

Pozaotrzewnowe, zmodyfikowane wytrzewienie tylne (radykałna ooforektomia typu II) jako część ultraradykałnej chirurgii raka jajnika – opis przypadku

Modified posterior exenteration (radical oophorectomy type II) as a part of an extensive surgery of ovarian cancer – case report

Paweł Knapp¹, Jerzy Łukaszewicz², Piotr Knapp¹

¹ Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Rak jajnika jest wciąż jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe dotyczące narządów płciowych wśród kobiet. Karcinogeneza choroby, możliwość szerzenia się jej drogą wszczepów brzusznych sprawia, iż schorzenie to rozpoznawane jest często w zaawansowanych stadiach rozwoju (FIGO III, IV). Fakt ten determinuje postępowanie medyczne, będące wypadkową multidyscyplinarnego procesu terapeutycznego. Szereg badań medycznych, oraz programów naukowych jednoznacznie pokazało, że dominującą rolę w leczeniu raka jajnika należy wiązać z postępowaniem chirurgicznym. W opinii wielu autorów ultraradykałne zabiegi chirurgiczne wykonywane w jamie brzusznej przez ginekologów onkologów, stanowią istotny statystycznie element wpływający na całkowite przeżycia chorych (OS – Overall Survival), oraz czas wolny do wznowy (PFS – Progression Free Survival). Niniejsza praca prezentuje przypadek 35-letniej chorej operowanej z powodu zaawansowanego raka jajnika (pT3cN1M1), u której wdrożono ultraradykałne postępowanie operacyjne.

Słowa kluczowe: **rak jajnika / ultraradykałna chirurgia /
/ zmodyfikowane wytrzewienie tylne /**

Adres do korespondencji:

Paweł Knapp
Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Polska, 15-276 Białystok ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a
Tel.: +85 7468347, Fax: +85 7469502
e-mail: knapp@umb.edu.pl

Otrzymano: 26.06.2012
Zaakceptowano do druku: 15.05.2013

Paweł Knapp et al. *Pozaotrzewnowe, zmodyfikowane wytrzewienie tylne (radyczna ooforektomia typu II) jako część ultraradykalnej chirurgii raka jajnika...*

Abstract

Epithelial ovarian cancer remains to be the most deadly gynecologic cancer among the female population. Carcinogenesis and abdomen extension are the reasons why ovarian cancer is still examined in advanced stages. Ovarian cancer frequent metastasizes to the uterus, rectosigmoid colon, and other pelvic structures by intraperitoneal seeding of tumor deposits, as well as direct extension. Multiple modalities of therapy are utilized in the management of the disease. Numerous medical trials and research programs have demonstrated the most important role of surgery in the treatment of this disease. A vast majority of authors are of the opinion that the surgical interventions have a major influence on the overall survival (OS) and progression free survival (PFS) in ovarian cancer cases.

The paper presents a case of a 35-year-old woman diagnosed with advanced ovarian cancer who underwent modified posterior exenteration as a part of extensive cytoreductive surgery.

Key words: **ovarian cancer / extensive surgery / modified posterior exenteration /**

Wstęp

Rak jajnika stanowi wciąż jedno z największych wyzwań współczesnej chirurgii w ginekologii onkologicznej. Swoista etiopatogeneza, możliwość rozwoju choroby z endo-, ekto- czy mezodermy, a także brak modelu skringowego tej choroby sprawia, iż 75% przypadków jest rozpoznawanych w zaawansowanych stadiach rozwoju (FIGO III, IV)[1]. Nadzieje związane z wdrożeniem zaawansowanych technik obrazowania (CT, MRI, PET-CT) wskazały, iż tego typu postępowanie jest wciąż elementem wyznaczającym jedynie topografię nowotworu z towarzyszącymi, często licznymi przerzutami w jamie brzusznej [2].

Udoskonalenie technik operacyjnych, oraz wprowadzenie nowych schematów leczenia chemicznego raka jajnika sprawiło, iż odsetek całkowitych przeżyć zmienił się, osiągając w najlepszych ośrodkach ginekologii onkologicznej na świecie prawie 70 miesięcy. Przeżycie zależy od wielu czynników: stopnia zaawansowania raka, typu histologicznego, wieku chorej, oraz zakresu przeprowadzonej operacji i następnego leczenia. W opinii wielu autorów zwiększenie radykalności pierwotnego zabiegu operacyjnego (maksymalnej cytoredukcji) jest najważniejszym elementem leczenia raka jajnika. Wykazano, że ultraradykalne zabiegi chirurgiczne wykonywane w jamie brzusznej przez ginekologów onkologów (*peritonectomy, stripping* przepony, odcinkowe resekcje jelit, splenektomia, częściowa resekcja ogona trzustki), stanowią istotny statystycznie element wpływający na całkowite przeżycia chorych (OS – *Overall Survival*), oraz czas wolny do wznowy (PFS – *Progression Free Survival*) [3, 4].

