

Chirurgiczne wyzwania w leczeniu chorych na raka żołądka

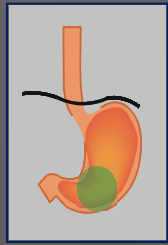
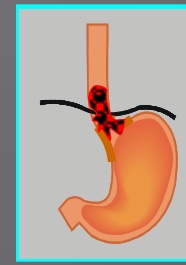
Mariusz Frączek

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej

i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala św. Anny

Rak żołądka



Dziedziczny:

mutacja genu CDH1
(16q22, koduje białko E-
kadherynę,
przebłonowe białko
adhezyjne) lub element
innych zespołów (np.
Lyncha II, Li-Fraumeni)

Sporadyczny:

(dieta, Helicobacter pylori)
Somatyczne zaburzenia
genetyczne/epigenetyczne:
mutacje genów TP53, K-
SAM, FHIT, hipermetylację
promotora p16 i wielu
innych

Chory z rozpoznanym rakiem żołądka

Laparoskopia

Tomografia komputerowa

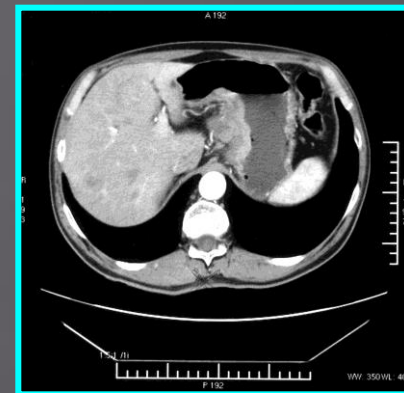
PET

EUS



Zaawansowanie i stan ogólny chorego

Wybór metody leczenia



< T 3/4 lub T0 N +

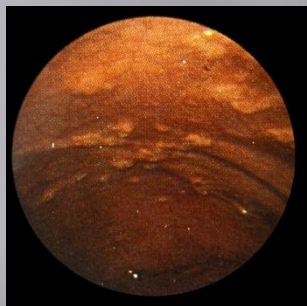
> T3/4 N+ M0/1



terapia okołoperacyjna
OPERACJA



Chemioterapia
(operacja paliatywna)



Rak żołądka

Wytyczne NCCN (wersja 2.2012)

Konieczne elementy diagnostyki

Badanie kliniczne

Endoskopia z biopsją

TK klatki piersiowej i jamy brzusznej

PET – szczególnie przy braku dowodów o M1

EUS – z wyjątkiem zaawansowania M1

Laparoskopia (opcjonalnie)

Ekspresja receptorów HER2 (dla M1)

ustalenie
zaawansowania

Nadekspresja receptora HER - 2

- ▣ **Występuje u 25% chorych z gruczolakiem żołądka i przełyku**
- ▣ **Humanizowane przeciwciało monoklonalne Trastuzumab – antagonistą receptora HER-2**
- ▣ **Trastuzumab skojarzony z chemioterapią jest terapią pierwszego rzutu u chorych z zaawansowanym, HER2+ rakiem żołądkowo-przełykowym.**

Ocena zaawansowana raka żołądka

Cecha T (UICC/AJCC 2010)

- **Tis** – rak przedinwazyjny (carcinoma in situ); śródnabłonkowy – nie naciekający blaszki właściwej błony śluzowej
- **T1a** – nacieka blaszkę właściwą lub blaszkę mięśniową błony śluzowej
- **T1b** – nacieka warstwę podśluzową

Ocena zaawansowania raka żołądka

Cecha T (UICC/AJCC 2010)

- T2 – guz nacieka warstwę mięśniową
- T3 – guz nacieka tkankę łączną znajdującą się pod warstwą surowiczą, ale nie nacieka otrzewnej trzewnej ani otaczających struktur
- T4 – guz nacieka otrzewną trzewną lub sąsiadujące struktury
- T4a – guz nacieka otrzewną trzewną
- T4b – guz nacieka sąsiadujące struktury

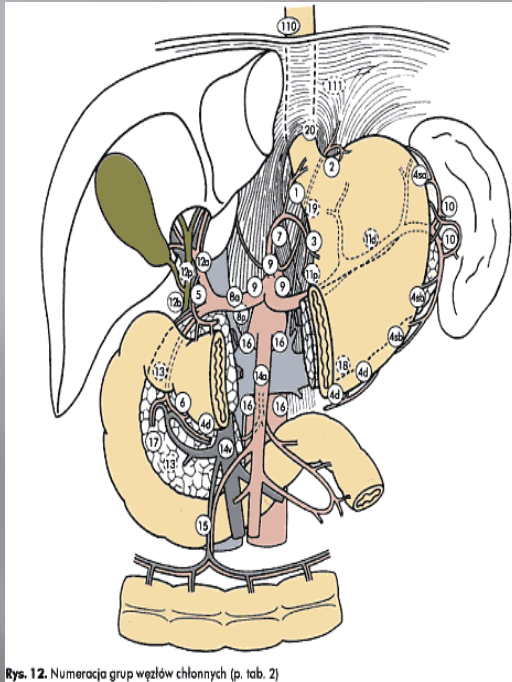
Ocena zaawansowana raka żołądka

Cecha M (UICC/AJCC 2010)

- **Stwierdzenie komórek nowotworowych w preparatach cytologicznych pochodzących z nakłucia jamy otrzewnej (w przypadku wodobrzusza) klasyfikuje się jako cechę M1.**

Ocena zaawansowana raka żołądka

Cecha N (UICC/AJCC 2010)



N0	Brak przerzutów do węzłów
N1	1-2 węzłów zajętych
N2	3-6 węzłów zajętych
N3	Więcej niż 7 węzłów zajętych
N3a	Obecne są przerzuty w 7 - 15 regionalnych węzłach chłonnych
N3b	Obecne są przerzuty w ≥ 16 regionalnych węzłach chłonnych

Dla wiarygodnej oceny usunąć minimum 15 węzłów (jak klasyfikować N3b ?)

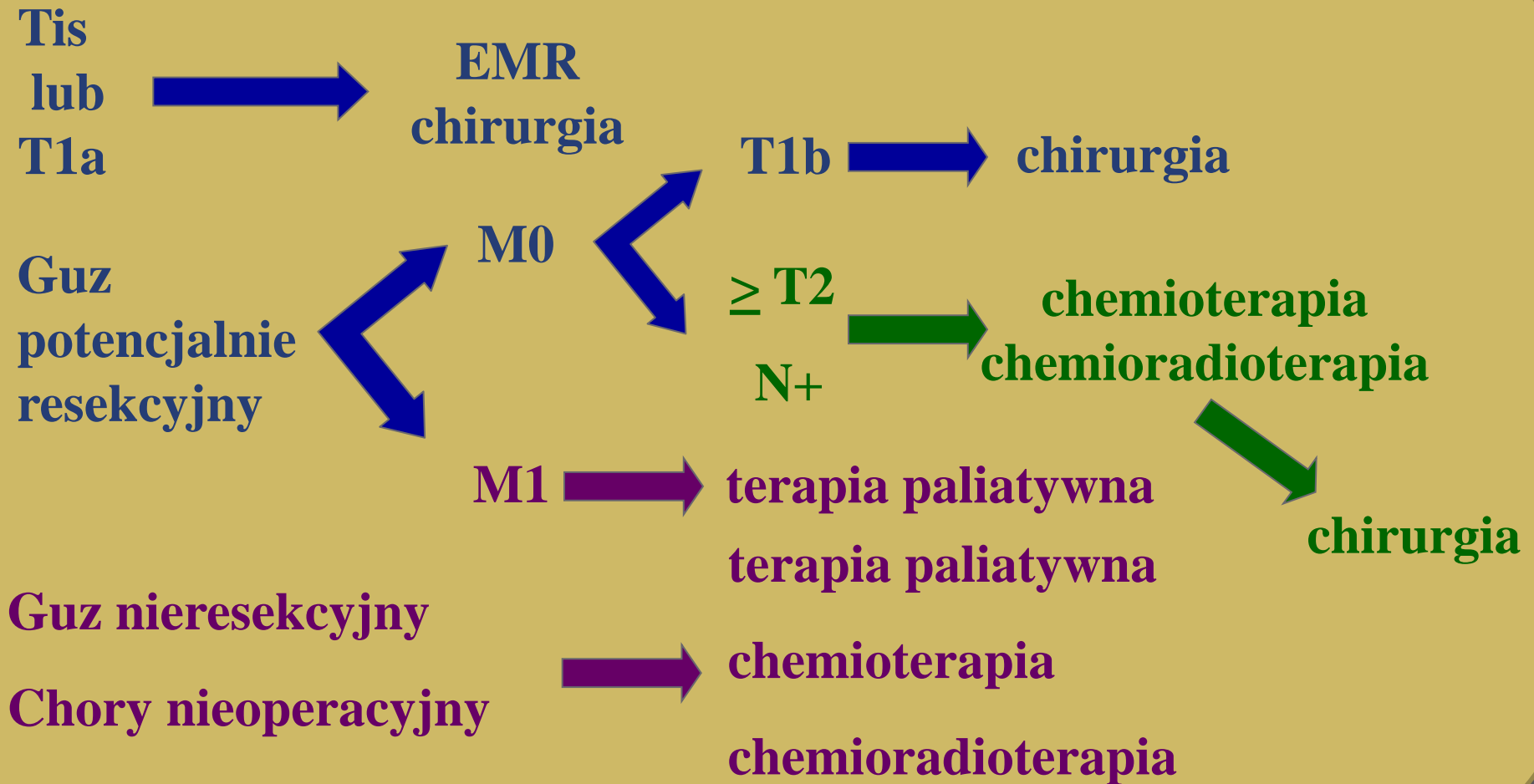
KTÓRE GRUPY WĘZŁÓW WYCINAMY ?

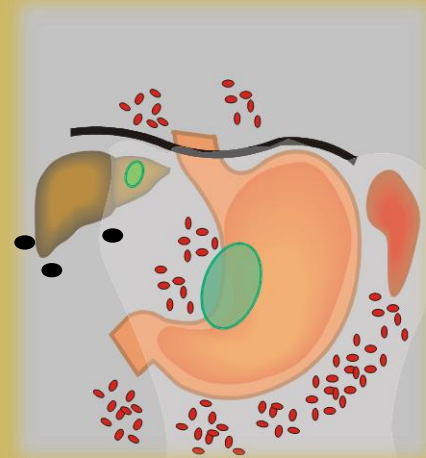
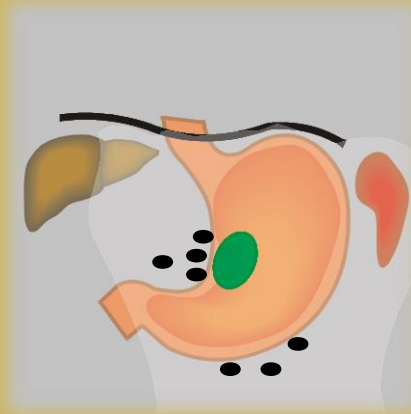
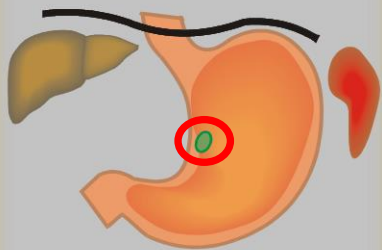
Strategie w leczeniu chorych na raka żołądka

- ❖ Indywidualizacja leczenia w zależności od czynników predykcyjnych
- ❖ Dostosowanie zakresu resekcji do zaawansowania choroby i stanu chorego
- ❖ Leczenie chirurgiczne zintegrowane z okołoperacyjnym leczeniem wspomagającym (przed-, śród- i pooperacyjnym)

Rak żołądka

Wytyczne NCCN (wersja 2.2012)





**Zaawansowanie
miejscowe
EMR/ESD - (T1m,
T1sm ?)**

Japonia, Korea

**WYCIĘCIE
RADYKALNE**

endoskopista/chirurg

**Zaaawansowanie
regionalne**

Mikroprzerzuty ?

