

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РЕЦИДИВАХ РАКА ЯИЧНИКА

Современный медицинский центр имени Х. М. Совмена — клиника XXI века,
Россия, 385123, Республика Адыгея, Тахтамукайский р-н, аул Афиписин, ул. К. Х. Жанэ, 5.
Тел.: +7 (861) 272-59-11, +7 (861) 270-02-85. E-mail: zhane-atdr@mail.ru

Рак яичника является одной из основных причин смерти у онкогинекологических больных. Современный стандарт хирургического лечения предполагает агрессивную циторедуктивную операцию, направленную на удаление всех опухолевых очагов и потенциальных зон метастазирования опухоли. Данный подход актуален и для рецидивных опухолей. Наиболее сложной группой больных являются пациентки с синхронными и метакронными поражениями печени. В работе представлен собственный опыт выполнения оптимальных циторедуктивных операций при рецидивах рака яичника с метастатическим поражением печени.

Ключевые слова: рецидив рака яичника, лечение.

A. V. YANKIN, A. K. ZHANE

LIVER RESECTION IN RELAPSED OVARIAN CANCER

The modern medical center it. H. M. Sovmen — clinic of XXI century,
Russia, 385123, Republic Adygea, Area Tahtamukajsky, aul Afipsip, K. H. Zhane str., 5.
Tel.: +7 (861) 272-59-11, +7 (861) 270-02-85. E-mail: zhane-atdr@mail.ru

Ovarian cancer is the most common cause of cancer-related death among women. Currently, the surgical standard treatment for newly diagnosed advanced stage ovarian cancer includes optimal aggressive cytoreductive surgery. The benefits of secondary cytoreductive surgery for recurrent ovarian cancer is likely the same as for primary tumors. Most complicated and challenging problem is hepatic resection in combination with secondary cytoreduction for ovarian cancer. In this article we share our experience of hepatic resection in recurrent ovarian cancer with metastatic lesions.

Введение

Рак яичника (РЯ) является одной из основных причин смерти у онкогинекологических больных. Статистически РЯ составляет всего 4% среди всех впервые выявленных злокачественных новообразований у женщин, при этом является одной из основных причин смерти у женщин со злокачественными заболеваниями. Так, в 2007 г. в мире было диагностировано 230 500 новых случаев заболевания и 141 000 смертей [10]. Средний возраст заболевших составил 63 года. 5-летняя выживаемость среди всех заболевших РЯ не превышает 44% [10]. Онкологи называют рак яичника «тихий убийца женщин» из-за отсутствия каких-либо характерных симптомов даже в запущенных стадиях заболевания, поэтому, несмотря на все достижения в ранней диагностике, в 75% случаев РЯ диагностируется в 3–4-й стадии [13]. У 70–75% больных развивается рецидив заболевания, и это несмотря на высокую чувствительность РЯ к химиотерапии [13]. Справедливости ради необходимо сказать, что за последние 5–10 лет благодаря внедрению новой доктрины хирургического этапа лечения, индивидуализации химиотерапии в зависимости от агрессивности и распространенности опухоли удалось значительно увеличить медиану выживаемости больных с РЯ 3–4-й стадии. Современный стандарт лечения данной группы больных предполагает агрессивную циторедуктивную операцию, направленную на удаление всех опухолевых очагов и потенциальных зон метастазирования опухоли. Объем хирургического вмешательства при РЯ включает в себя следующие обязательные этапы [2, 4, 11, 16]:

смыв на цитологическое исследование до удаления первичного очага;
гистерэктомия с двусторонней овариоэктомией;
экстирпация большого сальника;
парааортальная лимфодиссекция;
тазовая лимфодиссекция;
аппендэктомия;
биопсия визуально не измененных участков брюшины.

Теоретически существует много аргументов в пользу использования столь агрессивного подхода [1]:

– такой объем операции дает возможность адекватно стадировать первичную опухоль для определения прогностических факторов и предикторов адьювантно-го лечения;

– удаление основной массы плохо васкуляризированной опухоли, не доступной для подведения туморцидной дозы цитостатиков, включающей пул химиорезистентных клеток, значительно увеличивает эффект адьювантного лечения;

– неоспоримым является улучшение качества жизни больных после циторедукции за счет снижения интоксикационного синдрома и различных осложнений, связанных с метастатическими очагами.