Monografia Juretzka i Barakata, a także Bristowa i wsp. opisująca pozaotrzewnowe, zmodyfikowane wytrzewienie tylne (radyczna ooforektomia typu I, II, III) pokazała możliwości całkowitego usunięcia zmian nowotworowych z miednicy mniejszej, a także maksymalnej cytoredukcji górnej części jamy brzusznej w III, IV stopniu wg FIGO [5, 6].

Niewątpliwym kryterium radykalności przeprowadzonego zabiegu operacyjnego jest również wielkość pozostawionych resztek guza. Zgodnie z wytycznymi GOG (*Gynecological Oncology Group*) obowiązującym wykładnikiem doszczętności takiego postępowania jest niewidoczny makroskopowo guz resztkowy (T=0) lub T<1cm [7]. W 2009 roku Dubois i wsp. opublikowali wyniki 3 randomizowanych badań (AGO-OVAR 3, 5, 7), w których wykazano, że wielkość guza resztkowego jest istotnym czynnikiem wydłużającym całkowite przeżycia (OS), oraz czas

wolny do wznowy (PFS) we wszystkich stopniach klinicznego zaawansowania [8]. Dane te zostały potwierdzone przez licznych autorów [9-12].

Opis przypadku

35-letnia chora zgłosiła się do Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu, nasilających się od około 2 tygodni.

Z danych uzyskanych z wywiadu od pacjentki: nieznaczne powiększenie obwodu brzucha, obustronne dolegliwości z kończyn dolnych o charakterze pulsującego bólu, mrowienia, zaburzeń powierzchniowego czucia, drętwienia palców nóg; okresowo pojawiające się zaparcia stolca, częstomocz; poprzednie badanie ginekologiczne wykonane ok. 1 roku temu – prawidłowe (bez cech guza), wywiad genetyczny onkologiczny – nieobciążony, wywiad internistyczny – bez istotnych cech klinicznych (NYHA I). Badanie palpacyjne przez powłoki brzuszne: masy guzowate sięgające ok. 1cm powyżej spojenia łonowego, nieruchome, bolesne.

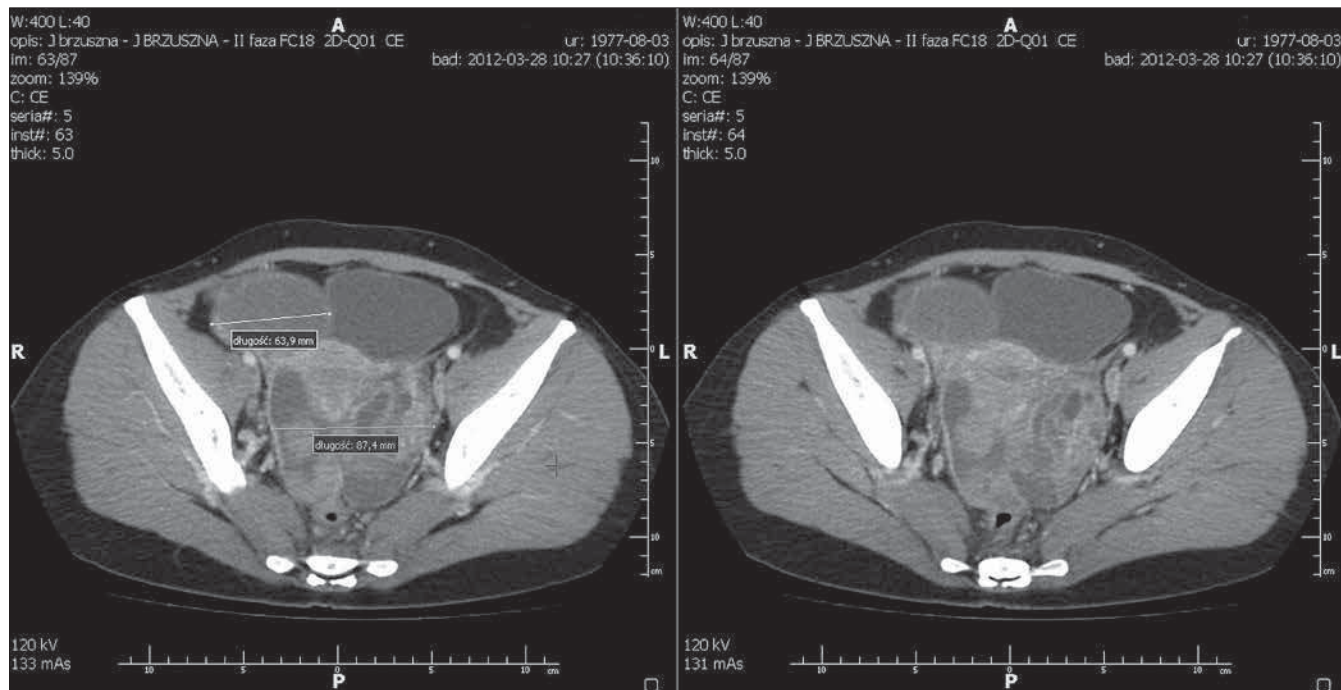
Badaniem ginekologicznym dwuręcznym zestawionym stwierdzono: macica całkowicie unieruchomiona przez masy guzowate miednicy mniejszej, modelujące tylne sklepienie pochwy; masy guzowate wielkości ok. 8–10 cm, w ścisłym kontakcie z elementami kostnymi miednicy mniejszej (*frozen pelvis*).

Badanie *per rectum*: końcowy odcinek jelita grubego „modelowany” przez nieruchome masy guzowate miednicy mniejszej.

Badanie USG sondą dopochwową: macica o jednorodnej echostrukturze, AP – 3,78cm w bezpośrednim kontakcie z litymi zmianami wychodzącymi obustronnie z okolicy przydatków, endometrium jednorodne z widocznym echem pośrodkowym grubości 7 mm. W miednicy mniejszej widoczne obustronnie zmiany lito-torbielowe, uciskające regionalne naczynia krwionośne oraz upośledzające w nich przepływ krwi. Jajnik prawy – guz wielkości 6x6,5 cm, jajnik lewy – guz wielkości 8,5x8 cm. Nieznaczna ilość wolnego płynu w zatoce Douglasa (150ml).

Istotne elementy tomografii komputerowej miednicy mniejszej oraz jamy brzusznej: „Podprzeponowo, po stronie prawej nad wątrobą widoczne dwa ogniska wielkości 11x14 mm i 7x13 mm odpowiadające przerzutom do otrzewnej, zmiany guzowate więzadła sierpowatego wątroby. Moczowody poszerzone – prawy do 8 mm, lewy do 18 mm. W miednicy małej, w rzucie

Paweł Knapp et al. Pozaotrzewnowe, zmodyfikowane wytrzewienie tylne (radyczna ooforektomia typu II) jako część ultraradykalnej chirurgii raka jajnika...



Fot. 1. Tomografia komputerowa miednicy mniejszej – widoczne zmiany guzowate uciskające struktury miednicy mniejszej (*Frozen pelvis*).

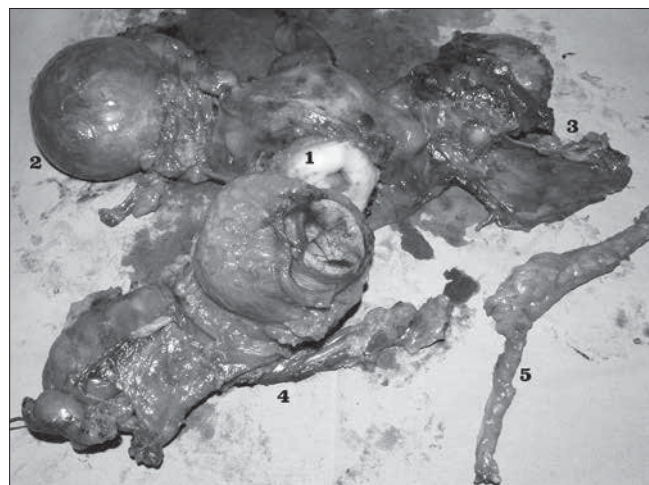
jajników tworzą guzowate – po stronie prawej o charakterze torbielowatym, z przyścienną masą litą, po stronie lewej niejednostronna zmiana lito-torbielowata schodząca w dół, zajmująca pośrodkowo przestrzeń przedkrzyżową. Tu odpowiednio wielkości: po stronie prawej 65x62x47 mm, po stronie lewej 87x69x88 mm (LRxHFxAP). Masy odcinkowo przylegają do esicy, Macica uciśnięta, otoczona masami, niejednorodna po kontrakcji”. (Fot. 1).