**CHIRURGIA
RADYKALNA
/PALIATYWNA**

**Uogólnienie choroby
Leczenie systemowe,**

**CHIRURGIA
PALIATYWNA
(metody nieresekcyjne)**



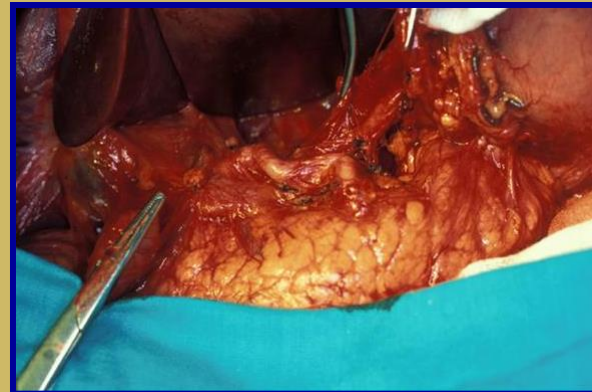
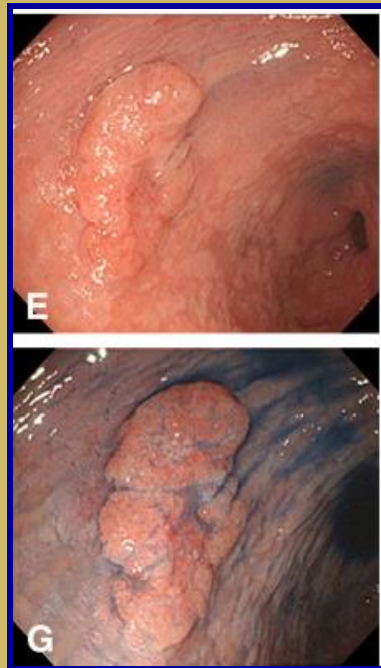
Zaawansowanie miejscowe, regionalne

Resekcja z intencją wyleczenia



EMR/ESD - (T1m, T1sm ?)

Zasięg resekcji ?



Niespecyficzne objawy u 30-40%
Precyzyjne określenie zaawansowania

Rak żołądka – resekcja z intencją wyleczenia, ale :

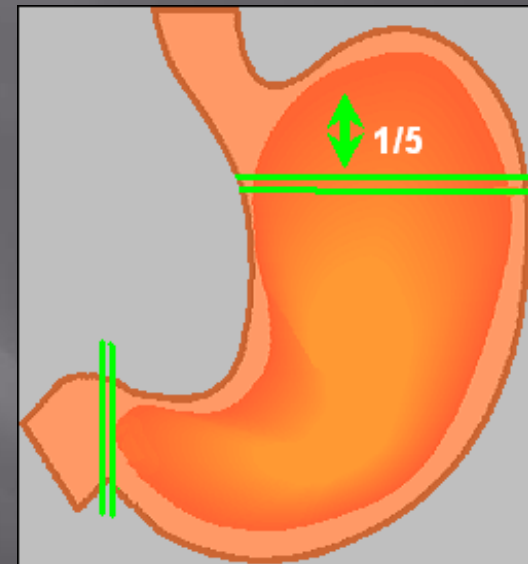
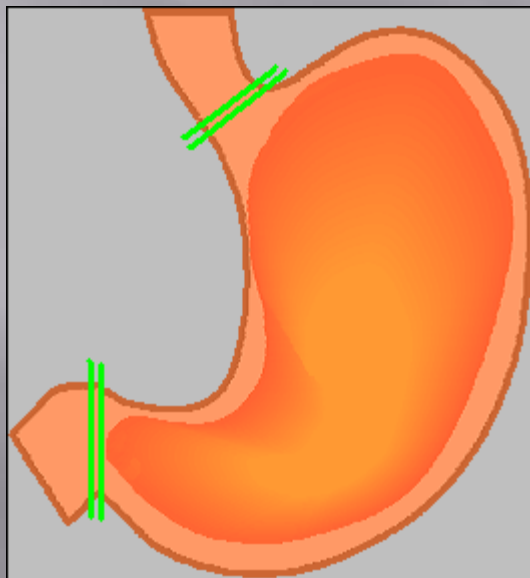
- ▣ *Kontrowersje tradycyjne*
 - Zasięg resekcji
 - Zasięg wycięcia węzłów chłonnych

- ▣ *Chirurgia małoinwazyjna*
 - leczenie metodami endoskopowymi
 - resekcje laparoskopowe
 - węzły wartownicze

- ▣ *Chirurgia jako element leczenia wielospecjalistycznego*

Zasięg resekcji u chorych na zaawansowanego raka żołądka

ZAKRES RESEKCJI ?



Resekcje subtotalne – 4/5 żołądka

Według zdecydowanej większości autorów nie ma dowodów, że wyniki leczenia po wycięciach totalnych są lepsze niż po subtotalnych – jeśli resekcje subtotalne są radykalne

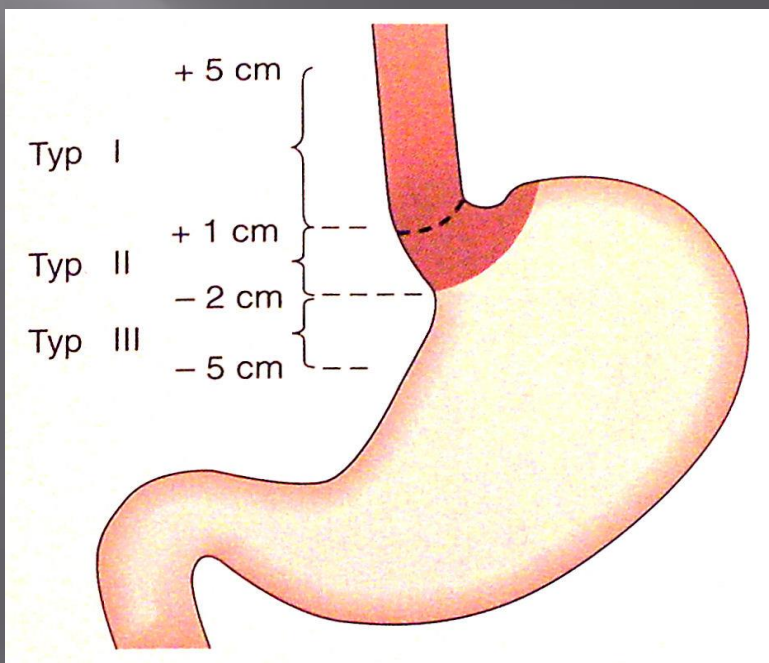
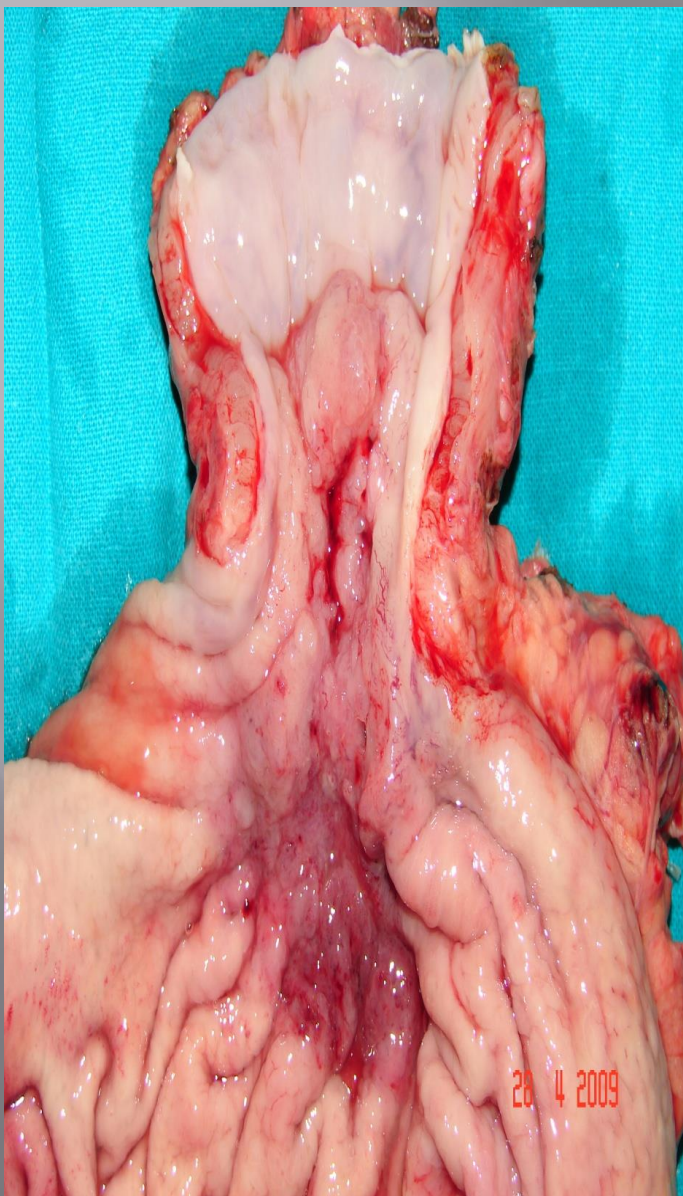
Zasięg klasycznej resekcji w raku żołądka

	Rekomendacje
Subtotalna gastrektomia z 5 cm marginesem tkanek zdrowych	Bozzetti F., Ann Surg 1999, 230:170-178
Nie ma potrzeby wykonywania profilaktycznej splenektomii nawet w raku wpustu	Csedes A., Surgery 2002, 131; 401-407 Yu W., Br J Surg 2006, 93; 559-563

wzrastająca częstość
rozpoznań

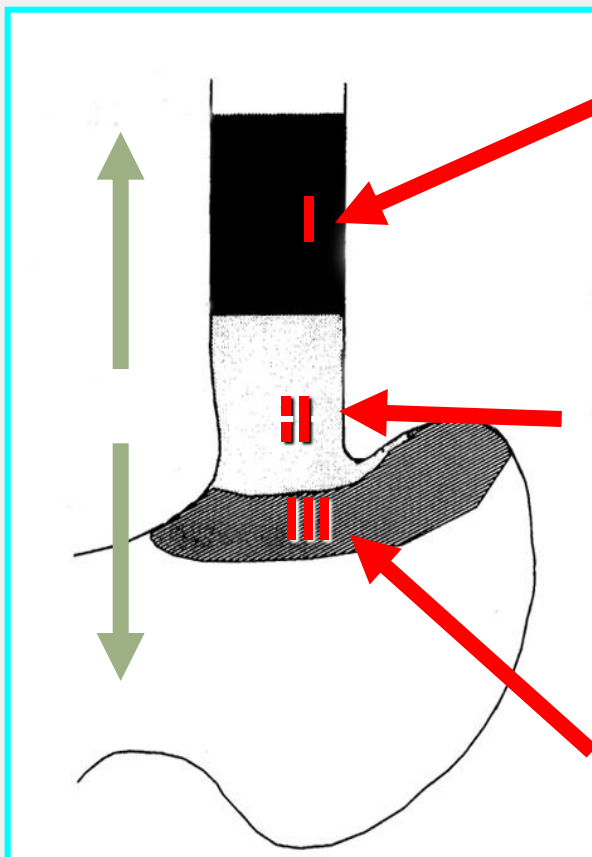
RAK WPUSTU - TAKTYKA CHIRURGICZNA

GRUCZOLAKORAK obejmujący
połączenie przelykowo żołądkowe,
niezależnie od umiejscowienia głównej
masy guza





Klasyfikacja topograficzna wg. Siewerta



**TYP I - gruczolakorak dolnego odcinka
przełyku naciekający wpust**

(EZOFAGEKTOMIA +)



