

Využití „open laparoscopy“ v diagnostice pokročilého karcinomu ovaria – vlastní zkušenosti

MUDr. Daniel Driák, Ph.D., MUDr. Monika Dvorská, MUDr. Borek Sehnal, MUDr. Petr Holý

Gynekologicko-porodnická klinika, 1. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

Úvod: Ovariální karcinom představuje téměř čtvrtinu všech gynekologických malignit. V České republice se jeho incidence pohybuje kolem 24/100 000 žen a rok. Mortalita zůstává v porovnání s četností výskytu relativně vysoká, 14/100 000 žen a rok. Pětileté přežití se zlepšuje pouze zvolna. Cílem práce byla analýza výsledků otevřené laparoskopie – „open procedure“ provedené na našem oddělení v letech 2003–2008.

Metodika: V letech 2003–2008 bylo na našem pracovišti celkem provedeno 24 „otevřených laparoskopií“. Zaznamenali jsme operační čas, operační a jiné komplikace, velikost krevní ztráty, histologický náález a další osud pacientek.

Výsledky: Průměrný operační čas činil 50 minut. Nezaznamenali jsme žádné chirurgické peroperační komplikace. Reprezentativní histologické vzorky se podařilo odebrat ve všech případech. Průměrná doba hospitalizace po operaci byla 7 dní. Nezaznamenali jsme žádnou metastázu v místě laparoskopických vpichů. Zemřelo celkem 12 pacientek s průměrným přežitím 11,4 měsíce.

Závěr: „Otevřenou laparoskopii“ lze považovat za bezpečnou, relativně minimálně invazivní a spolehlivou operačně-diagnostickou metodu, umožňující přímou vizualizaci břišní dutiny s téměř absolutní histologickou verifikací pokročilých intraabdominálních malignit.

Klíčová slova: karcinom ovaria, „otevřená laparoskopie“.

The use of “open laparoscopy” in diagnosis of advanced ovarian cancer – our experience

Objectives: Ovarian cancer comprises almost a quarter of all malignancies of the female genital tract. Its incidence in the Czech Republic is 24 per 100,000 women per year. In comparison with its incidence, the mortality rate remains relatively high, with a mortality ratio of 14 per 100,000 women per year. The five-year survival rate increases very slowly. The aim of our work was to analyse the results by laparoscopy – an “open procedure” that was performed at our department in 2003–2008.

Materials and Methods: A total of 24 patients underwent laparoscopy – an “open procedure” between the years 2003–2008 at our clinic. The operation time, complications, blood loss, histological findings and further follow-up were documented.

Results: The mean time of operation was 50 minutes. No surgical peroperative complications were recorded. The representative samples for histology were obtained in all patients. The mean hospitalisation following operation was 7 days. We observed no port-site metastasis. Twelve patients died, the mean survival time was 11,4 months.

Conclusion: “Open laparoscopy” might be considered to be a safe, relatively minimally invasive, and reliable operative-diagnostic method that enables direct visualisation of the abdominal cavity and almost absolute histological verification of advanced intra-abdominal malignancies.

Key words: ovarian cancer, laparoscopy – “open procedure”.

Endoskopie 2010; 19(2): 53–54

Úvod

Karcinom vaječníku představuje co do výskytu téměř čtvrtinu (23 %) všech gynekologických malignit, na jejich úmrtnosti se však podílí téměř jednou polovinou (47 %). V České republice jeho incidence činí 24/100 000 žen a rok, ročně je diagnostikováno přibližně 1 200 nových onemocnění a ročně u nás zemře na toto onemocnění přibližně 700 žen. Medián výskytu je mezi 60–65 lety. Více než polovina pacientek přichází k léčbě již v pokročilém stadiu nemoci. Pětileté přežití a poměr incidence: mortalita se zlepšuje pouze zvolna (1). V současné době neexistuje žádná vhodná screeningová metoda k plošnému použití v diagnostice tohoto onemocnění.

