

Komentarz

dr n. med. Cezary Piwkowski

Klinika Torakochirurgii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Z dużym zainteresowaniem zapoznałem się z pracą przedstawiającą pierwsze doświadczenia z wprowadzeniem techniki wideotorakoskopowej (VATS) do zabiegów anatomicznej resekcji płuca z powodu raka, które miały miejsce w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku. Na jej podstawie widać wyraźnie, że ośrodek gdański staje się drugim ośrodkiem torakochirurgicznym w kraju, po ośrodku poznańskim, który wykonuje tego typu zabiegi nie tylko incydentalnie.

Autorzy prezentują wyniki leczenia 41 chorych zakwalifikowanych do resekcji płata płuca metodą wideotorakoskopii według obecnie obowiązujących kryteriów. Przedstawiona technika operacyjna VATS lobektomii jest aktualnie stosowana w większości wiodących ośrodków torakochirurgicznych na świecie wykonujących tego typu zabiegi. Trzeba jednak zaznaczyć, że ewoluowała ona przez lata, od zabiegów wykonywanych poprzez minitorakotomię w asyście wideo, z wykorzystaniem rozwieracza na żebra i wglądem w pole operacyjne głównie przez małą torakotomię, do techniki czysto endoskopowej, kontrolowanej na ekranie monitora, z zaopatrzeniem wszystkich struktur anatomicznych metodą endoskopową uznanej obecnie jako standard. Elementem zmniejszającym w sposób istotny uraz operacyjny podczas tych zabiegów jest brak rozwarcia międzyżebra na poziomie poszerzonego dostępu do jamy opłucnej (*utility incision*). Użyte przez autorów określenie „minitorakotomia” może sugerować czytelnikowi wykorzystanie małego rozwieracza na międzyżebrze.

Ważnym problemem poruszonym w pracy jest prawidłowe wzajemne położenie torakoportów w czasie operacji. Szczególnie na początku, przy skromnym jeszcze doświadczeniu zespołu trudno jest optymalnie zaplanować ich położenie. Wymaga ono często pewnej elastyczności w podejmowaniu decyzji i zależy od wzrostu pacjenta, jego masy ciała i innych uwarunkowań konstytucjonalnych. W Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, gdzie wykonaliśmy już 150 VATS lobektomii, torakoskop wprowadzamy do jamy opłucnej przez przedni port w VI lub VII międzyżebrze w linii pachowej przedniej i następnie port tylny w drugim lub trzecim międzyżebrze nad przeponą i na końcu poszerzony dostęp w IV lub V międzyżebrze.

Częstość konwersji do torakotomii w omawianej grupie chorych wynosząca ok. 20% (8 konwersji u 41 chorych) wydaje się w pełni akceptowalna w pierwszym okresie krzywej uczenia. Należy się spodziewać, że w miarę zdobywanego doświadczenia będzie ona zdecydowanie mniejsza. Podkreślenia wymaga mała liczba powikłań pooperacyjnych, w tym niski odsetek chorych, u których wystąpił przedłużony przeciek powietrza po zabiegu. W wielu pracach jest on częstym powikłaniem pooperacyjnym po VATS lobektomii. Na zakończenie chciałbym podkreślić, że duży odsetek (20%) resekcji wideotorakoskopowych w stosunku do metody klasycznej w pierwszym roku jej stosowania świadczy o determinacji zespołu i może w sposób istotny skrócić okres tzw. krzywej uczenia oraz wpłynąć na dalsze, szybsze udoskonalenie techniki operacyjnej.