

CHIRURGIA MAŁOINWAZYJNA GUZÓW WĄTROBY – NOWA DROGA DOSTĘPU PRZEZ KLATKĘ PIERSIOWĄ



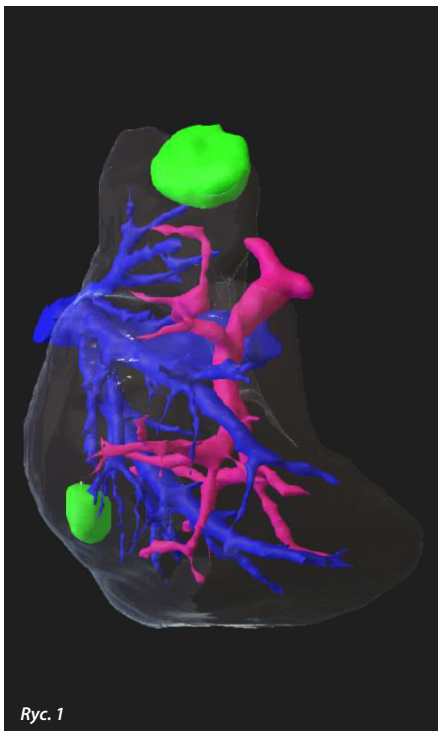
Prof. Tadeusz Wróblewski (po prawej) i dr Dariusz Wąsowski

Profesor Tadeusz Wróblewski z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM wraz zespołem wykonali 19 stycznia 2021 r. pionierską operację usunięcia dwóch guzów przerzutowych (raka jelita grubego) do wątroby z dwóch dostępów: laparoskopowego i torakoskopowego. Pierwsza zmiana, położona w III segmencie wątroby, została usunięta laparoskopowo, a druga, zlokalizowana podprzeponowo w segmencie VII, z oddzielnego dostępu torakoskopowego, przez przeponę. Operacja trwała 240 minut. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany i chora w stanie ogólnym bardzo dobrym opuściła Klinikę w czwartej dobie po operacji. Innowacyjność tej metody

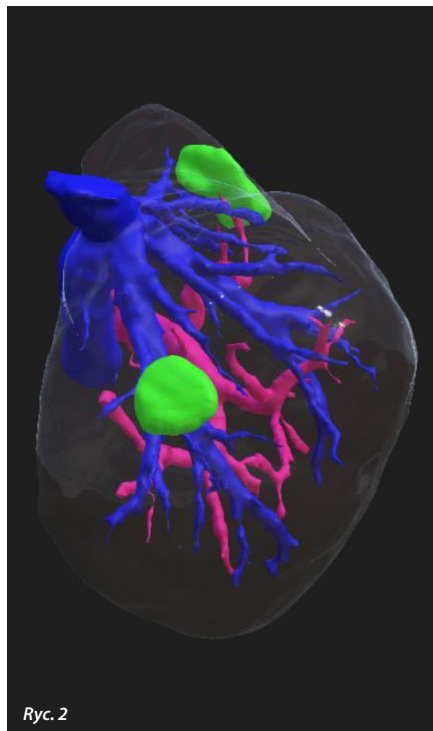
polegała na zastosowaniu dostępu torakoskopowego, jako nowej drogi małoinwazyjnego dostępu do wątroby w celu usunięcia guza nowotworowego. O ile dostęp laparoskopowy od strony jamy brzusznej jest nam dobrze znany, to dostęp torakoskopowy do guzów wątroby położonych pod przeponą, a więc niedostępnych dla laparoskopii, nie był dotychczas w Polsce wykonywany. W Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM (kierownik: prof. Krzysztof Zieniewicz), która jest największym ośrodkiem chirurgii wątroby w Polsce, wykonujemy rocznie około 400 resekcji wątroby metodą klasyczną i laparoskopową. Nowy sposób przeprowadzania operacji z zastosowaniem dostępu



Zespół operacyjny



Ryc. 1



Ryc. 2

Położenie obu zmian przerzutowych w wątrobie (kolor zielony) w rekonstrukcjach wątroby 3D (rekonstrukcje 3D wykonane dzięki uprzejmości dr. Jana Witowskiego)

torakoskopowego możemy zastosować w następujących przypadkach:

- guz wątroby położony podprzeponowo, w segmentach VII i VIII wątroby lub przy spływie żył wątrobowych – brak dostępu laparoskopowego,
- mały pojedynczy przerzut w ww. segmentach – dostęp torakoskopowy pozwala uniknąć szerokiego, poprzecznego otwarcia jamy brzusznej w nadbrzuszu w celu niewielkiej resekcji wątroby,

- guz o powyższym położeniu u chorego po jednej lub więcej resekcjach wątroby, gdy w jamie brzusznej spodziewamy się wielu zrostów po poprzednich operacjach. Uwolnienie zrostów i dotarcie do takiej zmiany z dostępu klasycznego od wnęki wątroby, to często wielogodzinna operacja wymagająca przetaczania krwi. Stosując w tym przypadku dostęp torakoskopowy, dochodzimy do wątroby od tzw. dziewiczej strony, czyli

małoinwazyjnie i z najmniejszą możliwością wystąpienia powikłań śródoperacyjnych i przetoczeń krwi.