Co se týče možnosti použití laparoskopického přístupu u ovariálního karcinomu, většina autorů se k němu staví rezervovaně, ba spíše varuje před jeho riziky (2). Naopak Eim v roce

2007 na 11. Bauerově dni obhajoval význam laparoskopie i u pokročilých stadií a recidiv. V inoperabilních případech laparoskopie neovlivní prognózu, vznik metastáz v místě vpichu („port-site metastasis“) při použití endobagu je minimální a zřejmě se přeceňuje i ovlivnění viability mikrometastáz změnou mikrocirkulace pod vlivem kapnoperitonea (3).

Modifikované instrumentarium k provedení laparoskopie z otevřeného přístupu, tj. ze subumbilikální incize s následnou inzercí trokaru pod zrakovou kontrolou a insuflací, zavedl do klinické praxe H. M. Hasson v roce 1971 (4).

Soubor pacientek a metodika

V letech 2003–2008 bylo na naší klinice provedeno 24 „otevřených“ laparoskopií pomocí 10,5 mm diagnostického laparoskopu firmy Olympus. Pacientky prošly standardně interním

předoperačním vyšetřením včetně laboratoře s důrazem na vyšetření koagulačních časů INR a APTT. Na základě výsledků zobrazovacích metod a onkomarkerů jsme u většiny z nich předpokládali diseminovanou abdomino-pánevní malignitu. Průměrný věk pacientek byl 59,7 roku (17–86 let). Místo špičatého trokaru jsme použili Hassonův konus (obrázek 1), zaváděný pod kontrolou zraku z cca 4 cm subumbilikální incize. Pomocné 5 mm porty jsme v případech přítomnosti tumorózních hmot v pánvi museli umísťovat kraniálněji k pupku. Zaznamenali jsme operační čas, operační a jiné komplikace, velikost krevní ztráty, histologický náález a další osud pacientek.

Výsledky

Průměrný operační čas činil 50 minut. Nezaznamenali jsme žádné chirurgické peroperační komplikace, v jednom případě došlo k akutnímu

Obrázek 1. Instrumentárium k „otevřené laparoskopii“



respiračnímu selhání, které bylo následně řešeno na oddělení ARO. Průměrná krevní ztráta činila 15 ml. Reprezentativní histologické vzorky se podařilo odebrat ve všech případech. Průměrná doba hospitalizace byla 7 dní. Histologické nálezy viz tabulka 1. Z pozdních pooperačních komplikací jsme zaznamenali jednu dehiscenci subumbilikální incize. U 3 pacientek bylo nutné zavést odlehčovací stomii. Naše oddělení ani spolupracující onkologové nezaznamenali žádnou metastázu v místě laparoskopických vpichů. Zemřelo celkem 12 pacientek s průměrným přežitím 11,4 měsíce (1–39 měsíců). Dvanáct pacientek zatím žije, z nich jedna s benigním kystadenofibromem ovaria, jedna s diseminovanou tuberkulózou a 10 žen s malignitou diagnostikovanou převážně v letech 2007–2008.

Diskuze

U primárně inoperabilního ovariálního karcinomu je optimálním postupem co nejšetrněji získat vzorky k histologické verifikaci malignity a podle výsledků nasadit neoadjuvantní chemoterapii, která by vedla k regresi tumoru. Po 3–7 cyklech účinné chemoterapie se provádí radikální operace v podobě „interval debulking surgery“ („early second operation“) a poté následuje adjuvantní léčba. Různá pracoviště preferují k odběru histologie různé přístupy.

Metoda probatorní laparotomie k verifikaci inoperabilního intraabdominálního tumoru se vzhledem ke zdokonalujícím se zobrazovacím metodám (ultrazvuk, CT, PET-CT, MRI) považuje již za obsoletní a svědčí o nekvalitním předoperačním stagingovém vyšetření a není správným postupem.

Mini-laparotomie z Pfannenstielova řezu umožňující zavedení ruky do dutiny břišní a palpaci orgánů ovšem bez dokonalé vizualizace, je sice některými autory čas od času propagována,

Tabulka 1. Histologické nálezy z laparoskopických odběrů

Histologický nálezy	Počet
Serózní papilární karcinom ovaria nebo peritonea	10
Karcinom ovaria	7 (1 recidiva karcinomu ovaria, 1 recidiva granulózového tumoru ovaria, 1 duplicita s endometriálním karcinomem)
Karcinom ovaria nebo appendixu	1
Primární peritoneální karcinom	2
Metastázy v ovariu	2 (1 z prsu, 1 Krukenberg)
Benigní kystadenofibrom	1
Diseminovaná intraabdominální tuberkulóza	1

avšak podle jiných kombinuje nevýhody laparotomie i laparoskopie.