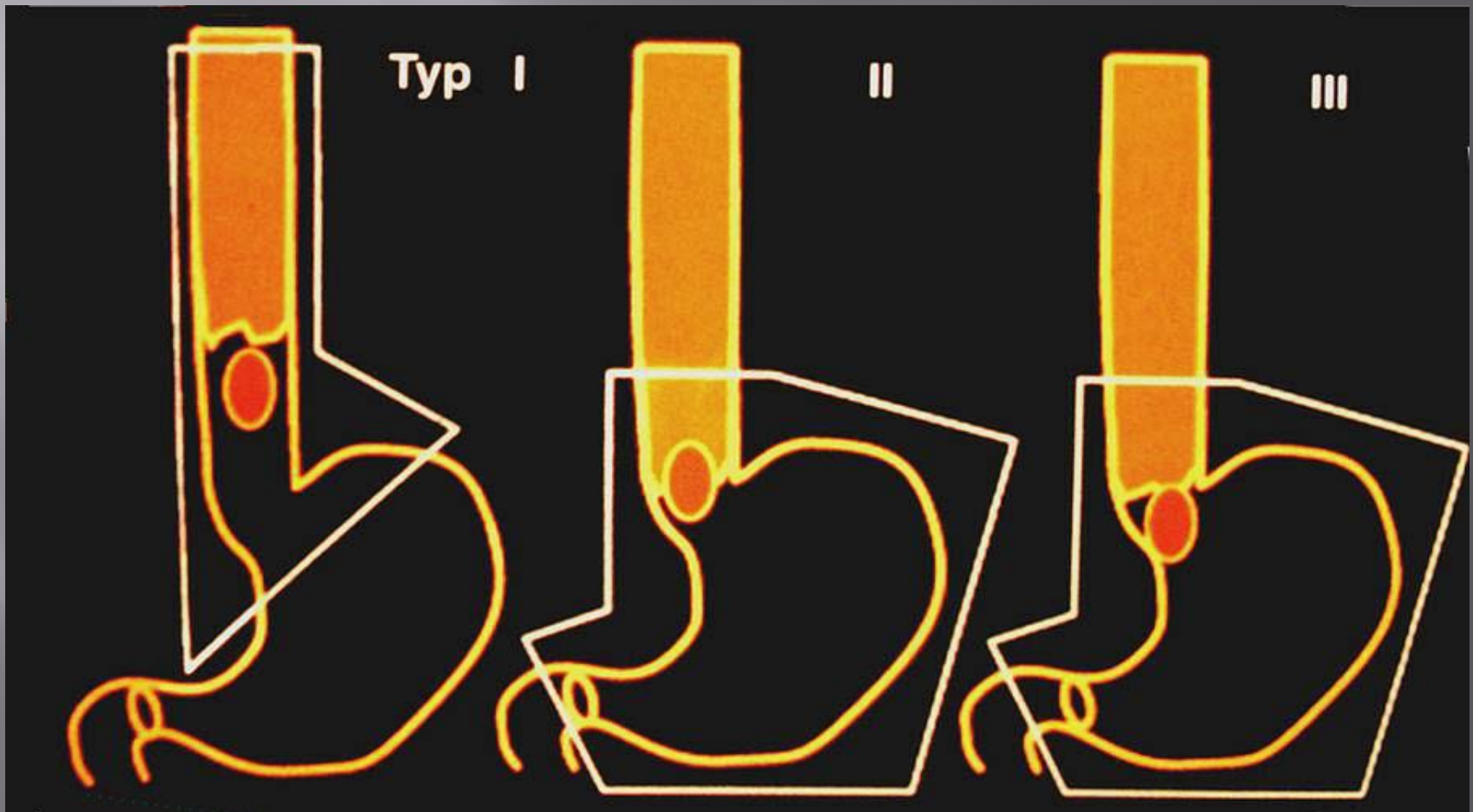
TYP II - prawdziwy rak wpustu
- gruczolakorak wywodzący się
z połączenia przełykowo-żołądkowego

**(EZOFAGEKTOMIA
+ GASTREKTOMIA)**



**TYP III - gruczolakorak bliższego odcinka
żołądka naciekający wpust**
(GASTREKTOMIA +)

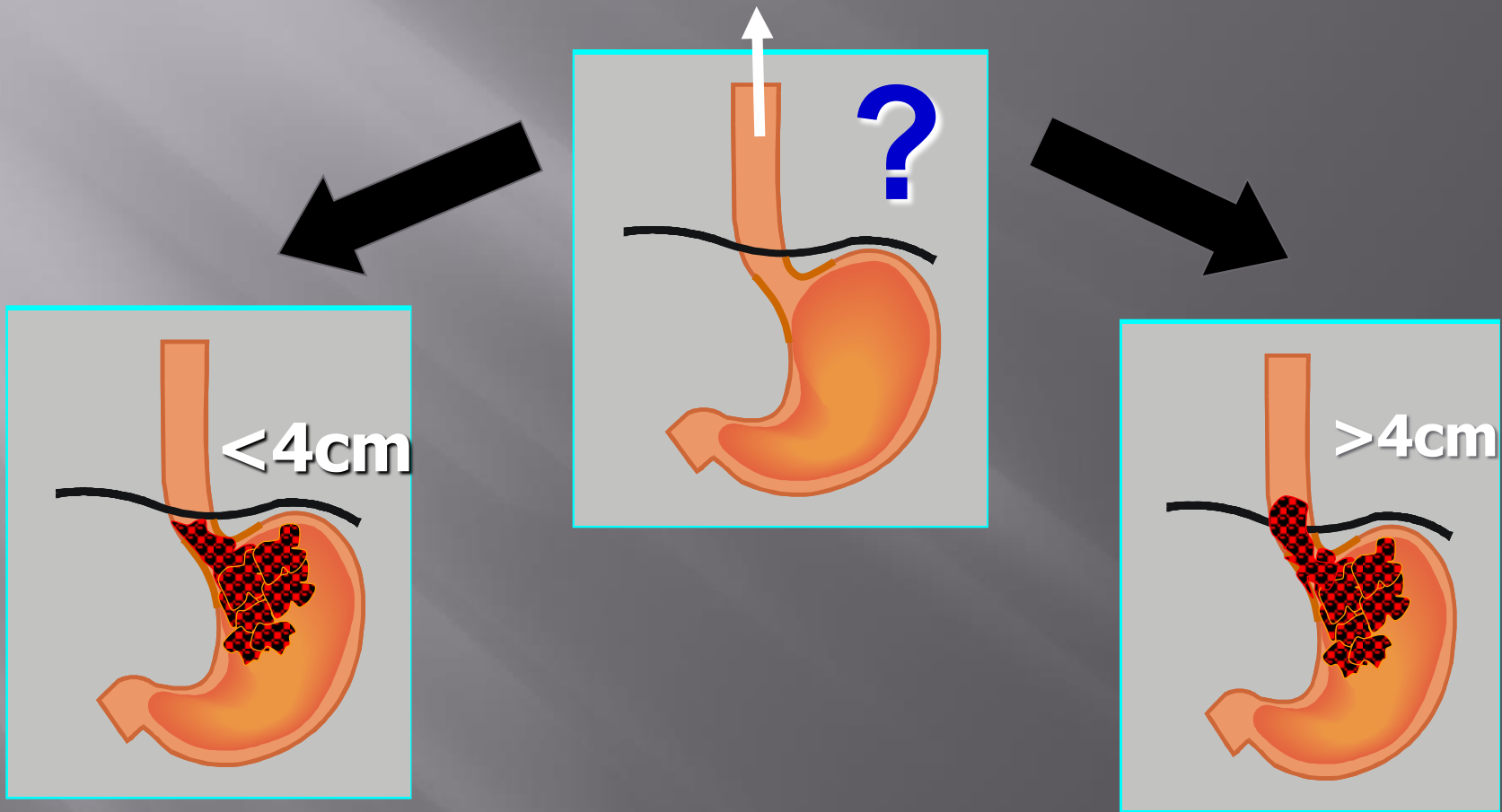
Sugerowany zasięg resekcji w zależności od typu guza



Guz połączenia p-ż o zaawansowaniu loko- regionalnym - aktualne wskazania typ II i III

- ▣ **gastrektomia / resekcja bliższa**
- ▣ **przezrozworowe wycięcie dolnego
odcinka przełyku**
- ▣ **Limfadenektomia D2 (tylne, dolne śródpiersie)**
- ▣ **Rekonstrukcja na pętli Roux-Y
z zespoleniem koniec do boku w dolnym
śródpiersiu**

Zasięg wycięcia chirurgicznego – rak wpustu



Laparotomia

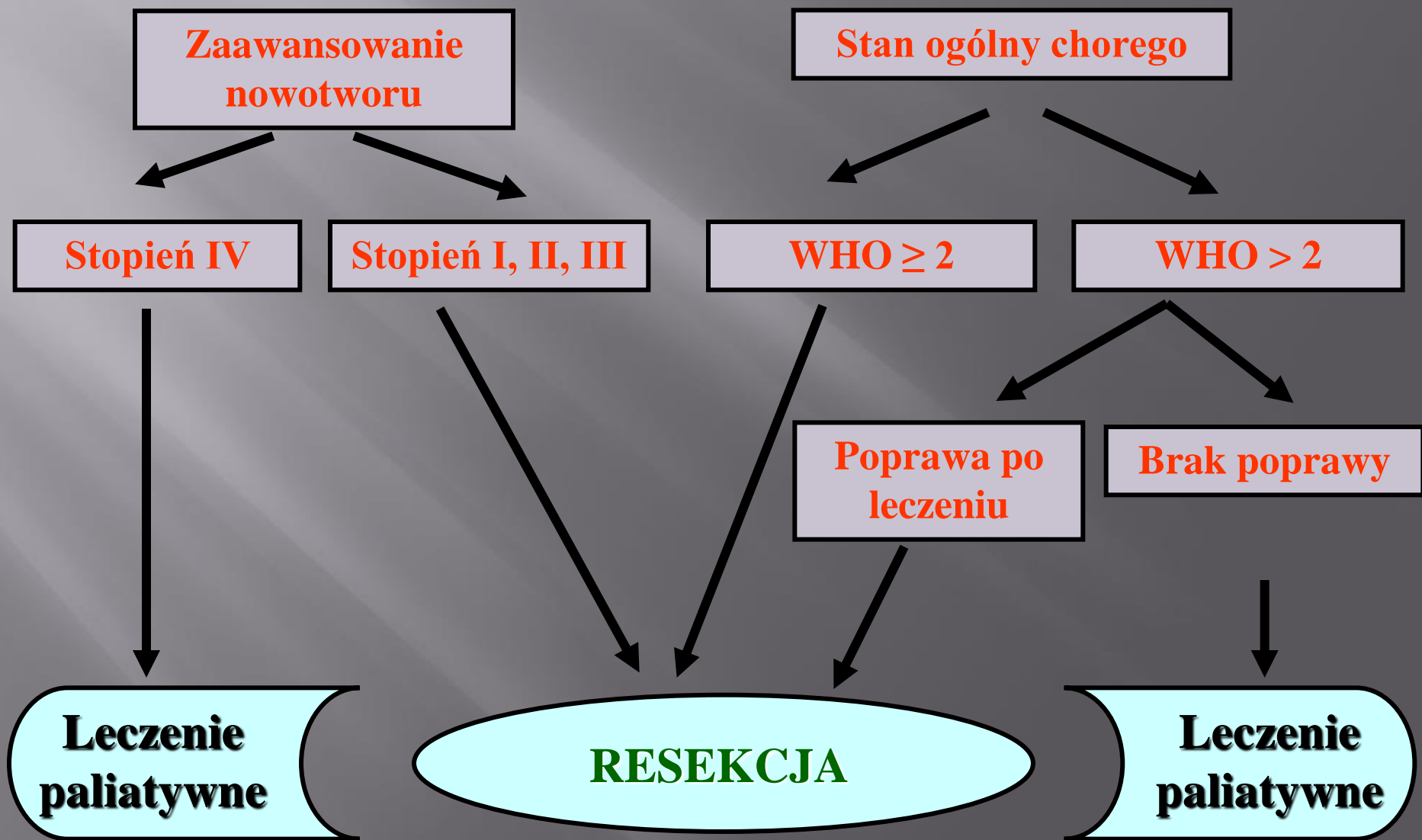
prawostronna torakotomia

1. Ostateczna decyzja - śródoperacyjnie

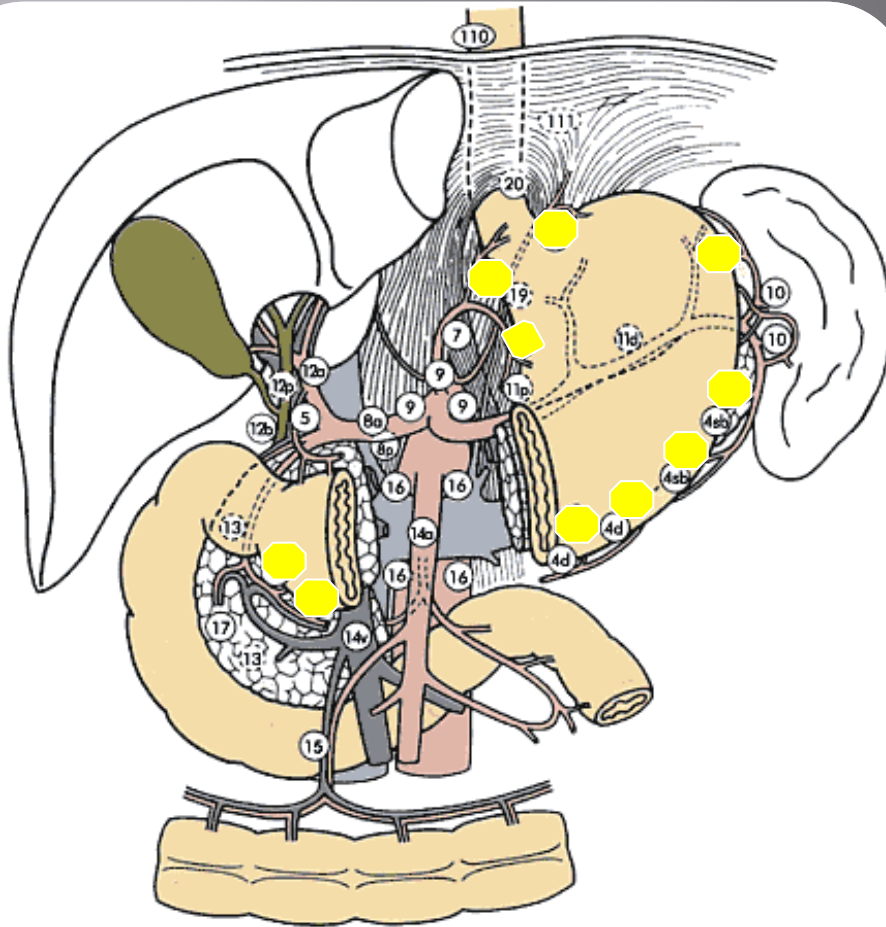
2. Typ II i III traktowany łącznie ze względu na zaawansowanie