Ca-125 – 1628 U/ml, HE4 – 784 pmol/l (ryzyko ROMA Value – 99%). Pacjentka przed zabiegiem otrzymała: 12 godz. przed 0,3ml Fraxiparine s.c., 1g Biotaxim i.v. Pacjentce wykonano: z dojścia pozaotrzewnowego zmodyfikowane wytrzewienie tylne wg Bristowa i wsp. jednopakietowo usuwając macicę z nowotworowymi masami guzowatymi jajników oraz 20 cm fragment esicy z częścią odbytnicy, a także w całości otrzewną miednicy mniejszej. (Fot. 2).

Usunięto również: sieć większą odcinając ją od krzywizny większej żołądka łącznie z więzadłami: wątrobowo-poprzecznym i śledzionowo-poprzecznym, wyrostek robaczkowy, wykonano radykalną limfadenektomię miednicy mniejszej, paraaortalną do rozwidlenia naczyń nerkowych; usunięto nacieczone fragmenty otrzewnej jamy brzusznej [13, 14]. (Fot. 3).

Po przedniej mobilizacji wątroby wykonano usunięcie otrzewnej prawej części kopyły przepony (*stripping*), oraz powierzchniowe fragmenty naciekające torebkę wątroby segmentów 7 i 8. Wykonano zespolenie „koniec do końca” zstępnicy z końcowym odcinkiem odbytnicy za pomocą jelitowego staplera okrężnego nr 29 (Johnson&Johnson). (Fot. 4).

Do zatoki Douglasa założono dren typu Pezzer. Podczas zabiegu operacyjnego pacjentka dodatkowo otrzymała 3j. świeżo mrożonego osocza, oraz 500mg Metronidazolu i.v. Czas zabiegu operacyjnego – 8 godz., makroskopowy guz resztkowy T=0cm, śródoperacyjna utrata krwi – 450ml. Wynik badania histopatologicznego: gruczolakorak surowicy (pT3cN1M1), G3, nacieki



Fot. 2. Pooperacyjny materiał tkankowy *en-bloc*:

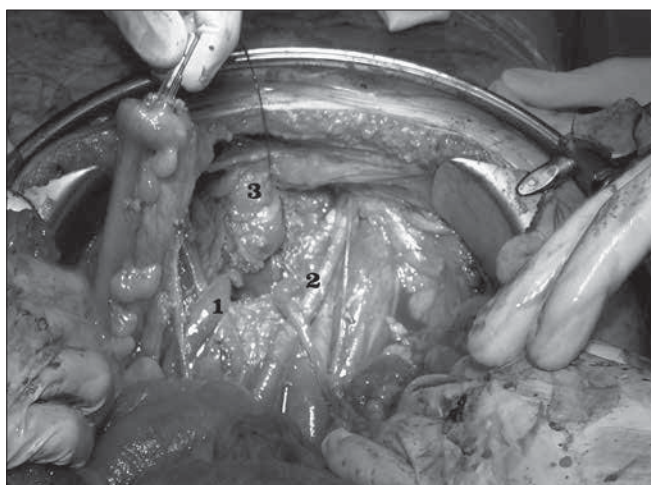
- 1 – macica;
- 2 – obustronne guzy jajników;
- 3 – fragment otrzewnej miednicy mniejszej z widocznym rozsiewem nowotworowym;
- 4 – esica;
- 5 – pakiet powiększonych węzłów chłonnych paraaortalnych.

(przerzuty) nowotworowe – we wszystkich usuniętych tkankach. W 72 usuniętych węzłach chłonnych miednicy mniejszej oraz paraaortalnych przerzuty znaleziono w 13 węzłach (1/9 węzeł okolicy naczyń biodrowych prawych, 1/3 – węzły przedkrzyżowe, 9/25 – węzły paraaortalne, 2/9 – węzły krezki esicy). Przebieg pooperacyjny powikłany w 3 dobie prawostronnym zapaleniem płuc z objawami niewydolności oddechowej oraz SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*). (Fot. 5).

Paweł Knapp et al. Pozaotrzewnowe, zmodyfikowane wytrzewienie tylne (radyczna ooforektomia typu II) jako część ultraradycznej chirurgii raka jajnika...



Fot. 3. Stan po wykonanej limfadenektomii paraaortalnej:
1 – aorta; 2 – tętnica krezkowa dolna; 3 – żyła główna dolna.



