

Operativno zdravljenje raka materničnega telesa – visoko tveganje

Sebastjan Merlo, Gregor Vivod

Obseg operativnega zdravljenja pri raku materničnega telesa je odvisen od psihofizičnega stanja bolnice. Standardno zdravljenje raka materničnega telesa obsega totalno histerektomijo z obojestransko adneksektomijo. Pri premenopavznih ženskah se o odstranitvi jajčnikov odločamo individualno.

Histerektomijo z bilateralno adneksektomijo lahko opravimo z laparotomijskim, laparoskopskim ali vaginalnim pristopom.

Pri raku materničnega telesa z visokim tveganjem (endometrioidni: gradus 3 + globina invazije več kot $\frac{1}{2}$ debeline miometrija, stadij II in III, serozni, svetlocelični, dediferenciran, karcinosarkom) pa vključuje del kirurškega zdravljenja tudi pelvično in paraaortno limfadenektomijo do ledvičnega žilja. Dve večji retrospektivni raziskavi sta pokazali, da je preživetje bolnic boljše, če odstranimo najmanj 10–12 pelvičnih bezgavk[1, 2]. Limadenektomija je ustrezna, če je odstranjenih 10 ali več pelvičnih bezgavk[3, 4]. Raziskave so pokazale, da so paraaortne bezgavke lahko pozitivne tudi ob negativnih pelvičnih bezgavkah[5, 6], zato se ob indicirani limfadenektomiji svetuje odstranitev tako pelvičnih kot paraaortnih bezgavk. Raziskava klinike Mayo je pokazala, da je 77 % pozitivnih paraaortnih bezgavk lociranih v predelu nad arterijo mesenterico inferior, zato se priporoča odstranitev paraaortnih bezgavk do renalnega žilja[7].

Izsledki korejske raziskave objavljeni junija 2016 so pokazali, da je bila paraaortna limfadenektomija do ledvičnih ven pri pozitivnih pelvičnih bezgavkah odločilnega pomena pri ponovitvi bolezni. Skupina bolnic brez paraaortne limfadenektomije pri stadiju IIIC je imela za 13 % višji delež ponovitev bolezni. Obsežna paraaortna limfadenektomija je povečala delež bolnic brez ponovitve bolezni v 5-letnem obdobju sledenja in nekoliko višji delež 5-letnega preživetja[10].

Druga korejska multicentrična kohortna analiza, prav tako objavljena 2016, ki je zajemala 476 bolnic z rakom materničnega telesa, je pokazala, da je

število odstranjenih bezgavk (pelvičnih in paraaortnih) ključnega pomena pri zamejitveni oceni[11].



Slika1 : Stanje po opravljeni pelvični in paraaortni limfadenektomiji do renalnega žilja.



Slika 2: Preparat paraaortnih bezgavk od renalnega žilja do razcepišča ilialnega žilja.

Nedavna raziskava na Japonskem je pokazala, da radikalna histerektomija pri stadiju II raka materničnega telesa ne izboljša preživetja v primerjavi s klasično histerektomijo, ob tem pa je povezana z več neželenimi perioperativnimi zapleti in poznimi neželenimi učinki[8]. V operativnem zdravljenju raka materničnega telesa se lahko izjemoma poslužimo radikalne histerektomije pri očitni razširitvi bolezni v parametrije za doseg popolne odstranitve.

Pri razširjenih stadijih III in IV so raziskave pokazale, da optimalna citoreduktivna operacija izboljša preživetje[9]. Smiselna je ob predoperativni oceni, da je možna citoredukcija brez makroskopskega ostanka bolezni, kar pogosto pomeni delno ali popolno pelvično ekzenteracijo.

Limfadenektomija torej predstavlja le del zamejitvene operacije (*angl. staging*). Nikakor ne predstavlja terapevtskega postopka, ampak je namenjena izključno optimalni prilagoditvi nadaljnjih postopkov zdravljenja[12].

Literatura

1. Lutman CV, Havrilesky LJ, Cragun JM et al. Pelvic lymph node count is an important prognostic variable for FIGO stage I and II endometrial carcinoma with high-risk histology. *Gynecol Oncol* 2006; 102: 92–97.
2. Abu-Rustum NR, Iasonos A, Zhou Q et al. Is there a therapeutic impact to regional lymphadenectomy in the surgical treatment of endometrial carcinoma? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 457.e1–457.e5; discussion 457.e5–457.e6.
3. Cragun JM, Havrilesky LJ, Calingaert B et al. Retrospective analysis of selective lymphadenectomy in apparent early-stage endometrial cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 3668–3675.
4. Kilgore LC, Partridge EE, Alvarez RD et al. Adenocarcinoma of the endometrium: survival comparisons of patients with and without pelvic node sampling. *Gynecol Oncol* 1995; 56: 29–33.
5. Abu-Rustum NR, Gomez JD, Alektiar KM et al. The incidence of isolated paraaortic nodal metastasis in surgically staged endometrial cancer patients with negative pelvic lymph nodes. *Gynecol Oncol* 2009; 115: 236–238.
6. Dowdy SC, Aletti G, Cliby WA et al. Extra-peritoneal laparoscopic para-aortic lymphadenectomy—a prospective cohort study of 293 patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2008; 111: 418–424.
7. Mariani A, Dowdy SC, Cliby WA et al. Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. *Gynecol Oncol* 2008; 109: 11–18.
8. Takano M, Ochi H, Takei Y et al. Surgery for endometrial cancers with suspected cervical involvement: is radical hysterectomy needed (a GOTIC study)? *Br J Cancer* 2013; 109: 1760–1765.
9. Shih KK, Yun E, Gardner GJ et al. Surgical cytoreduction in stage IV endometrioid endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 2011; 122: 608–611.
10. Yoon M.S., Park W., Huh S.J. et al. Impact of paraaortic lymphadenectomy for endometrial cancer with positive pelvic lymph nodes: A Korean Radiation Oncology Group study (KROG 13-17) ; *EJSO* 42 (2016): 1497-1505.
11. Kima T.H., Kimb H.S., Kimc T.J. et al. Survival impact based on the thoroughness of pelvic lymphadenectomy in intermediate- or high-risk groups of endometrioid-type endometrial cancer: A multi-center retrospective cohort analysis ; *Gynecologic Oncology* 141 (2016) 440–446.
12. NCCN Guidelines, Uterine neoplasms, Ver.2.2016 ; www.nccn.org