Některá pracoviště prezentují zkušenosti s odběrem vzorku hluboko uložených tkání pod kontrolou CT, uváděná senzitivita dosahuje 95,3 % a specifita 100 % (5).

Aspirace tenkou jehlou („fine needle aspiration biopsy“) pod kontrolou ultrazvuku, kdy je získán blok buněk pro histologické, event. imunochemické zpracování (aspirace a cytologie ascitu se považuje za insuficientní) vykazuje 89,9 % spolehlivost a 4,8 % falešně negativních výsledků. Metoda je rychlá, levná a pro pacientky nezátěžující (6).

Biopsie tlustou jehlou („tru-cut biopsy“) pod kontrolou ultrazvuku se provádí transabdominálně nebo transvaginálně. Spolehlivost činí 93 %, falešně negativní výsledky se uvádí ve 2,3 % (7). Jde o metodu bezpečnou, spolehlivou a levnou.

Některá pracoviště preferují klasickou laparoskopii s insuflací a inzercí trokaru naslepo bez obav, že dojde k poranění orgánů nebo struktur uložených pod místem vpichu. S touto metodou jsme zaznamenali komplikaci v podobě poranění kličky tenkého střeva adheřující metastázou k tumorózně infiltrovanému omentu.

Otevřená laparoskopie umožňuje přímou vizualizaci a explorační patologických útvarů v břišní dutině a cílený odběr tkáně ze suspektních míst pod přímou kontrolou zraku. Spolehlivost histologické verifikace se blíží 100 %. Metoda je relativně bezpečná, nutnost zavedení odlehčovací stomie přisuzujeme tumorózní diseminaci a ne souvislosti s laparoskopií. Výskyt metastáz v místě vpichu se uvádí v 1,18 % (8). V žádném případě však nejde o metodu levnou, přístup vyžaduje laparoskopickou erudici a spolupráci operačního týmu včetně celkové anestezie.

Polymorbidní pacientky mohou být pro téměř hodinový zákrok v celkové anestezii kontraindikované.

Závěr

Na základě výše uvedených údajů se domníváme, že „otevřenou laparoskopii“ lze považovat za bezpečnou, relativně minimálně invazivní a spolehlivou operačně-diagnostickou metodu, téměř absolutně umožňující histologickou verifikaci pokročilých intraabdominálních malignit.

Literatura

1. Cibula D, Petruželka L, a kol. Onkogynéologie. Praha: Grada Publishing, 2009: 614 s.
2. DiSaia PJ, Creasman WT. Clinical Gynecologic Oncology. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2007: 812 s.
3. Eim J. Laparoskopie a zhoubné nádory ovaria. 11. Bauerův den, Praha, 2007. Předn.
4. Hasson HM. A modified instrument and method for laparoscopy. Am. J. Obstet. Gynecol., 1971; 110(6): 886–887.
5. Zheng JP, Shao GL, Chen YT, et al. Feasibility study on CT guided percutaneous incisional needle biopsy for deep pelvic masses by different puncture approaches. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi, 2009; 31(10): 786–789.
6. Hemalatha AL, Divya P, Mamatha R. Image-directed percutaneous FNAC of ovarian neoplasms. Indian J. Pathol. Microbiol., 2005; 48(3): 305–309.
7. Fischerová D, Cibula D, Dundr P, et al. Ultrasound-guided tru-cut biopsy in the management of advanced abdomino-pelvic tumors. Int. J. Gynecol. Cancer, 2008; 18(4): 833–837.
8. Zivanovic O, Sonoda Y, Diaz JP, et al. The rate of port-site metastases after 2251 laparoscopic procedures in women with underlying malignant disease. Gynecol. Oncol., 2008; 111(3): 431–437.

MUDr. Daniel Driák, Ph.D.
Gynekologicko-porodnická klinika
1. LF UK a FN Na Bulovce
Budínova 2, 180 00 Praha 8
driak@seznam.cz