Dostęp ten opisali po raz pierwszy chirurdzy japońscy (Shimada i inni) już w 1995 r., a więc ponad ćwierć wieku temu. Jednak ze względu na to, że resekcje laparoskopowe wątroby nie były i nie są wykonywane na świecie tak powszechnie, jak operacje otwarte (ze względu na trudności techniczne i długą krzywą uczenia), metodę torakoskopową stosowano rzadko. W naszej Klinice wciąż rozwijamy swoje umiejętności przeprowadzania operacji laparoskopowych wątroby, co umożliwia odkrywanie nowych, skuteczniejszych technik operacyjnych. Operacja będąca przedmiotem artykułu stała się dla nas i dla naszego sposobu myślenia chirurgicznego momentem przełomowym.

Dzięki współpracy i dyskusjom z torakochirurgami z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chorób Naczyń CSK UCK WUM – dr. Dariuszem Wąsowskim i dr. Krzysztofem Piechem poznaliśmy ich zdanie na temat technik operacji małoinwazyjnych w klatce piersiowej i za to jestem im bardzo wdzięczny, i serdecznie dziękuję. Pozostaliśmy jednak przy swojej koncepcji operacyjnej, czyli zastosowaliśmy te same techniki i sprzęt co w operacjach laparoskopowych. Dzięki wspaniałej współpracy z anestezjologiem – dr Martą Dec, która „wyłączyła” nam czasowo z pracy prawe płuco, mieliśmy możliwość swobodnego manewrowania narzędziami laparoskopowymi w obrębie klatki piersiowej.

W skrócie można tę operację opisać w następujący sposób. Na ryc. 1 i 2 przedstawiono położenie dwóch guzów: jeden w segmencie II/III, drugi w segmencie VII, pod przeponą. W pierwszym etapie (laparoskopowym) wykonaliśmy miejscową resekcję guza z segmentu II/III. Następnie zmieniliśmy ułożenie chorego z pozycji na plecach na ułożenie na boku lewym z uniesioną nad głowę kończyną prawą i po wyłączeniu pracy płuca prawego przez anestezjologa, wprowadziliśmy przez międzyżebra typowe trokary laparoskopowe. Po wykonaniu USG przez przeponę i zlokalizowaniu guza, przecinając przeponę, uzyskaliśmy dostęp do zmiany. Przerzut wycięliśmy miejscowo w sposób typowy, jak w laparoskopii, a następnie zszyliśmy

KLINIKI

przeponę i umieściliśmy dren w klatce piersiowej (na jedną dobę). Po powrocie do etapu laparoskopowego oba guzy, umieszczone w workach laparoskopowych, usunęliśmy z jamy brzusznej przez oddzielne nacięcie powłok.

Opisana operacja jest pionierskim zabiegiem przeprowadzonym przez klatkę piersiową. Dużą trudność stanowiło właściwe i dogodne dla nas ułożenie chorego do etapu torakoskopowego.

Na zdjęciu 2. przedstawiono cały zespół wykonujący operację: chirurdzy – prof. Tadeusz Wróblewski, dr Waław Hołowko i dr Jan Stypułkowski. Chorą znieczuliła dr Marta Dec z pielęgniarką Ewą Królicką. Instrumentariuszkami były: mgr Marzena Kaczmarska i Agnieszka Szwonder, koordynacja: Jolanta Budny.

W jednym z poprzednich doniesień opisywaliśmy kilka tzw. operacji laparoskopowych wielonarządowych obejmujących usunięcie guza pierwotnego z jelita oraz resekcji przerzutu do wątroby z cholecystektomią. Te poprzednie operacje oraz dostęp laparoskopowo/torakoskopowy mają w onkologii bardzo duże znaczenie, o ile są stosowane racjonalnie i z zabezpieczeniem potencjalnego rozsięwu nowotworu. Oznacza to, że jeśli operacja sposobem małoinwazyjnym może być tak samo dobrze wykonana pod względem onkologicznym, to należy z tej możliwości absolutnie skorzystać. To wielka zaleta dla chorych, którzy dzięki szybszej regeneracji sił i powrotowi do dobrej kondycji fizycznej mogą szybciej otrzymać leczenie uzupełniające w postaci chemio- lub radioterapii. Laparoscopia w onkologii to nie tylko usuwanie nowotworów, ale również diagnostyka: pobieranie biopsji pod kontrolą wzroku, ocena zaawansowania choroby przed podjęciem leczenia lub w jego trakcie. Dlatego też znajduje ona coraz szersze zastosowanie w chirurgii onkologicznej. ■

*Prof. Tadeusz Wróblewski
Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej
i Wątroby CSK UCK WUM
(kierownik Kliniki: prof. Krzysztof Zieniewicz)*