Fot. 4. Widok pozbawionej otrzewnej oraz tkanki limfatycznej miednicy mniejszej:
1 – poszerzony moczowód lewy (12mm); 2 – prawe naczynia biodrowe;
3 – fragment odbytnicy przed zespoleniem zstępniczo-odbytniczym.

Po zastosowaniu czynnego oddechu wspomaganego, szeroko wachlarzowej antybiotykoterapii dożylniej (Biotaxim 2x1g i.v., Metronidazol 3x0,5g i.v., Klimicin 2x600mg i.v./10 dni) oraz leczenia wspomagającego w 6 dobie pacjentka rozintubowana. W stanie ogólnie dobrym wypisana do domu w 12 dobie po zabiegu operacyjnym z zaleceniem zgłoszenia się do Kliniki celem kontynuacji dalszego leczenia chemioterapeutycznego.

Dyskusja

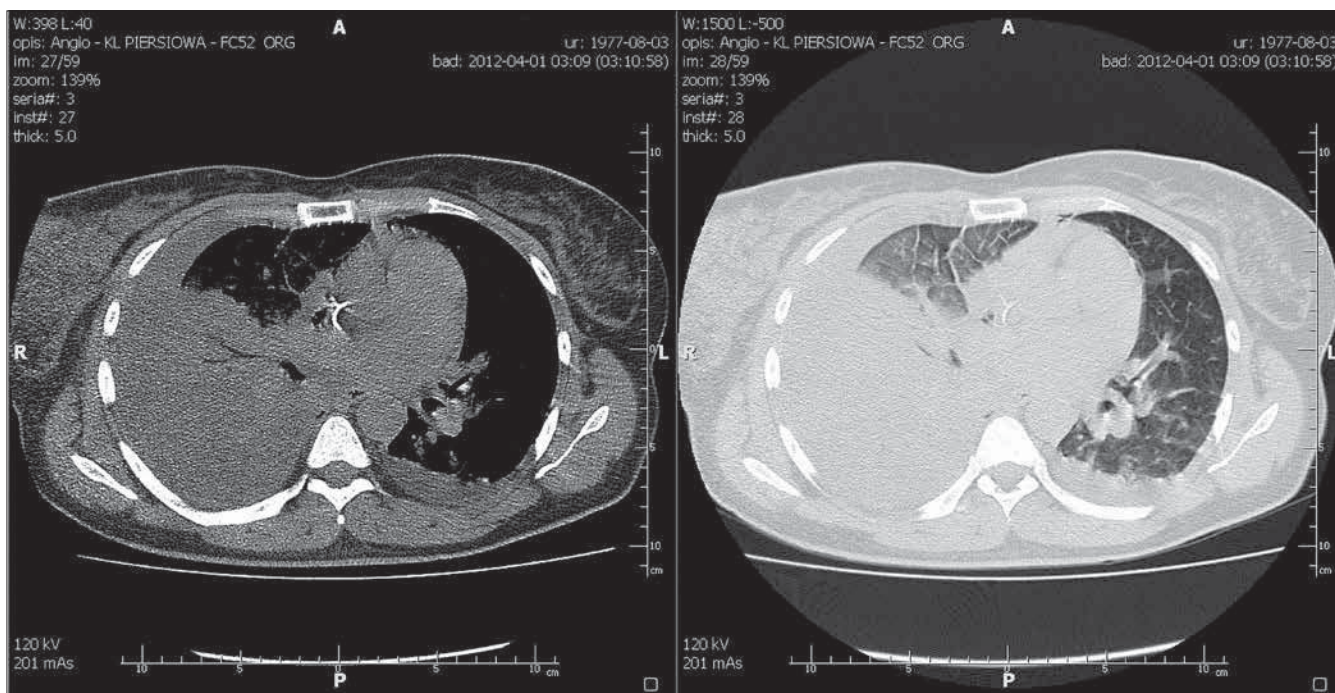
Rak jajnika stanowi wciąż jedno z największych wyzwań we współczesnej chirurgii jamy brzusznej. Szczególnie przypadki w stopniu zaawansowania FIGO III, IV oceniane jeszcze kilka lat temu jako nowotwór tzw. nieoperacyjny, w chwili obecnej dzięki szybkiemu rozwojowi technik operacyjnych są możliwe do eradycji [15].

