

Laparoskopická resekce žaludku

MUDr. Lukáš Adamčík, MUDr. Stanislav Czudek, MUDr. Matěj Škrovina

Onkologické centrum J. G. Mendela Nový Jičín

Cíl: Srovnání laparoskopických resekcí žaludku ve světě a v České republice.

Autor v článku uvádí krátkou historii laparoskopických výkonů na žaludku, přehled nejčastěji indikovaných výkonů a indikační kritéria, zmiňuje nezbytné technické vybavení, hodnotí úskalí a přínos laparoskopických resekcí, zamýšlí se nad možnostmi a kritérii provádění těchto výkonů v našich podmínkách.

Závěr: Laparoskopická resekce se stává alternativou resekce otevřené. Vzhledem k malým počtům těchto výkonů je vhodné jak laparoskopické, tak otevřené resekce a operace žaludku pro karcinom směřovat do specializovaných center.

Klíčová slova: laparoskopická resekce, karcinom žaludku.

Laparoscopic gastric resection

Aim: To compare laparoscopic gastric resections in the world and in the Czech Republic.

The author presents a short history of laparoscopic gastric surgeries, an overview of the most commonly indicated procedures, and the criteria for indication, mentions necessary technical equipment, evaluates the pitfalls and benefits of laparoscopic resections, and reflects on the options of and criteria for performing these procedures in the conditions of the Czech Republic.

Conclusion: Laparoscopic resection has become an alternative to open resection. Given the small number of these procedures, it is advisable to refer both laparoscopic and open resections and surgeries for gastric cancer to specialized centres.

Key words: laparoscopic resection, gastric cancer.

Endoskopie, 2009; 18(1): 17–18

Úvod

Výrazný vliv na chirurgii má rozvoj miniin- vazivních metod koncem minulého století. Technické zdokonalení dříve rigidních optických vyšetřovacích přístrojů umožnilo jejich větší využití rovněž k terapii a rozvoji endoskopie, laparoskopie a torakoskopie. Výraznou zásluhu na rozvoji laparoskopie měl Francouz Mouret, který v roce 1987 provedl první cholecystektomii z více portů. Krátce na to byl zaveden laparoskopický přístup v léčbě refluxní choroby jícnu, achalázie jícnu, laparoskopie se rovněž stala alternativou ošetření perforovaného gastroduodenálního vředu, laparoskopie umožnila renesanci vagotomií a svoje nedílné místo našla rovněž v chirurgické léčbě morbidní obezity. Netrvalo dlouho a v roce 1991 se objevila první zpráva o laparoskopické wedge resekcí žaludku, téhož roku Japonci Kitano provedl laparoskopicky asistovanou distální resekci žaludku s B1 rekonstrukcí pro karcinom, v roce 1992 byla provedena první laparoskopicky asistovaná resekce žaludku s B1 rekonstrukcí pro peptický vřed, kterou provedl P. Goh ze Singapuru a v roce 1993 následovala první laparoskopická totální gastrektomie, provedená profesorem Azagra s kolektivem. Dnes je laparoskopicky asistovaná resekce či gastrektomie alternativou otevřeného přístupu na mnoha pracovištích ve světě, zejména v Jižní Koreji a Japonsku.

Indikace

Indikace laparoskopické resekce žaludku pro vředovou chorobu žaludku a její komplikace jsou stejné, jako u otevřených operací, s výjimkou oběhově nestabilního pacienta při krvácejícím vředu gastroduodena. S rozvojem endoskopických metod se však tato indikace stala velmi vzácnou.

Pro resekční výkony u malignit všeobecně platí, že laparoskopická operace musí splňovat všechna onkologická kritéria radikality. Pokud nelze tuto zásadu dodržet, nelze provádět laparoskopickou resekci. Od této podmínky se rovněž odvíjejí indikace. V Japonsku je indikací k laparoskopické resekcí pouze časný karcinom (T1, T2, NO), a to zejména tam, kde je vyšší riziko metastázování do lymfatických uzlin. Další doporučení se týkají lokalizace tumoru, přičemž je preferována lokalizace v aborálních částech žaludku. Další studie dokazují, že laparoskopická resekce je ekvivalentem otevřené operace i při lokálně pokročilém nádoru (1). Dosud tedy nejsou jednoznačně stanovena indikační kritéria, jako je tomu u tumorů tlustého střeva a je potřeba tyto standardy stanovit po provedení multicentrických kontrolovaných randomizovaných studií.