Chirurgiczne leczenie nowotworów wpustu

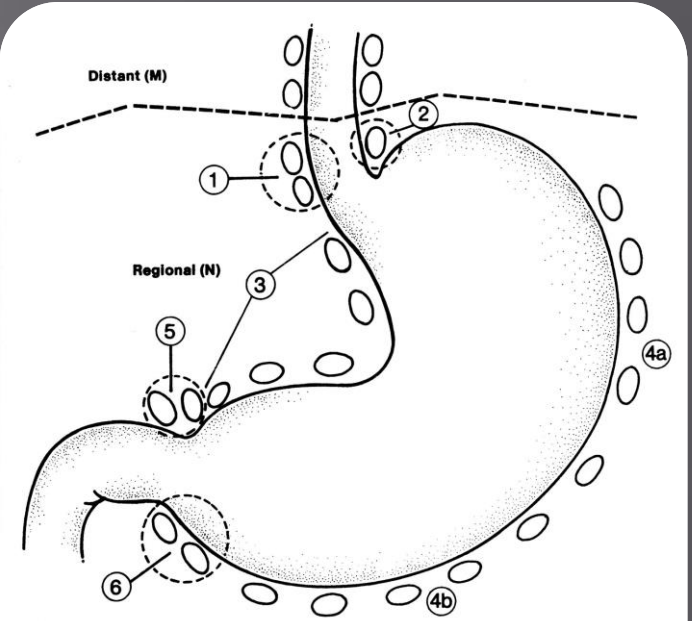


ZAKRES WYCIĘCIA WĘZŁÓW CHŁONNYCH ?



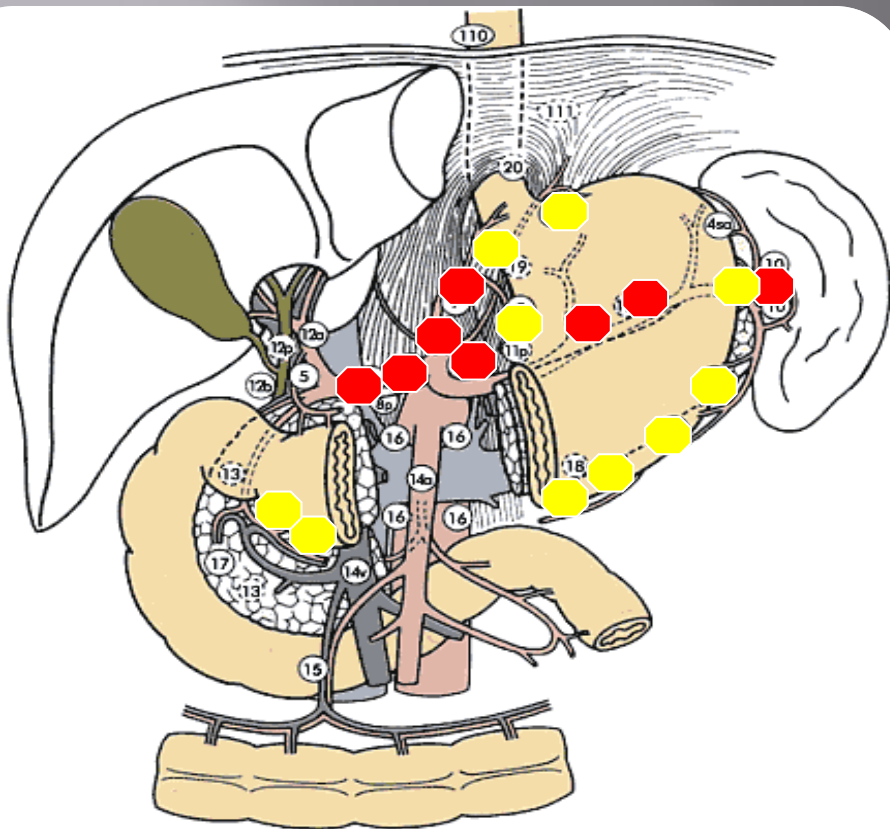
12. Numeracja grup węzłów chłonnych (p. tab. 2)

13. Numeracja grup węzłów chłonnych (p. tab. 2)

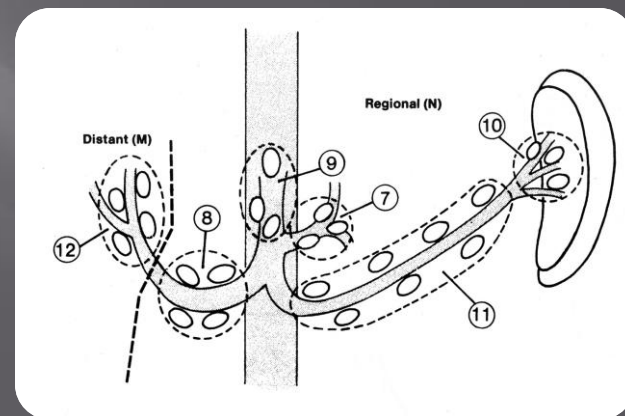


Definitions of T, N, and M

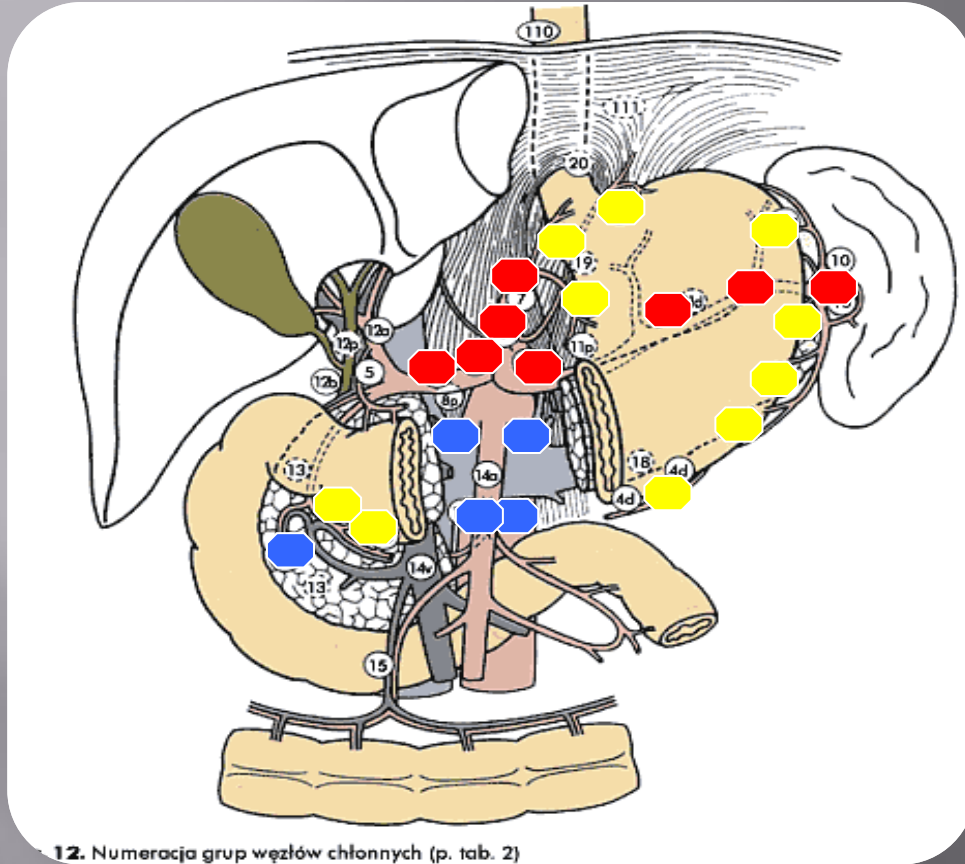
ZAKRES WYCIĘCIA WĘZŁÓW CHŁONNYCH ?



12. Numeracja grup węzłów chłonnych (p. tab. 2)
13. Μητρώο διακρίσεων ομάδων (p. 3)

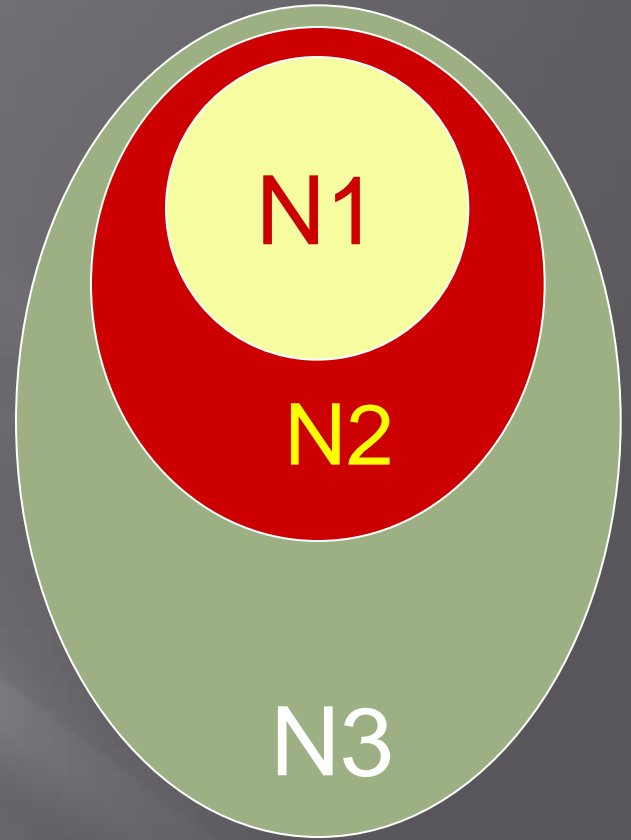


ZAKRES WYCIĘCIA WĘZŁÓW CHŁONNYCH ?