Доказательством целесообразности данных вмешательств являются результаты рандомизированных исследований, продемонстрировавших преимущество в выживаемости в группе больных после оптимальных циторедуктивных операций. Исторически J. K. Meigs был первым, кто в 1934 г. предложил при раке яичника «удалять максимально возможное количество опухоли», а в 1975 г. С. Т. Griffiths в своей работе

продemonстрировал корреляцию между размером резидуальной опухоли и выживаемостью больных с РЯ [7, 12]. С тех пор был проведен ни один десяток исследований, подтверждавших идеи J. K. Meigs и С. Т. Griffiths. Наиболее убедительным является метаанализ 53 исследований, проведенный R. E. Bristow et al., включающий 6885 пациенток с РЯ 3–4-й стадии [1]. Данное исследование показало, что увеличение объема циторедукции на каждые 10% увеличивает медиану выживаемости на 5,5% [1]. Медиана выживаемости пациенток в группе с циторедукцией менее 25% составляла 22,7 месяца, а в группе, где удалялось более 75% опухоли, – 34 месяца [1]. Таким образом, статистически достоверно была доказана эффективность удаления всех макроскопически видимых опухолевых очагов. Необходимо отметить, что данный подход актуален и для рецидива РЯ. В то же время эта группа больных является наиболее сложной, так как для удаления всех опухолевых очагов необходимо выполнение комбинированных, мультиорганных резекций с перитонеумэктомией. Практически бесперспективным считается выполнение операций в объеме R0 у пациенток с синхронными и метакронными метастазами в печень. Тем не менее в настоящее время опубликовано 6 ретроспективных исследований, оценивающих результаты хирургического лечения больных с синхронными и метакронными метастазами РЯ в печень (таблица). Все эти исследования продемонстрировали 5-летнюю выживаемость 9–38%, сравнимую с результатами резекции печени по поводу метастазов колоректального рака [9].

Мы хотели бы поделиться своим опытом выполнения циторедуктивных операций при рецидивах рака яичника с метастазами в печень.

Материалы и методы

С 2007 по 2012 г. в клинике было выполнено 37 операций по поводу рецидива рака яичника, из них у 9 больных операция включала резекцию печени. Средний возраст пациенток с метакронными очагами в печени составил 57 лет. До поступления в клинику больным выполнялось от 1 до 3 операций. Всем больным до резекции печени проводилось от 1 до 3 линий полихимиотерапии. Минимальный срок операции после последней химиотерапии – 4 недели. Всем больным с метастазами в печень выполнена оптимальная циторедукция. Мультиорганных сочетанных и комбинированных операций выполнено 5, то есть наряду с резекцией печени выполнялась перитонеумэктомия, резекция желудка, толстой кишки, мочевого пузыря, мочеточника, спленэктомия, резекция диафрагмы, лимфодиссекция. У одной больной выполнена супралеаторная эвисцерация малого таза с резекцией солитарного очага в S2 и S3 печени. В 4 случаях отмечалось изолированное

поражение печени без поражения брюшины и лимфоузлов, вследствие чего резекция пораженных участков печени трактовалась как R0. Количество метастатических очагов в печени колебалось от 2 до 4. У одной больной выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с атипичной резекцией S2 по поводу билобарного поражения. В остальных случаях поражение печени носило монолобарный характер. Объем резекции был следующий:

расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 1 больная;
правосторонняя гемигепатэктомия – 4 больных;
левосторонняя гемигепатэктомия – 1 больная;
билобарная резекция – 1 больная;
бисегментэктомия – 2 больных (S2-3 и S6-7).

Технически резекция печени выполнялась комбинированным способом: предварительно выделялась и перевязывалась портальная триада, питающая данные сегменты, после чего производилась резекция пораженных сегментов фиссуральным способом с перевязкой внутривенных трубчатых структур. Маневр Прингла не применялся. Для резекции использовался би- и монополярный электрокоагулятор. Линия резекции укрывалась пластинами Тахокомба по показаниям. В послеоперационном периоде кровотечений и подтекания желчи не отмечалось.

Послеоперационные осложнения возникли у 3 больных:

реактивный плеврит – 1;
ретракция левого мочеточника в зоне уретерокутанеостомии у одной больной – выполнена реуретерокутанеостомия;
послеоперационный панкреатит – 1 больная.

Летальных исходов не было.

Явлений печеночной недостаточности не отмечалось.

Средний срок начала полихимиотерапии – 8-я неделя.

Говорить об отдаленных результатах пока не корректно, так как последняя больная была прооперирована в августе 2012 г., соответственно, медиана выживаемости не достигнута. Одна пациентка умерла от прогрессирования заболевания через 13 месяцев после операции.

