

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ.

Δρ. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ MD, MSc, PhD (Ath), Chair
Διευθυντής Β΄ Χειρουργικής Κλινικής ΓΝΝΙ Κωσταντοπούλειο η " Αγ. Όλγα " παρ/μα
Καυτατζόγλου

Δρ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ MD, PhD (Ath)
Επιμελητής Κεντρικής Κλινικής Αθηνών

" Η λαπαροσκοπική "γενική" χειρουργική είναι ένα ακόμη μέσο για να υπηρετήσει ο Χειρουργός καλύτερα τον ασθενή που του εμπιστεύεται τη ζωή του.

"Ο Χειρουργός που εκτελεί λαπαροσκοπική κολεκτομή, αλλά και κάθε λαπαροσκοπική επέμβαση, πρέπει να ενεργεί με βάση τις παρακάτω γενικές αρχές :

- η λαπαροσκοπική τεχνική δεν είναι η μόνη εναλλακτική λύση για την αποφυγή της παραδοσιακής χειρουργικής επεμβάσεως.

- ο ασθενής δεν πρέπει ποτέ να υποβληθεί σε λαπαροσκοπική επέμβαση που εκτιμάται ότι θα έχει μειωμένη αποτελεσματικότητα, ή ότι θα είναι επικίνδυνα χρονοβόρα.

- αν κατά την διάρκεια λαπαροσκοπικής επεμβάσεως, ο Χειρουργός εκτιμήσει ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητά της δεν μπορούν να εξασφαλιστούν, πρέπει να την μετατρέψει αμέσως σε παραδοσιακή "ανοικτή" επέμβαση. Αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί αποτυχία, αλλά φυσική συνέχεια των προσπαθειών του Χειρουργού προς το μεγαλύτερο δυνατό όφελος του ασθενούς.

Συμπερασματικά, η λαπαροσκοπική επέμβαση δεν πρέπει να παρατείνεται πολύ, ούτε να οδηγεί σε βιαστική και ανεπαρκή εκτομή του εντέρου."

*Robert Beart Jr., M.D.
Professor of Surgery, MayoClinic, U.S.A.*

Συνθήκη: Ορίζουμε τον όρο LAPAROSCOPICALLY ASSISTED COLECTOMY ως αποδιδόμενο καλύτερα στα ελληνικά :ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ (ΛΥΚ).

Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής οδήγησαν στην ανάπτυξη μιας πληθώρας λαπαροσκοπικών χειρουργικών επεμβάσεων, όπως : αποκατάσταση κήλης, βαγοτομή, υστερεκτομή, "Nissen fundoplication", εκτέλεση λαπαροσκοπικής σκωληκοειδεκτομής και τελικά λαπαροσκοπικώς υποβοηθούμενης κολεκτομής (ΛΥΚ). Εδώ πρέπει να τονιστεί, ότι η εφαρμογή ενδοσκοπικών μεθόδων για την αντιμετώπιση κακοήθους νόσου, απαιτεί εκτός από εκλεπτυσμένη τεχνική και τεχνολογική υποδομή τέτοια, ώστε η αφαίρεση ενός κακοήθους όγκου να μπορεί να θεωρηθεί χειρουργικώς αποδεκτή, αν συγκριθεί με την κλασική ανοικτή κολεκτομή. Σήμερα η ΛΥΚ υφίσταται αποδοχή υπό προϋποθέσεις. Ειδικότερα, παρόλο που η λαπαροσκοπική ορθοκολική χειρουργική είναι πραγματοποιήσιμη, δεν μπορεί να γίνει σήμερα αποδεκτό ότι υπερέρχει της ανοικτής λαπαροτομίας. Παρόλα αυτά, η μελέτη επιλεγμένων

προοπτικών σειρών, όπως αυτή των Wexner και Johansen, δείχνει ότι η ΛΥΚ μπορεί να αποτελέσει μια αποδεκτή εναλλακτική λύση σε σχέση με την κλασσική Χειρουργική.