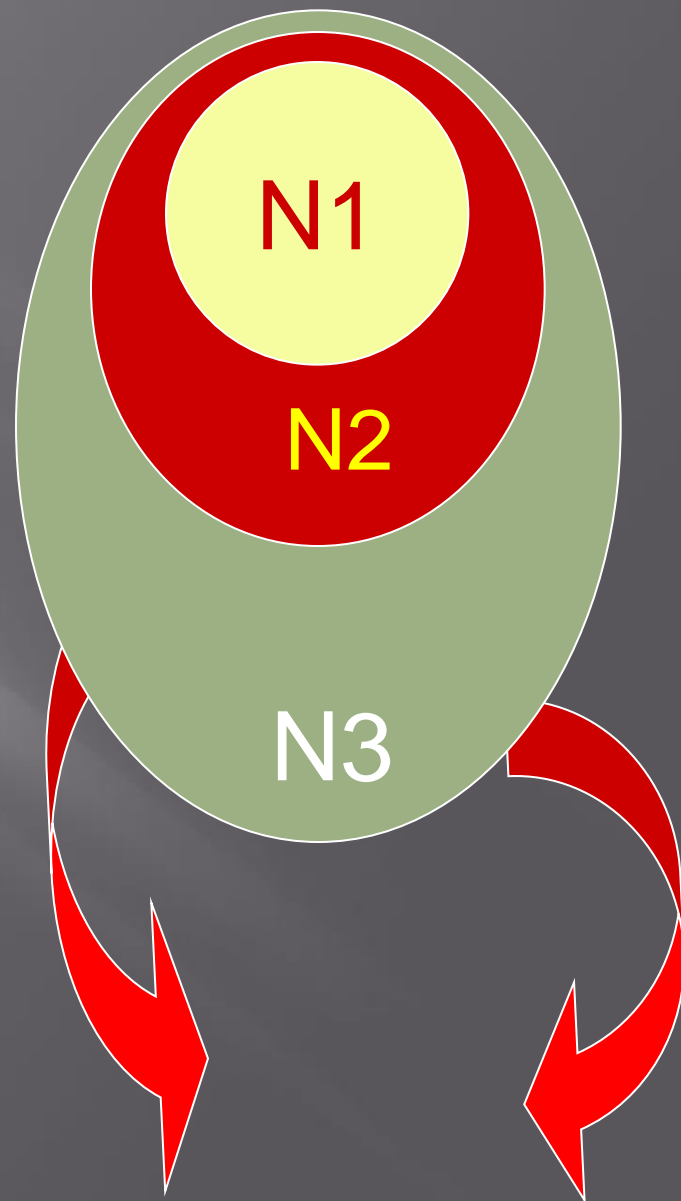
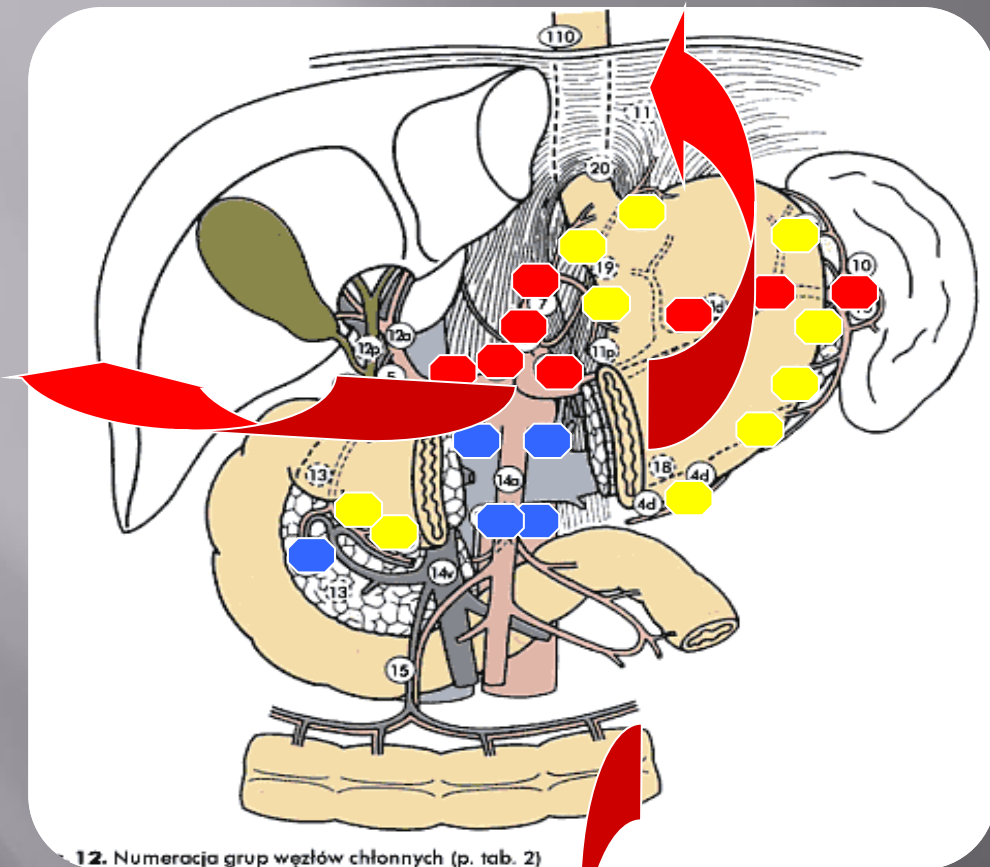


12. Numeracja grup węzłów chłonnych (p. tab. 2)

13. Μηλωνιαία διηβ μέστων εμιοσλην (b' iap' 3)



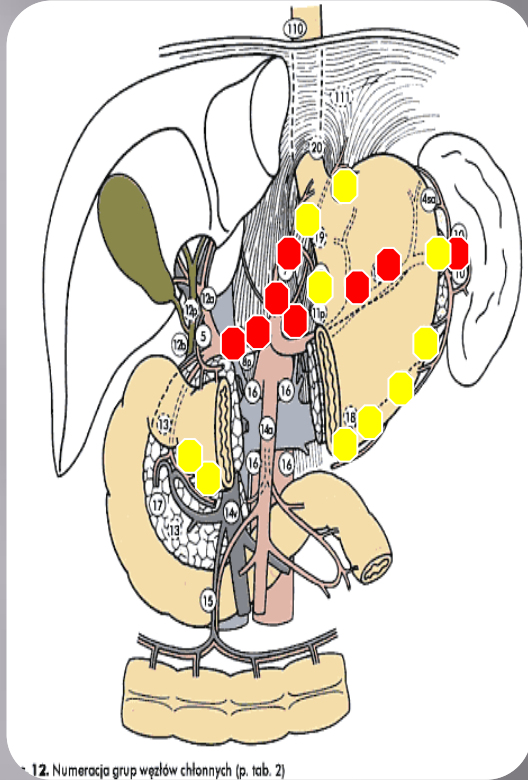
ZAKRES WYCIĘCIA WĘZŁÓW CHŁONNYCH ?



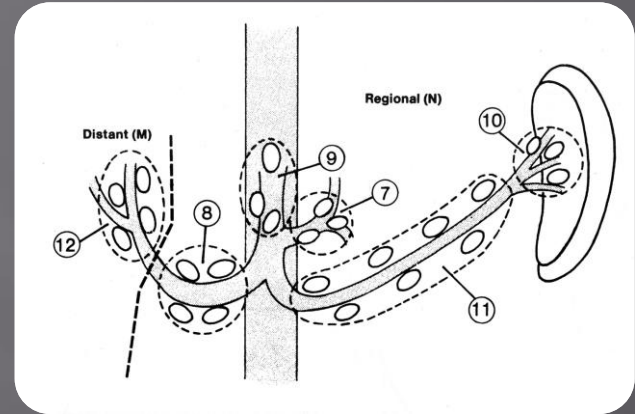
UOGÓLNIENIE CHOROBY

Zasięg limfadenektomii w raku żołądka

	Rekomendacje
Dyssekcja D2 wraz ze spleno-pankreatektomią skutkuje wzrostem powikłań i śmiertelności okołoperacyjnej; nie poprawia wyników odległych	<i>Cuschieri A., Br J Cancer 1999;79: 1522-1530</i> <i>Bonenkamp JJ., N Engl J Med. 1999, 340: 908-914</i>
Dyssekcja D2 z zaoszczędzeniem śledziony nieco zwiększa przeżycie; nie wpływa znacząco na powikłania pooperacyjne	<i>Wu CW., Lancet Oncol 2006;7:309-315</i>
Dyssekcja D2 wraz z węzłami okołoaortalnymi nie poprawia wyników leczenia	<i>Sasako M., N Engl J Med. 2008, 359: 453-462</i>

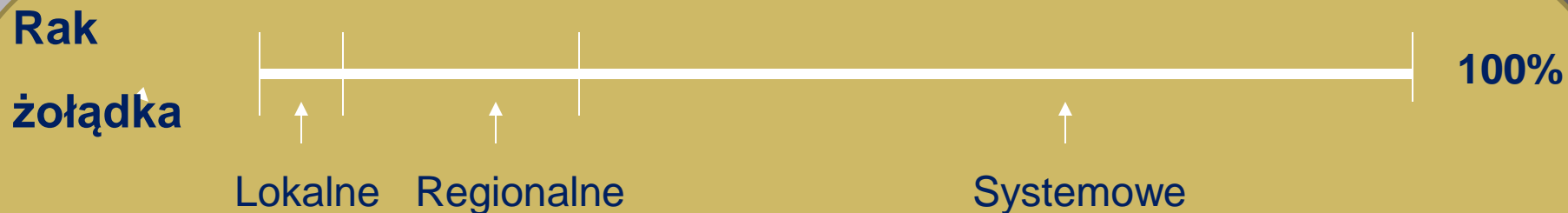


12. Numeracja grup węzłów chłonnych (p. tab. 2)



AKTUALNE ZASADY:

- ✓ Zakres limfadenektomii do poziomu D2
- ✓ D2+ tylko w nielicznych opracowaniach poprawia wyniki leczenia (Korea, Japonia)



Selekcja chorych do poszerzonej limfadenektomii !

Na obecnym etapie – brak pełnej oceny przedoperacyjnej



Overtreatment rather than undertreatment

**Program Maruyamy dla oceny ryzyka zmian węzłowych
(wiek, płeć, klasyfikacja Bormann'a, głębokość
naciekania, średnica zmiany, umiejscowienie,
klasyfikacja WHO)**

Chirurgia małoinwazyjna w leczeniu chorych na raka żołądka

- ▣ Leczenie endoskopowe: (EMR) - endoskopic mucosal resection (ESD) - endoskopic submucosal dissection
- ▣ Resekcje laparoskopowe
- ▣ Badanie węzłów wartowniczych

Diagnostyka i leczenie endoskopowe raka żołądka

DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA

- ▣ CHROMOENDOSKOPIA
- ▣ OBRAZOWANIE WĄSKĄ
WIAZKĄ (NBI)
- ▣ LASEROWA
ENDOSMIKROSKOPIA
WSPÓŁGNISKOWA
- ▣ AUTOFLUORESCENCJA (AFI)
- ▣ SPEKTROSKOPIA
ELASTYCZNEGO
ROZPRASZANIA