Opisane w 1948 roku przez Aleksandra Brunschwiga operacja całkowitego miednicznego wytrzewienia, pierwotnie wykonywana jako postępowanie paliatywne w zaawansowanych rakach miednicy mniejszej, cechowała się bardzo wysokim współczynnikiem śmiertelności (23%). Krytycy tego typu radykalnych zabiegów wskazywali na liczne powikłania pooperacyjne (86%): zakażenia rany pooperacyjnej występujące w 23%, sepsa – 27%, przetoki jelitowe oraz niedrożność pooperacyjna – 27-33%, inne – 26% [16, 17]. Obserwowana od ponad 60 lat poprawa opieki medycznej około- i pooperacyjnej, a także modyfikacje samego zabiegu operacyjnego przyniosły redukcję współczynnika śmiertelności do 5,3% oraz wydłużenie współczynnika 5-letnich przeżyć z 26 do 41% (dane dotyczące tylko całkowitego wytrzewienia miednicy mniejszej) [18].

Istotnym elementem zmiany koncepcji cytotredukcijnego leczenia operacyjnego raka jajnika były liczne badania dokumentujące zasadność rozległych procedur operacyjnych, również w kontekście poprawy efektywności leczenia chemioterapeutycznego (badanie GOG 158) [19]. Matematyczny model potencjalizacji masy nowotworu podany przez Gompertzian'a oraz teoria Skipper – frakcjonowanej śmierci komórek guza poddanych chemioterapii, stały się podstawą zrozumienia bezwzględnej konieczności resekcji mas nowotworowych obserwowanych w raku jajnika do mikroskopowych resztek guza po zakończonej radykalnej operacji [6].

Poznanie biologii raka jajnika, a także dróg szerzenia się nowotworu, ze szczególnym uwzględnieniem naciekania jelita grubego, stał się podstawą zaproponowanej przez Hudson i Chir „radycznej ooforektomii”. Zabieg wykonywany z dostępu pozaotrzewnowego, polegał na usunięciu *en-bloc* otrzewnej miednicy mniejszej wraz z masą zmienionych nowotworowo jajników [20]. Zaproponowany przez Bristowa i wsp., obowiązujący w chwili obecnej podział, obejmuje 3 grupy klasyfikacyjne: typ I – pozaotrzewnowa, wsteczna zmodyfikowana radyczna hysterektomia obejmująca resekcję bocznych przymacicz oraz górnego odcinka pochwy, wraz z jednopakietowym usunięciem zmienionych nowotworowo jajników wraz otrzewną zatoki Douglasa, a także z częściową, zmienioną guzowato otrzewną miednicy mniejszej. Typ I zawiera także usunięcie otrzewnej i/lub surowicówki esicy lub częściową klinową resekcję przedniej ściany tej części jelita. Typ II (zmodyfikowane wytrzewienie tylne) - typ I rozszerzony o zabieg *en-bloc* całkowitego usunięcia zmienionej nowotworowo otrzewnej miednicy mniejszej z odcinkową resekcją esiczo-odbytniczą i następowym zespoleniem jelitowym

Paweł Knapp et al. Pozaotrzewnowe, zmodyfikowane wytrzewienie tylne (radyczna ooforektomia typu II) jako część ultraradykalnej chirurgii raka jajnika...



Fot. 5. Tomografia komputerowa klatki piersiowej – widoczne zmiany zapalne, częściowo bezpowietrzne płuco prawe.

„koniec do końca”. Typ III – stanowi rozszerzenie typu I lub II dodatkowo obejmując częściową resekcję pęcherza moczowego i/lub miednicznego odcinka moczowodu [6]. Analiza dokonana przez Benedetti-Panici i wsp. wykazała, że najczęstszym typem stosowanej ooforektomii radykalnej jest typ II (typ I – 18%, typ II – 74%, typ III – 8%) [21].

W prezentowanym przypadku wykonano II typ omawianego zabiegu operacyjnego. Eisenkop i wsp. dokonując oceny 408 operowanych pacjentek wykazali, że średnie przeżycia w grupie pacjentek operowanych metodą zmodyfikowanego wytrzewienia tylnego, w której uzyskano brak makroskopowych wykładników choroby wyniósł 76 miesięcy, w porównaniu do 36 miesięcy u pacjentek, u których widoczne resztki guza stanowiły $T < 1$ cm, oraz 19 miesięcy po niecałkowitej resekcji guza ($T > 1$ cm) [22]. Retrospektywna analiza mediany całkowitych przeżyć (OS), wykonana w grupie 465 pacjentek operowanych ultraradykalnie z powodu zaawansowanego raka jajnika (IIIC) przez Chi i wsp. wykazała, 106 miesięcy w grupie z brakiem makroskopowych wykładników guza, 66 miesięcy gdy $T = 0,5$ cm oraz 48 miesięcy – $T(0,6 - 1,0)$ cm; 33 miesiące, gdy $T > 1$ cm [23, 24]. Podobne wyniki przedstawiono po analizie badań GOG182/ICON5 w grupie 4312 pacjentek z nabłonkowym rakiem jajnika (IIIC, IV), gdzie mediana PFS odpowiednio dla makroskopowej oceny $T = 0$ cm, $T < 1$ cm i $T > 1$ cm wyniosła odpowiednio 29, 16 i 13 miesięcy, mediana OS: 68, 40 i 33 miesiące [19]. Część autorów uważa jednakże, iż w dobie nowoczesnej chemioterapii ultraradykalne zabiegi chirurgiczne wykonywane w raku jajnika nie stanowią elementu poprawiającego czas całkowitego przeżycia (OS) tych chorych [25, 26].

