, a rectosigmoidalis átmenet szintjében a colont endoszkópos vágó-varrógéppel vágtuk át. A gát felől a szokott módon mobilizáltuk és távolítottuk el a rectumot. A retroperitoneumot csík és drain felett tovaftató varrattal zártuk, a bal alsó trokár helyén definitív vég-colostomát készítettünk.

Eredmények

A műtégi idő 3,5 és 5 óra között volt, átlagosan 254 perc. A gyakorlat fokozásával ez feltehetően jelentősen csökkenthető. Egy esetben észleltünk a rectum ágyából jelentős posztoperatív vérzést, egyéb perioperatív szövődményünk nem volt. Az első betegünkél egy év múlva az anus praeternaturalis prolapsusa miatt rekonstrukciót végeztünk.

A viszonylag kis esetszám ellenére megfigyelhettük a minimálisan invazív technika előnyeit. A betegek posztoperatív fájdalmukat csak a gáttájékra lokalizálták, bélműködésük a műtétet követő 2-3. napon megindult. Az átlagos ápolási idő 8,3 nap volt, szemben a hagyományos műtétek 12-14 napjával.

Az eltávolított rectum szövettani feldolgozása során 6-12 nyirokcsomót találtak a patológusok. A műtétet követően a betegek adjuváns onkológiai kezelésben részesültek, egy esetben észleltük lokális recidíva kialakulását.

Megbeszélés

A laparoszkópia gyors előretörése elsősorban nyilvánvaló előnyeinek köszönhető. A posztoperatív fájdalom kisebb, kevesebb a sebgyógyulási zavar, csökken a kórházi tartózkodás időtartama és a beteg hamarabb munkába állhat.

A laparoszkópos eszköztár tökéletesedése, valamint a minimálisan invazív technika széleskörű elsajátítása biztosították a feltételeket, hogy a már rutinszerűen végzett cholecystectomiákon túllépve úgynevezett haladó laparoszkópos műtéteket végezzünk. Az első laparoszkópos colonresekciót Jacobs végezte 1991-ben (5), de jelentős esetszámról beszámoló közlések, illetve a módszer értékét elemző első prospektív randomizált összefoglaló tanulmányok csak az elmúlt években jelentek meg (7, 14). Hazánkban is történtek biztató eredménnyel járó úttörő próbálkozások (3, 8), ennek ellenére napjainkban is csak szórva nyosan kerül sor ilyen műtétekre.

Az ember valamennyi kvalifikált ténykedéséhez hasonlóan a sebészetnek is jellemzője a tanulási időszak, a „learning curve”. A szakorvosképzés, továbbá az érett sebészé válás 10-20 éves folyamatába számos apróbb „learning curve” épül be. Merőben más a helyzet azonban a minimálisan invazív technika területén. Az 1990-es évek elején az egész sebész-társadalom egyszerre ismerkedett az új módszerrel, és előfordulhatott, hogy egy fiatal kezdő sebész tapasztalt mesterénél hamarabb sajátította el az új technika fortélyait. Egy-egy új műtégi eljárás, mint például a laparoszkópos vastagbélsebészet esetében a „learning curve” tartama mintegy 50 műtetre tehető abban az esetben is, ha az operatőr és munkacsoportja a vastagbélsebészet és a minimálisan invazív technika területén egyaránt komoly gyakorlattal rendelkezik (1, 5, 13). Ugyancsak lassíthatja a kibontakozást, ha az első laparoszkópos műtétek időtartamát, körülményeit és eredményeit az akár több ezredik nyitott műtétével hasonlítják össze.

A hagyományos műszereken kívül az ultrahangos kés, az endoszkópos vágó-varrógépek és a hosszított nyakú körkörös varrógépek jelentik a szükséges technikai feltételeket. Az összeszokott teamnek kellő jártassággal kell rendelkeznie a laparoszkópos varrás és csomózás területén. Az első időszakban olyan műtétek végzése ajánlott, ahol a beavatkozás tumormentes bélszakaszokon történik. Ilyenek a benignus megbetegedések miatt végzett műtétek, valamint a Hartmann-műtét zárása, továbbá a mély rectumtumorok esetén a laparoszkóposan asszisztált abdomino-perineális rectumexstirpáció (2, 6).

Jelenleg még nem beszélhetünk egységesen kialakult műtégi technikáról. Egyaránt elfogadott az anasztomózis laparoszkópos kézi vagy gépi varrattal készítése és az extrakorporális technika is (10, 14). A kézzel asszisztált laparoszkópos műtét (hand-assisted laparoscopic surgery) során egy speciális „hand porton” keresztül a műtétet végző sebész az egyik kezét a hasüregbe vezeti. Ez a módszer jelentősen fokozza a biztonságot, de természetesen a klasszikus laparoszkópiánál invazívabb eljárás (9).