LECZENIE ENDOSKOPOWE

- ▣ LECZENIE RAKA
WCZESNEGO

Diagnostyka endoskopowa

CHROMOENDOSKOPIA

- ▣ **INDYGOKARMIN**
- ▣ **KWAS OCTOWY**

- ▣ **BŁĘKIT METYLENOWY**
- ▣ **CZERWIEN KONGO**
- ▣ **CZERWIEN FENOLOWA**



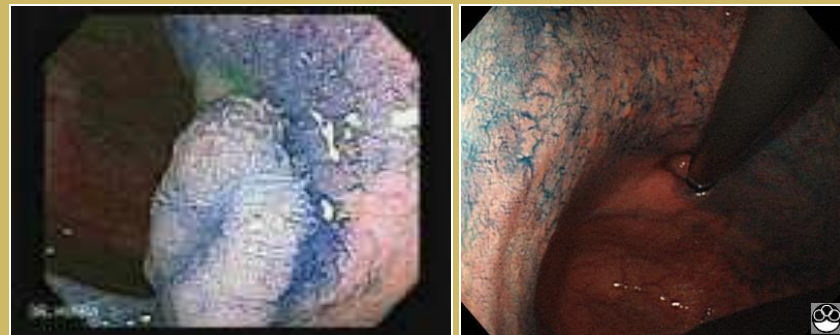
**ZASTOSOWANIE: OCENA ROZLEGŁOŚCI PRZED
USUNIĘCIEM ENDOSKOPOWYM**

Diagnostyka endoskopowa

CHROMOENDOSKOPIA

- ▣ **TANIA**
- ▣ **BEZPIECZNA**
- ▣ **ŁATWA**

- ▣ **CZASOCHŁONNA**
- ▣ **NIEWYGODNA**

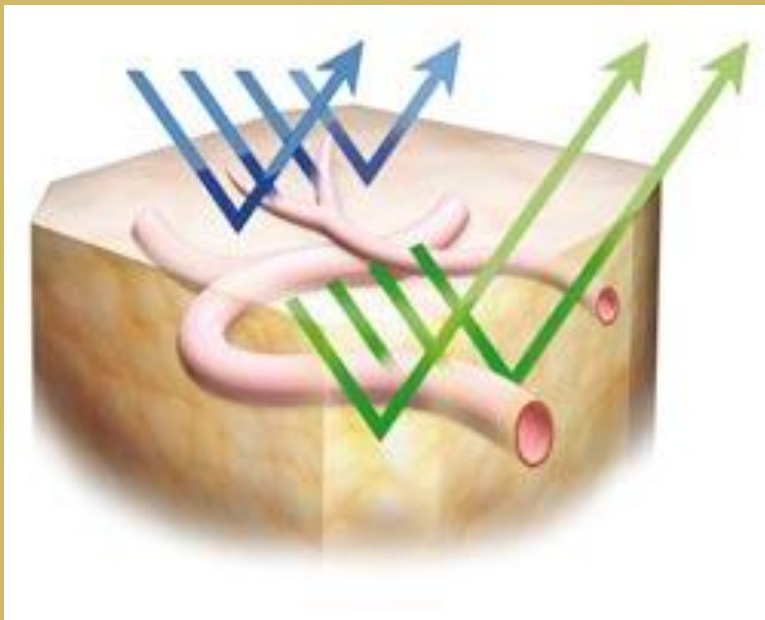


Diagnostyka endoskopowa

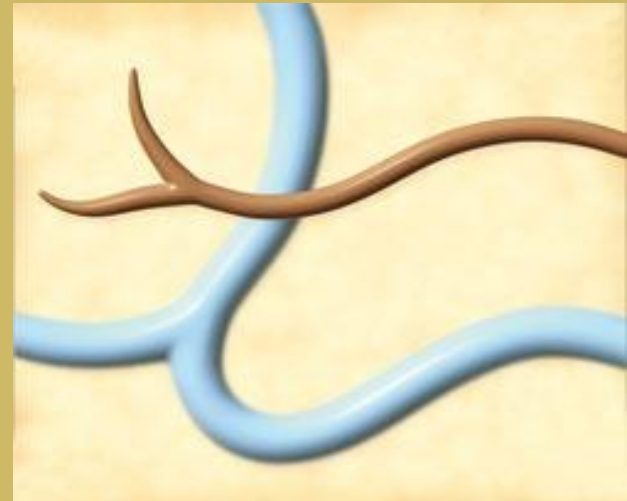
CNBI - OBRAZOWANIE WĄSKĄ WIAZKĄ

415 nm

540 nm



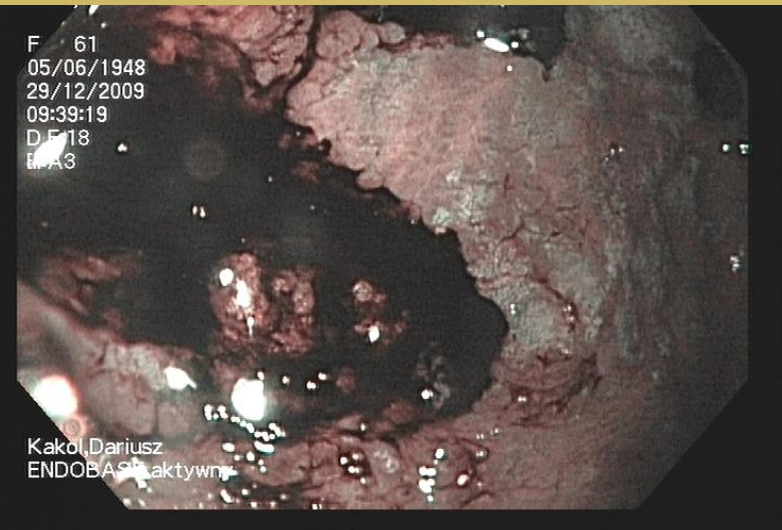
- ▣ 415 nm – KAPILARY
(BRUNATNE)
- ▣ 540 nm – DUŻE
NACZYNIA
(NIEBIESKIE)



1 PRZYCISK W ENDOSKOPIE !

Diagnostyka endoskopowa

CNBI - OBRAZOWANIE WĄSKĄ WIĄZKĄ



ZASTOSOWANIE:

- ▣ OCENA ROZLEGŁOŚCI PRZED USUNIĘCIEM ENDOSKOPOWYM
- ▣ WSTĘPNA OCENA TYPU ZMIAN
– TAKŻE ROZRÓŻNIENIE RAK JELITOWY / ROZLANY

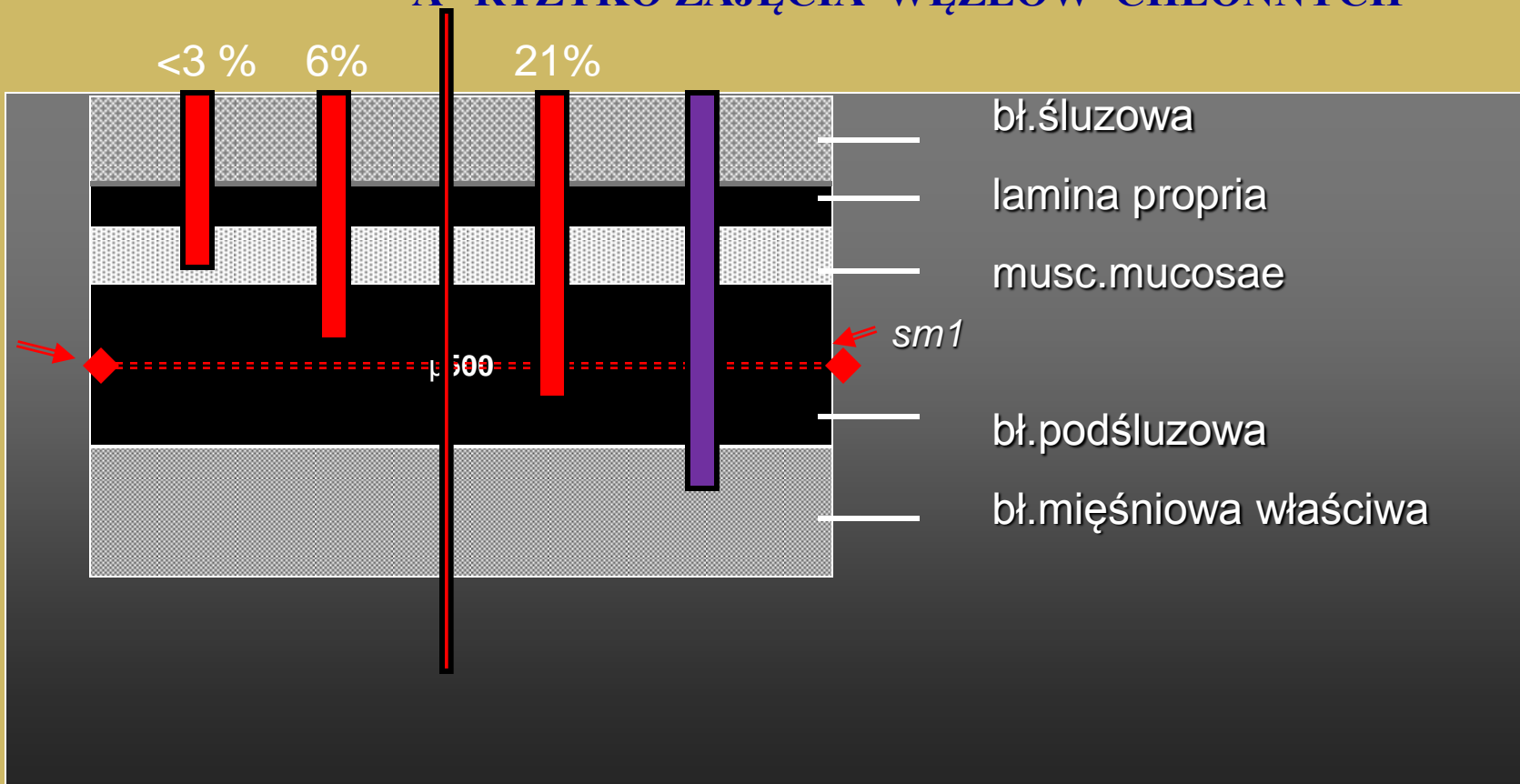
Leczenie endoskopowe wczesnego raka żołądka

WCZESNY RAK ŻOŁĄDKA

- OGRANICZONY DO BŁONY ŚLUZOWEJ I PODŚLUZOWEJ
- WEZŁY CHŁONNE (-) lub (+)

Leczenie endoskopowe wczesnego raka żołądka

GLEOKOŚĆ NACIEKANIA BŁONY PODŚLUZOWEJ A RYZYKO ZAJĘCIA WĘZŁÓW CHŁONNYCH



Leczenie endoskopowe wczesnego raka żołądka

WSKAZANIA DO TERAPII ENDOSKOPOWEJ

	BŁONA ŚLUZOWA				BŁONA PODŚLUZOWA	
	BEZ OWRZODZENIA		Z OWRZODZENIEM		SM1	SM2
	<20	>20	<30	>30	<30	KAŻDY
JELITOWY	ENDO	ENDO	ENDO	CHIR	ENDO	CHIR
ROZLANY	ENDO/ CHIR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR

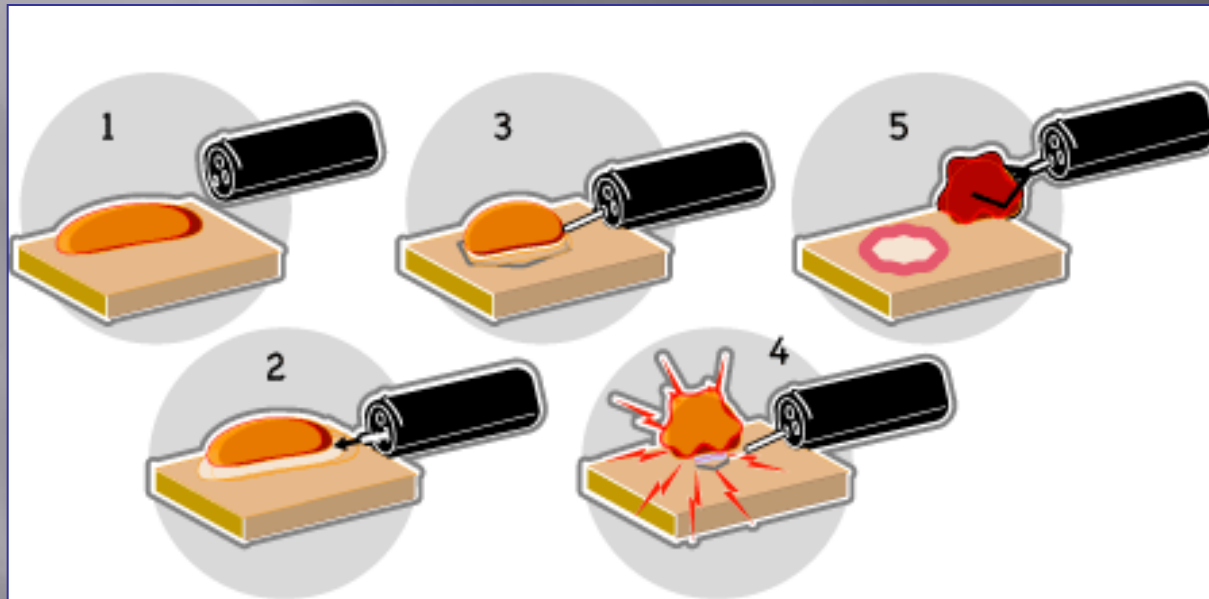
Leczenie endoskopowe wczesnego raka żołądka

ZABIEGI ENDOSKOPOWE

- ▣ **EMR** *Endoscopic Mucosal Resection*
**ENDOSKOPOWA RESEKCJA
ŚLIZÓWKOWA (MUKOZEKTOMIA)**
- ▣ **ESD** *Endoscopic Submucosal Dissection*
**ENDOSKOPOWA DYSSEKCJA
PODŚLIZÓWKOWA**

Diagnostyka endoskopowa

EMR – MUKOZEKTOMIA ENDOSKOPOWA



Diagnostyka endoskopowa

EMR – MUKOZEKTOMIA ENDOSKOPOWA

OGRANICZENIA METODY:

