

SMERNICE ZA KIRURŠKO ZDRAVLJENJE BOLNIC Z RAKOM JAJČNIKOV

Aleš Vakselj

Pri bolnicah z rakom jajčnikov je kirurški poseg temelj vsem nadaljnim postopkom pri zdravljenju raka jajčnikov.

Pri zgodnjih stadijih bolezni je namen posega poleg odstranitve tumorsko spremenjenega enega ali obeh jajčnikov tudi točna postavitev stadija bolezni (staging). Če ocenjujemo stadij bolezni le makroskopsko, je ocena napačna v eni tretjini primerov, zato so predpisani točno določeni diagnostični postopki.

Pri napredovalih stadijih bolezni je osnovni namen kirurškega posega, poleg točne histološke diagnoze, predvsem citoreduktivna operacija, to je kirurško zmanjšanje tumorske mase na minimum, s tem dosežemo boljši odgovor na postoperativno kemoterapijo in večje možnosti za preživetje bolnic.

Pravila za klasifikacijo in postavitev stadija (**staging operativni poseg**):

- spodnja in srednja mediana laparotomija
- histološka potrditev bolezni (obvezna intraoperativna diagnoza po metodi zaledenelega reza)
- citološki pregled proste tekočine v abdomnu, ascitesa ali izpirka trebušne votline, če prosta tekočina ni prisotna
- ekstraparacjalna histerektomija z obojnimi adneksi
- infrakolična omentektomija
- biopsija vseh suspektnih mest parietalnega ali visceralnega peritoneja
- bris diafragme za citološki pregled
- slepe biopsije peritoneja v Retzijevev in Douglasovem prostoru, levo in desno parakolično (vsaj dve na vsaki strani)
- selektivna ali sampling pelvična limfadenektomija na strani tumorja in selektivna paraaortna limfadenektomija (odstranimo tipno povečane bezgavke)

Kirurški postopki pri napredovali bolezni (**debulking operativni poseg**):

- spodnja in srednja laparotomija, ki jo lahko podaljšamo
- histerektomija z obojnimi adneksi
- odstranitev v karcinomsko ploščo spremenjenega omentuma, po potrebi tudi gastrokoličnega ligamenta

- odstranitev vseh večjih metastaz po trebuhu, premer največjega tumorja, ki ostane naj ne bi bil večji od 1 cm, možne so tudi resekcije črevesja in delne odstranitve peritoneja

Pri načrtovanju kirurškega posega so bistveni klinični podatki, po katerih lahko predvidevamo, da gre za sumljivo maligno bolezen:

- starost bolnice
- eventuelna bilateralnost tumorjev
- izvid vaginalnega UZ pregleda
- prisotnost proste tekočine v Douglasovem prostoru
- tumorski marker (negativen ne izključuje maligne bolezni)
- fiksirana ali solidna masa v mali medenici

Pri klinično evidentni maligni bolezni, potrjenem masivnem malignem ascitesu in fiksirani masi v mali medenici se raje izognemo laparotomiji, ki bi imela le diagnostičen namen (eksplozivni laparotomiji), pri takih bolnicah naredimo diagnostično laparoskopijo, z njo dobimo tudi material za histološko preiskavo in postavimo stadij bolezni.

Zdravljenje začnemo z neoadjuvantno kemoterapijo, po 2 do 4 ciklusih kemoterapije sledi kirurški poseg kot pri napredovali bolezni, imenujemo ga **inter-valni citoreduktivni kirurški poseg**. Temu nato sledi nadaljevanje zdravljenja s kemoterapijo.

Rutinsko second look operativnih posegov pri zdravljenju karcinomov jajčnikov ne delamo več. To so bili kirurški posegi po končanem primarnem zdravljenju (kirurgiji in kemoterapiji) ovarijskih karcinomov, lahko laparoskopski ali z odprtim pristopom z namenom ugotavljanja učinka primarnega zdravljenja.

Second look posegi se lahko še uporabljajo, vendar izključno v študijske namene.

Pri ponovitvah bolezni se lahko izjemoma odločimo tudi za kirurško odstranitev recidiva bolezni, takrat, ko z neinvazivnimi diagnostičnimi postopki ugotovimo ponovitev bolezni le na eni lokaciji.

V terminalnih stadijih bolezni pridejo v poštev **palativni kirurški posegi**, predvsem reševanje zapor črevesja, v prvi vrsti prednaravni anus ali entero-enteroanastomoze za premostitev mehanskih zapor črevesja. Pri recidivih bolezni, kjer je v ospredju stalno nabiranje ascitesa, pa naredimo trajno drenažo ascitesa z fiksacijo drena v trebušno votlino in s tem nemoteno odtokanje ascitesa.