Από τα αποτελέσματα των Monson et al. προκύπτει ότι από μία μη επιλεγμένη σειρά ασθενών, που έπρεπε να υποβληθούν σε εκλεκτική ορθοκολική εκτομή για αντιμετώπιση κακοήθους νόσου, σε ποσοστό 82.5% η επέμβαση ολοκληρώθηκε λαπαροσκοπικά με επιτυχία. Η νοσηρότητα κυμάνθηκε σε πολύ χαμηλά επίπεδα και αφορούσε θωρακικές λοιμώξεις (6.25%) και ουρολοιμώξεις (6.25%), ενώ δεν παρουσιάστηκε καμία μετατραυματική λοίμωξη και η μετεγχειρητική θνητότητα ήταν 2.5%. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν κινητοποιηθεί πλήρως μέσα σε 48h από την εγχείρηση και η μέση παραμονή στο Νοσοκομείο, για εκείνους που υποβλήθηκαν σε επιτυχή λαπαροσκοπικώς υποβοηθούμενη κολεκτομή, ήταν μόλις 8 ημέρες, δηλ. 43% λιγότερο από τον μέσο χρόνο νοσηλείας των ασθενών που υποβάλλονται σε κλασσική ανοικτή λαπαροτομία. Ο σημαντικά ελαττωμένος μετεγχειρητικός πόνος, η ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών και η μείωση των επιπλοκών -όπως θωρακικές και μετατραυματικές λοιμώξεις-, πλεονεκτήματα που ανέδειξαν την λαπαροσκοπική χολεκυστεκτομή, επιβεβαιώθηκαν πλήρως από αυτήν τη μελέτη. Μόνο στην κοιλιοπερινεϊκή ορθοσιγμοειδεκτομή, είναι δυνατόν να αποφευχθεί πλήρως η τομή του κοιλιακού τοιχώματος. Για το λόγο αυτό, ο όρος Λαπαροσκοπικώς Υποβοηθούμενη Κολεκτομή (ΛΥΚ) ίσως αποδίδει καλύτερα την χειρουργική αυτή μέθοδο. Προηγούμενη εγχείρηση κοιλίας δεν αποτέλεσε απόλυτη αντένδειξη για την ΛΥΚ. Σε ποσοστό 17.5% επί του συνόλου των επεμβάσεων, χρειάστηκε να γίνει μετατροπή σε κλασσική ανοικτή λαπαροτομία, όμως το ποσοστό αυτό θα ήταν σίγουρα πολύ μικρότερο αν υπήρχε από την αρχή η απαραίτητη εμπειρία. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι κάποιες περιπτώσεις είναι πραγματικά ακατάλληλες για λαπαροσκοπική προσπέλαση (π.χ. η απρόσμενη αποκάλυψη πολλαπλής αδενωματοώδους πολυποδίασης), ενώ άλλες ενέχουν σοβαρούς μη αποδεκτούς κινδύνους (π.χ. η αβεβαιότητα για την σαφή ανατομική εντόπιση και η αμφιβολία για την ασφάλεια ζωτικών στοιχείων όπως ο ουρητήρας και η αορτή). Αντίθετα με την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, η παχυσαρκία είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για την ΛΥΚ, μια και δημιουργεί δυσκολίες στην κινητοποίηση του κόλου και στην αναγνώριση των μεγάλων αγγείων. Ακόμη, ένα πολύ μεγάλο και λιπώδες μείζον επίπλουν μπορεί να δημιουργήσει τεχνικές δυσκολίες στην περιοχή γύρω από το εγκάρσιο κόλο, καθώς επίσης προβάλλουσες λιπώδεις επιπλοϊκές αποφύσεις δυσκολεύουν τον διαχωρισμό του κόλου. Όμως ο παράγοντας που σχεδόν με βεβαιότητα θα οδηγήσει την ΛΥΚ σε αποτυχία είναι η ισχυρή καθήλωση του όγκου στους υποκείμενους ιστούς και η εκτεταμένη διήθησή του στα γύρω όργανα. Μεγάλο προβληματισμό στην εφαρμογή της ΛΥΚ δημιουργεί το ερώτημα της επαρκούς εκτομής του όγκου, της επαρκούς "κάθαρσης" των ιστών από νεοπλασματικά κύτταρα και γενικά της ασφαλούς ογκολογικά εκτομής.

Η απάντηση θα απαιτήσει οπωσδήποτε πολύχρονες προοπτικές μελέτες που θα αναφέρονται σε ποσοστά υποτροπών και επιβίωσης. Πραγματικά, είναι δίχως αξία το θεραπευτικό και κατ' επέκταση το οικονομικό κέρδος από την γρήγορη μετεγχειρητική ανάρρωση και ανακούφιση του ασθενούς, την χαμηλή νοσηρότητα και την βραχεία διάρκεια νοσηλείας, αν συνοδεύονται από μία απaráδεκτη αύξηση της συχνότητας τοπικής υποτροπής του κακοήθους νεοπλασματος. Προσεκτική πάντως εξέταση των εκτομηθέντων δειγμάτων της παραπάνω μελέτης, έδειξε ότι και το περιθώριο εκτομής ήταν μέσα στα

παραδεκτά όρια, αλλά και ο αριθμός των λεμφαδένων που αφαιρέθηκαν, δεν διέφερε από αυτόν μιας κλασσικής κολεκτομής.

Σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της εργασίας των Wexner, Johansen et al., φαίνεται να εντείνονται τα ερωτηματικά για την ωφελιμότητα της ΛΥΚ σε σχέση με την κλασσική λαπαροτομία. Πρόκειται για μια προοπτική συγκριτική μελέτη δύο μικρών σειρών ασθενών. Οι 5 ασθενείς της 1ης ομάδας, με μέση ηλικία τα 32 χρόνια, υποβλήθηκαν σε εγχειρήσεις κλασσικής ολικής κοιλιακής κολεκτομής και έπασχαν: ένας από ελκώδη κολίτιδα, 3 από οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση και ένας από "colonic inertia" - όπως ακριβώς και οι 5 ασθενείς της 2ης ομάδας, που όμως υποβλήθηκαν σε εγχειρήσεις λαπαροσκοπικώς υποβοηθούμενης ολικής κοιλιακής κολεκτομής και είχαν μέση ηλικία τα 33 χρόνια. Αυτή η μικρή προκαταρκτική προοπτική μελέτη έδειξε ότι η ΛΥΚ είχε ως αποτέλεσμα κάπως μεγαλύτερο μήκος ειλεού και ελάχιστα μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, διαφορές στατιστικώς μη σημαντικές. Επιπλέον, ο απαιτούμενος χρόνος για την εκτέλεση των λαπαροσκοπικών μεθόδων ήταν 35% περισσότερος από αυτόν που απαιτήθηκε για τις ανοικτές επεμβάσεις, ενώ δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στους ρυθμούς μετεγχειρητικής ανάρρωσης. Τα αποτελέσματα αυτά, που αναμένεται να βελτιωθούν με την περαιτέρω εφαρμογή της μεθόδου, υποδεικνύουν ότι η ΛΥΚ, αν και τεχνικά πραγματοποιήσιμη, δεν φαίνεται να προσφέρει άμεσα αναγνωρίσιμο κέρδος στον ασθενή, συγκριτικά με την κλασσική λαπαροτομία.

Η δυνατότητα εκτέλεσης δεξιάς ημικολεκτομής με λαπαροσκοπική υποβοήθηση, αναλύεται στην εργασία του Schlinkert R. Η επέμβαση αυτή είναι πραγματοποιήσιμη και φαίνεται, ότι όχι μόνο είναι ασφαλής, αλλά και ότι σε καμιά περίπτωση δεν υπολείπεται της κλασσικής ανοικτής επέμβασης για την αφαίρεση όγκου, που εντοπίζεται στο δεξιό κόλο. Ενώ οι λαπαροσκοπικές τεχνικές για την αναστόμωση των δύο ελεύθερων εντερικών άκρων που προκύπτουν μετά την εκτομή επιτρέπουν την ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας εντελώς μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, η ακριβής παθολογοανατομική σταδιοποίηση του όγκου μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν το εκτομηθέν δείγμα παραμείνει άθικτο. Γι' αυτό μια μικρή τομή στο κοιλιακό τοίχωμα είναι απαραίτητη για την ασφαλή αφαίρεση του δείγματος.

Η τοποθέτηση του ασθενούς σε χαμηλά υποστηρίγματα βοηθάει στην εξασφάλιση μεγαλύτερης άνεσης στο χειρουργικό τραπέζι, μια και ένας βοηθός στέκεται ανάμεσα στα πόδια του ασθενούς. Ακόμη, όλα τα όργανα τοποθετούνται σε ευθεία γραμμή με την κάμερα, ώστε να διευκολύνονται οι χειριστές. Η μελέτη που παρουσιάζεται δείχνει, ότι η μέθοδος είναι πραγματοποιήσιμη, αλλά το κατά πόσον θα αποδειχθεί επιτυχής και μάλιστα ανώτερη από την κλασσική δεξιά ημικολεκτομή, αναμένεται να δειχθεί σε μελλοντικές μεγαλύτερες μελέτες.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Mathis KL, Boostrom SY, Pemberton JH. New developments in colorectal surgery. *Curr Opin Gastroenterol.* 2013; 29(1):72-8.
2. Chand M, Bhoday J, Brown G, Moran B, Parvaiz A. Laparoscopic surgery for rectal cancer. *J R Soc Med.* 2012; 105(10):429-35.

3. Patel SS, Floyd A, Doorly MG, Ortega AE, Ault GT, Kaiser AM, Senagore AJ. Current controversies in the management of colon cancer. *Curr Probl Surg*. 2012; 49(7):398-460.
4. Liska D, Lee SW, Nandakumar G. Laparoscopic surgery for benign and malignant colorectal diseases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2012; 22(3):165-74.
5. Luglio G, Nelson H. Laparoscopy for colon cancer: state of the art. *Surg Oncol Clin N Am*. 2010; 19(4):777-91.
6. Row D, Weiser MR. An update on laparoscopic resection for rectal cancer. *Cancer Control*. 2010; 17(1):16-24.
7. Kitano S, Inomata M. Is laparoscopic surgery acceptable for advanced colon cancer? *Cancer Sci*. 2009; 100(4):567-71.
8. Tong DK, Fan JK, Law WL. Outcome of laparoscopic colorectal resection. *Surgeon*. 2008; 6(6):357-60.