Обсуждение

Оптимальная циторедуктивная операция при раке яичника с поражением печени, несмотря на свою агрессивность и сложность, является вполне переносимым хирургическим вмешательством, дающим возможность добиться длительной ремиссии и даже выздоровления. Успешное выполнение подобных операций требует участия мультидисциплинарной команды хирургов и опытной бригады анестезиологов-реаниматологов.

Результаты операций по поводу метастазов рака яичника в печень

Авторы	Год	Кол-во	Медиана выживаемости (месяцы)
D. S. Chi et al. [5]	1997	7	27
A. P. Hamy et al. [8]	2000	5	27
S. S. Yoon et al. [15]	2003	21	62
J. Weitz et al. [14]	2005	12	48
G. Ercolani et al. [6]	2005	8	52,5
J. G. Bosquet et al. [3]	2006	35	27,4

Таким образом, больных с рецидивом рака яичников с метастазами в печень нельзя считать обреченными. Их при соответствующих условиях можно и нужно оперировать с большой надеждой на успех оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bristow R. E., Tomacruz R. S., Armstrong D. K., et al.* Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis // *J. clin. oncol.* – 2002. – № 20. – P. 1248–1259.
2. *Buchsbaum H. J., Brady M. F., Delgado G. et al.* Surgical staging of carcinoma of the ovaries // *Surg. gynecol. obstet.* – 1989. – № 169 (3). – P. 226–232.
3. *Bosquet J. G. et al.* Hepatic resection for metachronous metastases from ovarian carcinoma // *HPB.* – 2006. – № 8. – P. 93–96.
4. *Camatte S., Morice P., Thoury A. et al.* Impact of surgical staging in patients with macroscopic «stage I» ovarian borderline tumors: analysis of a continuous series of 101 cases // *Eur. j. cancer.* – 2004. – № 40. – P. 1842–1849.
5. *Chi D. S., Fong Y., Venkatraman E. S., Barakat R. R.* Hepatic resection for metastatic gynecologic carcinomas // *Gynecol. oncol.* – 1997. – № 66. – P. 45–51.
6. *Ercolani G., Grazi G. L., Ravaioli M., Ramacciato G., Cescon M., Varotti G. et al.* The role of liver resections for noncolorectal, nonneuroendocrine metastases: experience with 142 observed cases // *Ann. surg. oncol.* – 2005. – № 12. – P. 459–66.
7. *Griffiths C. T.* Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian carcinoma // *Natl. cancer. inst. monogr.* – 1975. – № 42. – P. 101–104.
8. *Hamy A. P., Paineau J. R., Mirallie E. C., Bizouarn P., Visset J. P.* Hepatic resections for non-colorectal metastases: forty resections in 35 patients // *Hepatogastroenterology.* – 2000. – № 47. – P. 1090.
9. *Harrison L. E., Brennan M. F., Newman E., Fortner J. G., Picardo A., Blumgart L. H. et al.* Hepatic resection for noncolorectal, nonneuroendocrine metastases: a fifteen-year experience with ninety-six patients // *Surgery.* – 1997. – № 121. – P. 625.
10. *Jemal A., Siegel R., Ward E., et al.* Cancer statistics, 2008. *CA // Cancer. j. clin.* – 2008. – № 58. – P. 71–96.
11. *McKenney J. K., Balzer B. L., Longacre T. A.* Lymph node involvement in ovarian serous tumors of low malignant potential (borderline tumors): pathology, prognosis and proposed classification // *Am. j. surg. pathol.* – 2006. – № 30. – P. 614–624.
12. *Meigs J. V.* Tumors of the female pelvic organs. – New-York: Macmillan, 1934.
13. *Ozols R. F., Rubin S. C., Thomas G. M., et al.* Epithelial ovarian cancer. In: W. J. Hoskins, C. A. Perez, R. C. Young, et al., eds. Principles and practice of gynecologic oncology. 4th ed. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – P. 916.
14. *Weitz J., Blumgart L. H., Fong Y., Jarnagin W. R., D'Angelica M., Harrison L. E. et al.* Partial hepatectomy for metastases from noncolorectal, nonneuroendocrine carcinoma // *An. surg.* – 2005. – № 241. – P. 269.
15. *Yoon S. S., Jarnagin W. R., Fong Y., De Matteo R. P., Barakat R. R., Blumgart L. H. et al.* Resection of recurrent ovarian or fallopian tube carcinoma involving the liver // *Gynecol. oncol.* – 2003. – № 91. – P. 383.
16. *Young R. C., Decker D. G., Wharton J. T. et al.* Staging laparotomy in early ovarian cancer // *JAMA.* – 1983. – № 250 (22). – P. 3072–3076.

Поступила 14.02.2013