

Protokół leczenia operacyjnego raka jajnika — komentarz

Zabieg operacyjny u chorej na raka jajnika jest kluczowym punktem w terapii tego nowotworu. Pozwala postawić diagnozę histopatologiczną, ocenić zaawansowanie choroby, przynieść doraźny efekt paliatywny oraz zmniejszyć objętość guza nowotworowego, co zwiększa skuteczność leków przeciwnowotworowych [1]. Obecnie, pomimo kontrowersji dotyczących tolerancji rozległych zabiegów cytoredukcyjnych, właśnie doszczędność zabiegu operacyjnego jest — po stopniu zaawansowania według Międzynarodowej Federacji Ginekologów i Położników (FIGO, *Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique*) — najważniejszym czynnikiem prognostycznym u chorych na raka jajnika [2, 3]. Wiadomo również, że niezależnie od powyższego także **rozległość choroby w jamie otrzewnej i jej objętość przed zabiegiem** wpływa na przeżycia chorych, niezależnie od doszczędności samej operacji [4, 5]. Podobnie **objętość wolnego płynu w jamie otrzewnej** koreluje zarówno z rozległością choroby nowotworowej, jak i szansą uzyskania doszczętnej cytoredukcji [6–8]. Obecnie wiele protokołów operacyjnych chorych na raka jajnika nie zawiera tych, jakże istotnych danych, co utrudnia dalsze leczenie, tym bardziej że jest ono często prowadzone w innym ośrodku. Z tego powodu Zarząd Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej proponuje ujednoczenie i możliwe uproszczenie protokołu operacyjnego dla wszystkich ośrodków prowadzących leczenie operacyjne raka jajnika.

Dokładny opis, lokalizacja i wielkość zmian nowotworowych, stwierdzanych w trakcie pierwotnego zabiegu operacyjnego (zarówno laparotomii, jak i laparoskopii diagnostycznej) jest nie do przecenienia w trakcie planowania dalszego leczenia tych chorych. Od tych informacji zależy decyzja o zabiegu interwałowym lub jego zaniechaniu, diagnostyka dolegliwości i objawów chorych na raka jajnika, stosowanie leczenia uzupełniającego i wspomagającego, a także ewentualna decyzja o próbie wtórnej cytoredukcji. Ponieważ śródoperacyjna ocena wielkości resztek nowotworowych jest w wielu przypadkach zaniżona, celowe jest pooperacyjne wykonanie badania tomografii komputerowej 4–6 tygodni po zabiegu [9]. Warto przypomnieć, że wynik tego badania jest obecnie niezbędny do zakwalifikowania chorej na zaawansowanego raka jajnika do leczenia bewacyzumabem, w ramach programu lekowego Ministerstwa Zdrowia [10].

Proponowany protokół operacyjny jest czytelny i prosty w wypełnieniu. Pozwala na podanie w sposób

zwięzły obszernej informacji o wszystkich obszarach jamy otrzewnej, potencjalnie zajętych chorobą. Na tej podstawie chora na zaawansowanego raka jajnika po zabiegu nieoptymalnym ma szansę na dobrze zaplanowany, interwałowy zabieg cytoredukcyjny w ośrodku referencyjnym oraz optymalne leczenie uzupełniające.

Protokół jest dostępny także w wersji elektronicznej na stronie www.ptgo.pl oraz w formie aplikacji (Protokół leczenia PTGO) w App Store; wkrótce będzie również dostępny w wersji drukowanej na oddziałach położniczo-ginekologicznych w całej Polsce.

W imieniu Zarządu
Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

prof. dr hab. n. med. Paweł Blecharz
Sekretarz Zarządu

Piśmiennictwo

- FIGO Committee on gynecologic oncology. Pratt J on behalf of FIGO committee. Staging classification for cancer of ovary, fallopian tube and peritoneum. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2014; 124 (1): 1–5.
- Wimberger P., Lehmann N., Kimmig R. i wsp. Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group. Prognostic factors for complete debulking in advanced ovarian cancer and its impact on survival. An exploratory analysis of a prospectively randomized phase III study of the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group (AGO-OVAR). *Gynecol. Oncol.* 2007; 106 (1): 69–74.
- Elattar A., Bryant A., Winter-Roach B.A. i wsp. Optimal primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011; 8: CD007565.
- du Bois A., Reuss A., Pujade-Lauraine E. i wsp. 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 (6): 1234–1244.
- Vizzielli G., Costantini B., Tortorella L. i wsp. Intra-abdominal tumor dissemination pattern and surgical outcome in 214 patients with primary ovarian cancer. *J. Surg. Oncol.* 2009; 99 (7): 424–427.
- Ercoli A., Iodice R., Scambia G. i wsp. Influence of intraperitoneal dissemination assessed by laparoscopy on prognosis of advanced ovarian cancer: an exploratory analysis of a single-institution experience. *Ann. Surg. Oncol.* 2014; 21 (12): 3970–3977.
- Huang H., Li Y.J., Lan C.Y. i wsp. Clinical significance of ascites in epithelial ovarian cancer. *Neoplasma* 2013; 60 (5): 546–552.
- Gasimli K., Braicu E.I., Richter R. i wsp. Prognostic and Predictive Value of the Peritoneal Cancer Index in Primary Advanced Epithelial Ovarian Cancer Patients After Complete Cytoreductive Surgery: Study of Tumor Bank Ovarian Cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 2015 Feb 12. [Epub ahead of print].
- Burger I.A., Goldman D.A., Vargas H.A. i wsp. Incorporation of postoperative CT data into clinical models to predict 5-year overall and recurrence free survival after primary cytoreductive surgery for advanced ovarian cancer. *Gynecol. Oncol.* 2015 Jun 17. [Epub ahead of print].
- <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/programy-lekowe>

