

## GASTROENTEROLOGIA

# Jak laparoscopia zmieniła leczenie raka jelita grubego

Iwona Kazimierska

– Chirurgia laparoskopowa ma niepodważalne miejsce w leczeniu raka jelita grubego. W naszym ośrodku aż 30 proc. operacji przeprowadzanych jest tą małoinwazyjną techniką – mówi prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski, kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Oddziału Klinicznego Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Chirurgia laparoskopowa stała się nowym standardem leczenia. Udowodniono, że operowanie tą metodą przez doświadczonych chirurgów może być bezpieczne (badania COLOR II, COLOR III, CLASSIC, COREAN, ACOSOG).

– Beneficjentami tego leczenia stają się nasi pacjenci. W sposób mało inwazyjny możemy wyciąć praktycznie 70–80 proc. guzów. Uznajemy, że pacjenci z rakiem jelita grubego bez inwazji na inne narządy mogą być bezpiecznie i dobrze operowani techniką laparoskopową – mówi prof. Wojciech Zegarski.

Dostęp laparoskopowy sprzyja zmniejszeniu utraty krwi w trakcie zabiegu, szybszemu powrotowi motoryki jelit oraz zmniejszeniu bólu w okresie okołoperacyjnym, co całościowo przekłada się na skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu. Badanie COLOR II pokazało, że laparoscopia daje szybszy powrót do zdrowia, lepsze wyniki w zakresie 3-letniego okresu wolnego od choroby u pacjentów w stopniu III zaawansowania i mniejszą częstość zajęcia marginesu okrężnego w niskim raku odbytnicy. W chirurgii laparoskopowej nawrót miejscowy jest znamienne rzadszy niż w chirurgii otwartej i przeżycia są zdecydowanie lepsze.

Pierwsze operacje laparoskopowe raka jelita grubego zaczęto wykonywać w 1991 r. Dziś są one przeprowadzane w kilkudziesięciu krajach świata. Badanie sprzed kilku lat (dane z lat 2016–2017) pokazuje, że aż 37 proc. operacji raka okrężnicy i 38 proc. raka odbytnicy jest wykonywanych techniką laparoskopową. Niestety w Polsce operacje laparoskopowe w raku jelita grubego nadal są wykonywane zbyt rzadko.

Z badania PSSO\_01 wiadomo, że w 2018 r. z 500 przypadków raportowanych z kilkunastu polskich szpitali zaledwie 11 proc.

było operowanych laparoskopowo. Rok 2020 przyniósł pewną poprawę, bo w całej chirurgii kolorektalnej 15 proc. operacji (ponad 200) wykonano techniką laparoskopową. Najwięcej operacji wykonuje się tą metodą w Korei Południowej, Holandii, Australii – ponad 50 proc., a w Wielkiej Brytanii nawet 70 proc. W pozostałych krajach europejskich odsetek ten wynosi 7–35 proc. Laparoskopowa chirurgia okrężnicy staje się praktycznie złotym standardem, podobnie jak laparoskopowe resekcje raka jelita grubego.

Z techniką laparoskopową wiąże się technika HIPEC, która jest bardzo pożądana, gdy w raku jelita grubego mamy do czynienia z zajęciem otrzewnej. Stosuje się ją przy ograniczonym zaawansowaniu przerzutów do otrzewnej, pozwalającym na wykonanie zabiegu radykalnego, a następnie zastosowanie dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii. – Adjuwantowy HIPEC warto wykonać u chorych, u których wcześniej przeprowadzono operację „na ostro” z powodu niedrożności lub perforacji i stwierdzono komórki nowotworowe w płuczynach z jamy otrzewnowej. HIPEC z mitomycyną wykonany po 4–8 tygodniach istotnie poprawia przeżycia 5-letnie – komentuje prof. Wojciech Zegarski.

– Laparoskopowa operacja przezodbytnicznej resekcji mezorektum (TA TME) jest nadal przedmiotem oceny. Trwają badania, choćby COLOR III, które oceni, czy ta metoda jest bardziej wartościowa niż operacje klasyczne, jakie dotąd wykonywaliśmy. Na razie grupa norweskich badaczy zdecydowała o wstrzymaniu czasowo wykonywanie operacji TA TME w swoim kraju do czasu zakończenia badań – własnych i innych, bo zaniepokoił ich duży odsetek nawrotów lokalnych, prawie 10 proc. – wyjaśnia prof. Wojciech Zegarski.



PAP/Tytus Zmijewski

prof. Wojciech Zegarski: *Ogromne korzyści z chirurgii laparoskopowej odnoszą pacjenci, którzy z powodu nisko położonych guzów dolnej odbytnicy muszą być poddani brzuszno-kroczonej resekcji odbytnicy z wylonieniem definitywnej stomii. Chory przy tak rozległej i okaleczającej operacji unika niepotrzebnego urazu i cierpienia, ryzyka przepukliny brzusznej i powraca do domu w 3.–5. dobie bez typowych powikłań*

– Należy podkreślić ogromne korzyści wynikające z chirurgii laparoskopowej u pacjentów, którzy z powodu nisko położonych guzów dolnej odbytnicy muszą być poddani brzuszno-kroczonej resekcji odbytnicy z wylonieniem definitywnej stomii. Chory przy tak rozległej i okaleczającej operacji unika niepotrzebnego urazu i cierpienia, ryzyka przepukliny brzusznej i powraca do domu w 3.–5. dobie bez typowych powikłań i problemów, które pojawiają się często u chorych po brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy metodą klasyczną – mówi ekspert.

Chorzy z rozpoznaniem rakiem jelita grubego wymagający leczenia chirurgicznego poszukują dobrych ośrodków, gdzie wykonywana jest odpowiednia liczba ope-

racji, co daje szanse osiągnięcia dobrych wyników leczenia. Dlatego szkolimy chirurgów, zwłaszcza młodego pokolenia, w technikach laparoskopowych. W 2018 r. wdrożony został program LAPCO Poland – polska edycja brytyjskiego programu akredytacyjnego i szkoleniowego w dziedzinie chirurgii laparoskopowej jelita grubego, uważanego za wzorcowy. W Polsce jest pięć ośrodków treningowych LAPCO.

– Obecnie w Wielkiej Brytanii aż 70 proc. operacji raka jelita grubego wykonuje się metodami laparoskopowymi. Jeszcze 10 lat temu, zanim wprowadzono program LAPCO, było to zaledwie ok. 20 proc. Operacje te dzięki stałemu nadzorowi LAPCO spełniają najwyższe standardy onkologiczne – podsumowuje prof. Wojciech Zegarski. ■