

# Radikális és ultraradikális műtétek jelentősége az ovariumcarcinoma terápiájában

HERNÁDI ZOLTÁN DR.

*A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája, Debrecen*

29

A sebészeti tumorredukció napjainkban, a radikális kemoterápia térhódítását követően is meghatározó jelentőségű a petefészekrák kezelésében.

Amerikai szerzők már a hetvenes évek közepén felhívták arra a figyelmet, hogy a petefészekrák prognózisa a sebészeti beavatkozás radikalitásának fokozásával egyenes arányban javul. A radikális műtétek elterjedésének alapvető feltétele volt az ilyen típusú kezelést igénylő betegek centralizált ellátásának megszervezése és a nőgyógyász-onkológusok továbbképzési lehetőségeinek megszervezése ezekben a központokban.

A lymphadenectomiával kombinált radikális műtétek előnyei a korábbi kezelési stratégiával szemben sokáig nem voltak egyértelműek. Ennek oka az ellentmondó eredményeket produkáló kis számú betegen, rövid follow-up mellett végzett tanulmányok sora volt. Csak a nyolcvanas évek végén kerültek publikálásra azoknak a többszáz beteget a radikális műtétek után több éven át követő prospektív, többnyire egy egész ország adatait értékelő, vagy éppen nemzetközi tanulmányok eredményei, amelyek egyértelművé tették a radikális műtétek végzésének szükségességét.

Ezek közül az egyik legjelentősebb, a 349 petefészekrákos beteget értékelő, Dániából származó, „DACOVA-tanulmány”.

A tanulmányban a műtéteket a sebészeti tumorredukció foka szerint 4 csoportba sorolták. Radikális tumorredukcióról akkor beszélnek, ha műtét után makroszkópos méretű tumor nem marad vissza. Optimális a tumorredukció, ha a műtét során el nem távolítható tumor, tumorok legnagyobb átmérője kisebb, mint 1 cm. Szuboptimális a tumorredukció 1 cm-nél nagyobb átmérőjű reziduális tumor esetén. A negyedik kategóriába azokat a műtéteket sorolják, ahol csak exploráció és biopszia történt. Ennek a nomenklaturának a követése hazai viszonylatban is ajánlható.

Informatív, hogy a III—IV. FIGO-stádiumba tartozó betegeknél elvégzett 349 műtét hogyan oszlik meg az említett kategóriák között. Annak

ellenére, hogy felkészült és a téma iránt elkötelezett nőgyógyász-sebészek végezték a műtéteket, a leggyakoribb kategória a szuboptimális tumorredukció volt 53,7%-os részesedéssel. A radikális és optimális kategóriák együttesen a betegek egynegyedét foglalják magukba (8,6% + 16,9%). Valahol ezzel a realitással kell számolnunk a hazai viszonyokat számba véve is.

A tanulmányban mindegyik csoportban Cisplatin tartalmazó kombinált daganatkemoterápia követte a sebészeti tumorredukciót. Ennek eredményességét mindegyik csoportban second-look műtétek (SLO) során értékelték. A korábbi sorrendben 77, 88, 55 és 59%-ban történt SLO a négy radikalitási fokozatott képviselő kategóriában. A patológiai teljes remisszió aránya — amikor is az SLO során végzett biopsziák szövettani lelete kivétel nélkül negatívnak bizonyult — a műtétek radikalitási fokával párhuzamosan csökken. A hónapokban kifejezett medián túlélés kapcsán azonos tendencia észlelhető.

Ugyanezt az összefüggést érzékletesebben jelzik a túlélési görbék. Az öt éves túlélési arány szignifikánsan jobb — 50—60% közötti értéket elérve — a radikális és optimális műtétek csoportjában. Megállapítható továbbá, hogy ha az eredményes műtétet eredményes kemoterápia követi, azaz a kisméretű reziduális tumort a poszoperatív kemoterápia eliminálja, a prognózis további javulása várható. Másképpen fogalmazva, a legkedvezőbb túlélési eredmények a posztoperatív kemoterápiára jól reagáló, teljes remissziót elérő betegek körében figyelhetők meg.

Mindennapi gyakorlatunkban gyakran előfordul, hogy az első műtét során inoperábilis tumor a kemoterápia hatására rezektábilissá válik. Ekkor jön szóba a szekunder tumorredukció végzésének lehetősége. Ez utóbbinak a túlélésre vonatkozó kedvező hatása szintén kimutatható megfelelő számú beteget hosszú távon követve.

A tumorredukció jelentőségét a nyolcvanas évek elején publikált közleményeinkben mi is igazoltuk, kimutatva a reziduális tumor mérete, a

posztoperatív kemoterápiával elérhető remisszió mértéke, tartama és a túlélés közötti összefüggést.

A petefészekrákos betegeken végzett műtéteknek számos osztályozása ismeretes. A kemoterápia térhódítását tükrözi az a beosztás, amely a kemoterápia előtti primer, a kemoterápiával párhuzamosan végzett intervenció, majd az azt követően alkalmazott szekunder sebészeti tumorredukcióról beszél.

Az eddig említett, a sebészeti beavatkozás jellegrére vonatkozó osztályozások csak az előrehaladott stádiumú petefészekrákra vonatkoztak. A korai stádiumokat is figyelembe veszi az a terminológia, amely konzervatív, tradicionális és radikális sebészeti beavatkozásokat említ. Konzervatív beavatkozásról akkor beszélünk, ha a műtét során fontos szempont a fertilitási készség megtartása és a folyamat egyoldali, tokon belüli, ascites nem mutatható ki. Ugyancsak a korai stádiumok műtétére alkalmas a tradicionális műtét idősebb korban, amely hasi méheltávolítást jelent a mindkét oldali függelékkel együtt. Ha a műtétet a retroperitoneumra is kiterjesztjük, lymphadenectomiát végezve, avagy a gastrointestinalis és vizeletelvezető rendszerre, a beavatkozást radikálisnak minősítjük.

A radikális műtéteknek többféle technikai változata ismeretes. Mindegyik megegyezik azonban a következő meghatározó jelentőségű részletek tekintetében.

A hasmegnyitásnak alsó medián metszésből kell történnie, amely a köldök felett meghosszabbítható. A hasba történő behatolást követően sebészeti-patológiai stagingre kell, hogy sor kerüljön. Ez utóbbi lépései a következők. Amennyiben a hasban ascites van, ebből küldünk onkocytologiai vizsgálatra, egyébként intraperitonealis mosófolyadékot készítünk a Douglasból és a mindkét oldali paracolicus recessusból. Célzerű ezt követően a többnyire cysticus tumort, annak rupturáját megelőzendő, eltávolítani és ezt követően folytatni az intraoperatív staginget, áttekintve a parietalis és visceralis peritoneum teljes felületét, ideértve a rekeszkupolák alsó felszínét is. Különös figyelmet érdemel a nagycseplesz, amely gyakran tartalmaz occult metastasisokat. Az utóbbi eltávolítása akkor is indokolt, ha az makroszkóposan épnek tűnik, figyelembe véve az intraperitonealis propagációt elősegítő szerepét. Minden gyanús helyről indokolt biopszia végzése.

Az intraperitonealis stagingnek a retroperitoneumra történő kiterjesztéséről megoszlanak a vélemények. Magunk a nyirokcsomó-metastasisok predilekciós helyeként elsősorban szóba jövő medencefali és paraaortikus régiókból minimálisan az excízió elvégzését feltétlenül ajánljuk.

Meg kell említenünk, hogy az lenne a helyes, ha a „korai” stádiumokban is hasonló alaposágú

staging erősítené meg, hogy valóban korai stádiumról van-e szó.

A sebészeti tumorredukció során mindig törekedni kell a teljes tumoreltávolításra, akkor is, ha ennek során vékony-, avagy vastagbél, illetve a húgyhólyag rezekciójára kerül sor, esetleges következményes széklet-, vagy vizelet-deviációval.

Mivel a petefészekrák korán bekövetkező hasúri generalizációja a visceralis és parietalis peritoneum felületén zajlik, számolnunk kell változó nagyságú implantátumok képződésével. Először a kismedencei peritoneum és ezen belül is a Douglas-üreg érintett. A műtétek során tehát törekedni kell az említett régiókból a peritoneum eltávolítására.

Az említett peritoneális implantátumok többnyire a belek serosáján tapadnak és csak ritkán érintik a muscularis réteget, azaz szinte mindig van egy réteg, amelyben preparálva a tumormetastasis a bél lumenének megnyílása nélkül eltávolítható. Ezzel magyarázható, hogy az első értékelés alapján inoperabilisnek véleményezett riasztó kismedencei hasi situs mellett is eredményes lehet minimális szövődmény mellett a radikális tumorredukció. Ugyancsak ezzel magyarázható, hogy ritkábban kényszerülünk vizelet- és székletdeviációval járó exenterációra petefészekrák esetén, mint a méhnyakrákos esetekben.

A petefészekrákos betegek sorsát alapvetően az intraperitonealis történések határozzák meg, a halál oka szinte kivétel nélkül az intraperitonealis tumorpropagáció, következményes, a magas bélszakaszokat is érintő obstrukcióval, ileussal. Nem hanyagolható el azonban a retroperitoneum, az itt elhelyezkedő nyirokcsomó-metastasisok jelentősége sem.

A Grazi Klinika onkológiai munkacsoportja megfigyelései szerint az I. stádiumban is előfordulhatnak nyirokcsomó-metastasisok (24%), ami a III. stádiumban 74%-ra növekszik.

Vizsgálták az érintett nyirokcsomók régiók szerinti megoszlását is. Azt találták, hogy ha a medencefali nyirokcsomók pozitívak, 44%-ban kell számolnunk a paraaortikus régió érintettségével is. Kismedencei negativitás esetén magasabb régiókban metastatikus nyirokcsomók csak 9%-ban fordultak elő. Szoros összefüggést találtak a nyirokcsomó-érintettség és a prognózis között, ezen belül a nyirokcsomó mérete nem, de az érintett nyirokcsomók száma szintén befolyással volt a prognózisra.

Sokszor fölmerülő kérdés, hogy kik azok a betegek, akiknél indokolt a nem kis megterhelést jelentő radikális műtét elvégzése, azaz a műtét eredményeként jó életminőségű, hosszú túlélésre számíthatunk.

Ebben a vonatkozásban nyújt segítséget a scalenus-biopszia végzése a laparotomia előtt. Ha az ennek során eltávolított nyirokcsomók metastasis tartalmazznak, a folyamat IV. stádiumba soro-

landó, az ennek megfelelő terápiás konzekvenciákkal. További általános alapelv a radikalitásról való döntés során, hogy csak akkor érdemes azt felvállalni, ha eredményeképp nem marad vissza 1 cm-nél nagyobb átmérőjű tumor. Ha nagyobb tumorrészeket maradnak vissza olyan „kényes” régiókban, mint a máj felszíne, a pancreas környéke, vagy más lokalizációk, nincs értelme a túlzott radikalitásnak.

A megfigyelések szerint több, 1 cm-nél kisebb átmérőjű reziduális tumor kevésbé rontja a prognózist, mint egyetlen, 1 cm-nél nagyobb átmérőjű.

A korábban részletezett feltételeknek jól megfelelő és széles körben elterjedt a petefészekrák műtétes kezelésére a Hudson által javasolt kismencedencei „peritoneal stripping”-gel, azaz a peritoneum eltávolításával összekapcsolt hysterectomia és tumorrezekció. Ennek lényege, hogy a sokszor az uterusal, a húgyhólyag peritoneum-borítékával, a kismencedencei fali peritoneummal összekapaszkodott, a Douglasban fixált tumort, a peritoneumot a linea terminalissal párhuzamosan megnyitva, mobilizálja és mintegy a lefejtett peritoneumba csomagolva távolítja el. A műtét során a hysterectomia úgynevezett retrográd típusát kell alkalmazni, azaz a hólyagalap mobilizálását követően az elülső boltozatnak megfelelően nyitjuk meg a hüvelyt, majd ezt követően haladunk a rectum irányába és cranialisan.

A tumort eltávolítva a Wertheim-műtéttel azonos módon távolítjuk el a kismencedencei nyirokcsomókat. Szükség esetén a paraaortikus nyirokcsomókat is eltávolítjuk, a peritoneumot a mesenteriumgyökkel párhuzamosan meghasítva. Az artéria és vena ovaricát eredésénél kb. 1 cm-es csonkot hagyva rezekáljuk.

Ha a tumor soliter metastasist ad a belek serosáján, és az a bélumen megnyílása nélkül nem távolítható el, a bélfalat is rezekáljuk. Halmozott, egy bélszakaszt érintő metastasisok ese-

tén rezekció és anastomosis készítése mellett döntünk. Mindig törekedni kell a bélcsatorna folyamatosságának megtartására. Jelentős segítséget jelentenek ebben a vonatkozásban, lényegesen meggyorsítva és egyszerűsítve az anastomosis elkészítését az egészen mély rectum-sigma anastomosisokat is lehetővé tevő „staplerok”. Ez utóbbi alkalmazásának feltétele a megfelelő disztális rectumcsonk biztosítása.

Teljes húgyhólyagexstirpációra ritkán kényszerülünk, ha mégis, conduit készítése szükséges vékonybélkaucs, vagy a sigma izolált szakaszának felhasználásával és az ureterek neoimplantációjával.

Alapos műtéti előkészítés szükséges, ha előreláthatóan radikális műtét végzésére kerül sor. Ebbe beletartozik a bélelőkészítés, a heparin-profilaxis, a perioperatív antibiotikus profilaxis, a pozitív nitrogénmérleg biztosítása a műtét idejére. A sokszor 6–7 órás műtét során ügyelnünk kell arra, hogy a beteg ne hűljön le, az átázott izolálásokat lecserélve, az infúziókat, vérkészítményeket beadás előtt felmelegítve. Célszerű továbbá egy-két alkalommal az önfeltárolókat meglátítani a keringés javítása céljából.

Végző konklúzióként kijelenthetjük, hogy radikális műtétekre szükség van. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy a tumor-rezekció biztosítása ennek a problematikának csak egy része, amelyhez fel kell zárkózniuk az ultraradikális beavatkozásoknak mindig részét képező széklet- és vizeletdeviációs megoldások azon változatainak, amelyek biztosítják a megfelelő életminőséget, a beteg szocializálását.

Csak ez utóbbiak kimunkálása után emelhetjük a radikalitás fokozatát egy bizonyos ponton túl, és alkalmazhatjuk az ultraradikális műtétet a petefészekrák műtéti kezelése során igazán jó érzéssel.