- WIELKOŚĆ ZMIAN 15-20 mm
- BRAK KONTROLI ZAKRESU USUNIĘCIA
- CZĘSTO ZBYT PŁYTKIE
- DOŚĆ CZĘSTO NIECAŁKOWITE

Diagnostyka endoskopowa

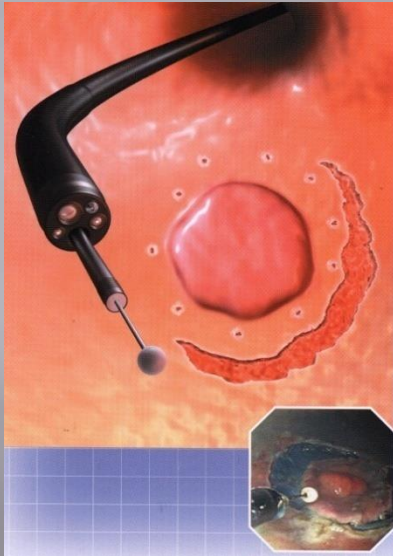
EMR – MUKOZEKTOMIA ENDOSKOPOWA

WSKAZANIA DO EMR

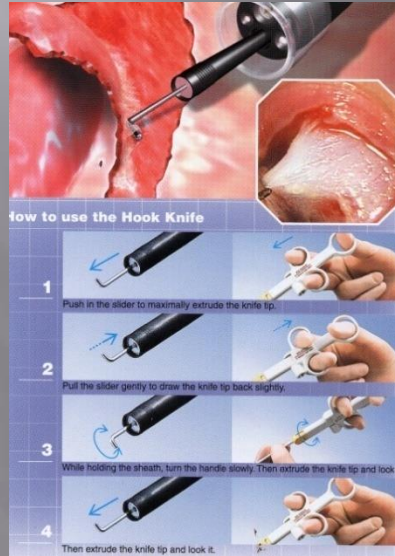
	BŁONA ŚLUZOWA				BŁONA PODŚLUZOWA	
	BEZ OWRZODZENIA		Z OWRZODZENIEM		SM1	SM2
	<20	>20	<30	>30	<30	KAŻDY
JELITOWY	EMR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR
ROZLANY	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR

Diagnostyka endoskopowa

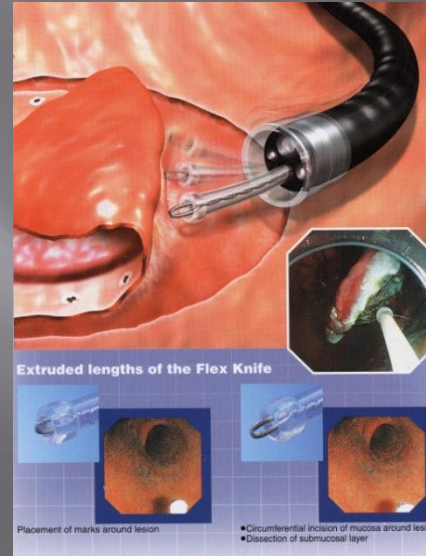
ESD – DYSEKCJA PODŚLUZÓWKOWA



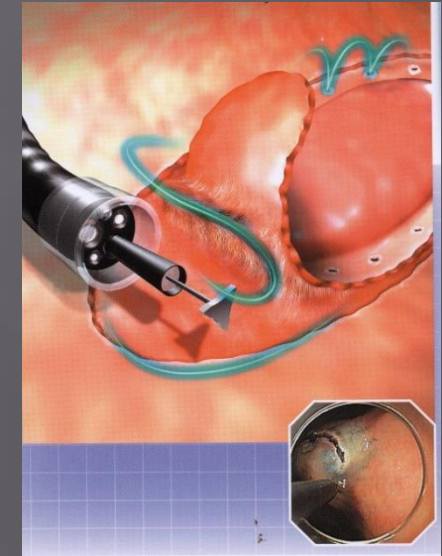
IT-knife



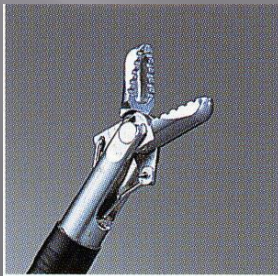
Hook-knife



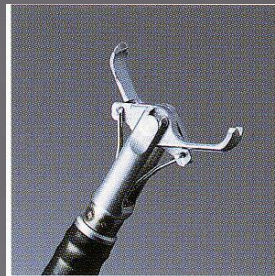
Flex-knife



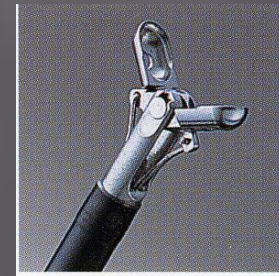
Triangle-Tip-knife



Coagrasper



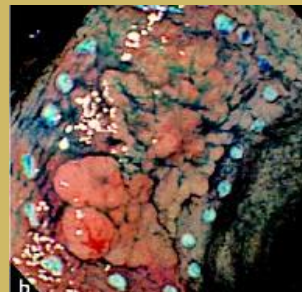
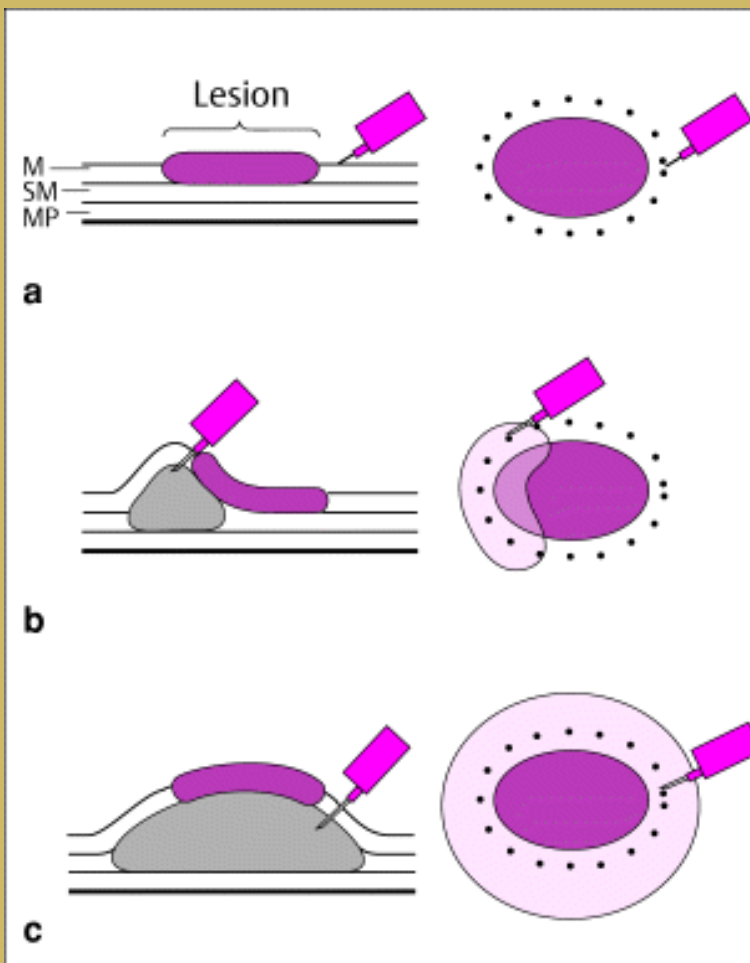
HotClaw



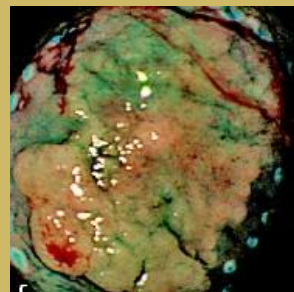
HotBite

Diagnostyka endoskopowa

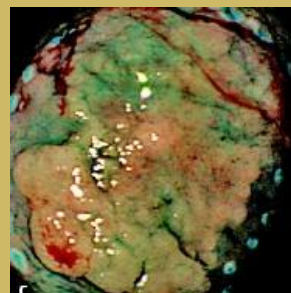
ESD – DYSEKCJA PODŚLUZÓWKOWA



OZNACZENIE
GRANIC ZMIANY



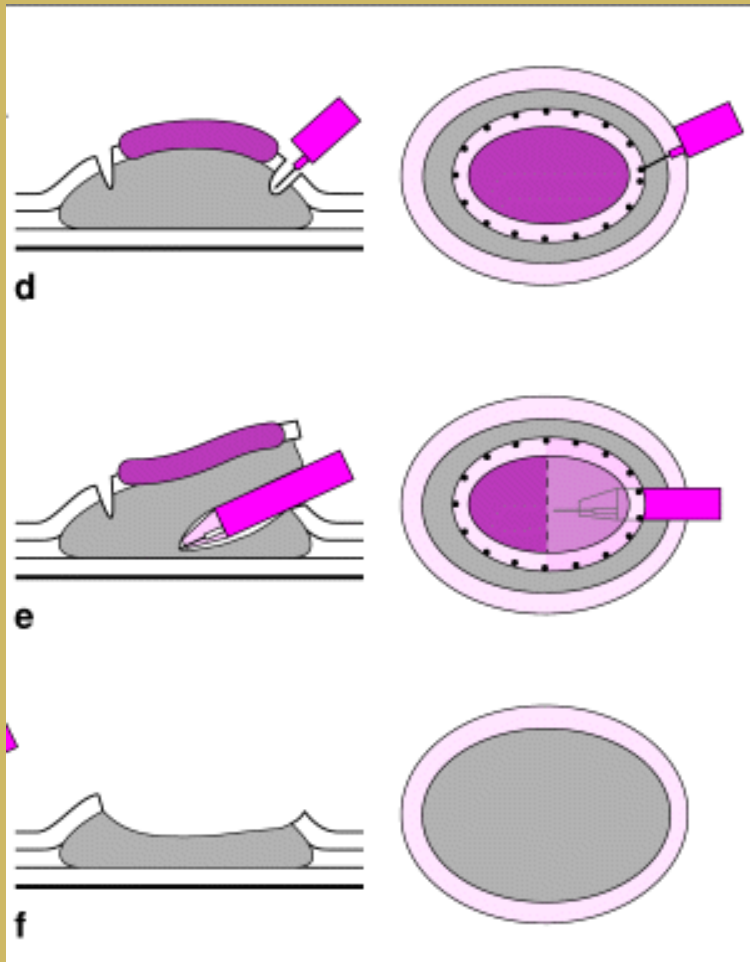
PODSTRZYKNIĘCIE



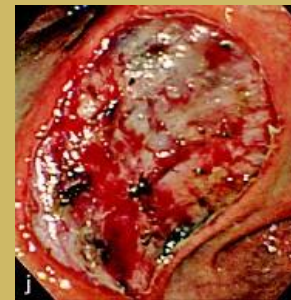
PODSTRZYKNIĘCIE

Diagnostyka endoskopowa

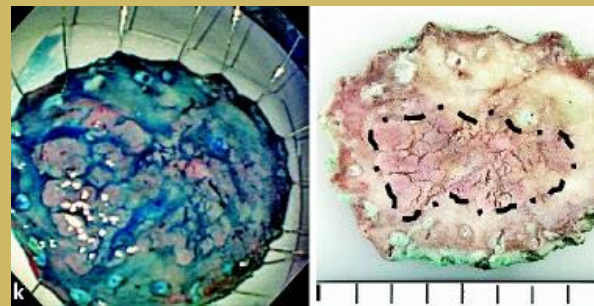
ESD – DYSEKCJA PODŚLUZÓWKOWA



**NACIĘCIE
OKRĘŻNE**



**PREPAROWANIE
W WARSTWIE
PODŚLUZOWEJ**



**ROZŁOŻENIE
PREPATATU**

Diagnostyka endoskopowa

ESD – DYSEKCJA PODŚLUZÓWKOWA

WSKAZANIA DO ESD

	BŁONA ŚLUZOWA				BŁONA PODŚLUZOWA	
	BEZ OWRZODZENIA		Z OWRZODZENIEM		SM1	SM2
	<20	>20	<30	>30	<30	KAŻDY
JELITOWY	EMR	ESD	ESD	CHIR	ESD	CHIR
ROZLANY	ESD/ CHIR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR	CHIR

Diagnostyka endoskopowa

ESD – DYSEKCJA PODŚLUZÓWKOWA

- **Czasochłonna**
- **Bardzo trudna**

	EMR	ESD
KRWAWIENIE	7%	22%
PERFORACJA	1,2%	3,6
USUNIĘCIE EN-BLOC	56%	93%

Diagnostyka endoskopowa

ESD – DYSEKCJA PODŚLUZÓWKOWA



JAPONIA



EUROPA



- ▣ **RAK WCZESNY 50%**
- ▣ **SREENING**
- ▣ **DOŚWIADCZENIE W ESD**

ESD:

- 1. RAK ŻOŁĄDKA**
- 2. JELITO GRUBE**
- 3. PRZEŁYK BARRETTA**

- ▣ **RAK WCZESNY 5-10%**
- ▣ **BRAK SCRENINGU**
- ▣ **MAŁE DOŚWIADCZENIE W ESD**

ESD:

