

GASTROENTEROLOGIA

Iwona Kazimierska

Nieszczelność zespolenia po przedniej resekcji odbytnicy – wstępne wyniki badania PSSO_01

W 2016 r. pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (PTChO) uruchomiony został wielośrodkowy projekt badania obserwacyjnego PSSO_01, którego głównym celem jest weryfikacja kliniczna zaproponowanej skali ryzyka nieszczelności zespolenia po resekcji przedniej odbytnicy.

W badaniu gromadzone były dane chorych na raka odbytnicy operowanych w ośrodkach uczestniczących w projekcie. Wyniki końcowe powinny być znane w najbliższych tygodniach.

– *Wiemy, jakie czynniki predysponują do wystąpienia nieszczelności zespolenia, staramy się jej uniknąć, jeśli tylko jest to możliwe. Mamy też wiedzę, w jaki sposób zabezpieczyć chorego przed objawową nieszczelnością zespolenia, chociażby wylaniając zabezpieczającą stomię – mówi dr hab. n. med. Andrzej Rutkowski, prof. NIO-PIB, z Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej, naczelny specjalista chirurg Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.*

Nie każda resekcja przednia wymaga zabezpieczającej stomii. Należy pamiętać, że dopóki chory ma stomię, to jeden z głównych celów operacji nie zostaje osiągnięty, ponieważ tym celem jest nie tylko radykalne usunięcie guza nowotworowego, lecz także przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego.

– *Obecnie z uwagi na pandemię skupiamy swoje działania głównie na leczeniu osób z aktywną chorobą nowotworową, operacje rekonstrukcyjne siłą rzeczy schodzą na plan dalszy. W związku z tym możemy się spodziewać, że stomia zabezpieczająca, a więc w zamysłu czasowa, będzie pozostawać dłużej, niż byśmy tego chcieli i niż chcieliby chorzy – komentuje dr hab. Andrzej Rutkowski.*

Czy można oszacować ryzyko nieszczelności

Istnieją narzędzia pozwalające oszacować ryzyko nieszczelności zespolenia. Są to skala PROCOLE, REAL, a nawet mobilne aplikacje. Ich wspólnym mianownikiem jest to, że w praktyce są mało funkcjonalne.

– *Decyzję co do tego, czy mamy wylanić stomię, podejmujemy w trakcie zabiegu chirurgicznego. Trudno sobie wyobrazić, że chirurg będzie odchodził od stołu i uruchamiał odpowiednią aplikację. Potrzebujemy obiektywnego wskaźnika, który pomoże lekarzowi podejmować optymalne decyzje tu i teraz – wyjaśnia dr hab. Andrzej Rutkowski.*

Problem ten dostrzegło PTChO i objęło patronatem badania związane z aplikacją PSSO, która służy rejestrowaniu chorych operowanych z powodu raka odbytnicy. To nie jest typowy rejestr, ponieważ nie spełnia kryteriów ogólnopolskiego rejestru.

Jest to aplikacja naukowa służąca do tego, aby na jej bazie realizować projekty badawcze dotyczące chorych na raka odbytnicy. Końcowe wyniki badania zostaną ogłoszone wkrótce, natomiast podczas webinarium „Rak odbytnicy – czego jeszcze nie wiemy” zorganizowanego przez wydawnictwo Termedia dr hab. Andrzej Rutkowski zaprezentował dane zebrane od 90 proc. badanej populacji.

Siedemnaście ośrodków, ponad 1,6 tys. chorych

Projekt zakładał wyselekcjonowanie grupy chorych, u których zespolenie okrężniczo-odbytnicze musi być zabezpieczone stomią. Podstawą była skala punktowa obejmująca czynniki ryzyka nieszczelności. Wcześniejsze jednośrodkowe badania retrospektywne pozwoliły stworzyć taką skalę na podstawie analizy danych ok. 500 chorych. Uwzględnia ona pięć podstawowych czynników ryzyka: płeć, radioterapię przedoperacyjną, poziom zespolenia, śródoperacyjne krwawienie albo utratę krwi, czas trwania operacji.

– *W ten sposób powstał funkcjonalny indeks ryzyka nieszczelności, który każdy chirurg może mieć w głowie i na podstawie którego może podejmować właściwe decyzje podczas operacji – tłumaczy dr hab. Andrzej Rutkowski.*

W badanie zaangażowało się 17 ośrodków. Co ważne, były to nie tylko duże placówki, lecz także oddziały chirurgii onkologicznej. W aplikacji zarejestrowano ponad 1,6 tys. chorych operowanych z powodu raka odbytnicy, z czego 804 to pacjenci po resekcji przedniej. Kompletne dane do analizy pierwszoplanowego celu badania zgromadzono dla 791 chorych.