Rozdělení a technika laparoskopických resekcí

Nejčastěji užívanými přístupy jsou tyto:

- Wedge resekce – odstranění části stěny s patologickou lézí (benigní léze, GIST),

- HALG, HALS (hand assisted laparoscopic gastrectomy, hand assisted laparoscopy) Miniinvasivní přístup, kdy si operátor pomáhá rukou zavedenou minilaparotomií do dutiny břišní,
- LADG (lap. assisted distal gastrectomy) – laparoskopicky asistovaný přístup, kdy část operace, obvykle anastomóza, je provedena z minilaparotomie,
- TLG (laparoscopic total gastrectomy), výkon kompletně proveden v dutině břišní včetně anastomózy.

K preparaci tkání lze užít různé preparační nástroje spojené s elektrokoagulací ke stavění drobných krvácení, nám se nejlépe osvědčil harmonický skalpel, který nám dovolí koagulovat cévy až do průměru 5 mm. Tento nástroj využívající ultrazvuk k vytváření tepla je vhodný rovněž k jemné preparaci. Vlastní resekční výkon je rozsahem i jednotlivými kroky shodný s otevřenou operací. Minilaparotomií provádíme nad pupkem ve střední čáře v délce 3–8 cm, rekonstrukci Roux kličkou provádíme staplery před dutinou břišní (výkon laparoskopicky asistovaný) nebo v dutině břišní (totálně laparoskopický) nebo ručně.

Současný trend

Z výše uvedeného je vidět, že vývoj nelze zastavit. Pokračující studie potvrzují všeobecně známé výhody laparoskopických operací, jako je

menší pooperační bolest a s tím spojená menší spotřeba analgetik, časnější obnova peristaltiky a tím možnost zahájení perorálního příjmu, kratší doba hospitalizace atd. Za velmi užitečné považujeme zahájení každé operace laparoskopickou revizí a doplnění stagingu choroby, protože dle literárních údajů je předoperační nález za využití všech diagnostických a zobrazovacích metod v 5 až 20 % odlišný od nálezů peroperačního. Laparoskopii zahájený operační výkon může pacienta ušetřit zbytečné laparotomie. Nezanedbatelný je rovněž kosmetický efekt i u tak závažných onemocnění, jako jsou nádory žaludku. Na druhou stranu jsou tyto operace finančně náročnější v důsledku nutnosti užívání nejmodernějších technik včetně endostaplerů, harmonických skalpelů a podobně. Výkony jsou časově náročnější, kladou velké nároky na operátora a celý operační tým a jeho sešranost. Podobně jako u jiných výkonů i zde je nutná rutina, kterou nelze získat jinak, než množstvím provedených operací. Tento faktor je limitující pro naše podmín-

ky. Počet pacientů indikovaných k resekci žaludku pro benigní onemocnění je mizivý a jen o málo více se chirurgové setkávají na svých pracovištích s pacienty s nádory žaludku, u nichž je resekční výkon metodou první volby. Z toho vyplývá, že je nutno pacienty koncentrovat na pracoviště, kde se zabývají těmito metodami. I v těchto případech je však část pacientů nevhodná pro výkon laparoskopický. Dle našich zkušeností je nejčastější příčinou nutnosti konverze zejména pokročilost nádoru, obezita či mnohočetné adheze po předchozích operacích. Důvodem obvykle není nemožnost výkon provést, ale neúměrné protažení operačního času a tím také ztráta výhody laparoskopického přístupu. Dnes na našem pracovišti o metodě laparoskopické nebo otevřené rozhoduje chirurg až po laparoskopickém zhodnocení nálezů a tento přístup preferujeme.

Z toho vyplývá, že v našich podmínkách jen na úzce specializovaných pracovištích může být dosaženo dostatečného počtu resekčních výkonů na žaludku a pravděpodobně jen na těchto

pracovištích může být laparoskopický přístup nabídnut jako alternativa výkonu otevřenému. Přes tato omezení je však potřeba zachytit a udržet trend, který v této oblasti udávají především Japonsko a Jižní Korea.

Literatura

1. Ibañez FJ, Azagra JS, Erro Azcarate JM, et al. Laparoscopic gastrectomy for gastric adenocarcinoma – Long term results. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2006; 98(7): 491–500.
2. Hosono S, Arimoto Y, Ohtani H, Kanamiya Y. Meta analysis of short term outcomes after LADG-World J. Gastroenterol. 2006; 12(47).
3. Ibañez FJ, et al. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2006; 98(7).
4. Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, Sugihara K, Tanigawa N. Japanese Laparoscop. Surgery Study Group. A Multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for EGC in Japan. *Ann. Surg.* 2007; 245(1): 68–72.
5. Pugliese A, et al. *Surg. End.* 2007.

MUDr. Lukáš Adamčík

Onkologické centrum J. G. Mendela
Máchova 2129/32, 741 01 Nový Jičín
ladamcik@tiscali.cz
