

Komentarz do pracy W. Lejmana i A. Wysockiego: „Wszczepy nowotworowe po operacjach laparoskopowych”

Edward Stanowski

Invited commentary

Praca jest przeglądem 41 pozycji piśmiennictwa omawiającego występowanie wszczepów nowotworu po resekcjach laparoskopowych. Zagadnienie to jest ważne, ponieważ operacje laparoskopowe wykonywane są coraz częściej, także z powodu nowotworów. Dlatego chirurg wykonujący zabiegi laparoskopowe ze wskazań nowotworowych i nienowotworowych musi pamiętać o możliwości wszczepu komórek nowotworowych w rany po trokarach.

Wg Costini i wsp. po cholecystectomii laparoskopowej wszczepy stwierdzono u 4 na 602 (0,66%) operowanych, a po otwartej – tylko u 0,28% na 714 operowanych. Podobne odsetki przedstawiają inni autorzy wykonujący laparoskopię u chorych nie podejrzanych o chorobę nowotworową. U operowanych laparoskopowo z powodu raka jelita grubego D.B. Pearlstone i wsp. na 533 operowanych, wszczepy w ranach po trokarach stwierdzili u 3 na 71 chorych z zaawansowaną chorobą i u 1 na 462 spośród tych, u których choroba była mało zaawansowana.

Jak widać problem ten nie jest znaczący, ale warto o nim pamiętać. Autorzy przytaczają różne przyczyny, które mogą wpływać na powstanie przerzutów-wszczepów komórek nowotworowych w rany po trokarach. Wydaje się, że nie ma jednego czynnika, a na powstanie wszczepu wpływ mają przede wszystkim stopień złośliwości i zaawansowania nowotworu (komórki nowotworowe w jamie otrzewnej), a także odma CO₂, traumatyzowanie narządu zajętego nowotworem (nawet w jego wczesnym stadium zaawansowania) i inne.

Chirurdzy operujący laparoskopowo najczęściej operują pęcherzyk żółciowy i nawet mimo wykonywania badań obrazowych nie zawsze przed operacją podejrzewają raka pęcherzyka żółciowego. Autorzy omawianej pracy słusznie uważają, że laparoskopowe podejrzenie raka powinno być potwierdzone badaniem mikroskopowym, a stwierdzenie raka w śródoperacyjnym badaniu jest wskazaniem do zamiany na operację otwartą i poszerzenie zabiegu o wycięcie przylegającej części wątroby i węzłów chłonnych, właściwych dla spływu chłonki z pęcherzyka żółciowego.

Nie podzielam tego poglądu, jeśli choroba dotyczy chorych w podeszłym wieku i z licznymi obciążeniami innymi chorobami (układu krążenia, cukrzycą itp.). U tych chorych ograniczam się do laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego z przylegającym mięszem wątroby i węzłami trójkąta Callota oraz więzadła wątrobowo-dwunastniczego przy dwunastnicy. Żaden z operowanych w ten sposób chorych nie zmarł w okresie okołoperacyjnym, a średnie przeżycie było bliskie 12 miesięcy.

Biorąc pod uwagę, że każdy pęcherzyk żółciowy może być zmieniony nowotworowo, nawet jeśli tego nie podejrzewamy śródoperacyjnie, należy operować delikatnie, nie traumatyzować narzędziami, chwytając ścianę pęcherzyka w różnych miejscach, stosować niskie ciśnienia dwutlenku węgla i powoli dokonywać jego wypuszczenia z jamy otrzewnej. Dbać, by nie było przecieku CO₂ wokół trokarów, a pęcherzyk wyjmować w lateksowym pojemniku.

Problem przerzutów-wszczepów komórek nowotworowych, zarówno operowanych z powodu raka, jak i innych przyczyn, nabiera coraz większego znaczenia, o czym świadczy wzrost liczby publikacji. Dlatego ośmielam się uzupełnić piśmiennictwo podane przez Autorów o 14 pozycji, dotyczących tematu, opublikowanych w 1999 roku.

Piśmiennictwo

1. Winston CB, Chen JW, Fong Y i wsp. Recurrent gallbladder carcinoma along laparoscopic cholecystectomy port tracks: CT demonstration. *Radio-logy* 1999; 212: 439-44.
2. Santoro E, Carlini M, Carboni F i wsp. Colorectal carcinoma open surgery. A: laparoscopic versus traditional clinical trial. *Hepato-Gastroenterology* 1999; 46: 900-4.
3. Kawamura YJ, Sawada T, Sunami E i wsp. Gasless laparoscopically assisted colonic surgery. *Am Jour Surg* 1999; 177: 515-7.
4. Melotti G, Tamborrino E, Lazzaretti AM i wsp. Laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Sem Surg Oncol* 1999; 16: 332-6.