

Sprawozdanie z 9 Kongresu Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Ginekologicznej (ESGE)

W dniach od 19 do 21 października 2000 r. odbył się w Paryżu 9 Kongres ESGE, poświęcony zagadnieniom endoskopii operacyjnej w ginekologii. W Kongresie wzięło udział około 900 uczestników z 48 krajów, w tym także z Polski.

Wiele tematów związanych było z zastosowaniem chirurgii endoskopowej w przypadkach nowotworów narządów rodnych. Przedstawiono odległe wyniki leczenia chorych na raka szyjki macicy i raka trzonu, operowanych metodą laparoskopii. Badania z dwóch ośrodków francuskich (Lille i Lyon), obejmujące grupę 100 chorych wykazują, że w przypadkach nacieku szyjki, nie przekraczającego średnicy 2 cm, wyniki przeżyć 5-letnich są takie same, jak w grupie operowanej metodą klasyczną, a częstość nawrotów wynosi 2%.

Liczba pozytywnych węzłów chłonnych uzyskiwanych przy zastosowaniu obu metod jest podobna, co świadczy o tym, że zarówno w chirurgii klasycznej, jak i w laparoskopii, z podobną częstością usuwane są węzły wartownicze.

U chorych z pozytywnymi węzłami chłonnymi, leczonych uzupełniająco radioterapią, liczba powikłań popromiennych była znacząco niższa w grupie operowanej laparoskopowo, co wiąże się ze znacznie mniejszym ryzykiem powstawania zrostów po operacjach laparoskopowych. W konkluzji stwierdzono, że połączenie metody laparoskopii i chirurgii przezpochwowej w leczeniu chorych z rakiem szyjki macicy we wczesnym stopniu zaawansowania pozwala uzyskać wyniki leczenia podobne jak w chirurgii klasycznej, natomiast ograniczono znacznie ilość powikłań pooperacyjnych. Zastosowanie laparoskopii do usuwania węzłów chłonnych spowodowało nawrót do operacji przezpochwowych w leczeniu raka trzonu i szyjki macicy.

Badania randomizowane na zwierzętach wykazały, że limfadenektomia paraaortalna metodą laparoskopową pozwala uzyskać podobną ilość węzłów, jak w chirurgii klasycznej, przy nieco dłuższym czasie operacyjnym, lecz znacznie niższym ryzykiem powstania zrostów w obrębie otrzewnej.

Limfadenektomia laparoskopowa z dostępu pozaotrzewnowego praktycznie całkowicie eliminuje ryzyko zrostów i pozwala uzyskać również podobną ilość węzłów chłonnych.

Metoda ta stosowana jest w ośrodkach wyspecjalizowanych w chirurgii laparoskopowej oraz posiadających doświadczenie w onkologii. Porównanie grupy ponad 100

chorych, operowanych laparoskopowo z powodu raka trzonu macicy, z grupą chorych operowanych metodą klasyczną wskazuje, że przeżycia 5-letnie w obu grupach są podobne, a liczba powikłań po leczeniu jest znacznie mniejsza u chorych operowanych laparoskopowo.

Zwrócono uwagę, że metody endoskopowe nie były szeroko rozpowszechnione w onkologii, co związane było z brakiem odległych wyników leczenia, niewystarczającą znajomością zagadnień onkologii w wielu oddziałach ginekologicznych oraz brakiem odpowiednio wyszkolonych zespołów w chirurgii endoskopowej w oddziałach onkologicznych. Sytuacja ta ulega stopniowej zmianie, ponieważ coraz większa liczba oddziałów ginekologii onkologicznej w Stanach Zjednoczonych i Europie wprowadza programy chirurgii endoskopowej do protokołów leczniczych.

Z Centrum Onkologii przedstawiono na Kongresie w sesji plakatowej następujące prace: – „The place of laparoscopic pelvic lymphadenectomy as a diagnostic procedure in gynecologic oncology clinic” (Sobiczewski P, Bidziński M, Zielinski J), „Application of MRI in diagnostic of ovarian tumours subsequently managed by laparoscopy” (Sobiczewski P, Ceran A, Zieliński J, Walecki J, Derlatka P, Tulimowski J), „The usefulness of hysteroscopy and transvaginal sonography with colour doppler flow for assessment of the endometrium in patients with endometrial cancer after completion of radiotherapy” (Bidziński M, Sobiczewski P).

Przedstawione prace przyjęte były z dużym zainteresowaniem a profesor D. Dargent z Lyonu wyraził opinię, że ośrodek warszawski – Centrum Onkologii zasługuje na duże uznanie za jego aktywną działalność szkoleniową w tej dziedzinie chirurgii.

Kongres poprzedzony był jednodniową konferencją ekspertów w Clermont-Ferrand 18 października 2000 r., która obejmowała problematykę związaną z bezpieczeństwem zastosowania metod endoskopowych w przypadkach onkologicznych, właściwościami otrzewnej i ryzykiem wszczepiania komórek nowotworowych do otrzewnej podczas operacji laparoskopowych.

Na Konferencji ekspertów przedstawiono wyniki badań eksperymentalnych na zwierzętach, które wskazują, że częstość przerzutów odległych nowotworu jest większa po operacjach klasycznych (laparotomia) niż po laparoskopii. Jest to związane ze znacznie większym naruszeniem parametrów immunologicznych organizmu w czasie laparotomii i szerokiego naciecia powłok jamy brzusznej

niż podczas operacji laparoskopowych. Dane eksperymentalne nie pozwalają rozstrzygnąć na dzień dzisiejszy, czy zastosowanie gazu w operacjach laparoskopowych do rozszerzenia powłok jamy brzusznej jest czynnikiem zwiększającym ryzyko rozsiewu nowotworu w obrębie otrzewnej. Dużą rolę odgrywają prawdopodobnie czynniki takie jak: rodzaj stosowanego gazu, jego temperatura i stosowane ciśnienie.

Zjawisko powstawania wszczepów w miejscach wkłucia trokarów (*port site metastases*) jest rzadkie w ginekologii i pojawia się w około 0,4%-1% przypadków, prawie wyłącznie w przypadkach raka jajnika, w wyższych stopniach klinicznego zaawansowania. Ważnym czynnikiem w zapobieganiu temu zjawisku jest zachowanie zasad aseptyki onkologicznej w czasie operacji laparoskopowej (zastosowanie worków Endo-bag do usuwania guza, usuwanie całego guza zamiast biopsji).

W czasie trwania konferencji odbył się workshop na temat zapobiegania powstawaniu zrostów w chirurgii endoskopowej. Zalecano stosowanie w tym celu preparatu Adept (4% roztwór Icodextrin); pozostawienie tego preparatu po zabiegu w ilości około 1-2 litrów w jamie otrzewnej zapobiega powstawaniu zrostów poprzez mechanizm hydroflotacji. Preparat ten jest stopniowo eliminowany z jamy otrzewnej poprzez system chłonny w czasie około 5 dni.

Pobyty mój w Paryżu i uczestnictwo w Kongresie oraz w Konferencji Ekspertów był możliwy dzięki pomocy finansowej Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego.

Dr n med. Piotr Sobiczewski

Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobietych
Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie