

Zastosowanie transoralnej chirurgii robotycznej na przykładzie przypadku raka płaskonabłonkowego języczka i podniebienia miękkiego

Use of trans-oral surgery on the example of the case of squamous cell carcinoma of the uvula and soft palate

Katarzyna Brust, Dorota Miętkiewska-Leszniowska, Małgorzata Wierzbicka

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek 83-letniego chorego z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym języczka i podniebienia miękkiego leczonego za pomocą transoralnej chirurgii robotycznej.

Słowa kluczowe: transoralna chirurgia robotyczna, rak płaskonabłonkowy.

Abstract

In this article we present a case of 83 year old patient with diagnosed squamous cell carcinoma of uvula and soft palate treated with transoral robotic surgery.

Key words: transoral robotic surgery, squamous cell carcinoma.

(*Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi* 2018; 2: 13–15)

Wstęp

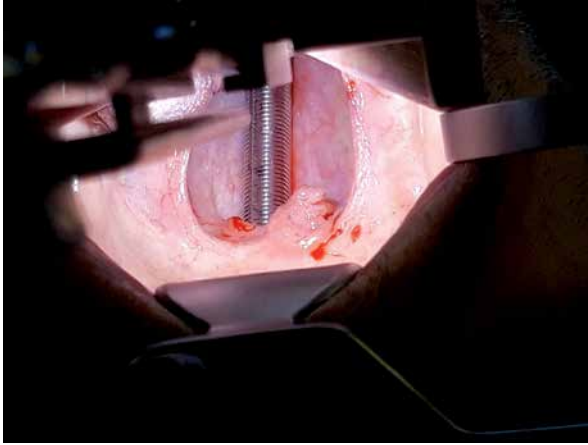
Transoralna chirurgia robotyczna (TORS) jest nowoczesną metodą leczenia. Po raz pierwszy chirurgię transoralną u ludzi zastosowali dr Weinstein i dr O'Malley z University of Pennsylvania. Została ona zatwierdzona jako metoda leczenia chirurgicznego płaskonabłonkowych nowotworów ustno-gardłowych przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w 2009 r. [1, 2]. Do tej pory liczne publikacje wykazały korzyści wynikające z zastosowania TORS w porównaniu z tradycyjnymi metodami leczenia nowotworów głowy i szyi [3].

Opis przypadku

Pacjent 83-letni zgłosił się do przyklinicznej poradni otolaryngologicznej w Poznaniu z wywiadem bólu gardła od 3 miesięcy, otalgia prawostronną oraz redukcją masy ciała. Chory obciążony kardiologicznie: stan po wszczępieniu stymulatora serca w 2003 r., obserwacja tętniaka tętnicy biodrowej wspólnej prawej. Wywiad

rodzinny nieobciążony. W badaniu laryngologicznym uwidocznił egzofityczny naciek języczka, podniebienia miękkiego oraz migdałka podniebiennego prawego. Pobrano wycinek ze zmiany i przesłano do badania histopatologicznego. Potwierdzono rozpoznanie raka płaskonabłonkowego rogowaciejącego w stopniu zaawansowania G1. Wykonano badanie tomografii komputerowej (TK) twarzoczaszki i szyi. Nie wykazano w nim patologicznego wzmocnienia o charakterze nowotworowym, uwidocznił jedynie nierówny, policykliczny zarys języczka oraz drobne, symetryczne hipotensyjne przestrzenie płynowe w obu migdałkach podniebiennych. Zaawansowanie nowotworu oceniono w skali TMN na T2N0M0. Chory został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego z zastosowaniem robotycznej chirurgii transoralnej. Zabieg resekcji języczka i podniebienia miękkiego po stronie prawej przeprowadził w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu prof. dr Mario Fernandez, szef sekcji głowy i szyi szpitala w Madrycie. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Chorego wypisano





Rycina 1. Guz języczka naciągający podniebienie miękkie, stan przed zabiegiem



Rycina 2. Resekcja guza

w stanie ogólnym i miejscowym dobrym w 4. dobie po zabiegu.

Omówienie

W obrębie jamy ustnej 90% nowotworów stanowią raki płaskonabłonkowe (*oral squamous cell carcinoma* – OSCC) [4]. Najczęstszym nowotworem języczka jest natomiast brodawczak, łagodny nowotwór powiązany z infekcją HPV-6 i HPV-11 [5]. Z tego powodu OSCC języczka uważany jest za raka podniebienia miękkiego naciągający na języczka [6]. Może on wystąpić w każdym wieku, najczęściej dotyczy palących papierosa i spożywających alkohol mężczyzn po 45. roku życia [7]. Można go łatwo rozpoznać klinicznie. Szybko wywołuje objawy, takie jak dysfagia, odynofagia, krwawienie, cuchnięcie z ust oraz otalgia [6]. Podstawową metodą leczenia OSCC jest zabieg chirurgiczny połączony z radioterapią [7].

Transoralna chirurgia robotyczna od kilku lat znajduje zastosowanie w chirurgii głowy i szyi. Jest techniką minimalnie inwazyjną wykorzystującą dojsięcie przez usta, umożliwia operowanie w ciasnych przestrzeniach bez konieczności wykonywania dużego, szerokiego nacięcia [8]. FDA zatwierdziła ją do leczenia nowotworów płaskonabłonkowych ustno-gardłowych w stadium zaawansowania T1 i T2 według skali TNM. Następnie zastosowanie TORS zostało poszerzone na nowotwory T3 i T4 oraz leczenie obturacyjnego bezdechu sennego. Technika ta ułatwia dostęp do guzów, poszerza kąt widzenia miejsca operowanego oraz zwiększa kontrolę nad instrumentami chirurgicznymi. Dzięki tym zaletom umożliwia operatorowi dokładniejszą ocenę i oszacowanie marginesów zmiany, co za tym idzie – pozwala na skuteczniejsze i mniej inwazyjne leczenie. W licznych opracowaniach wykazano mniejsze ryzyko powikłań u pacjentów, u których zastosowano TORS, w porównaniu z innymi metodami leczenia (chirurgia otwarta

oraz laparoskopowa). Do najczęstszych powikłań należą: krwawienia śród- i pooperacyjne, urazy zębów, zachłystowe zapalenie płuc, konieczność zastosowania gastrektomii lub tracheotomii. Przewagę TORS wykazano również w badaniach oceniających wskaźnik jakości życia chorych po leczeniu, który uwzględnia takie zmienne, jak mowa, zdolność od spożywania pokarmów oraz efekty estetyczne [9, 10]. Metoda ta skraca czas hospitalizacji chorych i co za tym idzie – zmniejsza koszty leczenia. Wykazano również, że TORS pozwala na redukcję terapii adiuwantowych oraz zmniejszenie dawki pooperacyjnych naświetlań i często eliminuje konieczność jednoczesnej chemioterapii [2].

Zastosowanie nowatorskich metod, takich jak TORS, ma również wady. Największym problemem jest wysoki koszt specjalistycznego sprzętu robotycznego, który ogranicza dostęp do TORS zarówno operatorów, jak i pacjentów. Kolejnym problemem jest różnica w wynikach między różnymi ośrodkami. TORS to wysoc specjalistyczna metoda, której zastosowanie wiąże się z poważnymi powikłaniami. Udowodniono związek między częstością występowania powikłań po zabiegu a liczbą zabiegów przeprowadzonych przez danego operatora. Dlatego operacje z zastosowaniem TORS powinny być wykonywane w wysokospecjalistycznych centrach z dużym doświadczeniem w leczeniu nowotworów głowy i szyi. Pacjenci po TORS wypisywani są do domu we wczesnej dobie po zabiegu bez zabezpieczenia dróg oddechowych, co stwarza dodatkowe zagrożenia w przypadku wystąpienia krwotoku lub duszności. Ograniczenia dotyczą również samego sprzętu. Droga oddechowo-pokarmowa jest delikatna oraz cechuje ją kręty, wąski przebieg [11].

Piśmiennictwo

1. Hong LB, Torabi SJ, Park HS, et al. Clinical value of transoral robotic surgery: nationwide results from the first 5 years of adoption. *Laryngoscope* 2018 [Epub ahead of print]. doi: 10.1002/lary.27740.



2. Baskin RM, Boyce BJ, Amdur R, et al. Transoral robotic surgery for oropharyngeal cancer: patient selection and special considerations. *Cancer Manag Res* 2018; 10: 839-46.
3. Benito D, Michel MC, Thakkar PG, et al. A cost effective custom dental guard for transoral robotic surgery. *J Robot Surg* 2019 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s11701-019-00942-1.
4. Scully C. Choroby jamy ustnej. W: Diagnostyka i leczenie. Wyd. I polskie, Górska R (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2004.
5. Goodstein LA, Khan A, Pinczewski J, et al. Symptomatic squamous papilloma of the uvula: report of a case and review of the literature. *Case Rep Otolaryngol* 2012; 2012: 329289.
6. Krzyżanowska M, Latacz J, Pastusiak T. Rak płaskonabłonkowy języzka – opis przypadku. *Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi* 2015; 2: 37-41.
7. Langlais RP, Miller CS, Nield-Gehrig JS. Choroby błony śluzowej jamy ustnej. W: Kolorowy atlas i podręcznik. Wyd. II polskie, Szponar E (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
8. Yee S. Transoral Robotic Surgery. *AORN J* 2017; 105: 73-84.
9. Benito D, Michel MC, Thakkar PG, et al. A cost effective custom dental guard for transoral robotic surgery. *J Robot Surg* 2019 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s11701-019-00942-1.
10. Hay A, Migliacci J, Karassawa Zanon D, et al. Haemorrhage following transoral robotic surgery. *Clin Otolaryngol* 2017; 43: 638-44.
11. Nakayama M, Holsinger FC, Chevalier, et al. The dawn of robotic surgery in otolaryngology: head and neck surgery. *Jpn J Clin Oncol* 2019 [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/jjco/hyz020.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Brust
 Katedra i Klinika Otolaryngologii
 i Onkologii Laryngologicznej
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
 ul. Przybyszewskiego 49
 60-355 Poznań
 tel.: + 48 61 869 13 97
 e-mail: katarzynabrust@gmail.com