A laparoszkópos vastagbélsebészet kezdeti időszakában a trokárok bevezetési helyén kialakuló úgynevezett „port-site” metasztázisok igen magas, akár 4-21%-os arányáról jelentek meg közlések (1). A későbbiekben azonban megbizonyosodott, hogy ezt az ijesztően magas számot a gyakorlatlansággal, a viszonylag kis esetszámmal és a nem megfelelő technikai eszközök használatával lehet magyarázni. Több ezer műtét adatait figyelembe véve ennek a nemkívánatos szövődménynek az előfordulása 1-2%-ra tehető. Nem szabad azonban arról sem megfeledkezni, hogy hasonló számú nyitott műtét tapasztalata alapján a laparotómiák hegében is mintegy 0,5-1%-os gyakorisággal lehet metasztázis megjelenésére számítani (13).

A malignus tumorok miatt végzett sebészeti beavatkozások onkológiai értékének mércéje a betegek hosszú távú túlélése. Ez dönti el, hogy az alkalmazott műtégi módszer a betegek javát szol-

gálja, vagy ezzel ellenkezőleg, a túlélés esélyét csökkenti. Patkánykísérletekben kimutatták, hogy a pneumoperitoneumnak és a laparoszkópos technikának nincs káros stimuláló hatása a tumor növekedésére (4). Megállapították azt is, hogy a hagyományos, illetve laparoszkópos úton operált vastagbél tumoros betegek szisztémás immunválaszában nem mutatkozik különbség (12). A laparoszkópos vastagbélresekcio értékeire nézve ellentmondásos vélemények jelentek meg az idén. Az egyesült államokbeli „Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group” szerint a laparoszkópia nem jár számottevő előnyökkel, és végzése inkább kerülendő (14). Megjegyzendő, hogy az elemzett 289 laparoszkópos műtétet 37 intézetben végezték 5 év alatt, emiatt megkérdőjelezhető a következtetések levonásához szükséges gyakorlat megléte. Ezzel szemben Lacy randomizált tanulmánya 219 operált beteg adatainak elemzése alapján a laparoszkópiát mind a perioperatív mortalitás és morbiditás, mind a lokális recidívák és a késői túlélés vonatkozásában jobbnak találta (7). A Köckerling vezette Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group legújabb ajánlása alapján a laparoszkóposan asszisztált abdominoperineális rectumexstirpáció minden szempontból korrekt eljárás, azonban a laparoszkópos mély anterior resekciónál a megfelelő radikalitású disszekció (TME) komoly felkészültséget igényel és több anasztomózis-elégtelenséggel jár (11).

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy kellő jártasság megszerzését követően gyakorlatilag valamennyi vastagbélsebészeti beavatkozás elvégezhető minimálisan invazív technikával, kielégítő biztonsággal és radikalitással. Mindezek ellenére jelenleg csak igen kis számú sebész végez ilyen műtéteket. A módszer terápiás értékének és alkalmazási körének pontos meghatározásához és rutin eljárássá válásához még további nagy esetszámot felölelő multicentrikus prospektív randomizált tanulmányok szükségesek.

Irodalom

1. Chapman AE, Levitt MD, Hewett P, et al. Laparoscopic-assisted resection of colorectal malignancies. A systematic review. *Ann Surg* 234:590-606, 2001
2. Eijbsbouts QAJ, Heuff G, Sietes C, et al. Laparoscopic surgery in the treatment of colonic polyps. *Br J Surg* 86:505-508, 1999
3. Gál I, Szabó L, Bálint A. Kézzel asszisztált (HALS) laparoszkópos ileum resekcio és májmetasztázis eltávolítása – esetbemutatás. *Magyar Sebészet* 55:167, 2002
4. Gutt CN, Riemer V, Kim ZG, et al. Impact of laparoscopic colonic resection on tumor growth and spread in an experimental model. *Br J Surg* 86:1180-1184, 1999
5. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1:144-150, 1991
6. Köhler L, Lempa M, Troidl H. Laparoskopisch assistierter Wiederanschluß nach Hartmann-Operation. *Chirurg* 70:1139-1143, 1999
7. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 359:2224-2229, 2002
8. Metzger P, Mohamed GE, Ritter L, et al. Laparoszkópos abdominoperineális rectum exstirpáció. *Magyar Sebészet* 47:293-299, 1994
9. Pietrabissa A, Moretto C, Carobbi A. Hand-assisted laparoscopic low anterior resection: initial experience with a new procedure. *Surg Endosc* 16:426-430, 2002
10. Poulin EC, Mamazza J, Schlachta CM, et al. Laparoscopic resection does not adversely affect early survival curves in patients undergoing surgery for colorectal adenocarcinoma. *Ann Surg* 229:487-492, 1999
11. Scheidbach H, Schneider C, Konradt J, et al. Laparoscopic abdominoperineal resection and anterior resection with curative intent for carcinoma of the rectum. *Surg Endosc* 16:7-13, 2002
12. Tang C-L, Eu K-W, Tai B-C, et al. Randomized clinical trial of the effect of open versus laparoscopically assisted colectomy on systemic immunity in patients with colorectal cancer. *Br J Surg* 88:801-807, 2001
13. Tomita H, Marcella RW, Milsom JW. Laparoscopic surgery of the colon and rectum. *World J Surg* 23:397-405, 1999
14. Weeks JC, Nelson H, Gelber S, et al. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer. A randomized trial. *JAMA* 287:321-328, 2002