- 1. PRZEŁYK BARRETTA**
- 2. JELITO GRUBE**
- 3. RAK ŻOŁĄDKA**

Kroki milowe w chirurgii raka żołądka

1882 rok



**Pierwsza
resekcja
żołądka z
powodu raka**

1994 rok



**Pierwsza
laparoskopowa
resekcja żołądka
z powodu raka**

2003 rok



**Pierwsza resekcja
żołądka z użyciem
systemu
robotycznego**

Resekcje laparoskopowe

- ▣ Początek lat dziewięćdziesiątych
- ▣ Rak wczesny odbwodowego odcinka żołądka
- ▣ „wyniki po gastrektomii laparoskopowej, laparoskopii hand-assisted, laparoskopii robot-assisted są porównywalne do wyników po otwartych operacjach. Jednocześnie szybszy powrót funkcji układu pokarmowego, szybszy powrót do zdrowia”

Fujiwara M, Kodera Y Surg Endosc 2003,196: 75-81

Tanimura S. Surg Endosc 2003, 17: 758-762

Mochiki E World J Surg 2002, 26: 1145-1149

Goh PM Surg Endosc 1999; 13: 351-357

RESEKCJE LAPAROSKOPOWE

- ❑ Wnioski z badań podkreślają dłuższy czas trwania zabiegu laparoskopowego i trudności techniczne wykonywania zabiegu wyrażające się długo „krzywą nauczania”
- ❑ **Zasady EBM – konieczność oczekiwaniami na wyniki i wnioski badań japońskich (JCOG 0912) i badań koreańskich (KLASS)**

LAPAROSKOPIA W ZAAWANSOWANYM RAKU ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO

- Identyfikacja nieuchwytnych radiologicznie zmian przerzutowych (M1)

Chory na raka o zaawansowaniu lokoregionalnym

```
graph TD; A[Chory na raka o zaawansowaniu lokoregionalnym] --> B[Leczenie neoadiuwantowe]; B --> C[Powtórny staging laparoskopowy – 7% chorych zmiany przerzutowe (M1)];
```

Leczenie neoadiuwantowe

Powtórny staging laparoskopowy – 7% chorych zmiany przerzutowe (M1)

Wskazania do wycięcia żołądka za pomocą zrobotyzowanego systemu chirurgicznego

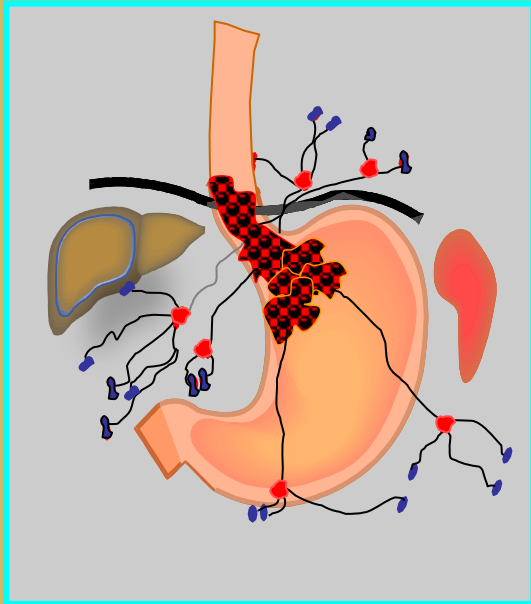
- ▣ **RG z ograniczoną limfadenektomią :
zaawansowanie IA**
- ▣ **RG z limfadenektomią D2 :
zaawansowanie IB – IIA**
- ▣ **Zmiany śluzówkowe i podśluzówkowe kwalifikowane są do endoskopowych resekcji. W przypadku przeciwwskazań : RG z ograniczoną limfadenektomią**

- ▣ Leczenie chorych na raka żołądka z użyciem sprzętu laparoskopowego (lub robota chirurgicznego) jest dopuszczalne jedynie w ośrodkach wysokospecjalistycznych, posiadających doświadczenie w zaawansowanych procedurach laparoskopowych oraz równocześnie w leczeniu chirurgicznym raka żołądka !

Węzły wartownicze (SLN) w raku żołądka i połączenia przełykowo-żołądkowego

Założenia:

1. Istnieje węzeł (węzły), który otrzymuje jako pierwszy chłonkę z guza.
2. Żadna z komórek nowotworowych nie omija węzła.



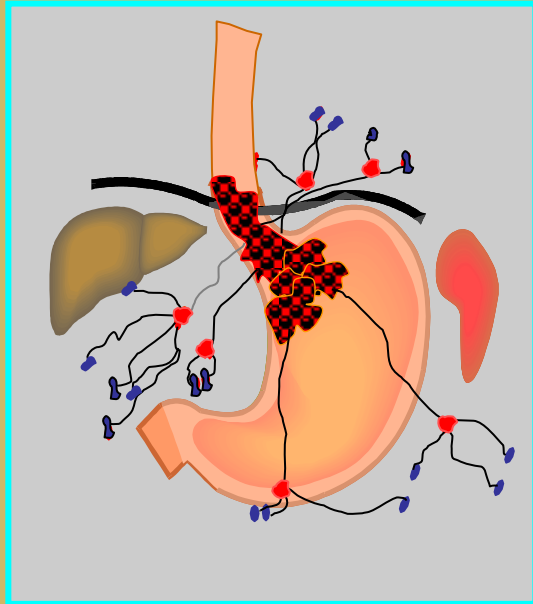
Rak – Nie zajęte SLN

=

Nie ma potrzeby
limfadenektomii

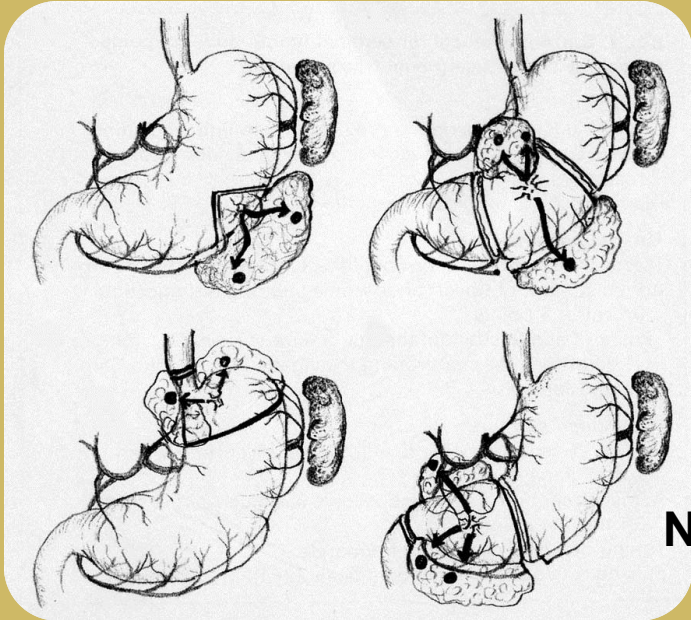


Węzły wartownicze (SLN) w raku żołądka i połączenia przełykowo-żołądkowego



Podstawowe problemy :

1. Wielokierunkowy odpływ chłonki z guza
2. Nieprzewidywalny charakter zmian węzłowych
3. Możliwa obecność shuntów wewnątrz- i pozawęzłowych
4. Przerzuty „skaczące” [15-20%]

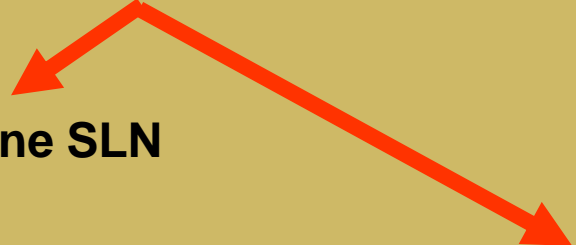


↓
cT1N0

Węzły wartownicze



**SLN identyfikacja
i śródoperacyjne badania histologiczne**



Negatywne SLN



**Zabiegi oszczędzające z zachowaniem
odźwiernika**

- Resekcje segmentalne**
- Resekcje brzeżne**
- Oszczędzające bliższe/dalsze resekcje**

Pozytywne SLN



**Metody chirurgii
konwencjonalnej**

Badanie węzłów wartowniczych

- ▣ Badanie węzłów – ocena stanu onkologicznego przez planowaną decyzją : postępowanie endoskopowe / laparoscopia / otwarta chirurgia.
 - ▣ Czulość – 72%-93%
 - ▣ Swoistość – ok. 74%
 - ▣ Dokładność 74%-100%
 - ▣ Ujemna predykcja – 50%
- Brak rozpowszechnienia**

Kitagawa Y, Br J Surg 2002; 89, 604-608

Ajisaka H Br J Cancer 2003;89; 676-680

Kitagawa Y J.Surg Oncol 2005;90; 147-151

Badanie węzłów wartowniczych

- ▣ **Wynik badania histopatologicznego węzła wartowniczego nie może decydować o zakresie wycięcia węzłów chłonnych u chorych na raka żołądka !**

CHIRURGIA RAKA ŻOŁĄDKA – OPERACJE „POSZERZONE”

- Resekcja poszerzona o narządy otaczające ?
- Strategia leczenia przerzutów do wątroby ?
- Rozsiew otrzewnowy – taktyka leczenia ?



Strategia leczenia przerzutów do wątroby ?

- ❑ Pogląd klasyczny „ zdecydowana większość chorych na raka żołądka z przerzutami do wątroby prezentuje uogólnioną postać choroby nowotworowej (w odmienności od chorych na raka jelita grubego)”
- ❑ Szansa na przeżycie 5 lat ma znacznie mniej niż 10% chorych.

Resekcje wątroby – przerzuty z raka żołądka

	rok	Liczba chorych resekowanych/z meta	Przeżycie 5-letnie
Ambiru	2001	40	18%
Okano	2002	19 (21,1%)	34%
Shirabe	2003	36	26%
Sakamoto	2007	39 (20,3%)	11%
Koga	2007	42 (17%)	42%
Cheon	2008	22 (37%)	23%

Resekcje wątroby – przerzuty z raka żołądka

1. Wnikliwa diagnostyka nie potwierdza istnienia innych ognisk chorobowych poza zmianą pierwotną i przerzutem do wątroby
2. Guz żołądka nie dochodzi do surowicówki
3. Brak cech naciekania naczyń żylnych i chłonnych
4. Wielkość guza wątroby nie przekracza 5 cm

U 62% - 79% chorych po resekcji wątroby obserwowane są wznowy w obrębie tkanki wątrobowej.

Strategia leczenia przerzutów do wątroby ?

▣ Pozostałe opcje leczenia:

- Radiofrequency ablation

- Systemowa chemioterapia

- Regionalna chemioterapia dotętnicza

- System cyberknife

Rozsiew otrzewnowy – taktyka leczenia ?

- ❑ **Pogląd klasyczny : rozsiew otrzewnowy oznacza terminalna chorobę z krótkim okresem przeżycia.**
- ❑ **Połączenie metod chirurgii cytoredukcyjnej z okołoperacyjną chemioterapią wewnątrzotrzewnową – może przedłużyć okres przeżycia ?**

Rozsiew otrzewnowy – taktyka leczenia ?

- ▣ 159 chorych z 15 ośrodków (francuskich i belgijskich) leczonych chirurgicznie i śródoperacyjną wewnątrzotrzewnową chemioterapią.
- ▣ Przeżycia:
 - 1 rok – 43%
 - 3 lata – 18%
 - 5 lat – 13%

Problem wymaga dalszych badań

- ❑ Pojawiają się prace kliniczne wskazujące na zwiększenie odsetka przeżyć 5 letnich u wyselekcjonowanych chorych po resekcjach pojedynczych guzów przerzutowych do wątroby. Siła statystyczna badań jest niewielka i nie pozwala na sformułowanie rekomendacji zgodnie z zasadami Evidence-based medicine.
- ❑ Z podobnych względów nie znajdują zastosowania wyniki badań wskazujących na przedłużenie okresu przeżycia u chorych leczonych metodami chirurgii cytoredukcyjnej wraz z okołooperacyjną chemioterapią wewnątrztrzewnową.

Wnioski końcowe – resekcje „poszerzone”

Każda resekcja u chorych w IV stopniu zaawansowania jest resekcją paliatywną.

Wykonanie resekcji nieradykalnej (R2) u chorego, u którego stwierdzamy śródoperacyjnie zmiany pozaregionalne - M1 jest dopuszczalne u chorych z objawami przewlekłego krwawienia z guza i u chorych, u których może wystąpić wysoka niedrożność spowodowana guzem.

Decyzję odnośnie operacji u pozostałych chorych uzależniamy od pozytywnej odpowiedzi na chemioterapię.