Przydatna stomia

Zebrane dane pokazują, że ponad połowa chorych (52 proc.) jest poddawana przedoperacyjnej radioterapii. Trzeba przy tym pamiętać, że nie każdy pacjent z rakiem odbytnicy wymaga takiego postępowania. To zależy od zaawansowania choroby i lokalizacji guza w obrębie odbytnicy.

– *Jeżeli przeanalizujemy, na jakiej wysokości było wykonywane zespolenie, to okazuje się, że jeśli do wysokości 10 cm od brzegu*



Fot. Termedia

odbytu, to odsetek chorych poddanych radioterapii przedoperacyjnej sięgał 60 proc. W przypadku zespolen bardzo niskich, do 5 cm od brzegu odbytu, ponad 70 proc. chorych poddawanych resekcji przedniej miało zastosowaną radioterapię przedoperacyjną – przytacza dane dr hab. Andrzej Rutkowski.

– *Prawie 80 proc. osób poddawanych resekcji przedniej ma wykonywane zespolenia mniej więcej do 10 cm od brzegu odbytu, a stomię zabezpieczającą wylaniamy w 23 proc. przypadków. Pierwszorzędowy punkt końcowy badania, czyli nieszczelność zespolenia, odnotowano u 9 proc. całej badanej grupy – dodaje.*

Jeżeli czynników ryzyka było kilka, po zsumowaniu przyporządkowanej im punktacji ryzyko nieszczelności okazało się bardzo duże, sięgające 20 proc., a niekiedy prawie 30 proc. W grupie ze stomią zabezpieczającą odsetki nieszczelności są zdecydowanie mniejsze. W przypadku pacjentów, u których ryzyko oszacowano na 0–3 pkt, różnica pomiędzy osobami z wylonioną stomią i bez stomii jest nieistotna statystycznie. Sytuacja zmienia się diametralnie u chorych z ryzykiem nieszczelności oszacowanym na 4–8 pkt – tu różnica statystyczna jest już bardzo wyraźna.

– *Już teraz możemy wysunąć wniosek, że badanie prowadzone pod auspicjami PTChO pozwoli zaproponować użyteczną, funkcjonalną, a przede wszystkim łatwą w użyciu skalę ryzyka nieszczelności. Będzie z niej można korzystać w trakcie zabiegu chirurgicznego i podejmować optymalne decyzje przy stole operacyjnym. Cieszy również informacja, że coraz powszechniej operujemy techniką laparoskopową. Obecnie w ten sposób wykonywanych jest 18 proc. resekcji przedniej odbytnicy. Na początku badania było to dużo poniżej 10 proc. (6–7 proc.) i tę metodę stosowały*

”

dr hab. Andrzej Rutkowski: *Badanie PSSO_01 prowadzone pod auspicjami PTChO pozwoli zaproponować użyteczną, funkcjonalną, a przede wszystkim łatwą w użyciu skalę ryzyka nieszczelności. Będzie z niej można korzystać w trakcie zabiegu chirurgicznego i podejmować optymalne decyzje przy stole operacyjnym*

pojedyncze ośrodki badawcze – komentuje dr hab. Andrzej Rutkowski.

Implikacje dla praktyki

Wiadomo, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka nieszczelności zespolenia jest to, na jakiej wysokości od brzegu odbytu się ono znajduje (im niżej, tym ryzyko większe). W przypadku zespolenia zlokalizowanego w odległości do 3 cm można rozważyć zaniechanie wylonienia stomii, gdy nie istnieją żadne inne znane czynniki ryzyka nieszczelności. W przypadku zespolenia w odległości 3–5 cm od brzegu odbytu zabezpieczającą stomię należy wylonąć w następujących sytuacjach: operowany jest mężczyzna po radioterapii przedoperacyjnej; u operowanego mężczyzny dochodzi do utraty krwi powyżej 200 ml; czas operacji u mężczyzny przedłuża się powyżej 150 min; operowana jest kobieta po radioterapii przedoperacyjnej, u której występuje jakikolwiek inny dodatkowy czynnik ryzyka; u kobiety bez radioterapii przedoperacyjnej suma punktów przypisanych pozostałym czynnikom ryzyka jest równa lub większa od 2.