

Kirurško zdravljenje raka materničnega vratu

Borut Kobal

Cilj kirurškega zdravljenja je odstraniti maternični vrat s tumorjem in varnostnim robom v paracervikalnih tkivih in parametrijih ter oceniti prisotnost zasevkov v regionalnih bezgavkah v medenici in/ali ob velikih žilah v trebuhu. Priporočen je minimalno invazivni pristop – laparoskopija. Glede na stadij, velikost tumorja in histopatološke značilnosti je danes po priporočilih Evropskega združenja za ginekološko onkologijo, Evropskega združenja za radioterapijo in Evropskega združenja za patologijo (ESGO-ESTRO-ESP) radikalno kirurško zdravljenje omejeno na stadij I (stadij FIGO IA do IB1), s ciljem zmanjšati zgodnje in poznejše zaplete, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja bolnice.

Načrtovanje kirurškega zdravljenja raka materničnega vratu

Pri načrtovanju kirurškega zdravljenja raka materničnega vratu moramo upoštevati histološki tip tumorja, njegovo velikost in stadij, poleg tega pa še starost in zmožnost bolnice za kirurški poseg. Individualno lahko v načrtovanje vključimo tudi oceno možnosti ohranitve rodne sposobnosti. Vse oblike kirurškega zdravljenja raka materničnega vratu praviloma izvajajo za to usposobljeni ginekološko-onkološki kirurgi.

Predoperativno stadij raka materničnega vratu določamo klinično

ter dopolnjujemo z nuklearno magnetno resonanco ali ekspertnim ultrazvočnim pregledom, predvsem za natančnejšo opredelitev velikosti tumorja, prodiranja v stromo in infiltracije v parametrije, ter statusom bezgavk. Za kirurško zdravljenje so primerni tumorji, manjši od 4 cm, odsotnost infiltracije v parametrije ter odsotnost zasevkov v bezgavkah.

Mikroinvazivni rak materničnega vratu (FIGO IA1 in IA2) lahko zdravimo s konizacijo, enostavno trahelektomijo ali enostavno histerektomijo, glede na željo po ohranitvi rodnosti. Pri limfangioinvaziji laparoskopsko odstranimo varovalno bezgavko ali medenične bezgavke.

Rak materničnega vratu stadija FIGO IB, kjer je tumor omejen na maternični vrat, lahko enakovredno zdravimo z razširjeno (radikalno) odstranitvijo maternice ali radikalno radioterapijo. Pri tej operaciji maternico odstranjujemo s paracervikalnim tkivom in pripadajočimi parametriji; sakrouterinim in kardinalnim ligamentom ter zgornjo tretjino nožnice.

Klasifikacija radikalne abdominalne histerektomije

Dolgo časa je veljala klasifikacija po Piver-Rutledge-Smithu iz leta 1974, ki je glede na dolžino odstranitve parametrijev radikalno histerektomijo razdelila v razrede (tipe) od I do IV. Slabost te klasifikacije je bila predvsem, da ni upoštevala ideje o ohranjanju vegetativnih živčnih struktur, ki se je pojavila že v petdesetih letih preteklega stoletja na Japonskem in se pozneje razvila tako tam kot v Evropi. Revitalizacija vaginalne radikalne histerektomije in uvedba laparoskopske radikalne histerektomije sta leta 2008 privedli do nove

klasifikacije (Querleu), ki je bila hitro sprejeta v stroki. Nova klasifikacija deli različne vrste radikalne histerektomije po črkah od A do D, glede na ohranjanje živčnih struktur pa znotraj glavnih skupin določa tudi podskupine.

Laparoskopska radikalna histerektomija

Že leta 1992 je Nezhat poročal o prvi seriji laparoskopskih radikalnih histerektomij, ki so mu, zlasti z razvojem robotske kirurgije po letu 2008, sledili številni avtorji v mednarodnem prostoru. Avtorji v svojih serijah potrjujejo prednosti laparoskopskega pristopa glede manjše izgube krvi in hitrejšega okrevanja s podobnim deležem zapletov (okoli 4 odstotke) kot pri klasični radikalni histerektomiji. Primerjave med klasično in različnimi tipi laparoskopske radikalne histerektomije po dosedanjih podatkih v literaturi ne kažejo razlik med obdobjem do ponovitve bolezni in celokupnim preživetjem teh bolnic.

Druge vrste kirurškega zdravljenja RMV

Operacija je ponovno postala aktualna z uvedbo laparoskopske limfadenektomije in s pojavom radikalne vaginalne trahelektomije. Radikalna vaginalna trahelektomija je radikalna odstranitev MV s pripadajočimi parametriji, pri čemer se telo maternice ohrani za bodočo reproduktivno funkcijo. Merila za tovrsten radikalno konservativen pristop so poleg želje po ohranitvi reproduktivne sposobnosti velikost tumorja, ki ne sme preseči 2 cm, ter odsotnost zasevkov v bezgavkah. Pri tem posegu se medenične bezgavke odstrani laparoskopsko. Poleg

vaginalnega pristopa lahko radikalno trahelektomijo izvedemo skozi laparotomijo ali laparoskopsko. Rezultati zdravljenja s trahelektomijo so ob ustrezni selekciji bolnic zadovoljujoči tako glede onkoloških kot reproduktivnih rezultatov, zlasti ob sočasni abdominalni cerklaži, s katero ustvarimo funkcionalen spodnji uterini segment.

