

Aleš Vakselj, Merlo Sebastjan

Kirurško zdravljenje ponovitve raka jajčnikov, jajcevodov ali peritonealnega karcinoma

Zdravljenje recidivov raka jajčnikov (ali jajcevodov ali PPSC) temelji v glavnem na sistemskem zdravljenju s kemoterapijo. Uporablja se več kombinacij citostatikov.

V določenih primerih pa ima mesto tudi kirurško zdravljenje.

Zmanjšanje tumorske mase je cilj operativnega posega tako pri primarnem kot sekundarnem zdravljenju. Zato obstoja več vzrokov. Zmanjšanje volumna tumorja poveča njegovo občutljivost na kemoterapijo ker odstranimo velike, slabo prekrvljene tumorje. Do velikosti približno 2 cm angiogeneza še sledi rasti tumorja, kasneje nič več. Nastanek spontanah mutacij in rast kemorezistentnih fenotipov tumorskih celic je večja v velikih tumorjih.

Pri primarni operaciji je cilj doseči optimalno citoredukcijo in sicer ostanek manj kot 1 cm velikih tumorjev v trebušni votlini, še boljši cilj pa je operacij brez makroskopskega ostanka tumorjev po kirurškem posegu (1).

Izraz sekundarna citoredukcija je star že več kot 30 let. Pomeni kirurški poseg s ciljem zmanjšanja tumorske mase po določenem času (bolezni prosti interval – v angleščini DFI (disease free interval)) po končanem primarnem zdravljenju.

Kriteriji za operativni poseg, postavljeni na konferenci leta 1998 (2) so:

- bolezni prosti interval več kot 12 mesecev (kar pomeni, da gre za bolezen občutljivo na preparate platine)
- ocena zmožnosti operacije brez makroskopskega ostanka s predoperativnimi preiskavami
- dober splošni status bolnice (WHO 0,1)
- mlajše bolnice

Te kriterije je potrdila tudi DESKTOP OVAR študija, objavljena leta 2006 (3). Iz rezultatov je razvidno, da je sekundarna citoredukcija uspešna le pri bolnicah, kjer so lahko odstranili recidiv bolezni brez makroskopskega ostanka. Če je bil po operaciji viden ostanek bolezni izboljšanja preživetja ni bilo, ne glede na velikost ostanka, tudi če je ostala le milimetrski karcinoza (4).

Po opravljenem operativnem posegu vedno sledi še sistemsko zdravljenje, ki vsebuje preparate platine, zato je pomemben čas brez bolezni po končanem primarnem zdravljenju.

Pri načrtovanju zdravljenja ponovitve ovarijskega karcinoma na konziliju upoštevamo določene kriterije. Optimalna kandidatka za sekundarno kirurško citoredukcijo je mlajša bolnica s solitarno lezijo, manjšo od 5 cm, brez ascitesa (5). Ascites pomeni že zelo verjetno prisotnost peritonealne karcinoze. Bolezni prosti interval pa naj bi bil več kot leto dni (6).

Pri načrtovanju terapije sta obvezni preiskavi CT trebuha in PET – CT (ta nam da podatke o številu večjih solitarnih lezij, drobne karcinoze pa ne pokaže).

Največkrat operiramo bolnice z recidivom bolezni v slepem koncu vagine. Operativni poseg zajema odstranitev tumorja v slepem koncu vagine, skoraj vedno z »en-blok« resekcijo rektosigme. Sledi postoperativna kemoterapija (7).

Po podatkih iz literature se pri bolnicah z odstranjeno solitarno lezijo poveča srednje preživetje za več kot 50% (40 mesecev) glede na bolnice z multiplimi lezijami (19 mesecev).

ZAHVALA

Avtorja se zahvalujeta specializantoma ginekologije in porodništva Maji Krajec, dr.med. in Gregorju Vivodu, dr.med. za pomoč pri pripravi prispevka.

LITERATURA

1. Harter P, du Bois A. , The role of surgery in ovarian cancer with special emphasis on cytoreductive surgery for recurrence. *Curr Opin Oncol.* 2005, 17 (5): 505-14.
2. Berek JS, Trope C, Vergote I. Surgery during chemotherapy and at relapse of ovarian cancer. *Ann Oncol.* 1999; 10 (1): 3-7.
3. Harter P, du Bois A, Harmann M et al. Surgery in recurrent ovarian cancer: the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie (AGO) DESKTOP OVAR trial. *Ann Surg Oncol.* 2006; 13(12): 1702-10.
4. Harter P, Harmann M, Lueck HJ et al. Surgery for recurrent ovarian cancer: role of peritoneal carcinomatosis: exploratory analysis of the DESKTOP I Trial about risk factors, surgical implications, and prognostic value of peritoneal carcinomatosis. *Ann Surg Oncol.* 2009; 16(5): 1324-30.
5. Chi DS, McCaughty K, Diaz JP et al. Guidelines and selection criteria for secondary cytoreductive surgery in patients with recurrent, platinum-sensitive epithelial ovarian carcinoma. *Cancer.* 2006; 106(9): 1933-9.

6. Grundlund B, Lundvall L, Christensen IJ et al. Surgical cytoreduction in recurrent ovarian carcinoma in patients with complete response to paclitaxel-platinum. *Eur J Surg Oncol.* 2005; 31(1): 67-73.
7. Zang RY, Li ZT, Tang J et al. Secondary cytoreductive surgery for patients with relapsed epithelial ovarian carcinoma: who benefits? *Cancer.* 2004; 100(6): 1152-61.