W chwili obecnej nie zostało opublikowane jakiegokolwiek randomizowane badanie dokumentujące tego typu tezę. Liczne randomizowane i nierandomizowane badania, oraz 3 przeprowadzone meta-analizy wykazały odwrotną korelację pomiędzy

wielkością pozostawionej choroby resztkowej, a czasem całkowitych przeżyć.

Analiza 15 retrospektywnych, a także prospektywnych badań dokonana w grupie 9893 chorych operowanych z powodu raka jajnika bez makroskopowo widocznych zmian, jednoznacznie pokazały znamienne statystycznie wydłużenie mediany całkowitych przeżyć powyżej 74 miesięcy. Uzyskanie mikroskopowej choroby resztkowej mającej w chwili obecnej znaczenie prognostyczne, jako wynik ultraradykalnego zabiegu cytoredukcyjnego w raku jajnika (III, IV stopień) uzupełnionego następowym leczeniem chemioterapeutycznym (pochodnymi platyny/taxany), w kontekście wydłużenia OS i PFS zostało udokumentowane w licznych randomizowanych badaniach (GOG 158, GOG 172, AGO-OVAR prot. 3/4/5/7, GOG 182/ICON-5) [6, 10, 22, 27].

Piśmiennictwo

- Menon U. Ovarian cancer screening has no effect on disease-specific mortality. *Evid Based Med.* 2012, 17, 47-48.
- Sari O, Kaya B, Kara P, [et al.]. The role of FDG-PET/CT in ovarian cancer patients with high tumor markers or suspicious lesion on contrast-enhanced CT in evaluation of recurrence and/or in determination of intraabdominal metastases. *Rev Esp Med Nucl.* 2012, 31, 3-8.
- Sundar S, Wu J, Hillaby K, [et al.]. A systematic review evaluating the relationship between progression free survival and post progression survival in advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2012, 125, 493-499.
- Rauh-Hain J, Rodriguez N, Growdon W, [et al.]. Primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy in stage IV ovarian cancer. *Ann Surg Oncol.* 2012, 19, 959-965.
- Juretzka M, Barakat R. Pelvic cytoreduction with rectosigmoid resection. *Gynecol Oncol.* 2007, 104, 40-44.
- Bristow R. Advanced cytoreductive surgery in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol.* 2009, 114, 1-2.

Paweł Knapp et al. *Pozaotrzewnowe, zmodyfikowane wytrzewienie tylne (radykalna ooforektomia typu II) jako część ultraradykalnej chirurgii raka jajnika...*