Pelvična eksenteracija

Glavna indikacija za pelvično eksenteracijo je centralna ponovitev raka materničnega vratu pri bolnicah, ki so zaključile primarno zdravljenje, bodisi kirurško bodisi z radioterapijo. Operativni poseg je izjemno mutilanten in ga spremljajo številni zapleti, zato mora biti izbor primernih bolnic zelo strog. Poseg je primeren za bolnice v dobri kondiciji, pri katerih s tem posegom lahko pričakujemo podaljšanje življenja. Izjemoma ga lahko izkoristimo v paliativne namene za zagotovitev nadzora nad fistulami ali drugimi neobvladljivimi simptomi, ki spremljajo terminalni stadij raka materničnega vratu.

Peritonealni ali zasevki oddaljenih mest so absolutna kontraindikacija za poseg, relativna pa zajetost retroperitonealnih bezgavk, direktna invazija tumorja v okolne črevesne vijuge, hidroureter in hidronefroza. Obsežnost resekcije je odvisna od širitve bolezni lateralno in v okolne organe ter nožnico, zato pelvično eksenteracijo lahko delimo glede na levatorje v supra- in infralevatorno, sprednjo ali zadnjo ter kompletno. Največji izziv tega posega je rekonstruktivna faza, predvsem pri derivaciji urina in rekonstrukciji medeničnega dna.

Literatura

1. Cibula D, Pötter R, Planchamp F, et al . The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2018; 28: 641–55
2. Park JY, Kim DY, Kim JH, et al. Comparison of outcomes between radical hysterectomy followed by tailored adjuvant therapy versus primary chemoradiation therapy in IB2 and IIA2 cervical cancer. *J Gynecol Oncol* 2012; 23: 226–34.
3. Piver MS, Rutledge F, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974; 44: 265–72.
4. Sakuragi N, Todo Y, Kudo M, Yamamoto R, Sato T. A systematic nerve-sparing radical hysterectomy technique in invasive cervical cancer for preserving postsurgical bladder function. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15: 389–97.
5. Fujii S, Tanakura K, Matsumura N et al. Precise anatomy of the vesico-uterine ligament for radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2007; 104: 186–91.
6. Trimbos JB, Maas CP, Deruiter MC, Peters AA, Kenter GG. A nerve-sparing radical hysterectomy: guidelines and feasibility in Western patients. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11: 180–86.
7. Raspagliesi F, Ditto A, Fontanelli R et al. Nerve-sparing radical hysterectomy: a surgical technique for preserving the autonomic hypogastric nerve. *Gynecol Oncol* 2004; 93: 307–14.
8. Querleu D, Morrow CP. Classification of radical hysterectomy. *Lancet Oncol* 2008; 9: 297–303.
9. Nezhat CR, Burrell MO, Nezhat FR, Benigno BB, Welander CE. Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 864–865.
10. Magrina JF, Kho RM, Weaver AL, Montero RP, Magtibay PM. Robotic radical hysterectomy: comparison with laparoscopy and laparotomy. *Gynecol Oncol* 2008; 109: 86–91.

11. Sert B, Abeler V. Robotic radical hysterectomy in early-stage cervical carcinoma patients, comparing results with total laparoscopic radical hysterectomy cases. The future is now? *Int J Med Robot* 2007; 3: 224–28.
12. Kruijdenberg CB, van den Einden LC, Hendriks JC, Zusterzeel PL, Bekkers RL. Robot-assisted versus total laparoscopic radical hysterectomy in early cervical cancer, a review. *Gynecol Oncol* 2011; 120: 334–339.
13. Shazly SAM, Murad MH, Dowdy SC, Gostout BSc, Famuyide AO. Robotic radical hysterectomy in early stage cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*; 138: 457–471.
14. Dargent D, Martin X, Sacchetoni A, Mathevet P. Laparoscopic vaginal radical trachelectomy: a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. *Cancer* 2000; 88: 1877–82.
15. Plante M, Renaud MC, Hoskins IA, Roy M. Vaginal radical trachelectomy: a valuable fertility-preserving option in the management of early-stage cervical cancer. A series of 50 pregnancies and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2005; 98: 3–10.
16. Pathiraja P, Sandhu H, Instone M, Haldar K, Kehoe S. Should pelvic exenteration for symptomatic relief in gynaecology malignancies be offered?. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 289:657–62.