7. Ozols R. Update on Gynecologic Oncology Group (GOG) trials in ovarian cancer. *Cancer Invest.* 2004, 22, Suppl 2, 11-20.
8. du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, [et al.]. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer.* 2009, 115, 1234-1244.
9. Wimberger P, Wehling M, Lehmann N, [et al.]. Influence of residual tumor on outcome in ovarian cancer patients with FIGO stage IV disease: an exploratory analysis of the AGO-OVAR (Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group). *Ann Surg Oncol.* 2010, 17, 1642-1648.
10. Bodurka D, Deavers M, Tian C, [et al.]. Reclassification of serous ovarian carcinoma by a 2-tier system: A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer.* 2011.
11. Oza A, Castonguay V, Tsoref D, [et al.]. Progression-free survival in advanced ovarian cancer: a Canadian review and expert panel perspective. *Curr Oncol.* 2011, 18, Suppl 2, 20-27.
12. Elattar A, Bryant A, Winter-Roach B, [et al.]. Optimal primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011:CD007565.
13. Cibula D, Abu-Rustum N. Pelvic lymphadenectomy in cervical cancer—surgical anatomy and proposal for a new classification system. *Gynecol Oncol.* 2010, 116, 33-37.
14. Bachmann C, Bachmann S, Fehm T, [et al.]. Nodal status—its impact on prognosis in advanced ovarian cancer. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2012, 138, 261-267.
15. Cramer D. The epidemiology of endometrial and ovarian cancer. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2012, 26, 1-12.
16. Hughes S, Steller M. Radical gynecologic surgery for cancer. *Surg Oncol Clin N Am.* 2005, 14, 607-631, viii.
17. Barber H. Pelvic exenteration. *Cancer Invest.* 1987, 5, 331-338.
18. Maggioni A, Roviglione G, Landoni F, [et al.]. Pelvic exenteration: ten-year experience at the European Institute of Oncology in Milan. *Gynecol Oncol.* 2009, 114, 64-68.
19. Seamon L, Richardson D, Copeland L. Evolution of the Gynecologic Oncology Group protocols in the treatment of epithelial ovarian cancer. *Clin Obstet Gynecol.* 2012, 55, 131-155.
20. Hudson C. The place of surgery in the treatment of ovarian cancer. *Clin Obstet Gynaecol.* 1978, 5, 695-708.
21. Benedetti Panici P, Perniola G, Angioli R, [et al.]. Bulky lymph node resection in patients with recurrent epithelial ovarian cancer: impact of surgery. *Int J Gynecol Cancer.* 2007, 17, 1245-1251.
22. Eisenkop SM, Nalick RH, Teng NN. Modified posterior exenteration for ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 1991, 78, 879-885.
23. Chi D, Eisenhauer E, Zivanovic O, [et al.]. Improved progression-free and overall survival in advanced ovarian cancer as a result of a change in surgical paradigm. *Gynecol Oncol.* 2009, 114, 26-31.
24. Chi D, Musa F, Dao F, [et al.]. An analysis of patients with bulky advanced stage ovarian, tubal, and peritoneal carcinoma treated with primary debulking surgery (PDS) during an identical time period as the randomized EORTC-NCIC trial of PDS vs neoadjuvant chemotherapy (NACT). *Gynecol Oncol.* 2012, 124, 10-14.
25. Abaid L, Goldstein B, Micha J, [et al.]. Improved overall survival with 12 cycles of single-agent paclitaxel maintenance therapy following a complete response to induction chemotherapy in advanced ovarian carcinoma. *Oncology.* 2010, 78, 389-393.
26. Liu J, Matulonis U. New advances in ovarian cancer. *Oncology.* 2010, 24, 721-728.
27. Nowak-Markwitz E, Spaczynski E. Rak jajnika - nowe spojrzenie na pochodzenie i histogenezę. *Ginekol Pol.* 2012, 83, 454-457.

KOMUNIKAT



Sekcja Ginekologii Operacyjnej PTG

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Serdecznie zapraszają na

Kursy Doskonalące Warsztaty Operacyjne dla Ginekologów

w roku 2013

TERMINY:

| | |
|-------------------------------|---|
| 13-14 maj 2013 | <i>Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych</i> |
| 23-24 maj 2013 | <i>Operacje Laparoskopowe w Ginekologii</i> |
| 19-20 wrzesień 2013 | <i>Operacje Laparoskopowe w Ginekologii</i> |
| 3 październik 2013 | <i>Laparoskopowa i Pochwowa Hysterektomia</i> |
| 21-22 październik 2013 | <i>Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych</i> |
| 18-19 listopad 2013 | <i>Operacje Laparoskopowe w Ginekologii</i> |
| 22-23 listopad 2013 | <i>Intensywny Kurs Szycia i Wiązania w Laparoskopii</i> |
| 9-10 grudzień 2013 | <i>Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych</i> |

Operacje Pochwowe - Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych:
11-12 marzec 2013, 13-14 maj 2013,
21-22 październik 2013, 9-10 grudzień 2013

Operacje Laparoskopowe w Ginekologii:
21-22 marzec 2013, 23-24 maj 2013,
19-20 wrzesień 2013, 18-19 listopad 2013

Laparoskopowa i Pochwowa Hysterektomia:
26 luty 2013, 11 kwiecień 2013, 3 październik 2013

Intensywny Kurs Szycia i Wiązania w Laparoskopii:
22-23 listopad 2013

Więcej na www.laparoskopia.org.pl

Przewodniczący Sekcji Ginekologii Operacyjnej PTG
Kierownik Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP

prof. dr hab. n med. Andrzej Malinowski